UNIVERZITA MATEJA BELA V BANSKEJ BYSTRICI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Soňa Kariková

PSYCHICKÉ PORUCHY V DETSTVE A DOSPIEVANÍ

Banská Bystrica 2011

Názov: Psychické poruchy v detstve a dospievaní

Autor: prof. PhDr. Soňa Kariková, PhD.

Recenzenti: prof. PhDr. Eva Gajdošová, PhD.
doc. PhDr. Jitka Oravcová, PhD.

Vydanie: prvé

Náklad: 300 výtlačkov

Vydavateľ: Pedagogická fakulta Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici

Tlač: IPV Žilina

ISBN: 978-80-554-0417-2

OBSAH

ÚVOD 1
1. DEFINÍCIA ZÁKLADNÝCH POJMOV A VEDNÝCH DISCIPLÍN 2
1.1 DEFINÍCIA ZÁKLADNÝCH POJMOV 2
1.2 PSYCHOTERAPIA – FORMA PSYCHOLOGICKEJ POMOCI 4
1.2.1 Špecifiká detskej psychoterapie 11
1.3 PSYCHOLOGICKÉ PORADENSTVO 12
1.4. PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA 13
1.4.1 Priebeh psychologického vyšetrenia 15

2. VPLYVY A FAKTORY PÔSOBIACE NA VZNIK PSYCHICKÝCH PORÚCH 16
2.1 PRÍČINY PORÚCH PSYCHICKÉHO VÝVINU 17
2.2 DISPOZIČNÉ FAKTORY 17
2.2.1 Genetické faktory 18
2.2.2 Konštitučné faktory 19
2.2.3 Faktor veku 19
2.2.4 Faktor pohlavia 24
2.3 PRECIPITAČNÉ FAKTORY 24
2.3.1 Fyzikálne faktory 24
2.3.2 Somatické faktory 24
2.3.3 Psychologické faktory 25
2.3.4. Sociálne faktory 25
2.3.5 Environmentálne faktory 28

3. PRINCÍPY A TEÓRIE PSYCHICKÉHO VÝVINU 29
3.1 VÝVIN A JEHO CHARAKTERISTIKA 30
3.2 PSYCHICKÉ PORUCHY Z HĽADISKA VÝVINU 33
3.3 TEÓRIE PSYCHICKÉHO VÝVINU 34
3.3.1 Psychoanalytická teória – S. Freud 34
3.3.2 Teória „Ôsmych vekov človeka“ – E. Erikson 35
3.3.3 Periodizácia ľudskej psychiky - J. Piaget 36
3.3.4 Teória morálneho vývinu – L. Kohlberg 37
3.3.5 Teória individuálneho vývinu – A. Adler 38

4. PSYCHICKÁ NORMA A JEJ ODCHÝLKY 40
4.1 NORMA A NORMALITA 40
4.2 NORMA A JEJ ODCHÝLKY 46

5. KLASIFIKÁCIA DUŠEVNÝCH PORÚCH 47
5.1 PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVINU (F-80 – F89) 49
5.2 PORUCHY SPRÁVANIA A EMOČNÉ PORUCHY SO ZVYČAJNÝM ZAČIATKOM V DETSTVE A POČAS DOSPIEVANIA (F 90-F 99) 53
5.3 ŽIACI SO ŠPECIÁLNYMI VÝCHOVNO – VZDELÁVACÍMI POTREBAMI 60

6. PORUCHY PSYCHICKÉHIO VÝVINU 62
6.1 ŠPECIFICKÉ PORUCHY VÝVINU ŠKOLSKÝCH ZRUČNOSTÍ (F 81) 62
6.2 PRENIKAVÉ (PERVAZÍVNE) PORUCHY VÝVINU (F 84) 65

6.3 ODPORÚČANIE PRE EDUKAČNÚ PRAX 68

7. HYPERKINETICKÉ PORUCHY 70
7.1 HYPERKINETICKÁ PORUCHA (F 90) 71
7.2 TERMINOLOGICKÉ OZNAČENIE HYPERKINETICKEJ PORUCHY 72
7.3 DÔSLEDKY HYPERKINETICKEJ PORUCHY NA OSOBNOSŤ 78
7.4 ODPORÚČANIE PRE EDUKAČNÚ PRAX 80

8. PORUCHY SPRÁVANIA 87
8.1 NESOCIALIZOVANÁ PORUCHA SPRÁVANIA (F 91.1) 93
8.2 SOCIALIZOVANÁ PORUCHA SPRÁVANIA (F 91.2) 96
8.2.1 Klamstvá 98
8.2.2 Krádeže 99
8.2.3 Záškoláctvo 100
8.2.4 Úteky z domu a túlanie sa 101
8.3 ŠPECIFICKÉ FORMY PORÚCH SPRÁVANIA 102
8.3.1 Šikanovanie – priamy prejav agresívneho správania 103
8.3.2 Šikanovanie – nepriamy prejav agresívneho správania 107
8.4 ODPORÚČANIE PRE EDUKAČNÚ PRAX 111

9. EMOČNÉ PORUCHY A PORUCHY SOCIÁLNEHO FUNGOVANIA SO ZAČIATKOM ŠPECIFICKÝM PRE DETSTVO 113
9.1 SEPARAČNÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA (F 93.0) 115
9.2 FÓBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY (F 91) 116
9.3 ELEKTÍVNY MUTIZMUS (F 94.0) 117
9.4 TIKOVÉ PORUCHY (F 95) 118

10. PSYCHICKÉ PORUCHY SPOJENÉ SO SOMATICKÝMI PROBLÉMAMI 120
10.1 PORUCHY VYLUČOVANIA 120
10.1.1 Neorganická enuréza (F 98.0) 120
10.1.2 Neorganická enkopréza (F 98.1) 122
10.2 PORUCHY V PRÍJME POTRAVY 123
10.2.1 Mentálna anorexia (F 50.0) 125
10.2.2 Mentálna bulímia (F 50.2) 128

11. PORUCHY A OSOBISTOSTI INTELETKU 130
11.1 MENTÁLNE POSTIHNUTIE 131
11.2 INTELETKOVÉ NADANIE 135
11.3 ODPORÚČANIE PRE EDUKAČNÚ PRAX 141

12. ZÁVISLOSTI A ICH FORMY 146
12.1 ZÁVISLOSŤ NA PSYCHOAKTÍVNYCH LÁTKACH 146
12.2 PATOLOGICKÉ HRÁČSTVO 154
12.3 ZÁVISLOSŤ NA ELEKTRONICKÝCH MÉDIÁCH 158
12.4 ODPORÚČANIE PRE EDUKAČNÚ PRAX 161

ZOZNAM LITERATÚRY 163

ÚVOD

V súčasnosti narastá počet detí a mladistvých, ktorí majú rôzne problémy, či už v oblasti osobnostného a emocionálneho prežívania, ako aj v oblasti porúch správania. Preto považujeme za dôležité, aby sa s touto problematikou oboznámili všetci tí, ktorí sa na výchove mladej generácie profesionálne podieľajú - učitelia, vychovávatelia, učitelia praktických predmetov, asistenti učiteľov, metodici zariadení pre prácu s deťmi a mládežou, sociálni pracovníci a iní.

Na riešenú problematiku sa dá nazerať z dvoch prístupov. Jednak je to prístup medicínsky, ktorý vychádza z Medzinárodnej klasifikácie chorôb (10. revízia), ale aj prístup edukačný, ktorý vychádza z aktuálneho školského zákona. Preto si tento text kladie za jeden z cieľov prepojiť obidva prístupy tak, aby sa čitateľ mohol oboznámiť s tými psychickými poruchami týkajúcimi sa detstva a dospievania, ktoré sa v populácii najčastejšie vyskytujú. Ďalším z cieľov je popísať vybrané kategórie konkrétnych porúch, a to tak z hľadiska ich príčin, ako aj ich prejavov. Pri popise tých porúch a špecifických problémov, ktoré sú zastúpené aj v školskom zákone, sú uvedené i stručné odporúčania pre edukačnú prax.

Publikácia má dve základné časti - všeobecnú a špeciálnu. Vo všeobecnej časti sa čitatelia môžu oboznámiť so základnou odbornou terminológiou týkajúcou sa psychickej normy a jej odchýliek, popisom najčastejších faktorov, ktoré môžu negatívne vplývať na optimálny vývin jedinca, ako aj so základnými vývinovými teóriami. V špeciálnej časti sa zameriavame na poruchy psychického vývinu, poruchy správania, emočné poruchy sociálneho fungovania so začiatkom špecifickým pre detstvo, psychické poruchy spojené so somatickými problémami, na poruchy a osobistosti intelektu, ako aj formy závislostí.

Predkladané informácie by mali slúžiť najmä ako zdroj poznatkov z uvedenej oblasti pre všetkých kompetentných pracovníkov, ktorí sa spolupodieľajú na formovaní osobnostného vývinu detí a mladistvých.

Prof. PhDr. Soňa Kariková, PhD.

1. kapitola
DEFINÍCIA ZÁKLADNÝCH POJMOV A VEDNÝCH DISCIPLÍN

V súvislosti s predmetom a obsahom problematiky psychického vývinu sa stretávame s viacerými disciplínami, ktoré sa touto problematikou zaoberajú. Preto sa v tejto kapitole zameriame na ich stručnú charakteristiku, ako aj na opis tých pojmov, ktoré sa v súvislosti s poruchami vývinu najčastejšie používajú. Zároveň popíšeme aj psychologické možnosti nápravy niektorých porúch a ich psychologickú diagnostiku.

1.1. DEFINÍCIA ZÁKLADNÝCH POJMOV

Poruchy v správaní jednotlivca, poruchy jeho osobnosti, organizmu, funkcií a vývinu sú rôznymi vednými odbormi prijímané z rôznych pohľadov, a to podľa predmetu ich špeciálneho zamerania. Z toho dôvodu podávame stručný prehľad tých vedných disciplín, ktoré v hlavnom predmete svojho skúmania majú istý výskyt patologických prejavov u človeka a do istej miery súvisia s jednou zo základných psychologických disciplín - **patopsychológiou.**

Patopsychológia je psychologická disciplína, ktorá tvorí súčasť vied o človeku. Podľa L. Košču (1975) je to veda o psychických anomáliách a deficitoch, čiže o hraničných stavoch, vlastnostiach a procesoch osobnosti človeka medzi normálom a patológiou, o psychických sprievodných javoch a dôsledkoch akéhokoľvek životného nedostatku (telesnej alebo duševnej choroby, či defektu, resp. sociálneho nedostatku), keď už vybočujú z rámca normy, keď ale ešte nedosahujú stupeň alebo kvalitu psychickej abnormality či patológie. Patopsychológia, ako psychologická disciplína sa zameriava hlavne na popis a analýzu rôznych faktorov, ktoré majú priamu súvislosť so vznikom určitej psychickej anomálie, defektu alebo deficitu.

O. Kondáš (1977) chápe patopsychológiu zúžene a označuje ju ako disciplínu, ktorá študuje duševný život telesne chorého človeka. Podobne aj autori M. Vágnerová, J. Šturma a P. Klíma (1985) sa domnievajú, že predmetom patopsychológie je hlavne skúmanie odrazu somatickej choroby alebo trvalého postihnutia v psychike a štúdium vplyvu psychických faktorov na vznik, priebeh a liečbu telesnej choroby a kompenzáciu trvalého defektu.

S patopsychológiou veľmi úzko súvisí **psychopatológia**, pričom v niektorých odborných textoch sú tieto pojmy a disciplíny chápané ako identické.

Na rozdiel od patopsychológie, ako súčasti psychológie, považujeme psychopatológiu za medicínsky vedný odbor, ktorý sa zaoberá skúmaním, triedením a výkladom chorobných duševných prejavov. Delíme ju na špeciálnu časť - zaoberá sa konkrétnymi formami duševných porúch a všeobecnú časť - zaoberá sa teoretickým rozborom a klasifikáciou duševných porúch z hľadiska poruchy určitej funkcie. Psychopatológia je dnes rozvetveným odborom, v ktorom sa využíva tradičná odborná terminológia, ktorá sa však v poslednom čase mení, a to hlavne v súvislosti s inováciami v medzinárodných klasifikáciách chorôb (MKCH-10) či diagnostických a štatistických manuálov (DSM-IV).

Medzi ďalšie disciplíny, ktoré úzko súvisia s poruchami psychického vývinu zaraďujeme psychiatriu, špeciálnu pedagogiku a klinickú psychológiu.

Psychiatria je jedným zo základných medicínskych odborov, ktorý sa zaoberá prevenciou, diagnostikou, liečbou a výskumom duševných chorôb. Ide o poruchy a choroby, ktoré sú podmienené biopsychosociálnymi faktormi a ktoré postihujú psychické funkcie i osobnosť človeka (J. Kafka, 1993). Detská psychiatria sa zaoberá odlíšením normálneho vývinu od vývinových porúch a zameriava sa na obrazy detských psychických ochorení. Niektorí autori uprednostňujú pojem vývinová psychopatológia.

Špeciálna pedagogika - je to náuka o zákonitostiach rozvoja, výchovy a vzdelávania osôb (detí, mládeže a dospelých), t.j. osôb s telesným, zmyslovým, či duševným postihnutím (P. Hartl, H. Hartlová, 2000). Špeciálna pedagogika sa zaoberá aj spôsobom výchovy, ktorý berie ohľad na hendikep dieťaťa a špeciálnymi metódami sa snaží dosiahnuť optimálne výchovné ciele po stránke biologickej, sociálnej i pedagogickej.

Klinická psychológia - je psychologická vedná disciplína, ktorá sa zaoberá duševným životom, resp. psychickou reguláciou správania z hľadiska choroby a disadaptácie (O.Kondáš, 1975). Detská klinická psychológia sa zaoberá psychologickými aspektami rozvíjania zdravia a jeho poruchami, chorobami, chybami a inými negatívnymi odchýlkami a ich vplyvom na psychiku dieťaťa. Zaoberá sa aj analýzou tých psychických faktorov, ktoré ovplyvňujú vznik, priebeh, ale aj liečbu a nápravu týchto porúch. Súčasťou klinickej psychológie je aj **psychodiagnostika**, v rámci ktorej sa aplikujú rôzne psychodiagnostické metódy (testy, osobnostné dotazníky) na určenie konkrétnej poruchy.

Hranice medzi jednotlivými disciplínami nie sú veľmi pevné, a to aj vďaka tomu, že presné zaradenie jednotlivých typov psychických porúch je často komplikované.

Napr. psychiatria sa zaoberá skúmaním a liečbou psychických ochorení, ktoré vyžadujú medicínsky zásah (psychóza), ale tiež ochoreniami, ktoré vyžadujú liečbu psychoterapiou a ktoré sú predmetom skúmania napr. klinickej psychológie (neurotické problémy vyplývajúce z nedostatočnej adaptácie človeka). Patopsychológia sa zaoberá hraničnými stavmi, napr. neurotickými poruchami, ktoré však môžu nadobudnúť takú intenzitu, že sa stávajú patologickým prejavom, teda duševnou poruchou, ktorá vyraďuje človeka z jeho bežného fungovania, čo je predmetom skúmania psychopatológie. Dá sa povedať, že tieto vedné disciplíny, ktoré sa zaoberajú poruchami psychiky sa vzájomne dopĺňajú, opierajú jedna o druhú, a ovplyvňujú sa.

Pre lepšie porozumenie predkladanej problematiky je potrebné ovládať aj ďalšie pojmy, ktoré s poruchami osobnosti v celom jej kontexte súvisia.

Symptóm - príznak alebo prejav choroby. Rôzne príznaky (symptómy) charakterizujú určitú chorobu. Napr. chrípka sa prejavuje bolesťami hlavy, horúčkou, prechladnutím a pod. Nie každý symptóm charakterizuje tú istú chorobu. Napr. poruchy spánku sú charakteristické pre rôzne duševné poruchy a ochorenia, vtedy hovoríme o nešpecifických symptómoch. Iné sú pre danú chorobu určujúce, vtedy ide o špecifické symptómy. Ako uvádza Ľ. Končeková (1992) symptómy je možné:

- simulovať (vedome predstierať)
- disimulovať (vedome zakrývať)
- kompenzovať (nahradiť inými formami správania)
- agravovať (vedome zhoršovať, zosilňovať).

Syndróm - komplex rôznych symptómov, teda súbor príznakov, ktoré sa vyskytujú spoločne. Je to vyššia kvalifikačná jednotka. Rovnaký symptóm sa môže vyskytnúť pri rôznych ochoreniach, ale syndróm, tvorený združením symptómov do väčších celkov, tvorí pomerne presný komplexný pohľad na určité ochorenie (napr. abstinenčný syndróm).

Etiológia - príčiny, faktory a vplyvy, ktoré vyvolávajú duševnú poruchu sa často prejavujú a pôsobia sprostredkovane. Príčina môže pôsobiť priamo, čo však býva veľmi zriedkavé (napr. pri intoxikácii), častejšie je však pôsobenie týchto faktorov sprostredkované, zvyčajne prostredníctvom určitých podmienok, napr. určitej situácie. Vzťahy pôsobiacich faktorov bývajú zložité a málokedy priame. Príčinné faktory sú rôznorodé a pravdepodobne nepôsobia izolovane. Často sa uvažuje o dvoch základných faktoroch - vonkajších a vnútorných, vrátane genetických. Vzťahy sa často študujú štatisticky a touto metódou sa zistené hypotetické súvislosti označujú ako rizikové činitele, napr. detstvo a rodina pri vzniku neuróz, sociokultúrna a emocionálna chudobnosť prostredia a pod.

Patogenéza - je to proces, pomocou ktorého príčinné etiologické faktory pôsobia na organizmus pri vzniku poruchy alebo ochorenia. Patogenéza je však aj náuka o vzniku a vývine choroby a patologických zmien. Delí sa na formálnu (sleduje vývoj poruchy – choroby od jej začiatku, až po konečné štádium) a kauzálnu, príčinnú (zisťuje príčiny vyvolávejúce poruchu – chorobu).

Terén - pri etiologickom rozbore jednotlivých porúch a ochorení zisťujeme, že exogénne faktory môžu vyvolať v biologickej štruktúre jednotlivca zmeny, pomocou ktorých sa stane pohotovejším k chorobnej reakcii na iné, neskôr pridružené vonkajšie patologické vplyvy. Pre vznik všetkých chorôb, teda aj duševných, je rozhodujúci jednak stav terénu (organizmu), jednak kvalita, intenzita a častosť pôsobenia rozličných vonkajších vplyvov.

Sociogenéza - je súhrn podmienok v spoločenskom prostredí, ktoré môžu vyvolať, rozvíjať a udržiavať duševnú chorobu alebo poruchu. Sociálne podmienené sú najmä neurózy, psychogénne reaktívne poruchy, poruchy psychosomatické, poruchy súvisiace s citovou depriváciou a pod.

1.2. PSYCHOTERAPIA - FORMA PSYCHOLOGICKEJ POMOCI

Pri liečbe a náprave duševných porúch, ale aj osobných a osobnostných problémov, sa používajú rôzne postupy. Jedným z nich je aj využitie **psychoterapie** - ako liečby duševných porúch psychologickými prostriedkami. Psychoterapiu môže vykonávať len odborník, ktorý má obvykle ukončené štúdium psychológie alebo medicíny (psychiater) a má osvedčenie, že je pripravený aplikovať rôzne psychoterapeutické metódy.

Pod pojmom **psychoterapia** rozumieme používanie psychologických prostriedkov k liečbe, t.j. k docieleniu prospešnej zmeny, hlavne pri poruchách psychických funkcií. Psychoterapia je liečebná činnosť, ktorá je realizovaná psychologickými prostriedkami, ktorú vykonáva špecialista, spravidla psychológ alebo lekár.

Špecifické znaky psychoterapeutického pôsobenia je možné stručne zhrnúť do týchto bodov:

1. Psychoterapia využíva psychologické prostriedky – verbálne aj neverbálne podnety, rôzne spôsoby stimulácie emócií, mechanizmov učenia, vplyvov dynamiky skupinových (rodinných vzťahov) a vzájomných interakcií;
2. Cieľom psychoterapie je odstránenie alebo zmiernenie ťažkostí, prípadne i odstránenie príčin, ktoré ich vyvolali;
3. V priebehu psychoterapie dochádza k zmenám v oblasti emocionálneho prežívania, racionálneho hodnotenia, celkového postoja k sebe i ku svetu a k zmene správania. Klient dostáva korektívnu emocionálnu skúsenosť, t.z., že porozumie svojim problémom a naučí sa prijateľnejším spôsobom správania;

Psychoterapia sa realizuje na základe **psychoterapeutického procesu,** pod ktorým rozumieme sústavnú, cielenú a plánovanú činnosť, zameranú k dosiahnutiu určitej zmeny, s využitím určitých usporiadaných postupov.

Psychoterapia sa realizuje aj na základe **psychoterapeutického prístupu,** ktorý predstavuje také stretnutie človeka s človekom (psychoterapeuta a klienta), ktorý napomáha integrácii a rozvíjaniu jeho osobnosti po stránke sebapoznania a porozumenia druhým, po stránke rozpoznávania a vhodného vyjadrovania vlastných citov a zámerov, po stránke rozvíjania vlastných schopností a spôsobilostí a ich uplatňovanie pri dosahovaní určitých cieľov, po stránke vytvárania realistických vzťahov k sebe i k iným ľuďom.

Všeobecným **cieľom psychoterapie** je obnova zdravých duševných funkcií jedinca, v týchto oblastiach:

- správne poznávanie a hodnotenie skutočnosti
- citová vyrovnanosť
- výkonnosť zodpovedajúca skutočným možnostiam
- spoločenská prispôsobivosť.

Preto môže byť psychoterapeutický proces zameraný podľa základných psychoterapeutických smerov najmä na:

1. M**imovedomé psychické deje** s cieľom odhaliť, prehodnotiť a zmeniť patogeneticky pôsobiace pozostatky dobre nespracovanej úzkosti, hnevu, smútku z predchádzajúcich traumatických skúseností.

2. Na **vonkajšie prejavy jedinca**, na jeho správanie, ktorým prispieva ku vzniku, k udržiavaniu, prípadne k postupnému prehlbovaniu rôznych porúch a ťažkostí vo svojom živote.

3. Na **vedomé pochody** orientácie človeka vo svete a v jeho vlastnom živote, z ktorých ďalšie poruchy vyplývajú. Ide predovšetkým o odkrývanie a objasňovanie nevhodných spôsobov vnímania seba a iných, nesprávnych spôsobov uvažovania a hodnotenia určitých skutočností.

4. Na **spoločenské vzťahy a procesy**, v ktorých je človek vo svojom živote patologicky začlenený a zúčastnený.

V súčasnosti psychoterapia predstavuje interdisciplinárny vedecký odbor, ktorý pozostáva zo všeobecnej časti (teória, metódy, výskumné zistenia) a z časti špeciálnej.

Medzi najzákladnejšie a najčastejšie aplikované prístupy a smery psychoterapie patria:

1. Psychoanalytická psychoterapia - predpokladá, že v každom človeku pôsobia protikladné sily (id, ego a superego), ktoré vyvolávajú vnútorné konflikty. Tieto konflikty, ktoré si osoba môže, ale aj nemusí uvedomovať, majú silný vplyv na vývin jej osobnosti a na schopnosť zvládať životné stresy a rôzne náročné situácie. Psychoanalýza predpokladá, že psychické poruchy sú spôsobené konfliktami, ktoré majú pôvod v ranom detstve a ktoré si jedinec neuvedomuje - sú to najmä impulzy a emócie, ktoré boli vytesnené do nevedomia. Kľúčovým predpokladom psychoanalýzy je, že súčasné ťažkosti nemôžu byť úspešne vyriešené bez porozumenia ich nevedomého základu - teda raných vzťahov medzi rodičmi a súrodencami. Cieľom psychoanalýzy je priviesť tieto vytesnené emócie a motívy do vedomia, aby mohli byť zvládnuté racionálnejším a realistickejším spôsobom.

V rámci tohto psychoterapeutického smeru sa používa pojem **prenos,** ktorý predstavuje jednu zo základných téz psychoanalýzy. Je chápaný ako určité „videnie“ psychoterapeuta zo strany klienta, je to akoby premiestnenie psychických obsahov, ktoré sa viažu na dôležité postavy zo života klienta, najmä z jeho detstva voči psychoterapeutovi. Klient prenáša napr. na terapeuta svoje vzťahy, ktoré mal voči svojmu otcovi (J. Vymětal a kol., 1991).

V priebehu terapie je kladený dôraz na vzťah klienta a terapeuta, hlavne na zložku prenosu, kedy klient opakuje (často v zašifrovanej podobe) rané zážitky a traumatické skúsenosti a tieto „prenáša“ voči terapeutovi. Terapeut sa snaží pomocou voľných asociácií, analýzy snov, fantázií a ďalších prejavov interpretovať nevedomé konflikty a umožniť tak klientovi vedomý náhľad, ktorý vedie k oslabeniu psychického konfliktu a tým aj neurotickej symptomatiky. Podstata terapeutických zmien spočíva v tom, aby klienti porozumeli prenosovým mechanizmom voči terapeutovi a dosiahli vedomý vhľad do svojich problémov. Prenosové vzťahy majú byť nahradené skutočnými vzťahmi založenými na realite.

V rámci tohto smeru najčastejšie používajú tieto techniky:

Klarifikácia – je jeden z najrozšírenejších postupov, využívaných aj v iných terapeutických smeroch. Podstatou je rozumová analýza problému alebo situácie, objasnenie jej rôznych aspektov. Hlbinne orientovaný psychoterapeut sa nesnaží o to, aby sám objasnil, o čo v probléme ide, ale priamo alebo nepriamo povzbudzuje ku klarifikácii klientov. Napr. „mohli by ste mi o tom povedať viac?“, „Ako ste to mysleli?“ a pod.

Pri **interpretácii** ide o to, aby emócie, priania a obavy terapeut ukázal v nových súvislostiach, ktoré si dovtedy klienti plne neuvedomovali. Interpretácie majú byť ponúkané len ako možnosti či hypotézy, nikdy nie ako „absolútna pravda“ zo strany terapeuta.

Konfrontácia znamená taký typ intervencie, ktorej cieľom je konfrontovať klienta s jeho správaním, ktoré si plne neuvedomuje, alebo s jeho myšlienkami a prianiami, ktoré nebol schopný doteraz vidieť. Konfrontačné postupy sa môžu týkať aj dyadických vzťahov, pri ktorých terapeut upozorňuje na rozdiely v prianiach, očakávaniach, postojoch a názoroch (napr. členov rodiny), pokiaľ ich pochopenie je dôležité pre problém rodinných vzťahov.

Podpora a povzbudenie tvorí dôležitú súčasť v každej terapii. Znamená posilnenie, dodanie odvahy, povzbudenie, poskytnutie opory a dodanie nádeje. Toto podnecovanie vnútornej sily vedie k lepšej a adekvátnejšej kognícii a vnímaniu, odbúrava pocity viny a iné negatívne emócie.

Pri **emocionálnej katarzii a abreakcii** ide o to, že terapeut cielene vyvoláva prejavenie a zvýraznenie emócií za účelom ich znovuprežitia, uvoľnenia a odreagovania. Táto časť terapie je pre klientov veľmi emocionálne náročná, avšak prináša úľavu a vyrovnanie sa s nespracovanými zážitkami z minulosti klienta.

2. Behaviorálna psychoterapia - je založená na princípoch učenia a podmieňovania. Predpokladá, že maladaptívne správanie predstavuje nevhodne naučené zvládanie stresu, alebo náročných situácií. Cieľom tejto terapie je pochopiť príčinu problému a naučiť sa takým formám správania, ktoré ho pomôžu zvládnuť. Behaviorálna psychoterapia sa využíva napr. pri odstraňovaní trémy a fóbií, ale aj pri liečbe závislostí. Je zameraná priamo na zmenu správania.

Behaviorizmus ako psychologický smer je zameraný na analýzu vonkajších podmienok a vplyvov, na základe ktorých si jedinec osvojuje určité vzorce správania, a to hlavne pod vplyvom sociálneho učenia. Cieľom psychoterapie je zmena nežiadúceho správania klienta.

Behaviorálna psychoterapia vychádza z predpokladu, že maladaptívne správanie je naučené a preto je potrebné dosiahnuť jeho zmenu, čo je opäť možné učením. Tento druh psychoterapie sa zameriava hlavne na zmenu nefunkčného správania v danej situácii. Podľa tohto smeru nie je nutný vhľad do problému, pretože sám o sebe nezaručuje zmenu správania.

Kognitívno-behaviorálna psychoterapia venuje väčšiu pozornosť aj využitiu kognitívnych faktorov, teda názorov klienta, jeho očakávaniam a interpretáciám k vlastnému problému. Obidva smery a techniky v nich využívané vedú klienta nielen k naučeniu sa novým formám správania a reagovania, ale aj k zmene názorov a postojov. Terapeut preto

vedie klientov k rozpoznaniu deformácie vlastného úsudku, aby boli schopní realistickejšieho náhľadu na problém.

Repertoár metód a techník v tomto psychoterapeutickom smere je pomerne široký. Terapeutom navrhované zmeny bývajú zadávané ako **domáce úlohy,** pri ktorých sa zároveň zaznamenáva, čo sa v tejto súvislosti v živote klienta stalo alebo zmenilo.

Na navodenie pozitívnych zmien sa využívajú viaceré postupy. Ako príklad týchto postupov uvedieme prácu terapeuta v rámci rodinnej psychoterapie. Jedným z nich je technika **rodinnej dohody,** v ktorej je explicitne, často písomne vyjadrená dohoda „popisujúca, kto komu čo urobí a za akých podmienok" (J. Langmeier a kol. 2002, s. 114). Jej účelom je podmieňovanie žiadúceho správania jasne štruktúrovanými spôsobmi interakcie. Obsah dohody vychádza predovšetkým zo vzájomných realisticky vyvážených želaní a požiadaviek členov rodiny. Dohoda stanovuje vzájomné „zisky a výdaje", t.j. nároky a povinnosti, prípadne sankcie, vyplývajúce z plnenia, resp. neplnenia dohodnutých podmienok. Modifikovanou verziou je aj hra s lístočkami dvoch farieb „ponúkam ti" a „očakávam od teba". Adresátom sa kartičky rozdávajú a diskutuje sa o reálnosti návrhov, ich účelnosti, reciprocite a pod. Výsledkom je formulácia rodinnej dohody.

Modelovanie a hranie rolí je ďalšia z techník, ktoré sa v tejto psychoterapii používajú. Modelovať sa môže akákoľvek situácia, ktorá v reálnom živote spôsobuje rodine problémy. Je to napr. vtedy, keď si člen rodiny chce v relatívne bezpečnom prostredí vyskúšať zmenený spôsob reagovania na situáciu, ktorej sa dovtedy vyhýbal, mal z nej strach, alebo vyvolávala konflikty. Modifikáciou je výmena rolí medzi členmi rodiny, čo môže mať intenzívny vhľad do problémov jednotlivca a predovšetkým demonštruje, aký účinok má jeho správanie na druhých ľudí.

Komunikačný tréning (ale aj iné tréningové postupy) sú tiež často využívané v behaviorálnej psychoterapii. Je to napr. tréning optimálnej komunikácie, zvládania konfliktov, asertivity a pod. Jedným z príkladov je **tréning konštruktívnej hádky**, ktorý je určený na učenie sa otvorene ventilovať negatívne pocity, nespokojnosť a kritiku, pri rešpektovaní určitých pravidiel – neskákať do reči, neodbočovať od témy, hovoriť jasne a zrozumiteľne, nechať vyjadrenie aj pre partnera a pod. Ďalším z príkladov je **tréning v riešení rodinných problémov,** ktorý spočíva v tom, že člen rodiny oznámi ostatným, že má problém, povie im o svojich negatívnych pocitoch a iniciuje rozhovor, v ktorom sa s ostatnými členmi rodiny pokúsi vytvoriť spoločný plán nájdenia najvhodnejšieho riešenia.

3. Humanistická psychoterapia - je označovaná aj ako **prístup (terapia) zameraný na klienta, alebo nedirektívna psychoterapia**. Vychádza z presvedčenia, že v každom človeku je prirodzená tendencia k jeho rastu a sebarealizácii. Podľa tejto koncepcie sa u ľudí objavujú psychické problémy vtedy, keď je proces sebarealizácie vlastného potenciálu blokovaný okolnosťami alebo ľuďmi z okolia (rodičmi, učiteľmi a pod.), ktorí sa snažia vývin ovplyvniť podľa svojich predstáv. Humanistickí psychoterapeuti sa preto snažia pomôcť ľuďom, aby nadviazali vzťah so svojim skutočným "ja" a zámerne realizovali svoje voľby skôr s ohľadom na vlastný život, akoby sa nechali ovplyvňovať vonkajšími okolnosťami a požiadavkami iných ľudí.

Humanisticky orientované smery v psychoterapii vychádzajú z viacerých škôl. Je to napr. gestalt psychoterapia, logoterapia a experienciálne-humanisticky orientovaná psychoterapia. V ďalšom texte bližšie popíšeme východiská niektorých z uvedených smerov.

Experienciálne–humanisticky orientovaná psychoterapia

Tento smer psychoterapie kladie dôraz na prirodzenú potrebu sebarealizácie a vlastného rozvoja. Vychádza z predpokladu, že psychické poruchy a rôzne problémy sa objavujú vtedy, keď sa človek nemôže rozvíjať prijateľným spôsobom. Obyčajne sa tak deje

v dôsledku pôsobenia vonkajších vplyvov. Táto forma psychoterapie má pomôcť človeku pochopiť jeho skutočné potreby a tak mu umožniť ďalší osobnostný rozvoj. Nevyhnutným predpokladom zmeny je uvedomenie si skrytých pocitov a potrieb.

Humanistická psychoterapia je nedirektívna, nesnaží sa interpretovať správanie klientov a ani sa ho nepokúša zmeniť. Terapeut dodáva klientom sebadôveru a podporuje ich pri hľadaní vlastných riešení. Významným predstaviteľom tohto smeru je C.R.Rogers, ktorý bol presvedčený, že klienti sú schopní vyriešiť si svoje problémy za podmienok, že terapeut ich bude akceptovať takých, akí sú, že im vyjadrí svoju podporu a že ho bude zaujímať, čo mu hovoria. Táto psychoterapia v rámci pomoci rodine sa nazýva aj ako **experienciálne-humanisticky** orientovaná, čím sa zdôrazňuje význam zážitku a korektívnej skúsenosti v procese zmien klienta a rodinného systému, alebo ako **terapia zameraná na rast osobnosti.** Pre terapeuta je najdôležitejším cieľom pomôcť rodine vytvoriť zdravú psychologickú klímu, ktorá jej členom umožní nadviazať skutočné, úprimné vzťahy, dovolí im vyjadrovať smútok či iné negatívne emócie, podľa potreby sa separovať, alebo naopak identifikovať sa s rodinou, vyvíjať efektívnu dvojsmernú komunikáciu, umožniť zdravé procesy v rodinnom vývoji, hľadať riešenia problémov, rozmýšľať o hodnotách, robiť rozhodnutia, experimentovať s novým správaním a vyvíjať nový rodinný model, ktorý je jedinečný vo svojich potrebách, túžbach a cieľoch (J. Prevendárová, 1998).

V rámci humanisticky orientovanej psychoterapie sa kladie dôraz na **sebahodnotenie a sebaúctu** každého klienta, pričom sebaúcta je chápaná ako schopnosť ceniť si samého seba a správať sa k sebe s dôstojnosťou a láskou. Vychádza sa z predpokladu, že každý, kto je milovaný a ktorý si váži samého seba, je ochotný sa zmeniť. Preto aj psychoterapia smeruje k tomu, aby sa zvýšila sebaúcta klienta v zmysle integrity, poctivosti, zodpovednosti, súcitu a lásky. Mala by sa posilniť viera vo vlastné schopnosti, požiadanie o pomoc, posilnenie vlastného rozhodovania a prijímania zodpovednosti, ako aj rešpektovanie samého seba a iných. Pokiaľ má človek zníženú sebaúctu, má tendencie predpokladať, že ho iní budí podceňovať, očakáva len to najhoršie od druhých a preto má aj sám tendenciu k ponižovaniu a podceňovaniu druhých.

4. Systemický prístup v rodinnej psychoterapii

Tento prístup predstavuje novú líniu v rodinnej psychoterapii, ktorá vychádza z osobitých teoretických a filozofických východísk, nazerajúcich na systém rodiny, riešenie problému a na pozíciu pomáhajúceho (terapeuta) iným spôsobom. Ako príklad aplikácie tohto psychoterapeutického prístupu sme vybrali jej zameranie na rodinnú terapiu, nakoľko mnoho problémov v psychickom vývine detí súvisí často s rodinným prostredím.

Teoretické pozadie prístupu tvorí predovšetkým Batesonova teória poznania, ktorý opísal ľudské systémy z hľadiska termínov informácie a komunikácie a ako prvý použil pojem „systemický prístup“. Tento prístup vychádza aj z biologickej teórie poznania H. Maturana, radikálneho konštruktivizmu a Luhmanovej teórie sociálneho systému.

Podľa I. K. Bergovej (1992) je rodinná terapia založená na myšlienke, že rodina môže byť vnímaná ako systém predpísaných rolí, pričom keď nastane zmena v obsahu interakcií medzi členmi rodiny, vznikne tak príležitosť k zmene pre jednotlivca a keď sa zmení jednotlivec, je zároveň ovplyvnený touto zmenou aj zbytok rodiny. Pojem **systém** je vytváraný v tomto prístupe prostredníctvom vzájomnej komunikácie. Taktiež nie je v tomto prístupe dôležité pomenovanie problému a jeho identifikácia, ale dôležité je jeho **riešenie.** Preto sa systemická terapia označuje ako terapia zameraná na riešenie, ktoré nemusí byť také komplikované, ako prezentovaný problém, pričom sa hľadá správny „kľúč“ k takému riešeniu, ktoré klientom najviac vyhovuje. Najpodstatnejšou zmenou, ktorú by mala priniesť terapia, je „rozpustenie“ problémového systému a preto sa zameriava na posilňovanie autonómie klientov a ich kompetencie riešiť vlastné problémy. Zároveň sa aktivizujú

nevyužité zdroje, ktoré každá rodina v sebe skrýva. Klient vo vzťahu k terapeutovi nie je len pasívnym príjemcom jeho návrhov a inštrukcií, ale je aj spolutvorcom novej, zmysluplnej skutočnosti, ako aj spolutvorcom procesu konštruovania zmysluplnej budúcnosti.

Systemická terapia má svoje špecifiká, medzi ktoré patria organizácia stretnutí a usporiadanie terapeutického kontextu, vytváranie systemických hypotéz, úloha jazyka v terapii, otázky terapeutickej intervencie a postavenie terapeuta v procese terapie.

Usporiadanie terapeutickej situácie vyplýva z toho, že terapeutické stretnutia sú len procesom, ktorý uľahčuje možnosť zmeny, pričom táto zmena sa deje hlavne medzi stretnutiami terapeuta s rodinou. Celkový počet stretnutí sa pohybuje v priemere 10. Ďalším špecifikom systemickej terapie je práca terapeutického týmu, ktorá sa realizuje tak, že jeden (dvaja) terapeuti pracujú priamo s rodinou, ostatní tvoria tzv. reflektujúci tím.

Vytváranie systemických hypotéz vychádza jednak zo skúseností terapeuta, ale hlavne z konkrétnych informácií týkajúcich sa rodiny. V súčasnom poňatí systemickej terapie sa vytváranie hypotéz stotožňuje s tvorbou rodinného príbehu, pomáha vytvoriť nové významy a meniť pôvodné presvedčenia. Hypotéza v tomto kontexte nie je pracovnou hypotézou, ktorá sa verifikuje tak, ako to poznáme z vedeckej praxe. Je skôr prostriedkom, ktorý dáva do pohybu terapiu, pričom systemické hypotézy sa môžu neustále meniť. Klienti si tak vytvárajú hypotézy nielen o svojom probléme, ale aj o terapeutickom vzťahu. Formovanie hypotéz je jedným zo znakov, že terapia stále prebieha.

Úloha jazyka v systemickej terapii je veľmi dôležitá, a to najmä v oblasti kladenia otázok. Ak sú otázky kladené terapeutom vhodne formulované, vedú k skúmaniu problémov zo strany klientov, k skúmaniu situácií alebo k hľadaniu nových významov. Otázky, ktoré sa používajú sa označujú ako cirkulárne, triadické alebo reflexívne.

Cirkulárne otázky nepriamo skúmajú okolnosti života rodiny spôsobom, ktorý zvyšuje informovanosť členov rodiny o vlastnej životnej situácii. Príklad otázok kladených rodine s anorektickou dcérou: Čo robí mama, keď Jana nechce jesť? Od brata Tomáša sa dozvieme, že kričí. Ďalej sa pýtame Jany, čo robí otec, keď kričí mama. Dozvedáme sa, že otec odchádza. Matky sa spytujeme, ako reaguje Jana na odchod otca. Takýmto spôsobom je možné pokračovať ďalej a skúmať názory všetkých prítomných na konkrétne udalosti v rodine. Pomocou tohto typu otázok sa objavujú aj iné aspekty skúmanej situácie alebo problému. Otázky môžu byť zamerané aj na budúcnosť a skúmanie alternatívnych možností, ako aj na dôsledky určitého typu správania. Napr. Čo by sa stalo, keby aj matka začala odchádzať tak, ako odchádza otec?

Triadické otázky umožňujú zapojenie ďalších prítomných, ale aj neprítomných osôb. Napr. ak prítomný otec sa vôbec nezapája do diskusie, terapeut môže vyzvať ostatných, aby skúsili odpovedať v jeho mene. Čo by asi povedal otec, keby nám chcel niečo k tomu povedať? Často je potom možné pozorovať, že otec prejaví súhlas alebo nesúhlas, alebo vysloví svoj názor. Pri tomto type otázok je možné spytovať sa aj na názor neprítomných, ale dôležitých členov rodiny. Napr. Čo by asi povedala stará mama, keby tu teraz s nami bola?

Reflektujúce otázky sú kladené s cieľom rozvíjať terapeutický proces a pripraviť tak zmeny v rodinnom systéme. Práve tento typ otázok navodzuje v rodine sebauzdravujúci proces a preto sa stali hlavnou formou intervencie v systemickej terapii. I. Úlehla (1996) uvádza ako príklady týchto otázok názory troch významných autorov, ktorí vychádzajú zo systemického prístupu a na základe svojej terapeutickej praxe sa im osvedčili ich viaceré formulácie.

Tom Andersen (In: K.I. Berg, 1992) sa sústreďuje na štyri základné okruhy otázok.
1. Aký je príbeh vašej cesty sem ku mne? Koho to bol prvý nápad? Komu o tom povedal? Ako to prijali ostatní? Čím ich presvedčil?

2. Ako by sme mohli spoločne využiť naše spoločné stretnutie? Čo by sme mohli spoločne robiť, aby to bolo pre vás užitočné? Aký najmenší pokrok by vám mohol stačiť, aby ste dnes odchádzali spokojní?
3. Je to, čo teraz spolu robíme práve to, čo potrebujete? Čo iné by sme mohli robiť, než sme doteraz robili? Je to, čo hovorím primerané?
4. Ak nie je, ako inak by sme mohli postupovať? Čo by malo byť inak, aby ste mali pocit, že je to , čo potrebujete? Kto by tu s nami ešte mohol byť? Kto o tom ešte môže hovoriť?

Steve de Shazer (In: K.I. Berg, 1992) sa zameriava na päť okruhov tém, ktoré podľa neho pomáhajú vytvoriť základ pre konštruktívne riešenie problému.
1. Zmeny pred stretnutím.
Od chvíle, kedy sa klienti objednajú, uplynie určitý čas. Skúsenosť ukazuje, že v tomto medziobdobí väčšina klientov zaznamenala, i keď nepatrnú, ale predsa pozitívnu zmenu v danom probléme a táto zmena ukazuje možné riešenie, a to riešenie, ktoré prinášajú klienti. Typy otázok: Čo sa zmenilo k lepšiemu od chvíle, keď vás napadlo sem prísť? Čo je dnes inak, než keď vám bolo najhoršie?
2. Výnimky z problému.
V každom trápení a probléme sú chvíle, keď problém nie je „prítomný". Preto takto zamerané otázky by mali reflektovať napr. čo sa vtedy deje, kedy naposledy klient na svoj problém nemyslel a pod.
3. Dosiahnuté úspechy.
Každý klient sa vo svojom živote stretol so situáciami, ktoré zvládol a vyriešil. Terapeut preto posilňuje klienta, aby mu popísal takéto situácie. Napr. Už ste sa vo svojom živote s niečím podobným stretol? Ako ste to vtedy riešil? Ako to, že pri takomto probléme sú vaše deti zdravé a dobre vychované? Z čoho vo svojom živote máte radosť?
4. Zvládanie.
Je to zameranie a zistenie toho, ako klient svoje ťažkosti zvláda tak, že „nie je ešte horšie". Je to zároveň ponuka predstavy, že na udalosti, ktoré klienta stretli má vplyv a že je to on sám, ktorý na ne má vplyv a že prišiel na spôsoby, ako ich zvládnuť. Napr. Ako to, že pri týchto problémoch dokážete chodiť do zamestnania (strať sa o domácnosť, vychovávať deti...)? Vaša situácia je naozaj vážna, ale ako to robíte, že dokážete taký osud uniesť?
5. A čo ešte?
Táto otázka je jednou z tých, ktoré dovoľujú rozvíjať akúkoľvek tému, ktorá je užitočná pre klienta. Nikdy by sa nemalo zabúdať, že keď sa kladie akákoľvek otázka, mala by sa položiť tak, aby sa na odpoveď dalo nadviazať otázkou „a čo ešte?"

Ben Furman (In: K.I. Berg, 1992) sa vo svojich otázkach zameriava na zdroje, ktoré klientovi pomohli alebo pomáhajú zvládať problém. Využíva aj rôzne metafory, napr.:
Predstavte so ohník, pri ktorom sedelo dvanásť mesiačikov. Sú okolo neho ľudia, ktorí do neho prikladajú a živia tým oheň vášho života. Kto tam sedí? Čím prikladá?
Čo je okolo vás také, že vám to dáva nádej lepšej budúcnosti? Kto vás v tom podporuje? Čím to robí?
Keď vás stretnem o tri roky žiariaceho spokojnosťou a spýtam sa vás na vysvetlenie. Čo mi asi poviete?
Keby som bol malá muška a díval by som sa na vašu rodinu, keď je v nej pohoda. Čo by som tam videl?

Reflektujúce otázky pomáhajú terapeutovi, aby našiel s klientmi spoločnú reč, spoločné prostriedky a cieľ k dosiahnutiu riešenia. Mali by konštruovať budúcnosť, v ktorej je problém vyriešený a zvládnutý.

Využívanie systemickej intervencie – intervencia má zdôrazňovať terapeutický kontext, má zapájať a aktivizovať rodinu do práce na zmene. V rámci intervencií existuje

viacero prístupov. Môže ísť o tzv. paradoxnú intervenciu, v ktorej je zdôrazňované zachovanie pôvodného stavu. Môže ísť o tzv. reštrukturujúcu intervenciu, ktorá súvisí s preznačením alebo preformátovaním daného problému, najčastejšie v zmysle pozitívnej konotácie. Táto predstavuje určitý prvok novosti alebo prekvapenia a máva aj paradoxný ráz. Napr. manželka vyčíta manželovi, že je lenivý a nepomáha jej s domácimi prácami. Pozitívna konotácia tejto situácie je zameraná na preformátovanie pojmu „lenivý“ s hľadaním pozitív stavu lenivosti.

Postavenie terapeuta v procese terapie - v súvislosti s vývojom systemickej terapie najmä vplyvom konštruktivizmu, došlo aj k zmene chápania pozície terapeuta, ktorý sa stáva súčasťou pozorovaného systému - pozorovateľom. Pri spolupracujúcom prístupe v rodinnej terapii, zaujíma terapeut neexpertnú pozíciu, ktorá vylučuje akékoľvek mocenské pozície.

Súčasťou terapeutickej práce je aj tzv. **reflektujúci tím**, ktorý je zložený buď z ďalších terapeutov alebo osôb, ktoré sú na riešení problému zainteresované (napr. sociálny pracovník, poradenský psychológ a iní). Reflektujúci tím a jeho členovia sedia priamo v miestnosti, kde sa realizuje terapia (v predchádzajúcich prístupoch sa uprednostňovalo sedenie tímu za priehľadným zrkadlom), pričom členovia tímu v krátkych prestávkach priamo „reflektujú“ svoj pohľad na to, čo sa behom terapie deje, alebo svoj pohľad na problém. Pri tomto rozhovore sa vytvárajú alternatívy voči problematickým konštrukciám skutočnosti, ktoré si vytvárajú klienti. Členovia reflektujúceho tímu sa navzájom rozprávajú o rozdielnych uhloch pohľadu, ktoré sami získali sledovaním rozhovoru. Rodina alebo klienti, ktorí si vypočujú tento rozhovor o možných riešeniach svojho problému, nie sú však vystavení tlaku, ktorý by ich nútil zaujať stanovisko alebo reagovať, ale môžu neskôr využiť to, čo počuli.

1.2.1 ŠPECIFIKÁ DETSKEJ PSYCHOTERAPIE

Priebeh psychoterapie u detí má svoje špecifiká, ktoré sa týkajú:

a) nadviazania dobrého terapeutického vzťahu tým, že terapeut preukáže dieťaťu svoje porozumenie;
b) vlastnej psychoterapeutickej práce, ktorá podľa povahy problému môže obsahovať citové odreagovanie, dosiahnutia vhľadu do súvislostí týkajúcich sa jeho problému, ovplyvňovanie motívov, osvojenie si nových foriem spôsobu správania, obnovu zdravého priebehu fyziologických funkcií a ich vývinu u dieťaťa;
c) zásad, ktoré poskytujú dieťaťu bezprostredné uľahčenie jeho ťažkostí a poskytujú mu tak príležitosť, aby svoje ťažkosti spolu s terapeutom mohlo prekonať;
d) integrácie dosiahnuteľných terapeutických do jeho bežného života opätovným zaťažovaním jeho „obnovených“ funkcií;
e) odpútavania dieťaťa od terapeuta a jeho pomoci, jeho osamostatňovanie k ďalšiemu životu, aj keď terapeut spravidla „zostáva po ruke“ v prípade ďalšej potreby.

Uvedené špecifiká poukazujú na to, aby terapeut ukázal dieťaťu, že jeho problémy považuje za dôležité, že ho vníma ako plnoprávnu osobu a ako partnera, na ktorom mu záleží.

V psychoterapii u detí sa najčastejšie používajú postupy, ktoré popisuje J. Langmeier a kol. (2000), a ktoré vychádzajú z vyššie popísaných psychoterapeutických smerov, resp. špecifických prístupov.

1. **Sugestívne postupy** – sú založené na tom, že dieťa subjektívne preberá terapeutom ponúknutý odlišný, uzdraveniu pomáhajúci „obraz“ o skutočnosti. Ide tu najmä o ovplyvnenie postoja k vlastnému problému, ktorý druhotne môže napomáhať k ďalšej liečbe.
2. **Racionálne - terapeutické postupy** – vychádzajú zo spôsobov, pomocou ktorých si dieťa vytvára určitý obraz o svete a o jeho pravidlách, ktorými riadi svoje prežívanie

a správanie. Cieľom je hľadanie tých „kognitívnych chýb“, ktorými je možné vysvetliť patologické zlyhávanie dieťaťa v rôznych životných situáciách a činnostiach. Na základe spoznania týchto súvislostí, je možné celý vzorec poruchového diania a vývinu naprávať cielenou zmenou poznávacích, prípadne vôľových dejov a štruktúr.

3. **Emocionálne a motivačno – terapeutické postupy** - sú zamerané na postupy, ktoré sa orientujú na priame ovplyvňovanie citového diania a prežívania a z neho sa odvodzujú ďalšie žiaduce zmeny telesné, duševné a behaviorálne. V terapeutickej situácii dieťa znovu a za odlišných okolností oživuje svoje strádanie, obavy, konflikty a traumatické zážitky a s prispením terapeuta ich racionálnejšie chápe, čo mu umožňuje aby sa s nimi lepšie vyrovnalo.
4. **Behaviorálne – terapeutické postupy** – východiskom je vysvetlenie „poruchového“ správania ako následok nesprávneho (t.j. požiadavkám zdravej funkcie neprimeraného) patogénneho učenia. Podstatou „ochorenia“ je to, že vytvorené patologické vzorce vyvolávajú vo vnútornom alebo vonkajšom prostredí dieťaťa také účinky, ktoré toto správanie ďalej rozvíjajú, upevňujú a zachovávajú. Základnými druhmi učenia v rámci tohto postupu sú napodobňovanie, podmieňovanie a vhľad.
5. **Psychofyziologicko terapeutické postupy** – sú zamerané buď na ovplyvňovanie určitých telesných funkcií (napr. pri poruchách vylučovania, reči), alebo na celkové fyziologické vyladenie stresovaného organizmu do priaznivejšieho stavu, pri ktorom sa poruchové telesné funkcie „preladia“ spontánnymi autoregulačnými mechanizmami (napr. autogénnym tréningom).

1.3 PSYCHOLOGICKÉ PORADENSTVO

Ďalšou oblasťou, v ktorej sa realizuje psychologická forma pomoci pri riešení problémov, je psychologické poradenstvo, ktoré je súčasťou aplikovanej psychologickej disciplíny – poradenskej psychológie. Pri práci s klientami, sa však veľmi úzko prelínajú dve formy tejto pomoci – poradenstvo a psychoterapia. V ďalšom texte ich bližšie popíšeme a načrtneme oblasti, ktoré spadajú do problematiky psychologického poradenstva.

Psychologické poradenstvo a psychoterapia sú formami odbornej psychologickej intervencie v prospech druhých ľudí, ktorých problémy presahujú ich aktuálnu adaptívnu kapacitu a ktorí sa v stave psychosociálnej núdze obracajú k odborníkom v nádeji, že títo sú im schopní účinne pomôcť hľadať adekvátne riešenia. To v podstate znamená zmenu „nežiaduceho“ stavu vecí na stav „žiaduci“, s väčšou či menšou mierou participácie klienta.

Odborná psychologická pomoc ľuďom pri hľadaní optimálneho riešenia problémov má rôzne formy a a využíva rôzne špecifické psychologické prostriedky. Tieto sú volené v záujme posilnenia a zachovania, prípadne znovuobnovenia zdravia klienta a optimálneho sociálneho fungovania.

Psychoterapiu a a poradenstvo podľa K. Paulíka (2005) možno zhodne chápať ako:

1. **Interdisciplinárne vedné odbory** (empirické a aplikované), ktoré zasahujú do rôznych oblastí psychológie a medicíny. Z tohto pohľadu rozdeľujeme psychoterapiu a poradenstvo na **všeobecné,** ktoré zahŕňa teórie metódy a údaje zisťované výskumne a **špeciálne**, v ktorom sa aplikujú tieto poznatky na jednotlivé druhy a okruhy problémov a ich porúch. Sem zaraďujeme aj rodinné psychologické poradenstvo, resp. psychologické poradenstvo zamerané na rodinu.
2. **Činnosti**, v ktorých sa uplatňuje súbor intervenčných metód a postupov. Diferenciáciu týchto činností treba hľadať v objekte pomoci (problém, choroba, anomália, porucha), subjekte (kvalifikovaná osoba – odborník), nástrojoch pôsobenia (psychologické prostriedky), v cieľoch (riešenie problémov, odstránenie alebo zmiernenie ťažkostí

a podľa možností aj odstránenie ich príčin) a prebiehajúcich procesoch (pozitívne zmeny v správaní a prežívaní).

Rozdiely psychoterapie a psychologického poradenstva môžeme rozdeliť do štyroch základných okruhov:

1. **Miera závažnosti riešených problémov** – ktoré spočívajú najmä v existencii objektívnych alebo subjektívnych prekážok v adaptívnom zvládaní rôznych životných situácií a ktorých miera závažnosti v rámci psychoterapie je vyššia. Poskytnutá intervencia sa zameriava viac na situačné aspekty problému a menej smeruje do „vnútra osobnosti".
2. **Predpokladaná miera zapojenosti klienta** – ktorá je v psychologickom poradenstve vyššia, než pri psychoterapii. Pri riešení klientových problémov sa viac počíta s podnecovaním, podporou a usmerňovaním jeho vlastnej aktivity pri riešení problému, pričom ide o zameranie na vedomú a racionálnu rovinu duševného života.
3. **Časové trvanie** – poradenská intervencia býva obyčajne kratšia, niekedy ide len o jednorázovú intervenciu.
4. **Prostredie** – psychoterapia býva často realizovaná v zdravotníckych zariadeniach, pričom psychologické poradenstvo sa realizuje buď v oficiálnych inštitúciách (napr. centrách pedagogicko-psychologickej prevencie, referátoch pre pár jednotlivca a rodinu) alebo v súkromných poradenských zariadeniach.

Napriek uvedeným rozdielom sa často v prístupe ku klientovi prelínajú formy psychoterapeutickej a poradenskej pomoci. B. Geist (2000, s. 229) definuje v Psychologickom slovníku poradenskú psychológiu ako „odbor psychológie, ktorý poskytuje psychologickú pomoc pri riešení náročných životných situácií, ktoré sú individuálnej alebo sociálnej povahy". Psychologické poradenstvo na rozdiel od psychoterapie je jednoduchšie, neanalyzuje problém do takej hĺbky ako psychoterapia, je časovo kratšie a ide o určitú formu pomoci v krízovej situácii. Psychologické poradenstvo pomáha riešiť aktuálnu problém a využíva predovšetkým techniky explikácie, ventilácie, povzbudenia a špecifických pokynov a rád.

1.4 PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA

Akákoľvek psychologická pomoc, teda aj psychoterapia, resp. psychologické poradenstvo, musí vždy vychádzať z komplexného posúdenia a rozboru celého problému. Jednou zo základných psychologických metód, slúžiacich k poznaniu komplexnosti problému, je aj psychologická diagnostická činnosť – psychodiagnostika.

Psychodiagnostiku definujeme ako aplikovanú psychologickú disciplínu, ktorej úlohou je zisťovanie a meranie duševných vlastností a stavov, prípadne ďalších charakteristík indivídua. Podľa M. Slobodu (2001) je úzko spojená s psychológiou osobnosti a diferenciálnou psychológiou. Realizuje sa na základe diagnostickej činnosti, pod ktorou rozumieme súhrn operácií, postupov a techník, ktorých cieľom je stanoviť diagnózu (psychický stav).

Diagnostickú činnosť ponímame ako proces, ktorý ide od metódy (t.j. súboru podnetov) k reakciám (t.j. vzorcu správania) a od reakcií k vlastnostiam osobnosti alebo k celku správania. Prvá časť tohto procesu (metóda – reakcia) je tvorená pozorovaním a meraním, druhá časť (reakcia – vlastnosti osobnosti či celok jej správania) vyplýva z interpretácie a hodnotenia.

Psychologická diagnóza je poznanie, zistenie, skúmanie telesných a duševných stavov a bytia prostredníctvom anamnézy, explorácie a skúmania. Výsledkom je odborne fundované a a prakticky užitočné rozpoznávanie relevantných znakov, vlastností alebo stavov, ich úrovne a kvality u určitého jednotlivca, a to i s prípadnou odpoveďou, ktoré činitele podmieňujú individuálne zvláštnosti a predikciu ďalšieho vývinu.

Psychologická diagnostika je proces získavania relevantných údajov o psychických javoch človeka tým najobjektívnejším, najspoľahlivejším a vedecky platným spôsobom, ktorý dovoľuje ich adekvátne hodnotenie a interpretáciu vo forme nálezu (výsledku psychologického vyšetrenia).

Psychodiagnostická metóda je sústava podnetov, úloh, otázok a situácií, ktoré evokujú prejavenie typických znakov, umožňujúcich bližšie charakterizovať skúmanú osobu alebo jej isté stránky v zmysle diagnózy. Je to exaktný spôsob, ktorý vedie k zisťovaniu javov, faktov a ich súvislostí. Aplikovať a interpretovať validizované, štandardizované a objektívne psychologické metódy, môže len psychológ.

Na získanie základných informácií sa využívajú v psychodiagnostike jednak **klinické metódy** (pozorovanie a rozhovor), ako aj **testové metódy** (psychodiagnostické testy, dotazníky, projektívne techniky a pod.).

1.4.1 PRIEBEH PSYCHOLOGICKÉHO VYŠETRENIA

Psychologické (psychodiagnostické) vyšetrenie je proces získavania relevantných údajov o psychických stavoch jedinca. Konkrétne u detí, ktoré majú rôzne problémy, sa diagnostická činnosť zameriava na tieto ciele:

- určenie stupňa psychického vývinu,
- zistenie príčin odchýlky od optimálneho vývinu,
- zistenie individuálnych zvláštností osobnosti,
- odhalenie intenzity a extenzity odchýlky od normy a iných zvláštností,
- zistenie príčin a podstaty individuálnych rozdielov, resp. problémov dieťaťa,
- určenie prognózy, alebo predikcie vývinu,
- zváženie možností prípadných psychoterapeutických, resp. reedukačných postupov.

Pre ilustráciu uvedieme priebeh **základného** psychologického vyšetrenia, pričom toto môže realizovať len kvalifikovaný psychológ, ktorý má oprávnenie k diagnostickej, resp. psychoterapeutickej činnosti. Psychológovia sú povinní chrániť súkromie vyšetrovaných osôb, pričom informácie o jeho výsledkoch v prípade detí (napr. škole), musia byť odsúhlasené rodičom, alebo zákonným zástupcom dieťaťa.

Priebeh psychologického vyšetrenia má tieto fázy:

1. **Prípravné štádium** – dôvod vyšetrenia. Psychológ študuje dostupnú dokumentáciu o dieťati, so zameraním na predbežné zoznámenie sa s problémom, s rodinou, so školskými výsledkami a pod.
2. **Vlastné psychologické vyšetrenie dieťaťa**. Psychológ sa sústreďuje na nadviazanie a udržanie kontaktu, na pozorovanie dieťaťa a doprevádzajúcich osôb. U mladších detí sa odporúča na začiatok zaradiť hru, prípadne nejaké projektívne techniky, napr. kresby. Dominujúcim je rozhovor.
3. **Analytická fáza** – vyhodnocovanie použitých psychodiagnostických metód a ich integrácia s ďalšími údajmi. Tento postup slúži psychológovi k formulácii intervenčných stratégií a odporúčaní, k popisu súčasných schopností, prípadne deficít dieťaťa.

4. **Zrozumiteľná interpretácia výsledkov** rodičom, vychovávateľom a pod.
5. **Overovanie výsledkov** a z nich vyplývajúcich intervenčných postupov. Psychológa zaujíma, nakoľko boli jeho odporúčania úspešné. Ďalšie návštevy môžu priniesť korekciu prijatých opatrení , resp. nové odporúčania. Výsledky, najmä u detí, majú vždy procesuálny charakter a upravujú sa na základe vývinu dieťaťa.

Preto pri interpretácií výsledkov psychologickej diagnostiky u detí zohľadňujeme:

- jedinečnosť detského vývinu a momentálny vývinový stupeň s jeho osobitosťami,
- kontinuitu vývinu dieťaťa a posúdenie diskontinuitného vývinu,
- výskyt pozvoľných, alebo náhlych vývinových zmien,
- bližšiu diferenciáciu patologických znakov, symptómov z hľadiska aktuálneho klasifikačného systému,
- registráciu viacerých znakov, ktoré majú tendenciu pretrvávať.

2. kapitola

VPLYVY A FAKTORY PÔSOBIACE NA VZNIK PSYCHICKÝCH PORÚCH

Faktory pôsobiace na vznik duševných porúch môžeme rozdeliť na dve základné skupiny, ktoré majú ešte svoje ďalšie delenia (J. Kafka,1993). Podotýkame, že ani jedna skupina faktorov nepôsobí izolovane. Vo väčšine prípadov ide o komplex rôznych dispozícií a pôsobenia konkrétnych, tzv. precipitačných (vonkajších) faktorov, ktoré v konečnom dôsledku môžu spôsobiť patologický vývin dieťaťa.

2.1 PRÍČINY PORÚCH PSYCHICKÉHO VÝVINU

Príčinou rozumieme činiteľ, ktorý prostredníctvom patogenetických mechanizmov vyvoláva poruchu vývinu či duševné poruchu či ochorenie. Ak hľadáme príčiny vzniku psychických porúch a chorôb, nemáme ľahkú úlohu. V pozadí vzniku týchto porúch stoja zvyčajne viaceré príčiny, ktoré pôsobia a prejavujú sa často sprostredkovane a komplexne. Psychické poruchy, ktoré spôsobí zásadne len jeden činiteľ – napr. len genetický faktor, alebo len faktor prostredia, sú mimoriadne vzácne. Svoju rolu pri vzniku psychických porúch však hrá nielen vzájomná interakcia vrodených dispozícií a faktorov prostredia, ale aj čas, kedy, v ktorej fáze vývinu človeka dôjde k poruche, resp. kedy patogenetické činitele na neho pôsobia. Odchýlky v psychickom vývine majú svoj okamih vzniku, ale modifikujú do určitej miery ďalší rozvoj jeho osobnosti, ovplyvňujú ďalej jeho psychický aj telesný stav a vplyv odchýlky môže vývinom narastať, alebo sa naopak znižovať.

Vplyv pôsobenia rôznych faktorov na vývin jedinca závisí od viacerých okolností, ktorými sú napr.:

- sila ich pôsobenia (resp. významu pre jednotlivca)
- osobnostná výbava (typ nervovej sústavy, frustračná tolerancia, a pod.)
- vývinové obdobie, kedy tieto faktory pôsobia.

Hoci u niektorých porúch psychiky môžeme skutočne nájsť priamy vplyv faktorov vnútorných (Morbus Down), alebo faktorov vonkajších (neuróza**), väčšina porúch je podmienená multifaktoriálne** – teda dispozičné príčiny sa kombinujú s pôsobením patogénnych vonkajších vplyvov.

2.2 DISPOZIČNÉ FAKTORY

Dispozičné faktory sú tie, ktoré "uľahčujú" prejavenie sa poruchy a bez ich prispenia sa chorobný stav nerozvinie. V staršej literatúre sa zvykli označovať ako vnútorné (endogénne) alebo biologické faktory. Medzi ne zaraďujeme viacero faktorov, ktoré predstavujú u jedinca určité „dispozície“, dôsledkom ktorých je narušenie psychického vývinu, resp. rozvinutie určitej poruchy alebo choroby.

2.2.1 GENETICKÉ FAKTORY

Genetické faktory sa priamo uplatňujú len pri niektorých ochoreniach, napr. metabolických. Pri väčšine duševných porúch sa predpokladá aj spolupôsobenie vonkajších faktorov.

Dieťa prichádza na svet vybavené **vlohami (dispozíciami)**, ktoré sú predpokladom vytvorenia určitých znakov a schopností. Tieto vrodené vlohy môžu byť buď zdedené od predkov alebo môžu vzniknúť ako nové v čase oplodnenia a vývinu plodu. Pod dedičnosťou rozumieme prenos vlastností jednej generácie na druhú. Biologická dedičnosť však neznamená prenos hotových znakov a vlastností, ale ide o prenos určitých vlôh (dispozícií), k manifestácii ktorých sú potrebné podnety vonkajšieho prostredia. Zo zdedených dispozícií sa realizujú len tie, pre ktoré sú vytvorené priaznivé vonkajšie podmienky.

Súhrn dedičných predpokladov - **genotyp**, predstavuje väčšinou len dispozície ku vzniku určitej normálnej alebo patologickej vlastnosti organizmu. V tomto kontexte platí, že genetické vlohy určujú len mieru rizika vzniku nejakej psychickej odchýlky. Z toho vyplýva, že čím je genetická odchýlka od normy závažnejšia, tým menej sa tu uplatňujú vplyvy vonkajšieho prostredia.

Psychická vlastnosť - **fenotyp**, je výslednicou dlhodobých a veľmi zložitých vzťahov medzi genotypom a faktormi vonkajšieho prostredia. Tieto sa v priebehu života neustále menia tak vo svojej intenzite, kvalite i čase pôsobenia. Každý genotyp má teda svoje vymedzené hranice, v ktorých je schopný reagovať na vplyvy prostredia. Prostredie potom rozhoduje o tom, aký bude konkrétny fenotyp v rámci tohoto rozpätia. Jeho rozvoj bude primeraný vtedy, keď vplyvy vonkajšieho prostredia budú pôsobiť optimálne. Napr. dieťa môže byť výrazne zanedbávané a preto sa rozvinie len minimum jeho intelektových dispozícií. Pokiaľ by bolo intenzívne stimulované, jeho schopnosti môžu dosiahnuť maximum v rámci daných dispozícií.

V rámci porúch duševného vývinu existujú aj konkrétne varianty na základe ich genetického prenosu. Patrí sem napr. chromozomálna aberácia, ktorej základom je porucha v počte alebo štruktúre chromózomov. Príkladom takejto poruchy je Downov syndróm, ktorého typickým príznakom je mentálna retardácia, spojená s telesnými znakmi - zošikmené oči, malý nos, veľký jazyk, krátke končatiny. Časté bývajú aj srdcové poruchy.

Genetické faktory predstavujú teda väčšinou mieru rizika vzniku psychickej poruchy. Ich konkrétny prejav je v menšej alebo väčšej miere závislý od podnetov vonkajšieho prostredia. Platí však, že čím je genetická odchýlka od normy závažnejšia, tým menej sa tu môže uplatniť vplyvy prostredia – napr. mentálna retardácia je prostredím málo ovplyvniteľná. Priamo sa genetické faktory podieľajú na vzniku skôr zriedkavých ochorení. Ku geneticky priamo podmieneným ochoreniam patrí ochorenia, ktoré vznikajú na základe:

- **chromozómovej aberácie** - ich základom je porucha počtu alebo štruktúry chromozómov. Príkladom takej poruchy je najmä Downov syndróm (trizómia 21. chromozómu). Podobne je príkladom syndróm lomivého X chromozómu, ktorého typickým znakom je mentálna retardácia, nápadnosti vo výzore (veľké uši, vystupujúca brada), nápadnosti správaní (impulzivita);
- **génovej mutácie** - príčinou je tu odchýlka v jednom mieste génu, teda funkcia génu je v určitom mieste narušená. Spôsobujú tzv. monogénne poruchy, napr. Alzheimerovu demenciu.

Vyšší podiel dedičnosti sa predpokladá u niektorých psychických ochorení, ako je *depresia* (hoci nebol doposiaľ nájdený gén depresie, jeho existencia sa predpokladá), *schizofrénia* (etiológia nie je presne známa, predpokladá sa, že by mohlo ísť o dôsledok

narušenej funkcie mozgovej časti – thalamu aj v dôsledku zmeny rôznych génov), *mentálna retardácia.*

2.2.2 KONŠTITUČNÉ FAKTORY

Konštitučné faktory podmieňujú konštitúciu človeka, jeho temperament i niektoré vlastnosti nervových procesov. Konštitúcia môže byť podmienená geneticky, ale aj spoločenským prostredím a nie je jednoduchým faktorom. Dieťa si prináša na svet i dispozície pre rozvoj funkcií centrálneho nervového systému (CNS), ktorý bude organizovať súhru vnútorného a vonkajšieho prostredia a určovať vzťahy dieťaťa k vonkajšiemu svetu a spoločnosti. Výkonnosť CNS je určovaná silou, vyváženosťou a pohyblivosťou nervových procesov - vzruchu a útlmu. Touto problematikou sa zaoberal I. P. Pavlov, ktorý zistil určité typy reaktivity. Typ chápal ako súhrn vrodených a získaných rysov (tzv. fenotyp). V detskom veku sú typologické zvláštnosti mimoriadne výrazné, pretože ešte nie sú korigované výchovou a inými vplyvmi sociálneho prostredia. Napr. v kojeneckom období sú deti "kľudné", ktoré väčšinu času prespia a deti "nekľudné", ktoré sa často budia, reagujú aj na najmenšie podnety. Podľa sily, vyrovnanosti a pohyblivosti nervových procesov (vzruchu a útlmu) rozdelil Pavlov štyri základné typy:

Typ silný, vyrovnaný, rýchly (sangvinik) - vyskytuje sa u zdravých detí s dobrým vyrovnávaním procesov vzruchu a útlmu. Sú to deti rýchlo reagujúce, živé. Dokážu kontrolovať svoje emócie, prispôsobujú sa podmienkam vonkajšieho prostredia.

Typ silný, vyrovnaný, pomalý (flegmatik) - vyskytuje sa tiež u detí zdravých, s dobre vyrovaným vzruchom a útlmom. Podmienené reflexné spojenia sa vytvárajú pomalšie ako u detí sangvinických. V správaní je v popredí kľud, spokojnosť.

Typ silný, vzrušivý, nezdržanlivý (cholerik) - prevládanie podkôrových reakcií nad kôrovými reguláciami. Sú to deti nestále, ťažko sa ovládajúce, ľahko vzrušivé, prevláda vzruch nad útlmom.

Typ slabý so zníženou vzrušivosťou (melancholik) - u týchto detí prevláda vonkajší útlm, ktorý spôsobuje porušenie rovnováhy medzi útlmom a vzruchom. Tieto deti neznášajú silné, dlhotrvajúce vzrušenie, rýchlo sa vyčerpávajú. Sú väčšinou označované ako tiché, bojácne, poslušné, zakríknuté.

2.2.3 FAKTOR VEKU

Vývin dieťaťa prebieha v určitých fázach, ktoré treba nevyhnutne poznať, aby sme mohli rozlíšiť odchýlky a prípadnú patológiu v detskom veku. Každá vývinová fáza má charakteristické vlastnosti motorické, citové, a socializačné. Daná je určitým dozrievaním, ktoré u každého dieťaťa prebieha individuálne a podmienené je tak geneticky, organicky, biologicky, ako aj prostredím, do ktorého sa dieťa narodí. Napriek tomu existujú v rámci vývinu dieťaťa určité obdobia, ktoré označujeme ako "kritické", resp. ktoré majú výrazný dopad na jeho ďalší optimálny vývin.

Všeobecne platí, že negatívny vplyv je najsilnejší a má najškodlivejšie účinky v prvých vývinových obdobiach ontogenézy, teda v období prenatálnom, kedy iné dispozície dieťaťa, napr. osobnostné, nie sú ešte vyvinuté, dieťa je bezbranné, v období perinatálnom (počas priebehu pôrodu) a v období postanatálnom (krátko po narodení dieťaťa).

1. Prenatálne obdobie

Škodlivé vplyvy môžu pôsobiť na vývin plodu v obdobiach: embryonálnom (do 6. týždňa vnútromaternicového života), neofetálnom (medzi 7. až 12. týždňom vnútromaternicového života) alebo v období morfokinézie (od 13. týždňa až po pôrod). Za najrizikovejšie sa považujú obdobia embryonálne a neofetálne, v ktorých sa zakladajú a tvoria jednotlivé orgány. Odohráva sa tu zmena krvného zásobovania plodu. Nebezpečný je vplyv napr. infekčných ochorení matky, intoxikácií, porúch výživy, žiarenia a pod. Nervový systém je zraniteľnejší než iné orgány, pretože jeho morfogenéza je najdlhšia.

Všetky vonkajšie vplyvy pôsobia na plod sprostredkovane cez organizmus matky. Tie, ktoré pôsobia negatívne, sa označujú ako **teratogénne vplyvy**, pretože poškodzujú optimálny vývin plodu. Ako už bolo uvedené, miera účinku teratogénneho faktora závisí od vývinového obdobia, v ktorom na plod pôsobí, na jeho dĺžke a účinku. Účinok teratogénu ovplyvňuje aj reakcia organizmu matky, ktorý má individuálnu citlivosť na rôzne účinky týchto faktorov. Aj genotyp embrya určuje jeho individuálnu citlivosť k rôznym škodlivým vplyvom a už v začiatkoch jeho vývinu ovplyvňuje aj jeho schopnosť určité postihnutie do istej miery kompenzovať.

V prenatálnom období sa vplyv vonkajších škodlivých (tzv. teratogénnych) vplyvov realizuje prostredníctvom organizmu matky. Problematikou poškodenia dieťaťa škodlivými faktormi sa zaoberá vede – teratológia.

K teratogénnym vplyvom zaraďujeme pôsobenie rôznych fyzikálnych, chemických, biologických, psychogénnych faktorov (vplyv žiarenia, liekov, alkoholu, infekčných ochorení matky, nepriaznivého psychického stavu matky).

Miera účinku teratogénnych vplyvov závisí od týchto faktorov:

- od **dĺžky pôsobenia, dávky a obdobia**, v ktorom na dieťa pôsobia,. Účinok je najvážnejší v prvom trimestri (obdobie zárodku a embrya – do 80. dňa života). K vysoko škodlivým faktorom patria:
- niektoré infekčné ochorenia matky, napr. rubeola matky, toxoplazmóza,
- ochorenie štítnej žľazy, lues, AIDS,
- vplyv liekov, alkoholu, drog, žiarenia,
- nedostatočná výživa matky,
- stres počas tehotenstva;
- **od reakcie organizmu matky**, jej individuálnej citlivosti na rôzne teratogénne látky, ktoré môžu ale nemusia pôsobiť škodlivo;
- **od individuálnej citlivosť embrya** na škodlivé vplyvy, ktorá závisí od jeho genotypu.

2. Perinatálne obdobie

Aj normálny fyziologický pôrod je pre dieťa záťažou a podľa niektorých, najmä analyticky orientovaných psychológov (T. R. Verny – J. Kelly, 1981), predstavuje najväčšiu životnú traumu. Vysoká úroveň pôrodníctva v súčasnosti výrazne znížila riziká poškodenia dieťaťa počas pôrodu, ale napriek tomu tu existuje niekoľko možných škodlivých vplyvov – príčin poškodenia:

1. **Mechanické traumy.** Pri použití klieští hrozí pohmoždenie mozgu vzhľadom na krehké kosti lebky dieťaťa.
2. **Nedostatok kyslíka.** Je veľmi vážnou komplikáciou. Ak dieťa po pôrode nezakričí, čo je vlastne prejav prvého samostatného nadýchnutia, môže dôjsť k tzv. *pôrodnej asfyxii,* ktorá má vážne následky, závisí však od času, kedy mozog dieťaťa nebol

kyslíkom zásobovaný. Rozlišujeme ľahkú asfyxiu (1-2 minúty), strednú (3-10 minút) a ťažkú asfyxiu (viac ako 10 minút). Po 14 minútach asfyxie dochádza k nezvratným poškodeniam mozgu, ktorý nedokáže fungovať bez kyslíka. Následkom býva DMO. Aj v prípade asfyxie sa však uplatňuje individuálna variabilita, dieťa je rôzne schopné kompenzácie asfyxie, dokonca v ľahších prípadoch aj bez následkov. Asfyxia sa objavuje u nedonosených detí, poznáme ale aj jej formu u detí prenosených, nazýva sa *hypoxia* – ide o zástavu okysličovania mozgu ešte v tele matky.

3. **Polohové anomálie.** Ide o pôrody panvovým koncom, s ktorými sa zvyknú spájať aj problémy s príliš krátkou alebo omotanou pupočnou šnúrou, hrozí priškrtenie dieťaťa, zakliesnenie končatín dieťaťa a pod.
4. **Predčasný pôrod.** Dieťa je nedonosené, záleží však veľmi na období, kedy k pôrodu dôjde, citlivé je najmä obdobie 8. mesiaca (nerozvinuté pľúca, očný systém). Riziká sú dané najmä samotným fyziologickým stavom dieťaťa, jeho tkanivo hlavy je ešte príliš mäkké (možnosť vnútrolebkového krvácania pre tlaky pri pôrode), všetky systémy sú zraniteľnejšie. **Nedonosenosť** máva aj sekundárne následky. Nedonosené deti zvyknú mávať dlhodobejšie ťažkosti, sú nezrelejšie, citlivejšie na infekty, objavuje sa u nich častejšie oneskorovanie vývinu, poruchy správania, učenia.
5. **Prekotný pôrod.** Príliš rýchly pôrod môže spôsobiť ťažkosti pri vyrovnávaní rozdielov medzi vnútromaternicovým a atmosférickým tlakom – možné krvácanie do mozgu, tehotenské kŕče, hypertenzia matky.
6. **Psychogénne faktory.** Pripravenosť matky na pôrod a postoj matky k očakávanému dieťaťu sa odráža na zdraví dieťaťa, ako aj na priebehu pôrodu. Úzkostné ženy s rozporuplným postojom k dieťaťu rodia dlhšie, častejšie sa vyskytujú komplikácie. Deti chcené sú tiež životaschopnejšie, zrelšie, vyrovnanejšie, lepšie prospievajú ako deti neželané.

3. Postnatálne obdobie

Obdobie postnatálne je zvyčajne definované ako obdobie po narodení dieťaťa do 6 mesiacov jeho veku, resp. do 12 mesiacov. Je to obdobie veľmi citlivé na rôzne škodlivé vplyvy, je to najrizikovejšie obdobie v čase po narodení dieťaťa. Organizmus dieťaťa nie je dostatočne schopný vyrovnávať sa s týmito vplyvmi.

Príčinou poškodenia v prvých mesiacoch života dieťaťa môžu byť:

- všetky ochorenia, ktoré postihujú CNS – zápaly, infekcie, nádory,
- úrazy hlavy,
- vnútorné intoxikácie škodlivými látkami, ktoré sa vytvárajú v samotnom organizme v dôsledku infekčných ochorení,
- vonkajšie intoxikácie,
- febrilné kŕče,
- nesprávna alebo nedostatočná výživa,
- psychogénne vplyvy – nedostatočná psychologická starostlivosť o dieťa (citová deprivácia).

4. Novorodenecké a dojčenské obdobie je charakterizované aj búrlivým rozvojom motoriky a vnímania. Uspokojovaním základných potrieb vzniká pocit základnej istoty. Ak sa u dieťaťa vytvorí stabilný pocit bezpečia a istoty, je schopné prijať krátkodobú neprítomnosť matky, čím sa učí zvládnuť nepríjemné a ohrozujúce situácie. Pri nedostatočnej starostlivosti a citových podnetoch môže vzniknúť citová deprivácia.

Ďalším zdrojom vzniku rôznych psychogénnych porúch môžu byť:

- neprimerané a násilné kŕmenie
- násilné narušovanie rytmu spánku a bdenia
- odlúčenie od matky
- netrpezlivý, podráždený a nevyrovnaný postoj matky (striedanie prílišnej starostlivosti s úplným nezáujmom).

5. Rané detstvo (3 roky) - je označované aj ako obdobie "fyziologického negativizmu". Je to fáza, keď je dieťa schopné samostatne sa pohybovať a kontrolovať vlastné telo. Rozvíja sa interakcia s prostredím, dieťa sa učí rozhodovať. Dostáva sa do nových situácií, v ktorých musí skúšať voľbu správnej cesty. Často sa dostáva do konfliktu so sebou samým i s dospelými. Citové aspekty sú charakterizované zanovitosťou, sebectvom, túžbou po nezávislosti, tvrdohlavosťou, vyžadovaním rituálov. Dieťa sa učí rozlišovať kategórie známe - neznáme. Keďže má ešte nedostatok skúseností, môžu sa vyskytovať nočné desy a úzkostné stavy. Toto obdobie je náročné aj z hľadiska výchovného pôsobenia najbližšieho okolia.

Gelfand (in: J. Langmeier a kol., 2000) uvádza v tomto vekovom období tieto prejavy problémového správania: návaly zlosti, odmietanie plnenia požiadaviek, stále vyžadovanie pozornosti, hyperaktivita, špecifické strachy a nepozornosť.

Preto je zo strany rodičov (vychovávateľov) nesprávne, keď

- násilne tlmia zvedavosť a aktivitu dieťaťa a nútia ho k stavu nečinnosti,
- nesprávne reagujú na prejavy negativizmu,
- násilne postupujú pri nácviku osvojovania si čistoty,
- matka často opúšťa dieťa,
- dieťa je často vystavované novým situáciám, ľuďom, zvieratám, bez poskytnutia emocionálnej istoty,
- nedodržiavajú sa rituály týkajúce sa jedla a spánku.

6. Predškolský vek (3 - 6 rokov) - je to fáza rozvoja iniciatívy, dieťa spoznáva kultúrne hodnoty, poslúcha zákazy, začína sa sexuálna diferenciácia. Pre dieťa je nevyhnutný identifikačný vzor rodiča opačného pohlavia. Je to obdobie otázok, dieťa spracúva symboly, prechádza ku konkrétnemu mysleniu.

Ak je dieťaťu zabraňované v prejavoch jeho samostatnosti uniká buď do pasívneho snenia a autizmu (zameranie na vlastnú osobu), alebo odmieta poslušnosť.

Výrazne sa vyvíja fantázia. Nepravdy, ktoré v tomto veku dieťa hovorí, nemožno označovať ako klamstvá, treba ich posudzovať veľmi opatrne.

Iné formy negatívnych psychogénnych faktorov sa môžu týkať:

- príliš vysokých nárokov na dieťa zo strany rodičov,
- odlúčenia od matky, najmä prijatie nových podmienok a kolektívu v MŠ,
- rodinných konfliktov,
- strachu z tmy, samoty a rôznych bytostí, čo je často dôsledkom extrémnej fantázie.

Gelfand (in: J. Langmeier a kol., 2000) uvádza v tomto vekovom období tieto prejavy problémového správania: návaly zlosti, odmietanie plnenia požiadaviek, stále vyžadovanie pozornosti, precitlivelosť, klamstvo, negativizmus.

7. Školský vek (6 - 11 rokov) - rozvíja sa sociálna interakcia mimo rodiny. Dôležitý je vstup do školy. Dieťa sa usiluje, aby bolo ocenené. Na začiatku školskej dochádzky sa

najmä neurotické deti boja učiteľa a školy. Príliš svedomité deti trpia obavami, že niečo zabudli, že prídu neskoro apod.

V období prvých školských rokov sa niekedy objaví mutizmus (strata reči v dôsledku neurotických zábran), ktorý býva sústredený na jednu osobu alebo na prostredie školy, alebo prejavy školskej fóbie. Dôležité je posúdenie školskej spôsobilosti dieťaťa.

Je to fáza pracovitosti, dieťa si vytvára kamarátske vzťahy k rovesníkom rovnakého pohlavia. Začína sa rozvoj abstraktného myslenia.

Ďalšie zdroje ťažkostí sa môžu týkať:

- nadmerných a neprimeraných požiadaviek na dieťa vzhľadom k jeho možnostiam, ktoré sa týkajú správania a prospechu,
- odmietania školským kolektívom a negatívnych reakcií spolužiakov, napr. na nápadnosť v zovňajšku alebo správaní dieťaťa.

Gelfand (in: J. Langmeier a kol., 2000) uvádza v tomto vekovom období tieto prejavy problémového správania: návaly zlosti, hyperaktivita, špecifické strachy, precitlivelosť, klamstvo, zlyhávanie v škole, žiarlivosť, nadmerná uzavretosť.

8. Puberta a adolescencia (11 - 18 rokov) - obdobie biologickej, sociálnej a citovej maturácie (dospievania). Je charakterizované kolísaním postojov, nálad, vzťahov, vytváranie ideálov, vzostup pudových impulzov, plánovanie budúcnosti. Vzniká konflikt medzi želaním byť dospelým a zostať dieťaťom. Jedinec sa snaží o vybudovanie nezávislosti, stavia sa na odpor, čo vedie ku konfliktu s autoritami. Fyzicky je dospelý, psychicky ešte nie. Agresívne a sexuálne pudy sú zosilnené endokrinologickým a fyzickým vývinom. Bežné je združovanie sa do partií (obdiv pre sexuálnu aktivitu, fajčenie, drogy). Jedinec prežíva krízu biopsychologickej identity sociálnych rolí. Preto je dôležité, ako jedinec
- prežíva vzťahy k ľuďom, hlavne k opačnému pohlaviu,
- ako na jeho emancipačné snahy zo závislého postavenia reaguje rodina a škola,
- prežíva svoje neúspechy, prípadne zmeny svojho zovňajšku.

Gelfand (in: J. Langmeier a kol., 1989) uvádza v tomto vekovom období tieto prejavy problémového správania: návaly zlosti, precitlivelosť, zlyhávanie v škole, žiarlivosť, nadmerná uzavretosť a náladovosť. Neskôr sa k týmto poruchám (vo veku 15 – 18 rokov) pridružuje záškoláctvo, podvody pri skúšaní v škole, experimentovanie s drogami, fajčenie, konzumácia alkoholu, predčasná sexuálna aktivita, krádeže v obchodoch a iné priestupky a depresia.

Prehľad o vekovej podmienenosti vzniku určitých porúch v detstve je malý. Ako uvádza J.Langmeier (1989), určitú súvislosť s vekom vykazuje problematika enuréz a poruchy v príjme potravy (3 - 6 rokov), chorobná úzkostnosť (zrastajúca s vekom až do dospievania), pohybový nepokoj (klesajúci s vekom), poruchy citového prežívania (puberta).

Mnohé poruchy u detí sú zjavne reakciami na ich preťažovanie a strácajú sa i bez liečby, akonáhle sa upravia najmä sociálne podmienky, v ktorých deti žijú.

2. 2. 4 FAKTOR POHLAVIA

Pri diskusiách o mužských a ženských odlišnostiach, identite, sociálnych roliach, sa v posledných rokoch začal aj v našej odbornej literatúre používať anglický termín gender (ktorý sa však neprekladá, nakoľko v slovenskom jazyku nemá celkom výstižné ekvivalenty, jedným

z nich je napr. rod, v zmysle sociálneho určenia). Tento termín označuje súbor sociokultúrne vytvorených sociálnych rolí, spojených s príslušnosťou k biologickému pohlaviu.

Napr. C. Gilliganová (2001) uvádza, že pri pozorovaní hier chlapcov a dievčat sa zistilo, že chlapci sa radšej hrávajú vonku vo veľkých skupinách, ich hry mávajú súťaživý charakter a pevne dané pravidlá. Dievčatá sa radšej hrávajú v intímnejších skupinkách, ich hry viac rozvíjajú empatiu a senzitivitu a pravidlá sa skôr podriaďujú vzťahom. Tento príklad uvádzame preto, že pravdepodobne existujú aj určité „vrodené“ dispozície, ktoré pohlavia odlišujú. Napriek tomu, toto je jeden z faktorov, kde sa spájajú obidva vplyvy – tak dispozičné, ako aj precipitačné.

Klinické skúsenosti i výskumné štúdie (napr. Z. Matějček a kol.,1975) poukazujú na však to, že mužský organizmus je "vnímavejší" voči nepriaznivým vplyvom rôznych činiteľov. Spontánne potraty postihujú častejšie plody mužského pohlavia, chlapci majú vyššiu perinatálnu úmrtnosť, častejšie sú postihnutí drobnými mozgovými poškodeniami, majú vyššiu chorobnosť. Chlapci sú častejšie aj klientami psychiatrických ambulancií a pedagogicko-psychologických poradní. Citlivejšie reagujú na nepriaznivú rodinnú atmosféru, čo sa môže prejavovať najmä v neskoršom asociálnom vývine.

V posledných rokoch sa tiež zistilo, že miera pripravenosti pre vstup do ZŠ (školská zrelosť) je u chlapcov v období 6. roku o niečo nižšia, ako u dievčat.

2. 3 PRECIPITAČNÉ FAKTORY

Sem zaraďujeme hlavne faktory vonkajšieho prostredia, ktoré negatívne pôsobia na optimálny vývin dieťaťa. V staršej literatúre sa zvykli označovať ako vonkajšie (exogénne) alebo sociálne faktory.

2.3.1 FYZIKÁLNE FAKTORY

Vplyv týchto faktorov sa uplatňuje za mimoriadnych okolností. Je to napr. mechanické poškodenie mozgu, chemické činitele - alkohol, drogy, jedy, choroby spôsobené ožiarením a pod. Niektoré z fyzikálnych faktorov sa ešte len začínajú študovať, napr. vplyv svetla na depresiu.

Veľmi častými faktormi, najmä u detí, sú úrazy hlavy, s rôznou mierou poškodenia mozgu. Taktiež priebeh pôrodu, najmä rôzne komplikácie, môžu byť jedným zo zdrojov poškodenia mozgu.

2.3.2 SOMATICKÉ FAKTORY

Medzi somatické faktory patria: ochorenia vnútorných orgánov, organické postihnutia mozgu (nádory, zápaly), vyčerpanie organizmu (extrémna námaha, nedostatok spánku, jedla, tekutín, strata krvi a pod.). Taktiež stav organizmu po prekonaní rôznych infekčných ochorení môže istým spôsobom pôsobiť ako predispozičný faktor, na vznik niektorých foriem duševných porúch alebo chorôb

Keďže psychická a somatická zložka sa navzájom ovplyvňujú, nakoľko sú súčasťou jedného organizmu, ich funkcie reguluje centrálny nervový systém. Preto psychický stav, či už momentálny alebo trvalý, ovplyvňujú aj rôzne somatické ochorenia alebo telesné a zmyslové postihnutia. Psychické odchýlky vznikajú sprostredkovane a označujeme ich ako

sekundárne. Je známe, že rôzne somatické problémy sa odrážajú na momentálnej nálade a výkonnosti, ale aj rôzne psychické problémy sa môžu prejavovať somatizáciou (napr. pred odpoveďou má dieťa strach a potia sa mu ruky, trasie sa mu hlas a pod.). Ešte výraznejšie sú osobnostné zmeny u telesne alebo zmyslovo postihnutých jednotlivcov, keď im miera ich postihnutia nedovoľuje zapojiť sa aktívne do života.

2.3.3 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY

Medzi tieto faktory zaraďujeme hlavne psychické procesy a stavy, ale aj psychosociálne aktivity. Patria sem:

Elementárne psychické podnety - napr. náhle pôsobenie intenzívneho podnetu, zľaknutie. Najmä u malých detí to môžu byť veľmi silné emocionálne reakcie, napr. strach detí z niektorých zvierat, náhly útok psa - môže vyvolať rôzne neurotické prejavy - tiky, balbuties a pod.

Psychické traumy - sú to náhle vzniknuté emocionálne zážitky, týkajúce sa významnej osobnej oblasti - napr. strata blízkej osoby, prežitie katastrofy, havárie a pod. Hlavne v posledných rokoch sa venuje zvýšená pozornosť prežitým traumám detí, ktoré boli napr. účastníkmi vojnových konfliktov. Pri tzv. chronickej psychotraumatizácii môže ísť aj o menej intenzívne okolnosti, ktoré však pôsobia dlhodobo.

Psychickú prepracovanosť, vyčerpanosť - nedodržiavanie psychohygienických pravidiel, stresové situácie, emočne náročné povolania a pod. U detí to môžu byť obdobia uzatvárania známok, vysvedčenie, ale aj ich preťažovanie, malý priestor pre hru a relaxáciu.

Náročné životné situácie - napr. rozvod rodičov, trestné činy, väzba a pod. U detí sa môžu vyskytnúť neprimerané reakcie napr. pri prechode na iný druh školy, na 2. stupeň ZŠ, zmenu bydliska a pod. Taktiež to môže byť narodenie mladšieho súrodenca, pokiaľ dieťa nie je zo strany rodičov na túto situáciu pripravované.

Konfliktné situácie - hlavne také, pri ktorých aktéri prežívajú negatívne emocionálne stavy. Najčastejšie sa deti dostávajú do konfliktných situácií v domácom prostredí, napr. pri nejednoznačnej výchove, pri uprednostňovaní súrodencov, pri kladení neprimeraných požiadaviek zo strany rodičov a pod.

Psychické indukcie - nepriaznivé ovplyvnenie inou osobou, napr. rodičmi, spolužiakmi, učiteľom a pod. Traumatizácia zo strany rodičov sa prejavuje najčastejšie výrokmi typu "keď nebudeš poriadne jesť, tak...", "keď nepôjdeš spať, tak ..."," keď nebudeš poslušný, tak..." a pod.

2.3.4 SOCIÁLNE FAKTORY

Sociálne faktory rozdeľujeme na makrosociálne (ekonomické, politické) a mikrosociálne (rodina, najbližšie spoločenské prostredie). Medzi makrosociálne faktory zaraďujeme v súčasnom období hlavne ekonomickú situáciu štátu a tým aj rodiny. Nepriaznivá ekonomická situácia sa prejavuje okrem iného aj v nedostatočnej výžive detí, pričom klesá konzumácia hlavne mliečnych výrobkov, ovocia a zeleniny. Tento trend sa môže odrážať aj vo zvýšenej chorobnosti detí.

Medzi mikrosociálne faktory zaraďujeme tie, ktoré vytvárajú podmienky sociálneho prostredia, v ktorom sa dieťa najčastejšie pohybuje a kde na jeho vývin pôsobí veľké množstvo podnetov. Medzi podmienky mikrosociálneho prostredia zaraďujeme hlavne rodinu

a školu s rôznymi patogénnymi vplyvmi, ktoré pôsobia na deti a majú negatívny dopad na ich optimálny vývin.

A. Rodina

Je spoločenstvo ľudí (rodičov a detí), ktoré obojstranne napĺňa nasledovné potreby:

a/ potreba stimulácie, ktorá vedie jej členov k istej činnosti

b/ potreba učenia a nadobúdania skúseností

c/ potreba istoty a bezpečia

d/ potreba spoločenského uznania

e/ tzv. potreba otvorenej budúcnosti.

Základné funkcie rodiny:

a/ funkcia biologická - vyjadruje reprodukciu, rozmnožovanie

b/ funkcia výchovná - zabezpečuje všestranný duševný a telesný rozvoj detí

c/ funkcia emocionálna - zabezpečuje najoptimálnejšie podmienky pre uplatnenie a rozvoj citových potrieb

d/ funkcia ekonomická

e/ funkcia ochranná.

Patologický vplyv na dieťa vykazujú najmä rodiny dysfunkčné, t.z. také, kde nie je splnená niektorá zo základných funkcií, hlavne v oblasti emocionálnej a výchovnej.

V nasledujúcom texte uvedieme tie oblasti, v ktorých sa tieto dysfunkcie najviac prejavujú. Sú to rodiny, v ktorých dochádza k týraniu, zanedbávaniu a sexuálnemu zneužívaniu detí.

Rodina týrajúca a zanedbávajúca deti

Pod pojem **týrané deti** zaraďujeme také deti, ktoré sú neprimerane fyzicky alebo psychicky trestané. Fyzické ubližovanie dieťaťu má dve formy - aktívnu (dieťa je ohrozované alebo poškodzované telesným násilím) a pasívnu (dieťa je poškodzované hlavne v telesnej oblasti, pri nedostatočnom uspokojovaní jeho potrieb). Všetky deti, ktoré sú týrané fyzicky, trpia aj psychicky a emocionálne. Psychické týranie detí má opäť dve formy. V aktívnej podobe ide o ponižovanie, nadávanie, výsmech a zosmiešňovanie. V pasívnej podobe ide o neprimerané psychické tresty - nútená izolácia (často v tme), naháňanie strachu, ktoré vedie až k ťažkým psychickým poruchám.

Pod pojem **zanedbávané deti** zaraďujeme tie, u ktorých je zrejmá rodičovská nevšímavosť k potrebám dieťaťa, nedostatočné prejavovanie lásky a porozumenia, rodičia nereagujú na zreteľné signály potrieb alebo deprivácie detí.

Spoločným rysom týchto rodín je necitlivosť k potrebám dieťaťa. Táto býva spojená s osobnosťou rodičov - dieťa usmerňujú kritikou, nemajú schopnosť posilňovať pozitívne žiadúce správanie detí, nedokážu zvládať svoje agresívne impulzy, upadajú do afektov. Deti sú často trestané. Typickými rysmi týchto rodičov sú: agresivita, pasívna závislosť alebo nezrelosť, majú častejšie fyzické hendikepy, zníženú inteligenciu, duševné choroby, páchajú trestnú činnosť a sú silne nespokojní so svojim životom.

Rodinná interakcia je vzájomne nepriateľská. Potvrdzuje sa hypotéza, že týranie alebo zanedbávanie detí sa preberá generačne. Aj rodičia týchto detí boli často v detstve týraní.

Častejšie bývajú týrané deti psychomotoricky zaostalé, temperamentovo nestabilné, choré, postihnuté vrodenými vadami, neobratné, so zníženým intelektom alebo iným hendikepom. Mávajú častejšie zníženú pôrodnú váhu, zle jedia, trpia často zažívacími ťažkosťami, čím "hnevajú svojich rodičov". Rodičia ich vnímajú a hodnotia ako nevydarené, nepekné.

Sexuálne zneužívané deti - pokiaľ sa tento akt vyskytuje v rodine, je označovaný pojmom incest, pričom ide o závažný trestný čin. V rodinách sa ho dopúšťajú najčastejšie otcovia, nevlastní otcovia a iní príbuzní voči dcéram alebo dievčatám. Otcovia zneužívajúci dcéry sú intelektove podpriemerní, sú psychopatickí, často sú alkoholikmi alebo užívajú iné drogy. Sú skoro vždy odmietaní svojimi manželkami, zneužívania dcér sa dopúšťajú často v alkoholickom opojení.

V posledných rokoch sa množia aj prípady incestov medzi matkami a synmi. Pre tieto matky je typické emocionálne neuspokojenie, sú často rozvedené, netrúfnu si nadviazať vzťah s iným mužom. Sexuálne správanie sa niekedy vyvinie z bežných materských nežností (napr. v Nemecku je až tretina incestov zo strany matiek).

Sexuálne zneužívané deti majú v dospelosti problémy s nadväzovaním vzťahov k opačnému pohlaviu. Problémy sú v dospievaní, paradoxne môže ísť o prílišnú fixáciu na rodičov. Mnohé dievčatá sa stávajú prostitútkami, pretože sexualita sa stáva pre ne prostriedkom komunikácie, pritom k samotnému sexu majú chladný inštrumentálny postoj. Chlapci vo veľkej miere prepadajú drogám a alkoholu, žijú bez trvalého partnerského vzťahu, často pohŕdajú ženami.

Psychické spracovanie sexuálneho zneužívania je väčší problém, než samotná telesná trauma. Mnohé deti tento fakt taja, často až po celý život. Aj vytrhnutie dieťaťa z rodiny práve pre tento problém býva preň veľmi traumatizujúce.

Všeobecne takto postihnuté deti trpia **syndrómom CAN** (Child Abuse and Neglect), ktorý vyjadruje syndróm týraného, zanedbávaného a zneužívaného dieťaťa (Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, Z. a kol.,1995).

V súvislosti s narušeným emocionálnym vzťahom matky voči dieťaťu, sa môže vyskytnúť aj **syndróm psychickej (citovej) deprivácie.** Psychická deprivácia je jedným z výrazných patogénnych činiteľov u psychogénnych porúch a narušeného vývinu osobnosti. Vzniká z nedostatku uspokojovania psychických potrieb, najmä citových, spôsobených predovšetkým stratou možnosti citovej väzby na osoby ako je matka, otec, obidvaja rodičia a pod. Najčastejšie sa tento syndróm vyskytuje u detí, ktoré od útleho detstva vyrastajú v podmienkach ústavných zariadení. Ale aj dieťa, ktoré vyrastá v rodine neurotickej, alkoholickej, rozvrátenej, zbavenej rodičovskej lásky a starostlivosti, stráda, psychicky trpí, postráda pocit istoty a bezpečia. V priebehu svojho vývinu potom prechádza rôznymi výchovnými frustráciami, na ktoré môže reagovať rôznym spôsobom. Rozvíja sa pocit viny, agresivita, depresia, neuroticizmus, suicidálne tendencie a pod. Ďalším z prejavov citovej deprivácie je **zníženie reči a komunikácie,** nakoľko počiatočný vývin reči nie je stimulovaný, preto je aj slovná zásoba v neskoršom veku omnoho nižšia, než zodpovedá norme. Dieťa sa napr. nedokonale naučí používať osobné zámená, chýba jazyková citlivosť, ktorá sa prejavuje aj v komolení viet a malou spontaneitou rečového prejavu. Citovo deprivované deti **zaostávajú aj v rozumovom vývine**, nakoľko im chýba emocionálna spätná väzba, ktorá oceňuje snahu dieťaťa niečo sa naučiť. Preto aj v školskom prostredí mávajú **zhoršený prospech**, ktorý nezodpovedá ich skutočným schopnostiam. Nedokážu pracovať samostatne, potrebujú priame vedenie a podporu motivácie k učeniu, ktorú nezískali v rodinnom prostredí.

V súvislosti s citovou depriváciou sa uvádza i **hospitalizmus,** ktorý je spôsobený dlhodobejším odlúčením malého dieťaťa od matky, napr. v dôsledku dlhodobej hospitalizácie, liečenia a pod.

V posledných rokoch sa venuje stále väčšia pozornosť problematike tzv. **"nechcených detí"**, teda takých, ktoré sa narodili v manželstve, ale neboli očakávané, matka sa pokúsila neúspešne o interrupciu a pod. Longitudinálnym výskumom Vplyv správania matiek na biosociálny vývin detí narodených z nechceného tehotenstva (Matějček a kol.,1975) sa zistilo, že tieto deti vykazujú isté odlišnosti vo svojom vývine, napr. bola zistená zvýšená agresivitu u chlapcov, problémy v neskorších partnerských vzťahoch u dievčat a pod.

B. Škola

Počas školskej dochádzky dochádza k významnej sociálnej interakcii aj medzi žiakmi, či už v rámci triedneho kolektívu, alebo školy. Sociálne prostredie školy je ďalším z faktorov, ktorý môže negatívne vplývať hlavne na oblasť emocionálneho prežívania. Negatívne dôsledky sa prejavujú buď strachom z návštevy školy (školská fóbia), alebo priamemu vyhýbaniu sa školy (záškoláctvo). Medzi najzávažnejšie faktory patria tie, ktoré súvisia so strachom a obavami z učiteľov a spolužiakov. Tieto sa môžu týkať zlyhania, výsmechu, fyzického alebo psychického ubližovania, odstrkovania a pod.

Strach z učiteľa je často vyvolaný jeho neprimeranými prejavmi správania alebo jeho osobnostnými charakteristikami, hlavne agresivitou, extrémnou prísnosťou, sarkazmom, ľahostajnosťou voči potrebám žiakov a pod.

V poslednom období sa stále viac dostáva do popredia otázka výskytu šikanovania v školskom prostredí, ktorá má na dieťa, hlavne keď je jeho obeťou, negatívny vplyv.

Šikanovanie je fenomén, ktorý sa vyskytuje už aj na 1. stupni ZŠ. Prejavuje sa tým, že tzv. **agresori** (tí, ktorí šikanujú) ubližujú fyzicky, verbálne alebo psychicky **obetiam.** Niektoré výskumy uvádzajú, že so šikanovaním sa stretne asi pätina až tretina žiakov, či už na ZŠ alebo stredných školách.

Agresormi sa stávajú obyčajne chlapci, ale výnimkou nie sú ani dievčatá. Na vzniku takéhoto správania sa podieľa viacero faktorov. Napr. povahové rysy, vplyv agresívneho rodinného prostredia, nedostatok výchovnej starostlivosti, mýtus o tom, že šikanovania sa vypláca, nízke sebaoceňovanie s presvedčením, že okolitý svet je nepriateľský, skupina rovesníkov, ktorí šikanovanie podporujú. Výsledným pocitom je získania nadradenosti a rešpektu. **Obeťami** bývajú spravidla tí žiaci, ktorí sa nenaučili byť dostatočne asertívni, aby sa týmto útokom dokázali ubrániť. Môžu to byť hlavne deti pasívne, úzkostné a citlivé, ktoré sú uzavreté a nedokážu nadviazať primeraný vzťah s rovesníkmi. Často sú to deti nadmieru ochraňované rodičmi, prípadne s nejakým hendikepom. Dôsledkom šikanovania vznikajú u nich obavy pred ďalším násilím, v škole prežívajú strach a úzkosť, rodičom ani učiteľom sa nezdôverujú s obavy pred ďalšími útokmi. Výsledkom je slabá koncentrácia na vyučovaní, zlyhávanie a vážne neurotické prejavy. Tieto obavy môžu vyústiť až do záškoláctva. Bližšie bude táto problematika popísaná v kapitole o poruchách správania.

Ďalšou skupinou detí, ktoré trpia problémami adaptácie na sociálne prostredie školy sú tie, ktoré nie sú dostatočne pripravené na odlúčenie sa od matky, resp. rodinného prostredia. Ide predovšetkým o deti začínajúce navštevovať ZŠ, resp. pri prechode na iný typ školy. Spoločným znakom je strach zo školského prostredia. Tento sa prejavuje somatickými ťažkosťami (bolesti hlavy, zvracanie, zvýšená horúčka), ktoré sa vyskytujú hlavne v raňajších

hodinách a v dňoch školského vyučovania. Tieto prejavy sa označujú pojmom **školská fóbia** (bližšie budú popísané v kapitole o detských neurózach).

2.3.5 ENVIRONMENTÁLNE FAKTORY

V posledných rokoch sa venuje zvýšená pozornosť aj vplyvu faktorov, ktoré súvisia so širším prostredím, v ktorom dieťa žije. Je to napr. životné prostredie s jeho negatívnymi vplyvmi, s ktorými súvisí aj environment školy.

Tieto negatívne faktory životného prostredia súvisia napr. s výskytom rôznych škodlivín, ktoré sa dostávajú do organizmu a spôsobujú alergie, výskyt ochorení horných dýchacích ciest, ekzémy a pod. Alergické ochorenia znižujú kvalitu života a často sú u detí sprevádzané konzumáciou tlmiacich liekov (ktorá sa prejavuje aj zvýšenou unaviteľnosťou počas vyučovania), horúčkovitými stavmi (vymeškávanie vyučovania) a pod. Na **škodlivé látky** v životnom prostredí je najvnímavejší práve detský organizmus, ktorého imunitné funkcie nie sú ešte dostatočne vyvinuté. Dostupné štatistiky uvádzajú, že až tretina detí v rámci Slovenskej republiky trpí niektorou z foriem alergických ochorení.

Ďalším z faktorov je tzv. **elektrosmog**, ako negatívny dôsledok účinkov modernej elektroniky (TV obrazovky, počítačové monitory, mobilné telefóny a pod.). Pôsobenie týchto prístrojov, ktoré fungujú na báze umelých elektrických vĺn a polí, sa prejavuje bolesťami hlavy, poruchami srdcového rytmu a koncentrácie, nespavosťou, stavmi nepokoja, napätia až podráždenosti. Práve u detí a mládeže je nebezpečné dlhodobé sledovanie TV, práca s počítačom (hlavne dlhý čas strávený pri počítačových hrách), ktoré vyvolávajú uvedené negatívne dôsledky. Tieto sa môžu prejaviť napr. aj vo vzdelávacích ťažkostiach.

Negatívne účinky na ľudský organizmus má aj **hluk**. Negatívne pôsobí na duševné zdravie a je výrazným činiteľom pri udržiavaní duševnej rovnováhy a mentálnej hygieny. Hluk pôsobí negatívne hlavne v tom, že zvyšuje hladinu úzkosti, navodzuje emocionálne stresy, prispieva k rozvoju agresívneho správania, vyvoláva asociálne až antisociálne správanie, ktoré sa prejavuje v menšej ochote ku spolupráci a pomoci. Hlavne mladí ľudia, ale aj deti, sa často dobrovoľne vystavujú negatívnym účinkom hluku, napr. pri hlasnom počúvaní hudby alebo pri používaní walkmanov.

Ďalším z negatívnych faktorov životného prostredia je aj jeho **preľudnenosť.** Táto sa netýka len veľkých mestských aglomerácií (napr. sídliská), ale aj spôsobu bývania. Pokiaľ dieťa nemá v byte svoju izbu, resp. kľudný priestor na prípravu do školy, odráža sa to nielen v nedostatočnej príprave na vyučovanie, ale aj v celkovej nespokojnosti, podráždenosti, ktorá vyplýva práve z nedostatku súkromia. Táto otázka sa týka aj preplnenosti tried.

Medzi environmentálne faktory zaraďujeme aj **miesto školy** z hľadiska jeho dostupnosti pre dieťa. Ak je škola príliš vzdialená od miesta jeho bydliska, je nútené vstávať v skorých raných hodinách a do školy prichádza unavené. Podobne aj vo väčších mestách je spôsob dopravy pre mnohých žiakov náročný (preplnenosť spojov) a dieťa prichádza do školy často vystresované.

3. kapitola
PRINCÍPY A TEÓRIE PSYCHICKÉHO VÝVINU

3.1. VÝVIN A JEHO CHARAKTERISTIKA

Vývin môžeme definovať ako zmenu štruktúry biologickej, sociálnej, psychickej a inej. Vývin psychiky v ontogenetickej rovine je chápaný ako rast v zmysle kvantitatívneho prírastku, alebo ako kvalitatívne zmeny, ktoré prebiehajú v určitých fázach a špirálovite vedú k vývojovo vyšším formám (M. Nakonečný,1995).

Hlavné oblasti psychického vývinu

1. Biosociálny vývin – zahŕňa telesný vývin a a všetky premeny, ktoré sú s ním spojené, zaoberá sa aj faktormi, ktoré ho ovplyvňujú.

2. Kognitívny vývin – zahŕňa všetky psychické procesy, ktoré sa spolupodieľajú na ľudskom vzdelávaní. Ide o tie kompetencie, ktoré človek využíva pri myslení, rozhodovaní, učení. Ide tu hlavne o premenu uvažovania v priebehu života, ako aj o skúmanie faktorov, ktoré ho ovplyvňujú.

3. Psychosociálny vývin – zahŕňa premeny spôsobu prežívania, osobnostných charakteristík, medziľudských vzťahov, resp. zmenu sociálnych pozícií v priebehu života.

Znaky psychického vývinu

1. Vývin ako rad zákonitých zmien

Vývinové zmeny nastávajú v zákonitom poradí a to na základe určitých **zákonitých zmien,** pričom nie každá zmena, ktorá sa s jedincom udeje, je zákonitá. Napr. po nejakom úraze, keď dieťa príde o zrak, udeje sa výrazná zmena, ktorá ovplyvní jeho vývin, ale nie je zákonitá v tom zmysle, že by bola typická pre väčšinu ľudí. Podobne v 1. roku života, pokiaľ dieťa nemá uspokojené emocionálne potreby, tak sa jeho vývin uberá inak, ako by mal, ale nie je to zákonitá zmena.

Zákonitá vývinová zmena je tá, ktorá znamená prechod od menej dokonalého k dokonalejšiemu, je relatívne stála a v tej istej populácii je v zákonitom vzťahu k chronologickému veku.

2. Vzostupné a zostupné štádiá vývinu

Vývin má predovšetkým vzostupné štádiá, ktoré znamenajú zdokonaľovanie a obohacovanie. V telesnom vývine vznikajú nové orgány a funkcie, napr. rozmnožovanie. V duševnom vývine sa objavujú tiež nové funkcie – napr. vnímanie farieb, reč, logické uvažovanie, svedomie. Tieto funkcie sa zdokonaľujú, činnosti sa zrýchľujú, motorika sa zjemňuje a pod. Potom nasleduje stacionárne štádium, tzv. vývinové plató a nakoniec nastupuje zostupné štádium. V zostupnom štádiu (involúcii) postupne telesný i duševný život upadá.

Problematika vzostupu a involúcie v rámci vývinu je pomerne komplikovaná, nakoľko niektoré orgány pomerne skoro podliehajú involučným zmenám, napr. ľudské oko už od 10. roku života začína zhoršovať zaostrenie pohľadu na blízko a i na diaľku, zatiaľ čo väčšina orgánov prechádza ešte vzostupným vývinom. Medzníkom kedy telesný zostup začína prevládať nad vzostupom je 30. rok života.

3. Diferenciácia a integrácia

Vzostupný vývin spočíva aj v tom, že sa jedinec **diferencuje.** Napr. v psychickom vývine sa už plod vo vnútromaternicovom prostredí začína účelne pohybovať, po narodení sa objavujú stále diferencovanejšie činnosti, ktoré ale vznikajú opäť na základe diferenciácie už nadobudnutých činností (napr. pohyb rúk). To isté platí aj v rámci vývinu intelektových výkonov, citových reakcií, záujmov a pod.

Druhá stránka vzostupného vývinu spočíva v integrácii – (z lat. integer – celý, úplný, dosiahnutie celistvosti, harmónie). Napr. obyčajná chôdza je zložitou integráciou a koordináciou pohybov viacerých svalov nôh, trupu i rúk, ktoré sa na nej podieľajú. Integrácia sa týka aj citovej oblasti, oblasti motivácie a pod. Napr. človek vďaka diferenciácii má stále viac rôznych prianí, a len na základe integrácie ich dokáže postupne zladiť, dať im určitú postupnosť. Integrácia teda dodáva nášmu konaniu, správaniu a prežívaniu aj **časovú kontinuitu**.

Diferenciácia a integrácia vedú k stále vyspelejšiemu a zložitejšiemu usporiadaniu organizmu a psychiky, ako aj celej osobnosti, teda vedú k zdokonaleniu štruktúry týchto oblastí.

4. Vývin ako iniciatíva

Pojem initium (z lat. pôvod, počiatok) . Mať iniciatívu znamená byť pôvodcom, zdrojom aktivity. Iniciatíva vychádza zvnútra, pričom svet je príležitosť k vývinu. To platí pre iniciatívu danú genetickým programom, tak pre iniciatívu danú stupňom vyspelosti organizmu, tak pre iniciatívu psychických potrieb a motívov a tiež pre vedomú a zámernú iniciatívu, ktorou človek riadi svoj život určitým smerom. Treba si uvedomiť, že iniciatíva vychádza z dvoch strán – z jedinca a z prostredia v ktorom vyrastá alebo žije. Napr. na každý pokrok dieťaťa rodičia reagujú novými hračkami a podnetmi, učitelia dávajú žiakom nové úlohy, ktorými sa vývin dieťaťa nielen podporuje, ale dáva mu aj určitý smer.

5. Učenie a zretie ako mechanizmus vývinu

Na človeka od narodenia (ale aj pre ním) pôsobí prostredie. Najjednoduchšie je prostredie fyzikálne (napr. vplyv tepla), ďalej prostredie poskytuje materiál pre látkovú výmenu (zvlášť kyslík a potravu). Tieto vplyvy pôsobia na telesný rozvoj. Rôzne živočíšne druhy uspôsobujú pod vplyvom prostredia svoje životné činnosti, a to hlavne na základe **skúsenosti**. Toto prispôsobovanie sa podmienkam prostredia na základe skúsenosti sa nazýva **učenie**. Živá bytosť sa však nedokáže naučiť čokoľvek a v ktoromkoľvek bode svojho vývinu. Môže sa naučiť len to, k čomu má príslušné vlohy, ktoré súvisia s procesom **zretia –** v ktorom sa uskutočňujú predovšetkým zmeny, ktoré znamenajú realizáciu vnútorného genetického programu, realizáciu vrodených, vnútorne daných dispozícií.

Zrelosť organických štruktúr jedinca je pritom nevyhnutnou podmienkou k tomu, aby mohli dôjsť k rozvoju psychiky a tiež podmienkou k tomu, aby sa mohol realizovať druhý základný mechanizmus psychického vývinu – učenie.

6. Vývin je celistvý proces, v ktorom sa vyvíja celý organizmus a celá osobnosť človeka. Jednotlivé oblasti vývinu (telesného, kognitívneho aj duševného) sa navzájom podmieňujú. Napr. dieťa, ktoré začína samostatne chodiť, spoznáva inými kanálmi okolitý svet, rozvíja sa mu reč, inak reaguje na podnety, získava iný sociálny status. Rodičia naňho kladú iné – vyššie nároky, čím sa jeho vývin viac diferencuje, ale aj integruje a stáva sa zložitejším.

7. Vývin je súvislý proces, v ktorom jednotlivé vývinové obdobia na seba nadväzujú. V každom súčasnom vývinovom období vznikajú predpoklady a základy na prechod k nasledujúcemu obdobiu.

8. Vývin prebieha nerovnomerne v čase, čo sa prejavuje v tom, že:

- s postupujúcim vekom sa tempo vývinu spomaľuje. Najrýchlejšie sa vyvíja plod vo vnútromaternicovom období, po narodení sú najväčšie vývinové prírastky do 1. roku života;

- v životnom cykle človeka sa striedajú obdobia rýchlejšieho a pomalšieho tempa vývinu;

- rôzne oblasti telesného a duševného vývinu sa vyvíjajú odlišným tempom, napr. najrýchlejšie sa vyvíja mozgovo-miechový aparát, človek preto dozrieva skôr telesne ako duševne.

9. Vývin je nezvratný proces, to znamená, že vývin postupuje vždy smerom k dosiahnutiu dospelých foriem príslušníka svojho druhu a potom k svojmu zániku. Nemôže sa v nijakej fáze zastaviť.

10. Všeobecné vývinové osobitosti sa prejavujú sa individuálnym tempom vývinu, obsahom, prejavom. S postupujúcim vekom sa individuálne prejavy zvyšujú.

11. Vývin je socializačný proces - jednotlivec si pod vplyvom výchovy a vzdelávania postupne osvojuje normy, postoje, vedomosti, zvyky a osvojuje si spoločenské roly.

12. Vývin je proces, v ktorom prebieha **individualizácia a autonomizácia,** čo znamená postupné osamostatňovanie sa, uvedomovanie si svojej osobnosti.

13. Vývin je determinovaný **vonkajším i vnútorným prostredím.**

14. Vývin je **zmena od menej dokonalého k dokonalejšiemu.**

15. Vývin je zmena, ktorá sa neprejavuje len v kvantitatívnom raste, ale aj **v kvalitatívnych zmenách.**

Hlavné vývinové obdobia

Duševný vývin človeka je štadiálny proces, v jeho priebehu je možné vyčleniť niekoľko vývinových období - štádií. Základom členenia sú také zmeny, ktoré podstatne ovplyvňujú ďalší vývin a spôsobujú, že sa vývinové obdobia líšia od seba kvalitatívne. Tieto zmeny majú ráz životných medzníkov.

Za najvýznamnejšie medzníkové udalosti sa považujú: oplodnenie vajíčka spermiou, začiatok vývinu nervovej sústavy, pôrod, osvojenie si samostatnej chôdze a artikulovanej reči, sebauvedomenie, vstup do školy, pohlavná zrelosť, začlenenie sa do sveta dospelých, klimaktérium a staroba.

Pri delení vývinu na vývinové obdobia sa autori odlišujú. Jedným z možných kritérií je aj nasledovné delenie (J. Langmeier,1989):

1. vnútromaternicové obdobie - 9 mesiacov
2. novorodenecké obdobie - od narodenia do 2 mesiacov
3. dojčenské obdobie - od 2 mesiacov do 12 mesiacov
4. obdobie batoľaťa - od 1. roku do 3. roku
5. predškolský vek - od 3. roku do 6. roku
6. mladší školský vek - od 6. roku do 10./11. roku

7. obdobie dospievania - od 10./11. roku do 15./16. roku

8. obdobie adolescencie - od 15./16. roku do 18./20. roku

9. obdobie dospelosti - od 18./20. roku do 60./65 roku

10. obdobie staroby od 60./65 do smrti.

3.2. PSYCHICKÉ PORUCHY Z HĽADISKA VÝVINU

Poruchy v rámci vývinu delíme na kvantitatívne a kvalitatívne.

1. Kvantitatívne poruchy

- vývinová retardácia (oneskorenie), najčastejšie je spojená s oneskorením vývinu intelektu a mentálnych schopností,

- stagnácia je predčasné pozastavenie vývinu,

- regresia (vývinový návrat), kedy sa dieťa prejavuje ako mladšie,

- predčasná progresia (nežiadúce urýchlenie vývinu), najčastejšie sa prejavuje v rámci psychosexuálneho vývinu pri puberte praecox.

2. Kvalitatívne poruchy

- týkajú sa vzniku závažných duševných ochorení, psychosexuálnych deviácií a pod. Niekedy ich chápeme ako výsledok nezvládnutia vývinovej krízy, ktorá sa z rôznych dôvodov abnormálne vyhrotila.

V súčasnosti sa chápe vývin ľudskej osobnosti ako **psycho-bio-sociálny** model, v ktorom na sa na základe schopností človek adaptuje na vonkajšie podmienky a zároveň je schopný vedomej autoregulácie. Súčasná ontogenetická psychológia sleduje vývin človeka v **biodromálnom kontexte** (bios – život, domos – cesta), teda ako individuálne permanentné zmeny jedinca behom jeho životnej cesty v určitom životnom priestore.

Modely psychického vývinu (J. Langmeier, 1989)**:**

1. **konštantný trend** - vývin pokračuje rovnomerne, harmonicky, bez výkyvov smerom hore alebo dole. Môže sa mierne zvyšovať, akcelerovať;
2. **akceleračný trend** – od istej etapy nastáva zrýchlenie oproti populačnej norme. Vývin prebieha konštantne a náhle dôjde k jeho zrýchleniu. Za normálne považujeme zrýchlenie vývinového tempa, ku ktorému došlo v dôsledku priaznivých vonkajších podmienok – dobrá výživa, na podnety bohaté prostredie a pod. K určitej akcelerácii vývinu dochádza v posledných rokoch u celej populácie. Abnormálnou podobou akcelerácie je objavenie sa určitých javov priskoro (v dôsledku poruchy) – napr. hormonálna porucha vedie k predčasnému objaveniu sa sekundárnych pohlavných znakov (v predškolskom veku), genialita alebo nadmerné podnecovanie vývinu dieťaťa rodičmi vedie k jeho predčasnej psychickej vyspelosti;
3. **retardačný trend** – od istej etapy zaostávanie vo vývine oproti populačnej norme vývin je spomalený, oneskorený. Dieťa dosahuje primeranú úroveň vývinu neskôr ako jeho rovesníci. Môže ísť o spomalenie v telesnej, psychickej alebo oboch týchto oblastiach;
4. **pozitívy asymptotický trend** – po zrýchlení nastáva konštantný priebeh;
5. **negatívny asymptotický trend** – po spomalení nastáva konštantný priebeh;
6. **pozitívny trend** – vývin má tendenciu pozitívne synchrónne rásť;
7. **negatívny trend** – vývin má tendenciu negatívne synchrónne upadať;

8. **konkávny trend** – po zrýchlení nastáva spomalenie;
9. **konvexný trend** – po spomalení nastáva zrýchlenie.

3.3 TEÓRIE PSYCHICKÉHO VÝVINU

Podobne ako somatický rast, ani duševný vývin neprebieha celkom lineárne, t.j. postupným kvantitatívnym nárastom zručností a schopností. Pri značnej zložitosti duševného vývinu je veľmi obtiažne " vypočítať" a presne charakterizovať jednotlivé "fázy" a stupne s ich kvalitatívnymi odlišnosťami. Vývinové teórie prinášajú hypotézy o vývine dieťaťa a ktoré majú vo svojich dôsledkoch dopad aj na psychoterapeutické intervencie, predstavy o výchove detí a ovplyvňujú aj postavenie detí v širšom sociokultúrnom kontexte.

Z viacerých teórií o periodizácii duševného vývinu ľudskej psychiky na základe psychologických charakteristík, sú najznámejšie teórie S. Freuda, E. Eriksona, J. Piageta, L. Kohlberga a A.Adlera. Tieto popisujú jednotlivé štádiá vývinu z hľadiska ich predstaviteľov a smerov, ktorých sú nositeľmi. Vo svojich teóriách poukazujú nielen na to, čo je charakteristické pre konkrétne vývinové obdobie, ale poukazujú i na možné odchýlky, ktoré v jednotlivých fázach môžu nastať. Ide najmä o príčiny viažúce sa na vonkajšie prostredie, v ktorom dieťa vyrastá a ktoré svojimi "normami" a kritériami ho predurčuje k tomu, aby sa istým spôsobom správalo a vyvíjalo.

3.3.1. PSYCHOANALYTICKÁ TEÓRIA VÝVINU

Autorom je Sigmund Freud (1856-1939). Psychoanalýza rozlišuje v psychike vedomie, nevedomie a podvedomie. Základnými pudovými silami je pud sexuálny (libido, pud lásky) a pud deštrukčný (pud smrti). Prvoradý význam má v psychoanalýze najmä vývin libida, ktorý v rámci ontogenézy prechádza piatimi fázami:

1. Fáza orálna - (prvý rok života). Primárnym miestom libidinóznych pocitov sú ústa, uspokojovanie je získavané saním. Neskôr je to hryzenie a žuvanie potravy. Celý život kojenca je v tomto období zameraný na bezprostredné uspokojovanie emocionálnych potrieb.

2. Fáza sadisticko - análna - (druhý a tretí rok života), primárnym zdrojom je anus, uspokojovanie je nachádzané v zadržiavaní alebo vylučovaní stolice. Dieťa si v tomto období začína uvedomovať samé seba ako nezávislého jedinca, predmetom jeho lásky je predovšetkým ono samé ("narcizmus"). Často používa výrazy "ja", "ja sám" a vyžaduje isté " ceremoniály". To vyvoláva isté obmedzenia zo strany okolia, čo u dieťaťa vyvoláva výbuchy zlosti a vzdoru. Začína sa uplatňovať prvá kontrola a v tomto období sa u dieťaťa formuje budúca aktivita, resp. pasivita.

3. Fáza falická - (štvrtý a piaty rok života), v ktorej dieťa získava slasť z vlastných genitálií (častá je v tomto období infantilná masturbácia). Dieťa si začína byť vedomé svojho pohlavia a presúva svoju lásku na rodiča opačného pohlavia (tzv. "Oidipovský komplex" u chlapcov s láskou k matke a žiarlivosťou na otca, u dievčat vzniká opačný tzv. "Elektrin komplex"). Tento zvláštny vzťah k rodičom je za normálnych podmienok vyriešený a tým je uvoľnená cesta k ďalšiemu zdravému citovému a sociálnemu vývinu dieťaťa.

4. Latentná fáza - (od šiesteho roku až do puberty). V období, keď dieťa vstupuje do školy, ustupujú načas jeho stupňované citové a sexuálne záujmy do pozadia a dôraz sa presúva na rast rozumový, spoločenský a morálny vývin. U dieťaťa narastá altruizmus,

vyvíjajú sa mravné ideály, vzťah súcitenia a druhými. Dieťa v tomto období odmieta prílišné maznanie sa, avšak má rado obidvoch rodičov.

5. Genitálna fáza - (od 12 rokov, obdobie puberty). V nej sa postupne vyvíja zrelé afektívne a sexuálne cítenie, obyčajne v dvoch stupňoch: najskôr vo forme homoeroticizmu, kedy sa vytvára vzťah chlapcov k chlapcom a dievčat k dievčatám, tvoria sa silné priateľstvá a odmieta sa vzťah k deťom opačného pohlavia. Až okolo 15-tich rokov vznikajú prvé heterosexuálne citové vzťahy .

Podľa psychoanalytickej teórie pri vývine môže dôjsť k fixácii libida na určitú fázu. Táto fixácia sa môže prejaviť ako perverznosť, pri potlačení dochádza k vzniku neurózy. Podobne môže dôjsť v neskorších obdobiach k regresu, k spätnému návratu na nižší stupeň vývinu libida.

Libido, požiadavky a želania vyplývajúce zo sexuálneho pudu, sa dostávajú do konfliktu so spoločenskými, estetickými, morálnymi a náboženskými normami a musia byť potlačované späť do podvedomia, vedomým ja - cenzúrou. Pre súhrn ideálov a noriem správania zavádza Freud pojem Superego, biologické potreby a pudy nazýva Id, vedomú oblasť duševného života nazýva Ego. Konflikt sa javí ako intrapsychické stretnutie v týchto zložkách psychiky. Potlačenie tohto konfliktu vedie ku vzniku neurózy, nevedomý konflikt sa symbolicky prejavuje v snoch a prerieknutiach.

3.3.2. TEÓRIA "ÔSMYCH VEKOV ČLOVEKA"

Autorom uvedenej vývinovej teórie je Erik Erikson, ktorý taktiež vychádza z psychoanalýzy, jednotlivé obdobia však charakterizuje skôr sociálno-kultúrne, na rozdiel od "klasických " psychoanalytikov, ktorí sú skôr zameraní na biologickú podstatu vývinu. Erikson svoj vývinový rámec rozširuje i na dospelý vek.

Podľa uvedenej teórie postupuje vývin v zákonitom slede štádií, ktoré sú charakteristické nutnosťou vyriešiť určitý základný psychosociálny konflikt. Úspešné vyriešenie tohto konfliktu na danom vývinovom stupni umožňuje dobrú psychosociálnu adaptáciu a postup na ďalší stupeň a tým aj rozšírenie ďalšieho sociálneho okruhu. Neúspešné riešenie vedie k retardácii alebo stagnácii, prípadne k ťažkostiam v psychosociálnom prispôsobení.

"Osem vekov človeka", t.j. osem typických etáp vo vývine osobnosti človeka, je podľa Eriksona charakterizované týmito základnými psychosociálnymi konfliktami:

1. V prvom roku života musí dieťa získať **pocit základnej dôvery sveta a života**. Musí byť v tomto období chránené proti ohrozujúcim pocitom neistoty. Tento pocit sa vytvára na základe starostlivosti a na kvalite vzťahu matky (alebo iného vychovávateľa), ktorý poskytuje dieťaťu a ktorý mu dáva hlboký pocit istoty, že život je v podstate dobrý, napriek všetkým bolestiam a intenzívne prežívaným potrebám. U dieťaťa sa teda v tomto období vytvára **pocit dôvery alebo nedôvery v okolitý svet**, podľa skúseností so starostlivosťou a láskou matky.

2. Obdobie batoľaťa je etapou, kedy musí dieťa zvládnuť rozpor svojho rodiaceho sa **pocitu autonómie**, ktorý vyplýva z možnosti voľného pohybu a aktívneho poznávania sveta. Na druhej strane je to **pocit hanby**, vyplývajúcej zo závislosti na druhých, ako aj z dôsledkov, ktoré môžu tieto aktivity vyvolať. Dieťa sa učí, čo smie a čo nesmie robiť. Pri získavaní nových skúseností ho rodičia na jednej strane podporujú, na druhej strane ho zahanbujú za to, ak sa mu niečo nepodarí. U dieťaťa sa rozvíja buď pocit sebadôvery vo vlastné schopnosti,

pocit sebaúcty, alebo pocit vlastnej nedostačivosti a neschopnosti a to najmä vtedy, ak je príliš obmedzované a často kritizované.

3. Predškolské obdobie je etapou, kedy si dieťa musí vyriešiť konflikt medzi svojou **vlastnou iniciatívou a pocitmi viny** za činnosť, ktorá je v rozpore so spoločenskými normami. Dieťa v tomto období koná predovšetkým tak, aby uspokojilo hlavne svoje vlastné potreby, často bez ohľadu na potreby iných. Vyriešením konfliktu získa buď rozhodnosť a odvahu sledovať vlastné ciele, alebo získa trvalý pocit viny za akékoľvek vlastné konanie.

4. Školský vek predstavuje pre dieťa svet práce, povinností, pravidiel, organizácie. V tomto svete musí dieťa nadobudnúť **pocity zdaru** zo svojho úsilia, pocity významu vlastnej usilovnosti. Musí sa dokázať ubrániť **pocitom menejcennosti** (presvedčenia, že nič nedokážem, na nič nestačím). Dôležité sú úspechy a neúspechy mimo rodiny, vedenie dieťaťa k samostatnosti, interakcia s učiteľmi a inými modelovými dospelými rolami, s ktorými sa stretáva.

5. Obdobie dospievania je charakterizované predovšetkým snahou o úporné **hľadanie svojej identity** - kto som, aký je zmysel môjho života, ako sa na mňa pozerajú iní a pod. Oproti tomu stoja **ohrozujúce pocity neistoty,** týkajúce sa svojej roly medzi ostatnými ľuďmi, zmätok zo seba samého, ako aj nespôsobilosť prevziať napr. rolu svojho pohlavia.

6. Obdobie mladej dospelosti má priniesť prevahu **pocitov intimity** - splynutie v intímnom citovom vzťahu s iným človekom, s ktorým mladý dospelý zdieľa rytmus lásky, života, práce, záujmov a pod. Ak sa to nepodarí, vzniká **sklon k izolácii** a neschopnosť nadviazať bližšie osobné vzťahy. Narušená identita spojená so strachom zo zodpovednosti vedie mladého človeka k snahe chrániť sa pred skutočne blízkym vzťahom.

7. Stredný dospelý vek prináša **konflikt plodnosti, činorodosti, aktivity**, proti **pocitom stagnácie** a ponorenia sa do seba, proti pocitom vlastnej bezvýznamnosti ("nikto ma nepotrebuje"). Je to obdobie krízy dospelosti, schopnosti rozvinúť nadobudnuté záujmy a sociálnu zrelosť. Ak sa to nepodarí, obmedzuje sa život jednotlivca na materiálny zisk a fyzické blaho, človek trpí obmedzením v medziľudských vzťahoch.

8. Obdobie zrelosti (starnutia) je obdobím, kedy by sa mal zavŕšiť osobný vývin múdrosťou, zakotvenou v presvedčení, že všetko, čo som prežil bolo naozaj súčasťou môjho života - **pocit integrity**. Do popredia vystupuje výsledný pocit spokojnosti alebo **nespokojnosti s prežitým životom.**

3.3.3 PERIODIZÁCIA ĽUDSKEJ PSYCHIKY J. PIAGETA

Táto teória vychádza z dôkladnej analýzy kognitívneho vývinu dieťaťa, má však vzťah aj k vývinu citovej a sociálnej stránky. J. Piaget rozčleňuje vývin dieťaťa do piatich štádií, na základe tvorby základných spôsobov poznávacích funkcií:

1. Senzomotorické štádium (od narodenia do dvoch rokov). V tomto období je myslenie plne viazané na realizovanú činnosť. V jednotlivých úsekoch prechádza dieťa postupne od dielčích vnemov k vytvoreniu poňatia trvalého predmetu - napr. dieťa začína hľadať predmet, ktorý zmizol z jeho zorného poľa. To je tiež podmienkou pre uznanie svojho "ja" ako odlišného od ostatných a pre vytvorenie špecifického vzťahu k matke.

2. Symbolické (predoperačné) štádium začína s nástupom reči a trvá približne do štyroch rokov. Slová však vyjadrujú skôr želania dieťaťa, než skutočné objektívne fakty. To znamená, že dieťa je ovládané zatiaľ len svojim egocentrizmom a antropomorfizmom.

3. Štádium názorného myslenia (od 4 do 8 rokov), kedy dieťa začína vyvodzovať závery zatiaľ len v názornej rovine, preto sa často dopúšťa chýb. I tu je ešte zreteľný vplyv skresľujúceho egocentrizmu, závislosti na činnosti dieťaťa i vplyv rôznych vonkajších tlakov a sugescií.

4. Štádium konkrétnych operácií (od 8 do 12 rokov). Dieťa si už na podklade zvnútornenia konkrétnych činností vytvára isté myšlienkové kategórie (pojem triedy, počtu, rady, príčiny a následku a pod.).

5. Štádium abstraktných (formálnych) operácií, sa objavuje v období puberty. Dieťa si už vytvára skutočnú logiku na abstraktnej úrovni, vytvára predpoklady a overuje si ich, vytvára vzťahy medzi pojmami, triedami, vyvodzuje úsudky a pod.

Až v období štvrtého a piateho štádia kognitívneho vývinu sa dieťa stáva schopným myšlienkovej spolupráce, na základe rovnejšieho sociálneho vzťahu, je schopné výmeny názorov a myšlienok, ako aj rešpektovania spoločenských pravidiel a noriem.

Vo vývine dieťaťa neexistuje podľa tejto teórie žiadny "apriórny plán", ale len postupná výstavba, v ktorej sa každá nová vlastnosť môže objaviť len v súvislosti s predchádzajúcou. Dôležitý je organický rast, najmä **zrenie**, ktoré prebieha počas celého obdobia duševného rastu.

J. Piaget zdôraznil tiež význam **sociálnych vzťahov** pre morálny vývin dieťaťa. Tento je výrazom kognitívnej aktivity dieťaťa, pri ktorej sa učí orientovať v správaní s druhými a zoznamuje sa s dôsledkami svojich spoločenských reakcií. Piaget pripomína, že pri tom v dieťati prebiehajú veľmi dramatické premeny. Počiatočná "vnucovaná morálnosť" určená nezmeniteľnými predpismi je nahradzovaná slobodne prijatými morálnymi zásadami. Pre dieťa je dôležité keď pochopí, že morálne predpisy môžu prinášať všeobecný prospech. Tento proces prebieha v interakcii s inými osobami - rodičmi, postupne sú to rovesníci.

3.3.4. TEÓRIA MORÁLNEHO VÝVINU L. KOHLBERGA

Uvedený autor sa zaoberal problematikou morálnej výchovy a očakávaného vývinu dieťaťa. Tento rozdelil do troch zásadných etáp, rozvíjajúcich sa vždy v dvoch vývinových stupňoch alebo typoch správania.

Prvá etapa - predkonvenčná úroveň:

Základom hodnotenia individuálneho správania sú konkrétne následky - odmena alebo trest.

1. typ: heteronómne štádium - dieťa je zamerané na poslúchnutie - neposlúchnutie dospelého kvôli odmene alebo trestu;

2. typ: štádium naivného inštrumentálneho hedonizmu - konformné správanie v súlade s príkazmi a zákazmi, za účelom získania výhody alebo vyhnutiu sa nepríjemnosti.

Druhá etapa - konvenčná úroveň:

Nosným motívom je splnenie sociálneho očakávania.

3. typ: morálka "poslušného dieťaťa" - dieťa sa správa tak, ako sa to od neho očakáva, za účelom udržania pozitívnych sociálnych vzťahov. Pre tento typ sú charakteristické výroky "dobrý chlapec", "dobré dievča". Morálne postoje, ktoré sa hodnotia ako správne, sú ovplyvňované kladným hodnotením členov rodiny a kamarátov;

4. typ: morálka svedomia a autority. Dieťa sa správa podľa sociálnych noriem, aby predišlo kritike autoritatívnych osôb a pocitom viny.

Tretia etapa - postkonvenčná, principiálna úroveň:

Je to vedomé prijímanie princípov morálneho správania a hodnôt za svoje vlastné, je predpokladom poznania "všeľudských hodnôt".

5. typ: morálka ako forma určitej spoločenskej zmluvy. Rešpektuje sa spoločenská užitočnosť, pred individuálnymi právami. Dieťa už má predpoklady, aby pochopilo spoločenskú zmluvu, t.j., že predpisy a zásady sú tu preto, aby dopomohli všeobecnému prospechu;

6. typ: morálka vyplývajúca zo všeobecných etických princípov. Dieťa sa správa tak, aby sa samo pred sebou nemuselo hanbiť, samé seba odsudzovať. Túto etapu by sme mohli nazvať aj etapou "spravodlivosti".

Podľa tejto teórie je morálno-vývojový proces u človeka vo všetkých kultúrach a národnostiach v podstate rovnaký.

Narušenie, resp. nedostatočné osvojenie jednotlivých etáp sa prejaví najmä v poruchách správania, v trestných činoch a pod.

3.3.5. TEÓRIA A. ADLERA

Uvedený autor je predstaviteľom tzv. **individuálnej psychológie.** Dôraz kladie na začlenenie človeka do spoločnosti**.** Dieťa sa musí v rámci svojho vývinu vyrovnať s dvomi základnými faktormi - prekonanie pocitu menejcennosti a vyrovnanie sa so súrodeneckou konšteláciou. To, ako ich zvládne, súvisí aj s jeho ďalším optimálnym vývinom.

1. Pocit menejcennosti a úsilie o nadradenosť

Podľa A. Adlera usiluje každý človek o prekonanie **pocitov menejcennosti** zakotvených v detstve a o dosiahnutie nadradenosti. Usilovanie o nadradenosť prospieva jednotlivcovi len vtedy, keď je sociálne zamerané.

Keď sa dieťa narodí, trpí pocitmi slabosti. Autor tvrdí, že "tá skutočnosť, že dieťa má vrodené menejcenné orgány, orgánové sústavy a žľazy s vnútornou sekréciou, vytvára v raných štádiách vývinu dieťaťa takú situáciu, ktorá normálny pocit slabosti a bezmocnosti mimoriadne zosilňuje a rozrastá sa do hlboko prežívaného pocitu menejcennosti" (A.Adler, In: V. J. Drapela, 1997, s.37). Pocity menejcennosti označil Adler u dieťaťa ako **situáciu nedostatku** a rozšíril platnosť tohoto pojmu na celé rozpätie života človeka. Pokladal ho za základný motivačný činiteľ, ktorý sa dá nájsť v každom ľudskom výkone. Bez tejto situácie nedostatku by život človeka ustrnul. Človek teda prežíva silné odhodlanie premeniť situáciu nedostatku na **situáciu dostatku** prostredníctvom usilovania o nadradenosť. Úsilie, ktoré nahrádza pocity menejcennosti, môže mať zdravú alebo nezdravú podobu. V zdravej podobe je nadradenosť totožná s rastom a sebarozvojom osobnosti. V nezdravej podobe sa vyznačuje regresívnymi prejavmi, napr. **antisociálnym správaním.** A. Adler ho pokladal aj za zdroj deviácií a charakterových zlyhaniach.

Toto **antisociálne usilovanie o nadradenosť** vedie k precitlivelosti, k neznášanlivosti a k želaniu "postaviť sa sám proti celému svetu". Toto sebecké usilovanie o nadradenosť začína už v detstve, napr. u **rozmaznávaných detí**. Takéto deti majú zaručené výsadné právo bez toho, aby sa o to museli pričiniť. Nenaučili sa spolupracovať. Keď takéto deti vyrastú a

stretávajú sa s bežnými problémami, majú pocit krivdy. Chcú mať splnené všetky svoje požiadavky a buď prejavujú nepriateľstvo priamo, alebo ho skrývajú za fasádou dobrej vôle. V každom prípade tyranizujú druhých ľudí.

Iný príklad negatívnych skúseností v detstve predstavuje tzv. **zanedbávané alebo nechcené dieťa**. Tieto deti sa nenaučili spolupracovať a nezažili lásku. Vnímajú život ako negatívny, spoločnosti nedôverujú a neočakávajú, že by si úctu získali tým, aby pomáhali iným. Sú podozrievaví a nedôverujú ani sebe samým.

2. Súrodenecké poradie

Raná socializácia v rodine je úzko spätá aj s poradím súrodencov.

Prvorodené deti majú nevýhodu, že musia ustúpiť zo stredu rodičovskej pozornosti, keď sa narodí druhé dieťa. Ak na to nie sú pripravované, prvorodené dieťa citovo trpí, cíti sa odstrčené od matky a "cvičí sa k osamelosti".

Druhorodené alebo prostredné deti sa rodia do sociálne vyváženého prostredia. Nezakúsia traumu odsunutia zo stredu pozornosti. Starší súrodenci sú im podnetom k väčšiemu úsiliu o úspech.

Najmladšie deti sú obvykle rozmaznávané, preto si ťažšie vytvárajú sociálne city.

Podľa uvedeného autora, najväčšie predpoklady pre poruchy správania majú najstarší a najmladší súrodenci.

4. kapitola
PSYCHICKÁ NORMA A JEJ ODCHÝLKY

Problematika psychickej normy a normality je témou, ktorá je pomerne komplikovaná. Existujú rôzne modely, ktoré popisujú psychickú normu a normalitu z viacerých aspektov. K tejto problematike sa viažu aj viaceré pojmy, ktoré bližšie popíšeme v nasledujúcej kapitole.

4.1 NORMA A NORMALITA

Význam pojmu normalita je veľmi relatívny a jeho definícia zostáva stále otvorená. Podľa E. Syřišťovej a kol.(1972) problém normality osobnosti je v podstate interdisciplinárny, ktorý nemožno riešiť ani iba z úzko biologizujúceho, ani z úzko psychologického alebo čisto normatívneho hľadiska.

Aj v psychiatrii zostáva otázka duševnej normy nedoriešená. Podľa J. Kafku (1993) je sporné, či možno u človeka hovoriť o norme. Vhodnejšie je hovoriť o duševnom zdraví, poruche i chorobe. Normálna osobnosť sa často stotožňuje s **duševne zdravou osobnosťou.** Pritom duševné zdravie je možné najjednoduchšie chápať ako neprítomnosť chorobných prejavov.

Definícia Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) hovorí, že **duševné zdravie je** stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody. Stav, kedy všetky psychické procesy prebiehajú optimálne, umožňujú človeku primerane vnímať realitu a reagovať na ňu a prežívať pocit uspokojenia z vlastnej činnosti.

I. Jakabčic a L. Požár (1995) uvádzajú, že v ostatnom čase sa množí počet tých, ktorí považujú štúdium normality za nevyhnutné a pri svojej práci prinajmenšom žiadúce. Sú to psychológovia, lekári, sudcovia, prokurátori, ale predovšetkým pedagógovia.

Definovať pojem norma a normalita je asi ťažšie, než definovať abnormalitu. Viacerí autori sa pokúšali vyabstrahovať určité vlastnosti a črty osobnosti, ktoré by mala mať "normálna osobnosť", teda jednotlivec, bez patologických prejavov vo svojom správaní a prežívaní. Atkinson a kol. (1995) uvádzajú nasledovné rysy, ktoré vykazuje normálna osoba a sú aj prejavom a pojmami normality:

1. Primerané vnímanie reality

Normálni jedinci sú pomerne realistickí pri odhadovaní svojich reakcií a schopností a pri interpretácii toho, čo sa deje vo svete okolo nich. Nechápu nesprávne, čo iní hovoria, nepreceňujú svoje schopnosti a nepúšťajú sa do niečoho, čo nedokážu zrealizovať.

2. Sebapoznanie

Dobre prispôsobení ľudia si do istej miery uvedomujú svoje motívy a pocity. T.z., že vedia o sebe viac než tí, u ktorých je diagnostikovaná nejaká duševná porucha.

3. Schopnosť ovládať svoje správanie

Normálni jedinci sú presvedčení o svojej schopnosti ovládať svoje správanie. Príležitostne sa môžu správať impulzívne, ale keď je to nutné, sú schopní ovládať svoje sexuálne a agresívne pudy. Môžu síce porušiť sociálne normy, ale ich rozhodnutie takto jednať je skôr dobrovoľné, než by bolo dôsledkom neovládateľných impulzov.

4. Sebaúcta a akceptácia

Dobre prispôsobení ľudia majú primerané sebavedomie a cítia sa prijímaní ľuďmi okolo seba. V prítomnosti druhých ľudí sa cítia dobre a sú schopní správať sa spontánne v rôznych spoločenských situáciách. Zároveň nepovažujú za svoju povinnosť podrobovať sa názorom skupiny. Pocity menejcennosti, odcudzenia, neprijímania inými sa vyskytujú skôr u jedincov, u ktorých bola diagnostikovaná duševná porucha.

5. Schopnosť vytvárať citové väzby

Normálni ľudia sú schopní vytvárať s ostatnými blízke a uspokojivé vzťahy. Voči pocitom druhých sú vnímaví, a nemajú na ostatných prílišné požiadavky, aby tak uspokojovali svoje vlastné potreby. Duševne narušení ľudia sú často tak zameraní na ochranu vlastnej bezpečnosti, že sa z nich stávajú egocentrici. Sú ponorení do svojich vlastných pocitov a vnútorných zápasov, hľadajú lásku, ale nie sú schopní ju opätovať. Niekedy majú strach z blízkosti iných, pretože ich predchádzajúce vzťahy boli deštruktívne.

6. Činorodosť

Dobre prispôsobení ľudia sú schopní uplatniť svoje schopnosti v činorodej aktivite. Dokážu sa nadchnúť a nie je potrebné nútiť ich do plnenia požiadaviek bežného života. Chronický nedostatok energie a nadmerná unaviteľnosť sú častými symptómami psychickej tenzie, ktoré pochádza z nevyriešených problémov.

Pre ilustráciu uvedieme aj kritériá iných autorov, ktorí sa touto problematikou zaoberajú:

Podľa A. Maslowa (In: J. Čáp, 1993) sú to najmä tieto znaky, ktoré charakterizujú tzv. normálnu osobnosť:

- dobré poznanie skutočnosti, adekvátne vysvetlenie si udalostí, odlíšenie skutočných poznatkov od domnienok, rozlišovanie podstatného od nepodstatného,
- kladné hodnotenie samého seba, druhých ľudí i prírody,
- živé vnímanie skutočnosti, emocionálne prežívanie a reagovanie, schopnosť prežívať veľkú radosť,
- schopnosť a potreba byť sám, zamyslieť sa nad životom,
- altruizmus, kladný a priateľský vzťah k ľuďom, umenie im pomáhať,
- samostatnosť, nezávislosť na vonkajších vplyvoch,
- tolerancia, znášanlivosť, demokratičnosť k odlišným názorom a spôsobu života,
- tvorivosť,
- ďaleké životné ciele, prijatie všeobecných ľudských hodnôt.

Podľa E. Syřišťovej (1972) sa za základné znaky psychicky zdravého človeka považujú:

1. **Subjektívne uspokojenie** - ide o pocity sebadôvery, úspešnosti, šťastia. Protipól tvorí nedôvera v seba, nešťastie, menejcennosť.

2. **Pocit identity** - človek vie, kto je, ide o vedomie vlastnej totožnosti.

3. **Schopnosť správneho, realistického sebahodnotenia** a objektívneho sebapoznania - človek pozná svoje reálne schopnosti, dispozície, dokáže sa reálne ohodnotiť, nepreceňuje sa a ani sa nepodceňuje.

4. **Schopnosť sebarealizácie**, sebaaktualizácie - je to schopnosť rozvinúť a uplatniť súhrn svojich vlastností a schopností.

5. Autonómia a nezávislosť - nezávislý človek má dostatok sebadôvery, uvedomuje si svoju hodnotu, kontroluje sa, samostatne sa rozhoduje.

6. Integrácia osobnosti - t.j. jednotná štruktúra psychických procesov, vlastností a činností, ich dynamická rovnováha.

7. Adekvátna percepcia reality - správne a realistické vnímanie skutočnosti.

8. Odolnosť voči stresu, tolerancia k záťaži - ide o mobilizáciu obranných mechanizmov a duševných rezerv, zvyšovanie aktivity. Ide o schopnosť prekonávať prekážky na ceste k cieľu, ktorá sa prejavuje ako pevná vôľa, vytrvalosť, cieľavedomosť, rozhodnosť.

9. Sociálna adaptácia, adjustácia - prispôsobivosť spoločenským normám a zákonom.

R. W. Coan (1997), ktorý vychádza z porovnania rôznych modelov optimálnej osobnosti, resp. jej ideálu, konštatuje, že takmer všetky tieto zložky "ideálneho stavu osobnosti" je možné redukovať do piatich základných spôsobov ľudského naplnenia:

1. Efektívnosť - efektívne fungovanie buď v intelektuálnej, spoločenskej alebo fyzickej oblasti.

2. Tvorivosť - vytváranie alebo realizovanie originálnych foriem alebo originálnych zážitkov.

3. Vnútorná harmónia - neprítomnosť konfliktu, kooperatívne fungovanie vrstiev osobnosti.

4. Vzťahy k ľuďom - orientácia na pozitívne interakcie s inými ľuďmi.

5. Transcendencia - zúčastnenosť v oblasti, ktorá presahuje rámec individuálneho bytia.

Kritériá normality u dieťaťa sú trocha iné ako u dospelého. Vymedzenie kritérií normality dieťaťa vypracoval napr. L. Košč (1975), ktorý hovorí, že dieťa je normálne, keď:

1. je vyvinuté vo všetkých zložkách organizmu ako celku **primerane jeho veku** (samozrejme s určitou toleranciou), teda v súlade so štatistickou normou (dosahuje úroveň, ktorú dosahuje väčšina detí jeho veku, alebo úroveň vyššiu),
2. jeho vývin postupuje **v súlade s jeho vlastným celkovým trendom** (pokiaľ ide o jeho individuálne vlastnosti, schopnosti a možnosti) a jasne smeruje k plnému rozvinutiu jeho osobnosti,
3. sa vyvíja **v súlade s požiadavkami spoločnosti**, či už ide o jeho súčasné formy správania alebo jeho perspektívy adekvátneho a tvorivého uplatnenia v spoločnosti neskôr v dospelosti.

V dostupnej literatúre sa stretávame aj so snahou vytvoriť určité koncepcie normality. Sú to napr.:

1. Štatistická norma - identifikuje normalitu s početnosťou výskytu určitého javu, vlastnosti, schopnosti a pod. Štatistická koncepcia normality sa zaoberá posúdením, resp. zaradením človeka k skupine (populácii) podľa určitého kvantitatívneho znaku. Grafickým vyjadrením tzv. normálneho rozloženia je Gaussova krivka, ktorá má tvar zvonu. Za normálny sa považuje taký jav, ktorý spadá do strednej hodnoty alebo do dohovorenej miery

rozptylu. Za normálne je potom považované to, čo je bežné, čo má vysokú frekvenciu (je časté) a čo je priemerné. V opačnom prípade sa jav považuje za nenormálny. Je to však diskutabilné. Ak by sa štatistická norma aplikovala v plnom rozsahu, potom by sme za normálnych museli považovať iba priemerných ľudí. Nikto iste nepochybuje o tom, že ak má niekto vyšší intelekt ako priemerný, nebudeme ho považovať za "nenormálneho".

Taktiež by sme z pohľadu štatistickej normy mohli považovať za "normálny" ten jav, ktorý sa v populácii najčastejšie vyskytuje. Ale napr. agresívne správanie nie je normou len preto, že je stále častejším fenoménom.

Štatistickú normu teda treba chápať iba v rámci tej konkrétnej špecifickej vlastnosti, ktorej sa týka.

2. Funkčná (individuálna) norma - určuje stav jednotlivca primeraný jeho schopnostiam. Funkčné hľadisko rešpektuje teda jedinečnosť indivídua. I. Jakabčic a L. Požár (str. 51, 1995) uvádzajú, že „vo výchovnej praxi nemáme totiž pred sebou "priemerného" človeka, ale jedinca, ktorý je individuálny, ktorý má svoje vlastné možnosti, schopnosti, želania, potreby, ideály, skúsenosti atď., a to nezávisle od štatistickej alebo ideálnej normy". Teda normálne je to, čo umožňuje optimálne fungovanie osobnosti.

Toto poňatie normality berie teda za východisko indivíduum také, aké je, s jemu vlastnou potencionálnou alebo reálnou kapacitou a zodpovedajúcimi schopnosťami. Je založené na presvedčení, že normálne je to, čo umožňuje optimálne fungovanie jednotlivca. Teda normálne je to, čo je dobre prispôsobené (adaptované), čím sa dosahuje subjektívne uspokojenie, primeraná sebarealizácia. Je to síce jasné, ale otvorenou ostáva otázka, čo je optimálne fungovanie a ako ho vymedziť. S funkčným ponímaním súvisí pragmatický prístup, ktorý považuje za normu, normálne, ak človek dokáže dosiahnuť svoj cieľ, správať sa efektívne.

3. Adjustačná norma (sociokultúrna norma) - za normálne pokladá dobré prispôsobenie sa daným **sociálnym** podmienkam. Ide o sociokultúrne poňatie normality, ktoré vyjadruje viazanosť na normy a hodnoty daného spoločenského prostredia. Normou je potom to, čo je vymedzené konkrétnymi spoločenskými kritériami, obyčajne vo vzťahu k tradíciám. Takéto poňatie sa odráža napr. aj v stereotypných postojoch k odlišným jednotlivcom. Akokoľvek odlišní ľudia môžu byť považovaní za nenormálnych len preto, že sa vymykajú bežnému očakávaniu. Sociokultúrna norma obsahuje dve zložky: prierezovú – vyjadruje, ako v rovnakom čase, na rôznych miestach sveta majú veci a javy odlišný charakter a priebehovú – ktorá sa týka konkrétnych javov danej spoločnosti (napr. podávanie rúk, prejavy vďačnosti a pod.).

V súčasnosti sa dokonca uvažuje o tzv. **mediálnej norme**, ktorá predstavuje vzor toho, čo sa často opakuje (napr. v televíznych seriáloch) a je prezentované ako žiadúce a štandardné. Adjustačnú normu môžeme označiť aj pojmom **referenčná norma,** ktorá vyjadruje normu istej – presne definovanej skupiny ľudí alebo znakov, ktoré sa majú vo vzťahu k prostrediu vyskytovať.

4. Ideálna norma - mal by to byť stav dokonalosti, ktorého dosiahnutie je často krát chápané ako možné, vždy ale ako žiadúce. Normou potom nie je priemer, ale dokonalosť, vzor, ideál. Treba si však uvedomiť, že dokonalú normu ako stav nemožno dosiahnuť, je možne sa k nej len priblížiť.

Vyústením problematiky normality, by mal byť záujem celej spoločnosti o vytvorenie takých podmienok, ktoré by viedli k optimálnemu vývinu detí. Cieľom by mala byť výchova detí, ktorá by viedla k ich **osobnostnej zrelosti.**

Z hľadiska vývinovej psychológie je človek spravidla pokladaný za "zrelého", keď po období dokončenia dospievania preberá plnú občiansku a osobnú zodpovednosť, začína byť ekonomicky nezávislý a naviac prispieva k rozmnožovaniu všeobecných statkov, rozvinul svoje osobné záujmy, ustanovil legalizovaný vzťah k životnému partnerovi, prebral očakávané výchovné úlohy voči svojim potomkom a prispôsobuje sa starnúcim rodičom.

Podľa autorov A.Englisha a G. Pearsona je osobnosť zrelého človeka charakterizovaná takto:

1. Je schopný vykonať primerané množstvo práce každý deň bez toho, aby bol nadmerne unavený a pociťuje, že jeho práca je užitočná.

2. Je schopný udržiavať dlhodobé priateľstvá k niekoľkým najbližším priateľom.

3. Má dobrú sebadôveru - nie je stále týraný pocitmi viny alebo nerozhodnosťou.

4. Ku každému pristupuje ohľaduplne a bez predsudkov.

5. Je schopný bežného heterosexuálneho styku bez pocitov viny a bez zábran a je pritom schopný dávať a prijímať nehu.

6. Zvyšuje svoj záujem o blaho ľudí v stále širšom okruhu - teda o blaho vlastné, blaho rodiny, priateľov, obce, štátu.

7. Má záujem o zlepšovanie svojich životných podmienok bez toho, aby tak činil na úkor druhých členov spoločnosti.

8. Je schopný zmeniť prácu za hru, odpočinok, čítanie, radosť z prírody, umenia.

9. Vie sa oprostiť od nežiadúceho napätia, keď vykonáva svoje povinnosti a keď sa vyrovnáva s prekážkami.

10. Je spoľahlivý, otvorenej mysle, ochotný usilovať sa o zlepšenie seba samého a dosiahnutie múdrosti.

11. Má záujem o odovzdávanie svojich ťažko získaných vedomostí mladším. (In: J. Langmaier, 1989).

Nezrelý (dysfunkčný) jedinec sa nenaučil vhodne komunikovať. Nedokáže interpretovať signály zo svojho vnútra, ani signály z okolia. Nedokáže si interpretovať udalosti primerané reálnym súvislostiam „tu a teraz". Namiesto toho ich skresľuje uľpievaním na minulej skúsenosti alebo na fantáziách o budúcnosti .

Osobnostná zrelosť je teda základným predpokladom človeka pre život s druhými. Je to stav, v ktorom má človek plnú vládu nad sebou, dokáže robiť rozhodnutia založené na presnom vnímaní seba, druhých ľudí a daných okolností, keď prijíma tieto voľby ako svoje vlastné a tým aj preberá zodpovednosť za ich výsledky. Správanie zrelého človeka mu umožňuje účinne a citlivo vyrovnávať sa so svetom, v ktorom žije. Zrelý človek by nemal byť zmietaný stálym nepriateľstvom voči sebe ani voči druhým, nemal by mať ani príliš nízke, ale ani nadmerné prehnané sebahodnotenie. Zrelý človek by mal byť autentický.

Je to človek, ktorý sa dokáže plne angažovať a realizovať vo svojej práci, neberie ju ako neprimeranú záťaž.

4.2. NORMA A JEJ ODCHÝLKY

V súvislosti s problematikou normy a normality je dôležité objasniť si aj pojmy, ktoré sa uvádzajú práve v súvislosti s odklonom od toho, čo je označované ako "normálne" , "zdravé" a pod.

Pre naše účely uvedieme niekoľko základných pojmov, ktoré vyjadrujú istý odklon od normy.

1. Abnormalita

Abnormalita podľa P. Hartla a H. Hartlovej (2000) predstavuje určitú nepravidelnosť, zvláštnosť, je to teda odchýlka od obvyklého javu. Môže byť vyjadrená tak, ako pri kritériách psychickej normality, teda štatistickou odchýlkou, sociokultúrnym vymedzením neobvyklých prejavov správania, vymedzeným funkčným stavom, ktorý neumožňuje optimálne fungovanie a narúša primeranú adaptáciu na prostredie. Pojem abnormalita popisuje aj akékoľvek odchýlky (povahové, v správaní), ktoré vznikli na základe psychického alebo emocionálneho strádania.

Tento pojem označuje odklon od normy, predovšetkým z kvantitatívneho hľadiska. V súvislosti s abnormalitou sa uvádzajú najčastejšie nasledovné pojmy:

Patológia - označuje stav organizmu, kedy bunka alebo orgán nemôže vykonávať svoju obvyklú funkciu. Ide v podstate o poškodený, narušený či abnormálny stav organizmu.

Anomália - označuje také javy, ktoré sú už výrazne nepravidelné, výnimočné, odkláňajúce sa od typického, ale ktoré ešte nemusia byť patologické.

Deviácia - ide o predispozíciu jedincov, ktorí vybočujú z priemernej anatomickej či fyziologickej štruktúry do takej miery, že sú viac disponovaní pre psychopatologický vývin.

Porucha - ide o pôsobenie neobvyklého procesu alebo faktora v rámci predchádzajúcej priemernej alebo normálnej telesnej štruktúry alebo funkcie. Vyjadruje negatívny vplyv či narušenie celistvosti jedinca, ktoré ho vylučuje z kontinua prirodzených interindividuálnych rozdielov.

Subnormalita - ide o odchýlku označovanú len v negatívnom smere.

2. Deficit

Je to pojem, týkajúci sa všetkých úrovní subnormálnych psychických funkcií. Vyjadruje nedostatok alebo nedokonalú funkciu v určitom smere v porovnaní s typickými jedincami, či vzhľadom k vlastným výkonom alebo k výkonom v minulosti.

Ak sa týka deficit činnosti zmyslov, hovoríme spravidla o poškodení alebo poruche, ak ide o deficit intelektových funkcií, hovoríme o retardácii (zaostalosti). Deficity v psychickom a emocionálnom vývine označujeme ako narušenosť - mravnú, citovú alebo sociálnu. Poruchy celkovej adaptácie označujeme ako maladaptáciu alebo sociálnu neprispôsobivosť. Pojem deficit vyjadruje akýkoľvek nedostatok. Napr. psychický deficit je relatívne trvalá odchýlka správania od očakávanej psychickej normy.

S termínom deficitu súvisí aj pojem **mentálna deteriorácia**, ktorý sa vzťahuje najmä na intelektovú oblasť. Vyjadruje sa ňou akýkoľvek nápadný pokles alebo strata mentálnych funkcií či osobnosti ako celku, ktorá má spravidla progresívny charakter. Konkrétne sa bude o

nejakej osobe uvažovať, že trpí mentálnou deterioráciou vtedy, keď nie je schopná využiť svoje schopností s takou rýchlosťou, účinnosťou a presnosťou, aké boli pre jej funkčnú hladinu charakteristické predtým.

3. Hendikep

Tento termín (z angl. handicap) označuje určitý nedostatok, ťažkosti, ktoré je možné do určitej miery prekonávať. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) ide o znevýhodnenie jedinca, ktoré obmedzuje jeho výkon v rôznych oblastiach. Miera, v ktorej je konkrétny jedinec hendikepovaný, je daná aj tým, nakoľko mu spoločnosť vytvorí podmienky, pre prekonávanie dôsledkov postihnutia. Napr. vozičkár je hendikepovaný v prostredí, ktoré má množstvo architektonických bariér, ale v prostredí bezbariérovom síce zostáva postihnutý, ale v mnohých ohľadoch nie je nezvýhodnený.

Hendikep predstavuje znevýhodnenie dané nielen určitým obmedzením alebo postihnutím, ale aj mierou jeho subjektívneho zvládnutia a sociálnou pozíciou jedinca. Hendikep je podľa M. Vágnerovej (2004) psychosociálnou kategóriou, ktorá označuje mieru postihnutia daného nielen biologicky.

Hendikepovaný jedinec je teda osoba s telesným, zmyslovým alebo duševným poškodením trvalého alebo prechodného rázu, vrodeným alebo získaným chorobou alebo úrazom. Podľa V. Mertina (2000) hendikep možno chápať ako záporný dôsledok defektu na činnosť postihnutého jedinca, jeho znevýhodnenie. Zasahuje jednak kvalitu a kvantitu činnosti samotnej, jednak sociálne postavenie a vzťahy jedinca.

4. Postihnutie

Postihnutie je spravidla chápané ako odchýlka od normy, ktorá vyžaduje špeciálny prístup. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) sformulovala definíciu postihnutia na základe troch determinantov: biologicko - orgánového, psychicko – funkcionálneho a sociálneho. Podľa týchto vymedzení sú príčiny postihnutia spravidla dlhotrvajúce , ireverzibilné, ktoré definitívne odchyľujú vývin jedinca od normálneho priebehu vývinu (V. Belková, 2010). Najčastejšie ide o tieto postihnutia:

Somatické postihnutia - ide predovšetkým o defekty pohybovo-motorického aparátu, kardiovaskulárneho alebo respiračného systému. Tieto postihnutia sú natoľko závažné, že znemožňujú dieťaťu normálny vývin v rámci základnej školskej dochádzky, v dospelosti potom normálne životné funkcie.

Postihnutie motoriky - sú poruchy hybnosti, ktoré sú dôsledkom postihnutia centrálneho alebo periférneho nervového systému.

Senzorické (zmyslové) postihnutia - označujú zrakové alebo sluchové postihnutie, prípadne ich kombináciu. Zmyslové postihnutia rozhodujúcim spôsobom obmedzujú orientáciu, komunikáciu človeka s jeho prostredím, ako aj jeho mobilitu. Preto sa zmyslové defekty obvykle celkove odrazia v psychike postihnutého, v jeho duševnom rozvoji. Stupeň duševnej maladaptácie závisí nielen od rozsahu poškodenia a od vývinového obdobia jedinca pri jeho vzniku, ale aj na jeho subjektívnom postoji k vlastnému defektu.

Mentálne postihnutie - označuje spravidla subnormálne intelektové funkcie. Obyčajne vzniká už v ranom veku a má za následok narušenie adaptívneho správania, ktoré sa prejavuje pomalým dozrievaním duševných funkcií, obmedzenou schopnosťou učiť sa a nedokonalým sociálnym prispôsobením.

Špecifické postihnutie - používa sa v súvislosti s výukovými ťažkosťami, ktoré sú dôsledkom poruchy základných psychických procesov, ktoré sú podstatné pre používanie alebo porozumenie hovorenej či písanej reči. Ide o poruchy počúvania, myslenia, hovorenia, čítania, písania a počítania. Tieto defekty sa spravidla vysvetľujú v kontexte percepčných porúch, mozgového poškodenia, minimálnej mozgovej dysfunkcie, dyslexie, vývojovej afázie a pod.

Kombinované (mnohonásobné) postihnutie - postihuje minimálne dve alebo viacero funkcií. Ide napr. o kombináciu zmyslového defektu s telesným alebo mentálnym postihnutím. Deti takto postihnuté, môžu spravidla navštevovať len špeciálne školské zariadenia.

V súvislosti s touto problematikou je treba uviesť rozlíšenie pojmov duševná porucha a duševná choroba.

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie, ako uvádza J. Kafka (1993,s.109) sa **duševná porucha** definuje ako "zjavná porucha duševnej činnosti natoľko špecifická v klinických prejavoch, že je spoľahlivo rozpoznateľná podľa zhodne definovaných znakov, a natoľko závažná, že spôsobuje stratu pracovnej schopnosti alebo sociálnej kapacity, alebo obidvoch kritérií, a to v takej miere, že sa môže vyjadriť dĺžkou pracovnej neschopnosti alebo neschopnosťou zúčastniť sa na rôznych pracovných či iných sociálnych činnostiach."

V pojme choroba (aj **duševná choroba**) ako porušenie zdravého života, sú obsiahnuté trojaké vzťahy:
a/ medzi biologickými funkciami v človeku,
b/ medzi človekom a okolitým svetom,
c/ v integrácii fyziologických, psychických a sociálnych aspektov.

Z praktického hľadiska sú na stanovenie choroby potrebné tri znaky, pričom výskyt, čo i len jedného z nich je pre pojem choroba postačujúci:
1. rovnaká príčina alebo etiológia
2. jednotný vznik alebo patogenéza
3. súčasný výskyt rovnakých klinických prejavov a identického patologicko-anatomického nálezu.

Pojem choroba zahŕňa patologickú reakciu, patologický proces a patologický stav.

5. kapitola
KLASIFIKÁCIA DUŠEVNÝCH PORÚCH

Triedenie a klasifikáciu duševných porúch uvádzame podľa Medzinárodnej klasifikácie duševných chorôb - 10 (J. Kafka, 1993). Pre zaradenie tejto kapitoly sme sa rozhodli z toho dôvodu, aby čitateľovi bolo zrejmé, že dieťa, ktoré sa nespráva podľa istých predstáv, či už pedagóga alebo rodiča, nedosahuje výkony podľa predstáv svojich vychovávateľov, častokrát za tieto zlyhania či neúspechy nemôže. Môže to byť spôsobené faktormi, ktoré majú súvis so širšími okolnosťami. Jedným z nich môže byť začínajúca alebo aj rozvinutá porucha či choroba. Práve preto uvádzame oficiálnu klasifikáciu duševných porúch, aby sme pripísali ešte väčší význam ich možnému výskytu.

Kategórie jednotlivých psychických porúch sú označované kódmi od F 0 - F 9.

F 0 Psychické poruchy organické, vrátane symptomatických

- sem zaraďujeme rôzne druhy demencií, ostatné duševné poruchy a poruchy správania spôsobené ochorením, poškodením alebo dysfunkciou mozgu alebo somatickými ochoreniami.

F1 Psychické poruchy a poruchy správania spôsobené užívaním psychoaktívnych látok

- sem zaraďujeme poruchy vznikajúce ako následok užívania alkoholu, tabaku, opiátov, kanabisu, sedatív alebo hypnotík, kokaínu a ostatných psychostimulancií, halucinogénov a užívaním iných drog.

F 2 Schizofrénia, schizotypové stavy a poruchy s bludným obsahom

- sem patria všetky formy schizofrénie, poruchy s bludným obsahom, paranoja, akútne alebo prechodné psychotické poruchy a iné.

F 3 Poruchy nálady (afektívne poruchy)

- zaraďujeme sem manickú a depresívnu epizódu, schizoafektívne poruchy a iné afektívne epizódy.

F 4 Poruchy neurotické, poruchy vznikajúce vo vzťahu k stresu a somatoformné poruchy

- patria sem fobické poruchy, úzkostné poruchy, reakcie na silný stres, obsesívno-kompulzívne poruchy a iné neurotické a nešpecifické poruchy.

F 5 Fyziologické dysfunkcie spojené s psychickými alebo behaviorálnymi faktormi

- sem zaraďujeme poruchy prijímania potravy, poruchy spánku a bdenia, sexuálne dysfunkcie a psychickú tieseň vo vzťahu k menštruačnému cyklu a ďalšie.

F 6 Abnormality dospelej osobnosti a poruchy správania

- sem zaraďujeme poruchy osobnosti, akcentáciu osobnostných čŕt, abnormalitu sexuálnej identity, poruchy zvykov a impulzov (patologické kradnutie) a iné.

F 7 Mentálna retardácia

- sem patria všetky stupne mentálnej retardácie.

F 8 Poruchy psychického vývinu

-sem zaraďujeme špecifické vývinové poruchy reči a jazyka, školských schopností a pervazívne vývojové poruchy (detský autizmus).

F 9 Poruchy emócií a správania, ktoré sa začínajú v detstve alebo v adolescencii

- sem patrí napr. hyperkinetická porucha, porucha správania, zmiešaná porucha správania a emócií, emocionálne poruchy začínajúce sa špecificky v detstve, poruchy spoločenského kontaktu, tikové poruchy a pod.

V ďalšom texte uvádzame bližší popis kategórie F 8 a F 9, nakoľko tieto kategórie zahŕňajú poruchy, ktoré sú typické pre obdobie detstva a adolescencie. Najčastejšie sa vyskytújúce porchy budú bližšie popísané v špeciálnej časti tejto publikácie.

5.1 PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVINU (F80-F89)

Uvedené poruchy psychického vývinu, označované aj ako „vývinové poruchy“, majú tieto spoločné znaky:

a) vždy vznikajú v dojčenskom alebo detskom veku,

b) poškodenie alebo oneskorenie vývinu funkcií úzko súvisiacich s biologickou zrelosťou centrálneho nervového systému,

c) majú stály priebeh bez remisií a relapsov. Vo väčšine prípadov je postihnutá jazyková funkcia, zrakové a priestorové schopnosti, motorická koordinácia. Oneskorenie alebo zníženie funkcie bolo zvyčajne prítomné odvtedy, keď bolo možné spoľahlivo ho určiť a postupne sa znižuje s pribúdajúcim vekom dieťaťa, hoci mierny deficit často pretrváva aj v dospelosti.

F 80 ŠPECIFICKÉ PORUCHY REČI A JAZYKA

Ide o poruchy, pri ktorých je narušené normálne osvojovanie jazyka od skorých štádií vývinu. Poruchy nemožno pripísať priamo neurologickým abnormalitám, ani odchýlkam jazykových mechanizmov, poškodeniam senzória, duševnej zaostalosti alebo faktorom prostredia. Špecifické poruchy vývinu reči a jazyka majú často za následok pridružené odchýlky, napr. ťažkosti pri čítaní a písaní, v medziľudských vzťahoch a poruchy emócií a správania.

- **F80.0 Špecifická porucha artikulácie reči**

Špecifická vývinová porucha, pri ktorej je používanie zvukov reči pod úrovňou mentálneho veku dieťaťa, ale pri ktorej je normálna úroveň jazykových schopností. Zahŕňa: vývinová fonologická porucha , vývinová porucha artikulácie reči, dyslália, funkčná porucha artikulácie reči, bľabotanie .

- **F80.1 Expresívna porucha reči**

Špecifická vývinová porucha, pri ktorej je schopnosť dieťaťa používať hovorený jazyk (reč) zreteľne znížená oproti primeranej úrovni zodpovedajúcej jeho mentálnemu veku, ale pri ktorej je porozumenie jazyka v normálnych hraniciach. Môžu, ale nemusia byť abnormality v artikulácii. Zahŕňa: vývinová dysfázia alebo afázia, expresívny typ .

- **F80.2 Receptívna porucha reči**

Špecifická vývinová porucha, pri ktorej je porozumenie reči dieťaťom pod primeranou úrovňou zodpovedajúcou jeho mentálnemu veku. Takmer vo všetkých prípadoch je výrazne postihnutý aj hovorený jazyk (reč), časté sú abnormality v tvorbe hovorených slov. Zahŕňa: vrodená sluchová nevnímavosť , vývinová dysfázia alebo afázia, receptívny typ , vývinová Wernického afázia , slovná hluchota .

- **F80.3 Získaná afázia s epilepsiou (Landau-Kleffner)**

Porucha, pri ktorej dieťa s predtým normálnym vývinom jazyka stráca receptívne a expresívne jazykové schopnosti, ale zachováva si všeobecnú inteligenciu; vznik poruchy sprevádzajú paroxyzmálne abnormity na EEG, vo väčšine prípadov aj epileptické záchvaty. Porucha sa zvyčajne začína medzi tretím a siedmym rokom života, pričom schopnosti sa strácajú počas niekoľkých dní až týždňov. Časová súvislosť medzi vznikom záchvatov a stratou reči je dosť variabilná, pričom jedna porucha predchádza druhú v striedavom poradí o niekoľko mesiacov až o dva roky. V etiológii sa uvažuje o zápalovom encefalitickom procese. Asi u dvoch tretín detí zostáva viac alebo menej závažný receptívny defekt jazyka.

F80.8 Iné vývinové poruchy reči a jazyka – napr. šušľanie.

F81 ŠPECIFICKÉ PORUCHY VÝVINU ŠKOLSKÝCH ZRUČNOSTÍ

Poruchy, pri ktorých je nadobúdanie zručností obmedzené od skorých vývinových štádií. Obmedzenie nie je len dôsledkom chýbania možnosti učiť sa, ani prejavom len mentálnej retardácie a nezapríčiňuje ho ani daktorá forma získanej choroby alebo poranenia mozgu.

- **F81.0 Špecifická porucha čítania**

Hlavná črta poruchy je špecifické a významné spomalenie vývinu schopnosti čítania, ktorá nezávisí len od mentálneho veku, odchýlok zrakovej ostrosti alebo nevhodného spôsobu vyučovania. Postihnuté môžu byť chápanie čítaného, spoznávanie čítaných slov, ústna pohotovosť pri čítaní a výkon pri úlohách spojených s čítaním. Ťažkosti s výslovnosťou často súvisia so špecifickou poruchou čítania, často pretrvávajú až do dospievania, aj keď sa určitý pokrok v čítaní dosahuje. Špecifické vývojové poruchy čítania zvyčajne predchádza anamnéza porúch vývinu reči a jazyka. Časté sú pridružené poruchy emócií a správania počas školského veku. Zahŕňa: "čítanie odzadu", vývinová dyslexia , špecifická retardácia čítania .

- **F81.1 Špecifická porucha hláskovania**

Porucha, pri ktorej je hlavnou črtou špecifické a významné spomalenie vývinu hláskovania bez anamnézy špecifickej poruchy čítania a ktoré nezapríčiňuje len nízky mentálny vek, odchýlky zrakovej ostrosti alebo neprimerané vyučovanie. Postihnutá je schopnosť správne hláskovať aj schopnosť správne písať slová. Zahŕňa: špecifické zaostávanie hláskovania (bez poruchy čítania) .

- **F81.2 Špecifická porucha aritmetických schopností**

Porucha zahŕňa špecifické zníženie aritmetických schopností, ktoré sa nedá úplne vysvetliť celkovou mentálnou retardáciou alebo neprimeraným vyučovaním. Deficit sa týka zvládnutia základných počtových výkonov sčítania, odčítania, násobenia a delenia a nie abstraktnejších matematických schopností v algebre, trigonometrii, geometrii, diferenciálnom a integrálnom počte. Zahŕňa: vývinová akalkúlia , vývinová aritmetická porucha .

- **F81.3 Zmiešaná porucha školských schopností**

Nedostatočne definovaná zvyšková kategória porúch, pri ktorej sú zreteľne znížené aritmetické schopnosti, čítanie a výslovnosť, ale poruchu nemožno pripísať výlučne všeobecnej mentálnej retardácii alebo neprimeranému vyučovaniu.

F81.8 Iné vývinové poruchy školských zručností , napr. vývinová expresívna porucha písania

F81.9 Nešpecifikované vývinové poruchy školských zručností .

F82 ŠPECIFICKÁ PORUCHA VÝVINU POHYBOVEJ FUNKCIE

Hlavnou črtou tejto poruchy je vážne oneskorenie vývinu motorickej koordinácie, ktoré sa nedá vysvetliť len celkovou mentálnou retardáciou alebo špecifickou vrodenou alebo získanou nervovou chorobou. Starostlivé klinické vyšetrenie jednako ukáže vo väčšine prípadov zreteľnú vývinovú nezrelosť nervového systému, ktorá sa prejavuje choreiformnými pohybmi nepodporených končatín alebo zrkadlovými pohybmi a inými združenými motorickými prejavmi, ako aj príznakmi zhoršenej jemnej a celkovej motorickej koordinácie. Zahŕňa: syndróm ťarbavého dieťaťa , vývinová porucha koordinácie , vývinová dyspraxia .

F83 ZMIEŠANÉ ŠPECIFICKÉ VÝVINOVÉ PORUCHY

Zvyšková kategória pre poruchy, pri ktorých je určité primiešanie špecifických vývinových porúch reči a jazyka, školských schopností a motorických funkcií, pričom žiadna z nich dostatočne neprevláda, aby oprávňovala na prvú diagnózu. Táto zmiešaná kategória by sa mala použiť len vtedy, ak sa tieto špecifické vývinové poruchy príliš prekrývajú. Zvyčajne, ale nie vždy ich sprevádza určitý stupeň celkového kognitívneho poškodenia.

F84 PRENIKAVÉ PORUCHY VÝVINU

Skupina porúch charakterizovaná kvalitatívnym zhoršením recipročných sociálnych interakcií a spôsobov komunikácie a obmedzeným, stereotypným, opakujúcim sa repertoárom záujmov a aktivít. Tieto kvalitatívne odchýlky sú prenikavou črtou fungovania jednotlivca vo všetkých situáciách. Podľa potreby je možné použiť doplnkový kód na identifikáciu pridružených zdravotných porúch a mentálnej retardácie.

- **F84.0 Detský autizmus**

Typ prenikavej poruchy vývinu, ktorý je definovaný a) abnormálnym oneskoreným vývinom, ktorý sa prejavuje pred dovŕšením tretieho roku života, b) charakteristickým typom abnormálneho fungovania vo všetkých troch oblastiach psychopatológie: vo vzájomnej sociálnej interakcii, komunikácii a v obmedzenom, stereotypne sa opakujúcom správaní. Okrem týchto špecifických diagnostických čŕt býva prítomná škála nešpecifických odchýlok, ako sú fóbie, poruchy spánku a stravovania, výbuchy zlosti a proti sebe zameraná agresivita. Zahŕňa: autistická porucha , detský autizmus , detská psychóza , Kannerov syndróm .

- **F84.1 Atypický autizmus**

Typ prenikavej vývinovej poruchy, ktorý sa odlišuje od detského autizmu buď vekom vzniku, alebo tým, že nespĺňa všetky tri skupiny diagnostických kritérií. Táto podpoložka by sa mala použiť pri abnormálnom alebo oneskorenom vývine až po treťom roku života a pri nedostatku dokázateľných odchýlok v jednej alebo dvoch z troch oblastí psychopatológie, ktoré sa vyžadujú na diagnózu autizmu (t. j. vzájomné sociálne interakcie, komunikácia a obmedzené stereotypne sa opakujúce správanie). Atypický autizmus vzniká najčastejšie u hlboko retardovaných jednotlivcov a u jednotlivcov s ťažkou špecifickou vývinovou poruchou receptívneho jazyka. Zahŕňa: atypická detská psychóza , mentálna retardácia s autistickými črtami, (podľa potreby je možné použiť doplnkový kód F70 - F79 na identifikovanie mentálnej retardácie).

- **F84.2 Rettov syndróm**

Porucha sa dosiaľ zistila len u dievčat. Po zdanlivo normálnom včasnom vývine nasleduje čiastočná alebo úplná strata reči, pohybových zručností a použitia rúk spolu so spomalením rastu hlavy. Porucha sa zvyčajne začína medzi 7. a 24. mesiacom veku. Charakteristická je strata cielených pohybov ruky, stereotypy krčenia rúk a hyperventilácia. Sociálny vývin a vývin hravosti je spomalený, ale spoločenský záujem sa udržiava. Okolo štvrtého roku sa začína vyvíjať ataxia trupu a apraxia, často nasledujú choreoatetoidné pohyby. Porucha vyúsťuje takmer vždy do ťažkej mentálnej retardácie.

- **F84.3 Iná detská dezintegračná porucha**

Typ prenikavej vývinovej poruchy definovaný prítomnosťou periódy normálneho vývinu pred nástupom poruchy, po ktorom nasleduje definitívna strata predtým nadobudnutých schopností v rozličných oblastiach vývinu v priebehu niekoľkých mesiacov. Typické sprievodné znaky sú celková strata záujmu o okolie, stereotypný opakovací motorický manierizmus, autizmu podobné zhoršenie sociálnej interakcie a komunikácie. V niektorých prípadoch poruchu zapríčiňuje pridružená encefalopatia, ale diagnóza by sa mala stanoviť podľa správania pacienta.

- **F84.4 Hyperaktívna porucha spojená s mentálnou retardáciou a stereotypnými pohybmi**

Ide o nedostatočne definovanú poruchu s neurčitou nozologickou platnosťou. Zahŕňa skupinu detí s ťažkou mentálnou retardáciou (IQ niže 50), ktoré majú veľké problémy s hyperaktivitou a pozornosťou, ako aj stereotypné správanie. Stimulujúce lieky im nepomáhajú (na rozdiel od detí s normálnym IQ), po podaní stimulancia môže vzniknúť ťažká dysforická reakcia niekedy s psychomotorickou retardáciou. Počas dospievania je tendencia na zmenu hyperaktivity na hypoaktivitu (čo nie je zvyčajné u hyperkinetických detí s normálnou

inteligenciou). Tento syndróm sa často spája s rozličnými vývinovými oneskoreniami, buď špecifickými alebo celkovými. Nie je známe, nakoľko podoba správania závisí od nízkeho IQ alebo od organického poškodenia mozgu.

- **F84.5 Aspergerov syndróm**

Poruchu s neistou nosologickou platnosťou charakterizuje rovnaký typ kvalitatívneho zhoršenia vzájomných sociálnych interakcií, akým sa vyznačuje autizmus, spolu s obmedzeným, stereotypným, opakujúcim sa repertoárom záujmov a činností. Od autizmu sa odlišuje v prvom rade tým, že chýba celkové oneskorenie v reči alebo v poznávacom vývine. Porucha býva často spojená s výraznou ťarbavosťou. Abnormality majú silnú tendenciu pretrvávať aj do dospievania a dospelosti. Zahŕňa: autistická psychopatia, schizoidná porucha v detstve .

- **F84.8 Iné prenikavé vývinové poruchy**
- **F84.9 Nešpecifikované prenikavé vývinové poruchy**

F88 INÉ PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVINU – napr. vývinová agnózia

F89 NEŠPECIFIKOVANÁ PORUCHA PSYCHICKÉHO VÝVINU – napr. vývinová porucha NS .

5.2. PORUCHY SPRÁVANIA A EMOČNÉ PORUCHY SO ZVYČAJNÝM ZAČIATKOM V DETSTVE A POČAS DOSPIEVANA (F 90 –F 99)

Patria sem nasledujúce poruchy:

F 90 HYPERKINETICKÉ PORUCHY

Skupina porúch charakterizovaná skorým vznikom (zvyčajne v prvých piatich rokoch života), neschopnosťou vydržať pri činnosti vyžadujúcej kognitívnu účasť, tendenciou prechádzať z jednej činnosti na druhú bez ich dokončenia a dezorganizovanou, nedostatočne regulovanou a nadmernou aktivitou. Môžu sa pridružovať aj viaceré ďalšie abnormality. Hyperkinetické deti sú často bezohľadné a impulzívne, náchylné na úrazy a často sa dostávajú do disciplinárnych problémov, skôr pre neúmyselné porušovanie pravidiel ako pre úmyselný vzdor. Ich vzťahy s dospelými sú často sociálne dezinhibované, bez normálnej ostražitosti a rezervovanosti. Sú nepopulárne medzi inými deťmi a môžu sa dostať do izolácie. Časté je zhoršenie poznávacej schopnosti a neúmerne časté sú špecifické oneskorenia vo vývine motoriky a reči. Sekundárne komplikácie zahŕňajú asociálne správanie a nízke sebahodnotenie.

F90.0 Porucha aktivity a pozornosti - napr. nedostatok pozornosti - porucha s hyperaktivitou, nedosatok pozornosti - hyperaktívna porucha, nedostatok pozornosti - syndróm s hyperaktivitou.

- **F90.1 Hyperkinetická porucha správania**
- **F90.8 Iné hyperkinetické poruchy**
- **F90.9 Nešpecifikovaná hyperkinetická porucha** – napr.: hyperkinetická reakcia v detstve alebo počas dospievania NS, hyperkinetický syndróm NS.

F 91 PORUCHY SPRÁVNAIA

Poruchy správania charakterizuje opakované a pretrvávajúce, asociálne, agresívne alebo vyzývavé konanie. Také správanie môže vážne narušiť veku primerané sociálne požiadavky. Ide teda o horšie počínanie, ako je obyčajné detské huncútstvo alebo pubertálna rebélia a má ráz trvalého správania (aspoň šesť mesiacov). Poruchy správania môžu byť príznačné aj pre iné psychické choroby. V takých prípadoch treba uprednostniť základnú diagnózu. Príklady správania, ktoré je podkladom pre diagnózu, zahŕňajú nadmerné bitkárstvo a terorizovanie, krutosť voči iným ľuďom a zvieratám, ťažké poškodzovanie majetku, podpaľačstvo, krádeže, opakované luhanie, záškoláctvo a utekanie z domu, nezvyčajne časté a veľké výbuchy zlosti a neposlušnosť.

F91.0 Poruchy správania obmedzené na rodinný kruh

Porucha konania s asociálnym alebo útočným správaním (nie len opozičné, vzdorovité a rozvratnícke správanie), pri ktorej je abnormálne správanie obmedzené výlučne alebo takmer výlučne na domov a vzájomné vzťahy v úzkom rodinnom kruhu alebo v spoločnej domácnosti. Porucha vyžaduje splnenie kritérií pod F91.-; ani vážne narušené vzťahy medzi rodičom a dieťaťom samé nestačia na diagnózu tejto poruchy.

- **F91.1 Porucha socializácie**

Charakterizuje ju kombinácia pretrvávajúceho asociálneho alebo agresívneho správania zodpovedajúceho kritériám pod F91.-, nezahŕňa len opozičné, vzdorovité a rozvratnícke správanie s významným prenikavým zhoršením osobných vzťahov s ostatnými deťmi. Zahŕňa: PPorucha správania, solitárny agresívny typ, Porucha socializácie s agresivitou .

- **F91.2 Socializovaná porucha správania**

Porucha konania zahŕňajúca pretrvávajúce asociálne a agresívne správanie (zodpovedajúce kritériám pod F91.- a nezahŕňa len opozičné, vzdorovité a rozvratnícke správanie) u jednotlivcov, ktorí sú celkovo dobre integrovaní v skupine seberovných. Zahŕňa: porucha správania, skupinový typ, skupinová delikvencia , priestupky v súvislosti s členstvom v gangoch, spoločné krádeže, záškoláctvo .

- **F91.3 Opozičná vzdorovitá porucha**

Porucha konania, zvyčajne u mladších detí, ktorú charakterizuje najmä výrazne vzdorovité neposlušné, rozvratnícke správanie bez delikventských činov alebo extrémnejších podôb agresívneho alebo asociálneho správania. Zaradenie poruchy vyžaduje zodpovedajúce kritériá podľa F91.-; ani vážnejšie nezbedné alebo neprístojné správanie samé nestačí na diagnózu. Táto diagnóza sa má používať obozretne, najmä u starších detí, pretože klinicky závažné poruchy konania bývajú zvyčajne sprevádzané asociálnym alebo agresívnym správaním, ktoré prekračuje vzdorovitosť, neposlušnosť a rozvratníctvo.

- **F91.8 Iné poruchy správania**
- **F91.9 Nešpecifikované poruchy správania**

F92 ZMIEŠANÉ PORUCHY SPRÁVANIA A EMOČNÉ PORUCHY

Túto skupinu porúch charakterizuje kombinácia pretrvávajúceho agresívneho, asociálneho alebo vzdorovitého správania so zjavnými a výraznými príznakmi depresie, úzkosti alebo iných emočných porúch. Diagnóza vyžaduje zodpovedajúce kritériá pre poruchu správania v detstve (F91.-) aj pre emočné poruchy v detstve (F93.-), alebo pre diagnózu neurózy u dospelého (F40 - F48) aj pre afektívnu poruchu (F30 - F39).

- **F92.0 Depresívna porucha správania**

Táto položka vyžaduje kombináciu poruchy správania (F91.-) s pretrvávajúcou a závažnou depresiou prejavujúcou sa príznakmi, ako sú nadmerné utrpenie, strata záujmov a potešenie z bežnej činnosti, sebaobviňovanie a beznádejnosť, poruchy spánku a chuti do jedla.

- **F92.8 Iné zmiešané poruchy správania a emócií**

Táto kategória vyžaduje kombináciu poruchy správania (F91.-) s pretrvávajúcimi a výraznými emočnými príznakmi, ako sú úzkosť, obsesie a kompulzie, depersonalizácia a derealizácia, fóbie alebo hypochondria. Zahŕňa: porucha správania pod F91.- spojená s emočnou poruchou pod F93.- , porucha správania pod F91.- spojená s neurotickou poruchou pod F40 - F48 .

- **F92.9 Nešpecifikované zmiešané poruchy správania a emócií**

F93 EMOČNÉ PORUCHY SO ZAČIATKOM ŠPECIFICKÝM PRE DETSTVO

Zväčša sú len zveličením normálnych vývinových trendov, nie sú to kvalitatívne abnormálne fenomény. Primeranosť vývinovému štádiu je kľúčové diagnostické kritérium, ktoré definuje rozdiel medzi emočnými poruchami so začiatkom špecifickým pre detstvo (F93) a neurotickými poruchami (F40 - F48).

- **F93.0 Úzkosť z odlúčenia u detí**

Separačnú úzkostnú poruchu možno diagnostikovať, ak strach z odlúčenia predstavuje zdroj úzkosti a ak sa takáto úzkosť zjaví prvý raz v prvých rokoch detstva. Od normálnej úzkosti z odlúčenia sa odlíši stupňom (vážnosťou), ktorý je štatisticky nezvyčajný (vrátane abnormálneho pretrvávania do vyššieho veku), a spojením s významne zhoršeným sociálnym fungovaním.

- **F93.1 Fóbická úzkostná porucha u detí**

Táto diagnóza sa vzťahuje na strach v detstve, ktorý sa vyznačuje zreteľnou špecifickosťou pre určitú vývinovú fázu a vzniká v istom stupni u väčšiny detí, ale je abnormálny svojím stupňom. Strach vznikajúci v detstve, ktorý nie je normálnou súčasťou

psychosociálneho vývinu (napr. agorafóbia), sa má zaradiť do zodpovedajúcej položky.

- **F93.2 Sociálna úzkostná porucha v detstve**

Pri tejto poruche je nedôvera k cudzím ľuďom a sociálna obava alebo úzkosť v nových, cudzích alebo sociálne hrozivých situáciách. Také obavy sa zjavujú v mladšom detskom veku. Významné sa stávajú pri nezvyčajnom stupni a pri zhoršení sociálneho fungovania. Zahŕňa: vyhýbavá porucha v detstve a dospievaní .

- **F93.3 Súrodenecká rivalita**

Určitý stupeň emočnej poruchy po narodení bezprostredne mladšieho súrodenca sa pozoruje u väčšiny malých detí. Súrodenecká rivalita sa má diagnostikovať len vtedy, ak stupeň alebo pretrvávanie poruchy je štatisticky nezvyčajné a je spojené so zhoršením sociability.

- **F93.8 Iné poruchy emócií v detstve** – napr.: porucha identity , nadmerná úzkosť

- **F93.9 Nešpecifikovaná emočná porucha v detstve**

F 94 PORUCHY SOCIÁLNEHO FUNGOVANIA SO ZAČIATKOM ŠPECIFICKÝM PRE DETSTVO A DOSPIEVANIE

Pomerne heterogénna skupina porúch, ktorých spoločnou črtou sú abnormality sociálneho fungovania začínajúce sa vo vývinovej perióde, ktoré na rozdiel od prenikavých vývinových porúch prvotne necharakterizuje konštitučná sociálna neschopnosť alebo deficit prenikajúci všetkými oblasťami fungovania. Kľúčovú úlohu v etiológii mnohých prípadov majú pravdepodobne prevratné straty a zmeny prostredia.

- **F94.0 Elektívny mutizmus**

Charakterizuje ho výrazná emočne determinovaná výberovosť v hovorení, takže dieťa v niektorých situáciách ukazuje rečovú schopnosť, ale v iných (definovateľných) odmieta rozprávať. Porucha sa zvyčajne spája s vyhranenými osobnostnými črtami zahŕňajúcimi sociálnu úzkosť, utiahnutosť a pod.

- **F94.1 Reaktívna porucha príchylnosti u detí**

Začína sa v prvých piatich rokoch života a charakterizujú ju pretrvávajúce abnormality v sociálnych vzťahoch dieťaťa, ktoré sú spojené s emočnou poruchou a sú odpoveďou na zmeny vonkajšieho prostredia (napr. bojazlivosť a prílišná ostražitosť; zlé spoločenské vzťahy so seberovnými; agresia voči sebe aj iným; trápenie a v daktorých prípadoch porucha rastu). Syndróm pravdepodobne vzniká ako priamy výsledok prílišného rodičovského zanedbávania, zneužívania alebo týrania.

- **F94.2 Dezinhibovaná porucha príchylnosti u detí**

Osobitný druh abnormálneho sociálneho fungovania, ktorý vzniká počas prvých piatich rokov života a pretrváva napriek výrazným zmenám okolitého prostredia, napr. nevýberovo difúzne príchylné správanie, vyhľadávanie všímavosti a nerozlišujúce priateľské správanie, nedostatočné obmieňanie vzťahov so seberovnými; podľa okolností sa môžu pridružovať poruchy emócií a správania. Zahŕňa: citovo chladná osobnosť , inštitucionálny syndróm .

- **F94.8 Iné poruchy sociálneho fungovania v detstve**
- **F94.9 Nešpecifikované detské poruchy sociálneho fungovania**

F 95 TIKOVÉ PORUCHY

Syndrómy, ktorých hlavným prejavom je určitá forma tiku. Tik je mimovôľový, rýchly, opakovaný, nerytmický motorický pohyb (zvyčajne ohraničenej skupiny svalov alebo vokálna produkcia, ktorá sa začína naraz a je neúčelná. Tiky sa pociťujú ako nezadržateľné, ale dakedy sa dajú potlačiť na určitý čas. Provokuje ich stres a strácajú sa v spánku. K častým jednoduchým motorickým tikom patrí žmurkanie, mykanie hlavou, krčenie plecami a grimasy. K častým vokálnym tikom patrí oddŕhanie, brechavý kašeľ, smrkanie a syčanie. Časté komplexné tiky sú udieranie, skákanie a poskakovanie. Medzi časté komplexné vokálne tiky patrí opakovanie určitých slov, niekedy používanie sociálne neprijateľných, často obscénnych slov (koprolália) a opakovanie vlastných zvukov alebo slov so stupňovanou rýchlosťou (palilália).

- **F95.0 Prechodná tiková porucha**

Zodpovedá všeobecným kritériám pre tikovú poruchu, ale tiky nepretrvávajú dlhšie ako 12 mesiacov. Tiky majú zvyčajne formu žmurkania, grimás alebo mykania hlavou.

- **F95.1 Chronická motorická alebo vokálna tiková porucha**

Spĺňa kritériá pre tikovú poruchu, pri ktorej sú motorické alebo vokálne tiky (ale nie obojaké), ktoré môžu byť jednotlivé, alebo majú viac podôb (zvyčajne majú viac podôb), a pretrvávajú dlhšie ako rok.

- **F95.2 Kombinovaná vokálna motorická tiková porucha s viacerými podobami (de la Tourette)**

Forma tikovej poruchy, pri ktorej sú, alebo boli viaceré podoby motorických tikov a jeden alebo viac vokálnych tikov, pričom sa nemuseli zjavovať súčasne. Porucha sa zvyčajne zhoršuje počas dospievania, zvyčajne pretrváva do dospelosti. Vokálne tiky majú často viaceré podoby s opakovanými explozívnymi zvukmi, oddŕhaním, šomraním, prípadne aj s používaním obscénnych slov alebo viet. Dakedy sa pridružuje echopraxia (ozvenovité konanie), ktorá takisto môže byť obscénna (kopropraxia).

- **F95.8 Iné tikové poruchy**
- **F95.9 Nešpecifikované tikové poruchy**

F98 INÉ PORUCHY SPRÁVANIA A EMOČNÉ PORUCHY SO ZVYČAJNÝM ZAČIATKOM V DETSTVE A POČAS DOSPIEVANIA

Heterogénna skupina porúch, ktoré majú spoločný vznik v detstve, ale inak sú v mnohých ohľadoch odchodné. Niektoré z nich sú dobre definované syndrómy, iné sú len skupiny príznakov, ktoré sem treba zahrnúť pre ich častosť a súvislosť s psychosociálnym zhoršením správnia.

- **F98.0 Neorganická enuréza**

Poruchu charakterizuje mimovôľové pomočovanie cez deň i v noci, abnormálne vzhľadom na mentálny vek pacienta. Nie je dôsledkom nedostatočného ovládania mechúra zavineného neurologickou poruchou alebo epileptickými záchvatmi, ani štrukturálnou abnormalitou močovej sústavy. Enuréza môže byť prítomná od narodenia, alebo vzniká po perióde normálneho ovládania mechúra. Enuréza môže, ale nemusí byť spojená s ďalšími poruchami správania alebo emócií. Zahŕňa: enuréza (primárna)(sekundárna) neorganického pôvodu, funkčná enuréza , psychogénna enuréza , neudržanie moču neorganického pôvodu .

- **F98.1 Neorganická enkopréza**

Opakované vôľové alebo mimovôľové vyprázdňovanie stolice, zvyčajne normálnej alebo takmer normálnej konzistencie na miestach neprimeraných na tento účel v sociokultúrnom prostredí jednotlivca. Stav môže byť pokračovaním normálnej detskej inkontinencie, alebo ide o stratu kontinencie po vytvorení defekačného návyku, prípadne o dobrovoľné vyprázdňovanie stolice na neprimeranom mieste napriek normálnemu ovládaniu črevného vyprázdňovania. Môže ísť o monosymptomatickú poruchu alebo o súčasť širšej poruchy, najmä emočnej (F93.-) alebo o poruchy správania (F91.-). Zahŕňa: funkčná enkopréza, inkontinencia stolice neorganického pôvodu , psychogénna enkopréza.

- **F98.2 Porucha správania (kŕmenia) u dojčiat a malých detí**

Porucha príjmu potravy s rozličnými prejavmi, zvyčajne špecifickými pre dojčatá a malé deti. Prejavuje sa najmä odmietaním potravy a extrémnou vrtošivosťou pri dostatočnom dodávaní potravy, pomerne schopnom opatrovateľovi a bez organickej choroby.

- **F98.3 Pica u dojčiat a detí**

Pretrvávajúce jedenie nejedlých látok (napr. zem, omietka atď). Môže byť jedným z viacerých príznakov rozsiahlejšej psychickej poruchy (ako je autizmus), alebo sa môže vyskytovať ako pomerne izolované psychopatologické správanie; len to posledné patrí do tejto kategórie. Najčastejšie sa vyskytuje u mentálne retardovaných detí a ak je prítomná aj mentálna retardácia, hlavná diagnóza má byť F70 - F79.

- **F98.4 Stereotypné pohyby**

Vôľové, opakované, stereotypné, nefunkčné (a často rytmické) pohyby, ktoré nepatria k daktorej psychickej alebo nervovej chorobe. Ak sa také pohyby zjavujú ako príznaky daktorej inej poruchy, pri zaradení je smerodajná. Medzi pohyby bez sebapoškodzovania patria

hojdanie tela, kývanie hlavou, vytŕhanie vlasov, splietanie vlasov, dávanie frčiek prstami, plieskanie rukami. Sebapoškodzovacie stereotypné správanie zahŕňa udieranie hlavou, fliaskanie tváre, štuchanie do očí a hryzenie rúk, pier a iných častí tela. Všetky stereotypné pohyby sa zjavujú najčastejšie v spojení s mentálnym poškodením (ak je to tak, registrovať oboje). Ak sa štuchanie do oka vyskytuje u dieťaťa s poškodením zraku, registruje sa oboje: štuchanie do oka pod F98.4 a zrakové poškodenie pod kódom príslušnej somatickej choroby. Zahŕňa: stereotypná (návyková) porucha .

- **F98.5 Zajakavosť**

Reč charakterizuje časté opakovanie alebo preťahovanie hlások, slabík alebo slov, prípadne časté váhanie alebo pauzy, ktoré pretŕhajú rytmický tok reči. Klasifikuje sa ako porucha, len keď je takého stupňa, že zreteľne narúša rovnomernosť reči.

- **F98.8 Iné špecifikované poruchy správania a emócií so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania** – napr. porucha pozornosti bez hyperaktivity, nadmerná masturbácia, obhrýzanie nechtov , vŕtanie v nose , cmúľanie palca .

- **F98.9 Nešpecifikované poruchy správania a emócií so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania**

Uvedené poruchy vychádzajú z Manuálu duševných chorôb – 10. Ide skôr o psychiatrické kategórie, ale učitelia sa často stretávajú aj so žiakmi, ktorí majú aj iné poruchy a problémy, ktoré nie sú v nami uvedenej kategorizácii popísané. Ide napr. o mentálnu retardáciu, ktorá je zaradená do samostatnej gnozeologickej jednotky. Táto porucha sa síce prejavuje už v detstve, ale pretrváva aj do dospelosti. Podobne by sme mohli označiť aj rôzne poruchy v príjme potravy (napr. mentálnu anorexiu a bulímiu).

5.3 ŽIACI SO ŠPECIÁLNYMI VÝCHOVNO – VZDELÁVACÍMI POTREBAMI

Pokiaľ sa učitelia vo svojej praxi stretávajú s týmito žiakmi, resp. so žiakmi, ktorí vykazujú isté odchýlky od tzv. psychickej normy (napr. nadaní žiaci), títo sú v rámci školskej legislatívy označovaní ako **žiaci so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami.** Tento pojem sa uvádza ja v oficiálnych legislatívnych dokumentoch, ale najmä neprisudzuje žiakom „nálepku“, skôr poukazuje na isté časové ohraničenie jeho potrieb, ktoré sa jeho vývinom a vhodným pôsobením dôležitých faktorov (učiteľ, upravené školské osnovy, spolupráca školy a rodiny, odborná starostlivosť) môžu zmeniť. Legislatívne úpravy vychádzajú zo Zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a následných vyhlášok resp. metodických usmernení.

Žiak so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami (ďalej len ŠVVP) – je žiak, ktorý má zariadením výchovného poradenstva a prevencie diagnostikované špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby, okrem detí umiestnených do špeciálnych výchovných zariadení (diagnostické centrum, reedukačné centrum, liečebno-výchovné sanatórium) na základe rozhodnutia súdu (§ 2 školského zákona).

Do kategórie žiakov so ŠVVP patrí:

1. Žiak so zdravotným znevýhodnením

a) žiak so zdravotným postihnutím

- žiakom so zdravotným postihnutím je žiak s mentálnym postihnutím, sluchovým postihnutím, zrakovým postihnutím, telesným postihnutím, s narušenou komunikačnou schopnosťou, s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami alebo s viacnásobným postihnutím. Pri diagnóze žiakov s mentálnym postihnutím sa odporúča používať terminológiu podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb, 10. revízia, aby bolo jednoznačné, že ide o mentálnu retardáciu;

b) žiak chorý alebo zdravotne oslabený

- žiakom chorým alebo zdravotne oslabeným je žiak s ochorením, ktoré je dlhodobého charakteru
a žiak vzdelávajúci sa v školách pri zdravotníckych zariadeniach,

c) žiak s vývinovými poruchami

- žiakom s vývinovými poruchami je žiak s poruchou aktivity a pozornosti, žiak s vývinovou poruchou učenia,

d) žiak s poruchou správania

- žiakom s poruchou správania je žiak s narušením funkcií v oblasti emocionálnej alebo sociálnej
okrem žiaka s poruchou aktivity a pozornosti a žiaka s vývinovou poruchou učenia.

2. Žiak zo sociálne znevýhodneného prostredia:

– žiakom zo sociálne znevýhodneného prostredia je žiak žijúci v prostredí, ktoré vzhľadom na sociálne, rodinné, ekonomické a kultúrne podmienky nedostatočne podnecuje rozvoj mentálnych, vôľových, emocionálnych vlastností žiaka, nepodporuje jeho socializáciu a neposkytuje mu dostatok primeraných podnetov pre rozvoj jeho osobnosti.

3. Žiak s nadaním

– žiakom s nadaním je žiak, ktorý má nadpriemerné schopnosti v intelektovej oblasti, v oblasti umenia alebo športu alebo v týchto oblastiach dosahuje v porovnaní s rovesníkmi mimoriadne výkony a prostredníctvom výchovy a vzdelávania sa jeho nadanie cielene rozvíja.

Vzdelávanie formou individuálnej integrácie

Ak sa poruchy vývinu premietajú do vzdelávacieho procesu tak, že žiakovi je potrebné vytvoriť špeciálne podmienky na vzdelávanie, takýto žiak má špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby a musí byť na škole evidovaný ako žiak so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. Status žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami môže byť aktuálny najmä v prípade, kedy žiak s poruchami správania výrazne zaostáva vo vzdelávaní, poruchy správania sú kombinované s poruchou aktivity a pozornosti, resp. sú poruchy správania dôsledkom aj narušeného duševného zdravia, alebo telesných chronických ochorení. Podmienkou evidencie žiaka ako žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami je súhlas jeho zákonného zástupcu.

Potvrdenie o tom, že žiak má špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby vydáva podľa kompetencií, na základe odborného vyšetrenia školské zariadenie výchovného poradenstva a prevencie.

Riaditeľ školy je povinný pri výchove a vzdelávaní takéhoto žiaka zabezpečiť systematickú spoluprácu školy so školským zariadením výchovného poradenstva a prevencie. Podľa potreby škola môže spolupracovať aj s niektorým diagnostickým centrom alebo reedukačným centrom.

Individuálny vzdelávací program je súčasťou povinnej dokumentácie žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, individuálne integrovaného v bežnej triede základnej, prípadne strednej školy. Je to dokument, ktorého účelom je plánovanie žiaka podľa jeho špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb.

Individuálny vzdelávací program obsahuje
- základné informácie o žiakovi a vplyve jeho diagnózy na výchovno-vzdelávací proces,
- požiadavky na úpravu prostredia školy a triedy,
- modifikáciu učebného plánu a učebných osnov,
- aplikáciu špeciálnych vzdelávacích postupov,
- špecifické postupy hodnotenia učebných výsledkov žiaka,
- špecifiká organizácie a foriem vzdelávania,
- požiadavky na zabezpečenie kompenzačných pomôcok a špeciálnych učebných pomôcok ,
- zabezpečenie servisu odborníkov – špeciálneho pedagóga, liečebného pedagóga, psychológa a iných odborníkov podľa potreby.

Individuálny vzdelávací program podpisuje riaditeľ školy, triedny učiteľ, špeciálny pedagóg a zákonný zástupca žiaka.

V ďalších kapitolách bližšie popíšeme tie poruchy psychického vývinu, ktoré sa v populácii najčastejšie vyskytujú a s ktorými sa učitelia vo svojej praxi môžu stretnúť.

6. kapitola

PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVINU

V uvedenej kapitole sa zameriame na podrobnejší popis vybraných vývinových porúch, ktoré sú v populácii najčastejšie zastúpené a s ktorými sa relatívne často stretávajú aj učitelia, vychovávatelia, resp. rodičia. Z kategorizácie MKCH – 10 (kódy F 80 – F 89) sme sa zamerali na tieto poruchy: špecifické poruchy čítania, špecifická porucha aritmetických schopností, ako aj na tzv. prenikavé poruchy vývinu, medzi ktoré sa zaraďuje aj autizmus.

6.1 ŠPECIFICKÉ PORUCHY VÝVINU ŠKOLSKÝCH ZRUČNOSTÍ (F 81)

Špecifické poruchy vývinu školských zručností sa prejavujú zníženou schopnosťou počúvať a diferencovať hlásky, hovoriť, čítať, písať, ovládať pravopis alebo počítať. Dieťa so špecifickou poruchou učenia sa nedokáže naučiť čítať, písať, počítať za použitia bežných metód vyučovania, v tom istom časovom tempe ako ostatné deti, vyžaduje preto špeciálne metódy výučby. Z toho dôvodu sú títo žiaci v zmysle Školského zákona zaradení medzi žiakov so špeciálnymi výchovno – vzdelávacími potrebami, čomu zodpovedá aj ich hodnotenie a je potrebná spolupráca s odborníkom. Pri správnom prístupe a špeciálnej starostlivosti sa väčšina detí naučí čítať, písať, počítať, hoci mávajú vďaka tejto poruche horší výkon daných zručností. Nebezpečenstvom je, že vďaka prežívanému neúspechu resp. výsmechu za svoj výkon môžu mať záporný vzťah k vzdelávaniu. V dôsledku tejto poruchy sa tak môžu objaviť sekundárne ťažkosti – neurotický vývin, poruchy osobnosti, poruchy správania.

SYMPTOMATOLÓGIA

Špecifické poruchy učenia sú poruchou v jednom alebo viacerých psychických procesoch nutných k porozumeniu alebo k používaniu reči, či už hovorenej alebo písanej. Táto porucha sa prejavuje nedokonalou schopnosťou načúvať, hovoriť, čítať, písať, ovládať pravopis alebo počítať. Pojem špecifických vývinových porúch učenia nezahŕňa deti, ktorých vzdelávacie ťažkosti sú dôsledkom porúch zraku, sluchu, motoriky, oneskoreného vývinu, citových porúch alebo málo podnetného prostredia.

Je možné konštatovať, že ide o deti, ktoré v niektorom z predmetov (zručností) vykazujú nápadné ťažkosti, i keď majú primeranú inteligenciu a vhodné rodinné zázemie.

ETIOLÓGIA

Príčiny nachádzame predovšetkým vo funkcii, resp. dysfunkcii CNS. Je možné predpokladať, že v mnohých prípadoch je vlastná príčina poruchy v genetickom kóde, ktorý riadi vývin a vrstvenie mozgových buniek, alebo v drobných difúznych poškodeniach CNS, ku ktorým došlo v najranejších vývinových štádiách a ktoré pravdepodobne postihujú obe mozgové hemisféry. Taktiež v mnohých prípadoch môže ísť o spojenie oboch faktorov, t. j. genetického aj mozgového poškodenia.

Faktory, ktoré sa môžu podieľať na vzniku týchto porúch, sú:

- genetické predispozície,

- prenatálne faktory, napr. inkompatibilita RH faktoru, ochorenie matky počas tehotenstva niektorým z infekčných ochorení, jej nevhodná životospráva,
- komplikácie pri pôrode, napr. nedostatočný prísun kyslíku - postnatálne faktory, napr. poranenia hlavy a pod.

Úspešné výkony detí, najmä v oblasti čítania a písania sú podmienené súhrou niekoľkých psychických schopností, ktoré sú funkciami oboch mozgových hemisfér. Za normálnych okolností sú tieto schopnosti usporiadané do určitého vzorca, ktorý predstavuje komplexnú základňu pre čítanie a písanie. Za nepriaznivých okolností môže byť tento vzorec porušený, takže jeho funkcia je nedokonalá. Môže sa však stať, že porucha učenia nie je v štruktúre tohoto vzorca schopností, ale v dynamike vývinu. Takže v období, kedy sa má dieťa začať učiť čítať a písať, sú niektoré schopnosti už vyvinuté, iné ale zatiaľ ešte nie. Rovnako, ako v predchádzajúcom prípade, nemôže dôjsť k ich žiadúcej súhre a výsledkom je špecifická porucha učenia (Z. Matějček, 1991).

Medzi najčastejšie poruchy patria:

1. DYSLEXIA - je typickým príkladom špecifických porúch učenia, vyskytuje sa najčastejšie a pre svoju spoločenskú závažnosť bola zatiaľ najpodrobnejšie skúmaná a rozpracovaná. Poznatky a skúsenosti z popisu tejto poruchy sa dajú zovšeobecniť aj na iné poruchy učenia. Preto v ďalšom texte podrobnejšie uvedieme príčiny a prejavy tejto poruchy. Všeobecne ju charakterizuje porucha čítania, prejavujúca sa v neschopnosti čítať a interpretovať písané slová.

Prejavy:
- dieťa si zamieňa niektoré písmená, ktoré sú tvarovo podobné, napr. b - d, p - q, t - j, k - h, t - r a pod.;
- dieťa si zamieňa písmená zvukovo podobné, napr. t - d, s - z - c a pod.;
- dieťa si zamieňa i tie písmená, ktoré si nie sú podobné.

Okrem zámeny jednotlivých písmen sa stáva, že dieťa zle prečíta celé slabiky alebo slová, nedodržiava mäkčene, dĺžne, zle vyslovuje niektoré slová z dôvodu artikulačnej neobratnosti.

Ťažkosti sa prejavia najčastejšie v druhom ročníku ZŠ. Výskyt dyslexie sa odhaduje na 2-5%.

V rámci dyslexie sa uvádza jej viacero typov, ktoré vyplývajú z rôznych deficitov. Podľa J. Šturmu (1995) sú to:

1. Dyslexia na podklade percepčných deficitov

V rámci tohto typu sa rozlišujú ďalšie dva podtypy:

a/ Oslabenie v oblasti sluchovej percepcie - vzhľadom k tomu, že náš pravopis je do značnej miery fonetický, je čítanie a písanie náročné na vyspelosť sluchového vnímania. Dieťa pozná dobre zmysel slov, ale nedokáže ich rozložiť na slabiky a hlásky a následne spojiť. Pri čítaní a písaní komolí viacslabičné slová, nakoľko ich nedokáže dobre zachytiť sluchom, taktiež si zamieňa slabiky a písmená zvukovo podobné.

b/ Oslabenie v oblasti zrakovej percepcie - pri týchto poruchách dochádza k zámene písmen tvarovo podobných.

2. Dyslexia s prevahou ťažkostí v motorickej oblasti

Tieto ťažkosti sa prejavujú hlavne pri písaní, a to celkovou neobratnosťou, pomalosťou a narušenou automatizáciou. Technická stránka písania vyčerpá dieťa natoľko, že má problémy pri čítaní aj tých slov a písmen, ktoré dobre pozná.

Do tejto kategórie zaraďujeme nielen prejavy motoriky ruky, ale aj oblasť jemnej motoriky, do ktorej patria aj očné pohyby. Tieto sú často u dyslektických detí narušené, preto sa nácvik čítania realizuje pomocou tzv. okienka (výrez z tvrdého kartónu), ktorého posúvaním sa vedie pri čítaní zrak.

3. Dyslexia na podklade integračných ťažkostí

V tejto súvislosti ide o narušenú schopnosť súhry a koordinácie prevádzania dát z jednej oblasti do druhej (napr. zo zrakovej na sluchovú).

4. Dyslexia s poruchami dynamiky základných psychických procesov

V tejto súvislosti hovoríme o vplyve reaktivity dieťaťa, ktorá môže mať dve výrazné podoby:

a/ Dyslexia u hyperaktívnych detí - ich čítanie a písanie je zbrklé s mnohými chybami. Keby sme dokázali tieto deti ukľudniť, zlepšil by sa aj ich výkon v uvedených oblastiach.

b/ Dyslexia u hypoaktívnych detí - celková spomalenosť a ťažkopádnosť sa zvýrazňuje pri tých činnostiach, ktoré sú náročné na ich časové zvládnutie (diktáty, písomné práce).

5. Dyslexia z hľadiska vzájomného vzťahu verbálnej a názorovej zložky intelektu

Pri psychologickej diagnostike detí (aj s inými špecifickými vývinovými poruchami) prevláda u nich buď zložka verbálna alebo názorová. Podľa toho sa rozlišujú ďalšie dva podtypy:

a/ Typ s prevahou verbálnej zložky - sem spadajú hlavne deti hyperaktívne s percepčno-motorickými poruchami.

b/ Typ s prevahou prakticko-názorovej zložky - sem zaraďujeme deti, ktoré majú výrazné poruchy vo vývine reči a jazyka.

6. Dyslexia z hľadiska lateralizácie mozgových hemisfér

Rozlišovanie písmen, ako tvarov, je doménou pravej mozgovej hemisféry. Práca so slabikami a slovami je typická pre činnosť ľavej mozgovej hemisféry. Dyslexia preto môže byť spôsobená poruchou súhry hemisfér. Takáto "jednostranná vyhranenosť" hemisfér je typickejšia u mužskej populácie, preto aj dyslexiou trpia častejšie chlapci, ako dievčatá.

S dyslexiou veľmi úzko súvisí ďalšia porucha a tou je dysgrafia.

2. DYSGRAFIA - špecifická porucha v písaní, ako grafickom akte.

Prejavy:
- zámena písmen za útvary im podobné, napr. m - n, r - e, u - n, h - b a pod., ide teda o nedostatok diferenciácie v realizácii grafických prejavov;
- zámena písmen i väčších celkov za útvary zrkadlovo podobné, napr. bažant - žabant, spal - psal a pod.;
- vynechávanie častí slov, resp. krátkych slov, obtiažne spájanie niektorých písmen. Dieťa píše nezreteľne, neobratne, nevzhľadne, i keď si na písme dáva záležať.

3. DYSORTOGRAFIA - špecifické ťažkosti v pravopise, ktoré sa môžu prejaviť napr. v neschopnosti rozlišovať "y" a "i".

Všetky uvedené poruchy sa prejavujú najčastejšie v predmetoch, kde je potrebné narábať s písaným a čítaným textom.

4. DYSKALKÚLIA - vývinová porucha počítania, neschopnosť alebo obmedzená schopnosť narábať s číslami, matematickými symbolmi a operáciami. Postihnuté dieťa vie napr. vypočítať príklad spamäti, ale zlyháva, keď má vypočítať príklad napísaný. Najčastejšie sa vyskytuje zrkadlová zámena v písaní a čítaní čísiel, napr. 72 číta ako 27 a pod.

Uvedená porucha sa prejavuje v matematike, fyzike, chémii a pod.

Podobne ako pri čítaní a písaní, i na zvládaní matematických zručností sa podieľa niekoľko špecifických funkcií. Podľa toho, ktoré z nich sú najviac postihnuté, delíme aj dyskalkúliu na niekoľko podtypov:

1. **Verbálna** - prejavuje sa v neschopnosti označovať slovami množstvo a počet predmetov. Takéto dieťa nevie napr. na slovnú výzvu ukázať počet prstov alebo prečítať hodnotu označeného čísla.
2. **Praktognostická** - ide o poruchu matematickej manipulácie s konkrétnymi alebo nakreslenými predmetmi. Dieťa nevie napr. na počítadle odpočítavať guľky, nevie rozlíšiť, na ktorej kôpke je viac predmetov a pod.
3. **Lektická** - ide tu inverziu pri čítaní číslic (6 ako 9, 21 ako 12 a pod.).
4. **Grafická** - ide o poruchu písania čísiel, podobne ako pri lektickej forme ich čítania.
5. **Ideografická** - ide o poruchu vytvárania matematických pojmov a chápania matematických vzťahov. Dieťa napr. nechápe, že 12 je zároveň 4 a 8 a pod.
6. **Operacionálna** - prejavuje sa v obmedzenej schopnosti prevádzať základné matematické operácie.

5. DYSMÚZIA - porucha muzikality, ktorá patrí medzi pomerne časté poruchy, i keď nemá taký negatívny spoločenský dopad.

6. DYSPRAXIA - porucha motoriky, nemotornosť, znížená schopnosť vykonávať bežné telesné úkony.

Pri odstraňovaní uvedených porúch je dôležitý jav spájania. Všetky vnemy a výkony sa komplexne spájajú s obsahom symbolov, ide teda o spojenie javov akustických, taktilných, optických, motorických.

6.3 PRENIKAVÉ (PERVAZÍVNE) PORUCHY VÝVINU (F 84)

Do uvedenej kategórie porúch sa zaraďujú tie, ktoré sú charakterizované zhoršením recipročných sociálnych interakcií a spôsobov komunikácie. Pojem **pervazívny** znamená prenikavý, hlboko zasahujúci, zasahujúci jadro osobnosti. K pervazívnym vývinovým poruchám sa zaraďuje detský autizmus, atypický autizmus, Aspergerov syndróm, Rettov syndróm. Najvýznamnejšou z nich je **detský autizmus.**

Detský autizmus je vrodenou poruchou poznávacích procesov a socializácie, túto poruchu prvýkrát opísal americký psychiater Leo Kanner v roku 1943 a nazval ju „ raný

detský autizmus“, pričom ju zaradil medzi detské schizofrénie. Aj keď má autizmus mnohé spoločné znaky s detskou schizofréniou, ide o inú poruchu. Zásadný rozdiel spočíva v tom, že autizmus je vrodenou poruchou poznávacích procesov a socializácie, zatiaľ čo schizofrénia je psychotické ochorenie, ktoré sa prejavuje až neskôr. Schizofrénia vedie k zmene už rozvinutej osobnosti a jej štruktúr. Vývin autistických detí je odlišný už od začiatku ich života. Autizmus sa prejaví najneskôr do 30 - 36 mesiacov života dieťaťa. Častejšie bývajú postihnutí chlapci, ako dievčatá.

Detský autizmus zaraďujeme medzi pervazívne vývinové poruchy z toho dôvodu, že závažným a komplexným spôsobom poškodzujú psychický vývin detí, pričom začiatok poruchy je v rannom detstve.

V súčasnosti sa pre diagnózu autizmu berú do úvahy tri oblasti, v ktorých sú postihnuté deti „retardované": sociálna interakcia, komunikácia a odlišnosti v poznávacích procesoch. Keď sa tieto tri skupiny symptómov vyskytnú súčasne, nazývajú sa „triáda". Pri určovaní diagnózy musí byť triáda symptómov zreteľná.

SYMPTOMATOLÓGIA

Sociálna interakcia

Patologický vývin sociálnych vzťahov sa už od útleho detstva prejavuje napr. v tom, že dieťa nemá problémy s odlúčením od matky, a city voči rodičom prejavuje len obmedzene. K ostatným dospelým je ľahostajné, dáva prednosť samote. Podobne aj pri kontaktoch s rovesníkmi je podráždené, nedokáže prijať iné deti. Mnohé deti majú zníženú citlivosť vnímania bolesti, čo môže viesť k neschopnosti regulovania svojho správania.

V popredí je nezáujem o kontakt s ľuďmi a trvalá neschopnosť nadväzovať pozitívne sociálne vzťahy a citové väzby. Nerozlišujú živé bytosti od objektov, k obom sa správajú rovnako. Nereagujú už od narodenia na bežné sociálne signály – očný kontakt, úsmev, emočné prejavy. O ľudí nemajú záujem, nechcú sa maznať, nie sú schopné prijímať pozitívne citové prejavy, podobne ale nechápu hostilitu – nebránia sa keď ich niekto ohrozuje. Nechápu pocity iných ľudí, zrejme si ich neuvedomujú. Nediferencujú medzi blízkymi a cudzími ľuďmi, mužmi a ženami. Chýba im prežitie svojho významu pre druhého človeka.

V školskom veku sa už tak výrazne nevyhýbajú sociálnym interakciám. V období puberty a adolescencie má veľké percento postihnutých (40%) najväčšie ťažkosti, môže nastať zhoršenie symptómov v zmysle regresie, až na úroveň predškolského veku. Objaví sa extrémna uzavretosť, strata zručnosti v oblasti sebaobsluhy, prípadne strata reči. Často sa objavia problémy ako hypoaktivita, sebapoškodzovanie a stereotypné správanie. Typickým prejavom je odmietanie (alebo neschopnosť) nadviazať blízky emocionálny kontakt.

Komunikácia

Dieťa s autizmom nemá primárne postihnutú schopnosť reči, ale schopnosť pochopiť význam jazyka pre komunikáciu, t.j. pre výmenu informácií. Mnohé deti nevedia a ani nemajú potrebu komunikovať štandardným spôsobom. Vývin reči je oneskorený, mimika a gestika nie sú súčasťou komunikácie. Ak sú donútené ku kontaktu s dospelým, nepozerajú do očí, neusmievajú sa.. Reč býva nápadná (primitívna, mechanická), ale reč je vlastne len monológom, neslúži ku komunikácii – často sa v reči vyskytuje – echolália (mechanické opakovanie počutého), ale bez potreby porozumieť obsahu.

Aj keď tieto deti majú rozvinutú slovnú zásobu, týmto slovám nerozumejú, ak sú uvedené v inej súvislosti. Napr. dieťa rovnako reaguje na vety "Pôjdeme **von** na prechádzku" a "Dnes nepôjdeme **von.**" Dieťa je schopné opakovať aj zložitejšie konštrukcie viet alebo

rozhovoru, ale bez toho, aby rozumelo ich pravému významu. Tento mechanizmus začína tým, že dieťa sa snaží porozumieť určitej situácii a spojí si s ňou slovo alebo vetu, ktorú pri tom počulo, pričom si neuvedomuje pravý význam slov.

Poznávacie procesy

Ďalšou z oblastí, v ktorej sa prejavujú nápadnosti a odlišnosti vo vývine autistických detí, je oblasť poznávacích procesov – konkrétne oblasť vnímania, predstavivosti a myslenia.

Vnímanie - pravdepodobne inak sú spracovávané zmyslové podnety, nakoľko tieto deti majú problémy s diferencovaním podnetov, napr. niektoré podnety ako keby nevnímali, na iné sú precitlivené. Sluch je rozvinutý, ale nedokážu zrejme diferencovať zvuky, napr. reč od iných zvukov, preferujú čuchové podnety, zrakové vnímanie je tiež odlišné.

Predstavivosť - deti s autizmom majú veľmi obmedzenú predstavivosť i keď sa ešte donedávna predpokladalo, že žijú bohatým vnútorným životom. Tieto deti nerozumejú symbolickým aspektom hry a sú pevne viazané len realitu.

Myslenie a intelekt – autistické deti nie sú schopné anticipovať dôsledky konania, plánovať, či odložiť činnosť, horšie sa učia, nevedia generalizovať skúsenosti. Akákoľvek zmena ich preto dezorientuje, uvádza do chaosu – preto odmietajú nové podnety a trvajú na rituáloch a stereotypoch. Až 75% detí postihuje aj mentálna retardácia. Je však nutné odlíšiť tieto diagnózy, nakoľko základný rozdiel je v tom, že dieťa mentálne postihnuté vyhľadáva sociálny kontakt. U autistických detí sú niektoré psychické funkcie ostrovčekovito zachované, alebo až výrazne rozvinuté – napr. vynikajúca mechanická pamäť, cit pre hudbu, výtvarný talent a pod.

Okrem uvedených základných symptómov sú pre autistické deti charakteristické aj určité **odchýlky a nápadnosti v správaní.** M. Vágnerová (1999) sem zaraďuje:

Negatívne emocionálne reakcie, ktoré sa prejavujú až vo forme afektov. Tieto vznikajú ako reakcia na neschopnosť orientovať sa v rôznych situáciách, ktoré v nich vyvolávajú úzkosť. Reakciou môže byť následné agresívne správanie.

Sebapoškodzovanie, ktoré funguje ako obrana vo výrazne stresujúcej situácii, a je redukciou veľmi silnej úzkosti a napätia. Môže byť aj prejavom neschopnosti odlíšiť samého seba od okolia, ako aj vyššie uvedenou necitlivosťou voči bolesti.

Potreba stálosti a nemennosti okolia. Dieťa sa búrlivo bráni akejkoľvek zmene vo svojom dennom programe, ako aj v usporiadaní prostredia (všetky veci musia byť stále na rovnakom mieste).

Rituály, ktoré sú dôsledkom ich rigidity a stereotypie. Autistické deti sa len zriedkavo prejavujú spontánne. Preto sú pre nich dôležité rituály, lebo ich uspokojujú, nakoľko môžu vykonávať určité úkony v nemennom poradí, stále na rovnakom mieste a rovnakým spôsobom.

Pohybové automatizmy majú pravdepodobne charakter autostimulácie. Prejavujú sa stereotypným chodením dokola, mávaním rukami a pod.

Imaginácia - dieťa s autizmom sa nevie hrať s predmetmi alebo hračkami imaginatívne. Nevie sa hrať ani s dospelými alebo s ostatnými deťmi. Jeho repertoár imaginatívnych aktivít je obmedzený, sú väčšinou okopírované, používa ich rigidne, stereotypne a opakovane. Má tendenciu venovať pozornosť triviálnym alebo nepodstatným veciam (napr. namiesto osoby si všíma len jej náušnice, alebo pri sledovaní vláčika sa sústredí len na jeho kolesá a pod.) Vyskytujú sa tiež problémy s chápaním zmyslu činnosti, ktoré sú

založené na porozumení reči, napr. spoločenská konverzácia, slovné narážky, slovné hračky a pod. aj keď sa rado zaoberá podobnými činnosťami, robí to opakovaným spôsobom.

Repetitívne stereotypné aktivity - dieťa s autizmom má často prejavy opakujúceho sa správania a opakujúcich sa aktivít. Jednoduchšími stereotypnými aktivitami sú napr. točenie predmetmi, kolísanie, ohmatávanie určitých materiálov, opakujúce sa búchanie hlavou, škrípanie zubami, opakujúce sa sebapoškodzovanie, vrieskanie a i. Za zložitejšie stereotypné aktivity sa považujú napr. nástojenie vždy na rovnakej trase pri cestovaní na určité miesto, zbieranie veľkého množstva určitých predmetov bez zrejmého účelu (napr. guličiek). Zložitou verbálnou alebo abstraktnou opakujúcou sa aktivitou je napr. fascinácia určitými témami alebo osobami (kladenie stále tých istých otázok, pričom očakáva vždy rovnaké odpovede).

ETIOLÓGIA

Príčinou ochorenia býva organické poškodenie mozgu, ale jeho presná etiológia nie je známa. Táto môže súvisieť s rôznymi mozgovými abnormalitami, ktorých príčina je veľmi variabilná. Je pravdepodobné, že niektoré prípady autizmu môžu byť vyvolané aj poškodením mozgu počas tehotenstva, pôrodu, či v postnatálnom období.

Do úvahy sa berú aj genetické predispozície, ako aj chromozómové anomálie.

6.3 ODPORÚČANIA PRE EDUKAČNÚ PRAX

ŠPECIFICKÉ PORUHY VÝVINU ŠKOLSKÝCH ZRUČNOSTÍ

1. Najľahšie prípady týchto porúch by mal vedieť zvládnuť učiteľ na bežnej ZŠ. V mnohých okresoch sa poriadajú špeciálne kurzy, aby na každej škole pôsobil aspoň jeden pedagóg, ktorý by bol schopný poskytnúť základnú nápravu.

2. Komplikovanejšie prípady by mal učiteľ konzultovať so špeciálnym pedagógom, školským psychológom, metodikom a psychológom na niektorom zo zariadení pedagogicko – psychologického poradenstva a prevencie.

3. Problematiku hodnotenia žiakov so špeciálnymi výchovno – vzdelávacími potrebami rieši Metodický pokyn č. 7/2009 – R Zásady hodnotenia žiaka so zdravotným znevýhodnením
začleneného v základnej škole**,** v ktorom sa uvádza:

1. Pri určení metód a foriem hodnotenia žiaka so zdravotným znevýhodnením sa učiteľ riadi odporúčaniami poradenského zariadenia rezortu školstva.

2. Pri hodnotení učebných výsledkov učiteľ rešpektuje psychický a fyzický zdravotný stav žiaka, druh a stupeň zdravotného znevýhodnenia, ak má vplyv na úroveň a výsledky práce žiaka v príslušnom predmete.

3. Učiteľ posudzuje učebné výsledky žiaka objektívne a primerane náročne, pričom prihliada aj na jeho vynaložené úsilie, svedomitosť, individuálne schopnosti, záujmy a na predpoklady jeho ďalšieho vzdelávania po ukončení povinnej školskej dochádzky. Pri hodnotení učebných výsledkov žiaka kladie dôraz na jeho individuálne schopnosti, ktoré sú základom jeho pracovnej a sociálnej integrácie.

4. U žiaka so zdravotným znevýhodnením, ktorý má výrazné rozdiely vo výkonoch v ústnej a písomnej skúške, sa pri skúšaní uprednostňuje forma, ktorá je pre neho výhodnejšia, a ktorá predstavuje východisko pre hodnotenie jeho učebných výsledkov.

5. Žiakovi s narušenými komunikačnými schopnosťami (chybami a poruchami reči a vývinovými poruchami učenia), žiakovi so sluchovým postihnutím a žiakovi s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami zabezpečí učiteľ pri ústnej odpovedi také podmienky, aby neutrpel psychickú ujmu. Učiteľ v konkrétnych prípadoch zváži, či uprednostní písomnú, praktickú alebo ústnu formu odpovede.

6. Žiak s diagnózou zajakavosť môže byť ústne skúšaný a na obsah jeho výpovede môžu byť kladené rovnaké nároky ako u ostatných žiakov, ak nemá písomné odporúčanie poradenského zariadenia rezortu školstva o vylúčení ústneho skúšania. Formálna stránka odpovede sa nehodnotí. Zajakavému žiakovi je potrebné poskytnúť viac času na odpoveď a taktne o tom poučiť aj spolužiakov.

7. Pri skúšaní žiaka so sluchovým alebo zrakovým postihnutím učiteľ dbá, aby správne a jednoznačne porozumel zadaným otázkam a úlohám.

8. Pri hodnotení učebných výsledkov žiaka s narušenými komunikačnými schopnosťami alebo so sluchovým postihnutím sa hodnotia predovšetkým vecné poznatky a praktické zručnosti, nie úroveň jazykového prejavu.

9. Pri hodnotení učebných výsledkov žiaka so zrakovým postihnutím učiteľ uprednostňuje ústnu odpoveď pred písomnou prácou.

10. Úroveň čítania sa hodnotí individuálne, s ohľadom na druh a stupeň zdravotného znevýhodnenia žiaka.

11. Žiak s vývinovými poruchami učenia (dyslexia, dysgrafia, dysortografia) môže písať diktát, alebo byť skúšaný písomnou formou len za podmienky, že bol vopred pripravený špeciálnymi metodickými postupmi na vyučovaní. Diktát žiaka s vývinovými poruchami učenia učiteľ nehodnotí známkami, ale slovne, vyčísli počet chýb a pri hodnotení spolupracuje so žiakom.

12. Ak žiak so sluchovým postihnutím píše diktát, nehodnotí sa známkou, ale slovne a pri hodnotení učiteľ spolupracuje so žiakom.

13. Grafický prejav žiaka s takým zdravotným znevýhodnením, ktoré má vplyv na jeho úroveň (napr. písanie, výtvarný prejav), sa priebežne ani súhrnne nehodnotí známkou.

14. Estetická stránka grafického prejavu žiaka so zrakovým postihnutím, ktorý používa bežné písmo, sa nehodnotí.

15. U žiaka so zrakovým postihnutím, ktorý používa bežné písmo, učiteľ pri dlhotrvajúcich písomných skúškach počíta s primeranou, individuálne stanovenou dobou zrakového odpočinku. Dĺžka zrakového zaťaženia pri práci s hľadením do blízka vychádza z odporúčania poradenského zariadenia rezortu školstva.

16. U žiaka so zrakovým postihnutím, ktorý používa Braillovo písmo, učiteľ pri všetkých druhoch písomných skúšok počíta s časovou rezervou potrebnou na obsluhu špeciálnych pomôcok.

17. Žiak so zdravotným znevýhodnením, ktorý sa rýchlo unaví, musí mať možnosť pri písomnej skúške pracovať individuálnym tempom, prípadne krátko relaxovať.

18. Ak v správaní zdravotne znevýhodneného žiaka a žiaka s chronickými ochoreniami (napr. diabetes, choroby srdca, onkologické, neurologické ochorenia, poúrazové stavy a pod.) učiteľ pozoruje prejavy (ako napr. impulzívnosť, precitlivelosť, podráždenosť, poruchy pozornosti, únava a pod.), ktoré môžu byť dôsledkom postihnutia alebo chronického ochorenia, toto zohľadňuje pri jeho hodnotení.

19. Učiteľ primerane dlhé obdobie nehodnotí žiaka s chronickým ochorením, žiaka zdravotne oslabeného, alebo po dlhodobom ochorení, ak ešte nemohol byť adekvátne pripravený a jeho výkon bol výrazne nižší ako zvyčajne. Tento žiak môže byť bežným spôsobom hodnotený, až keď sa doučí učebnú látku podľa individuálneho programu.

20. Pri hodnotení učebných výsledkov žiaka, ktorý sa vrátil do kmeňovej školy zo školy pri zdravotníckom zariadení, učiteľ kmeňovej školy rešpektuje hodnotenie učiteľa školy pri zdravotníckom zariadení, v tých vyučovacích predmetoch, z ktorých bol hodnotený.

21. Žiak so zdravotným znevýhodnením, ktorý plní ciele učebných osnov v predmetoch cudzí jazyk, telesná výchova, výtvarná výchova, hudobná výchova a pracovné vyučovanie v rozsahu primeranom svojim predpokladom, sa jeho učebné výsledky hodnotia s ohľadom na druh a stupeň zdravotného znevýhodnenia.

22. Žiak, ktorý vzhľadom na druh a stupeň svojho znevýhodnenia nemôže v celku plniť učebné osnovy základnej školy v niektorých alebo všetkých predmetoch a postupuje podľa individuálneho vzdelávacieho programu, jeho učebné výsledky sa priebežne aj súhrnne na vysvedčení hodnotia podľa individuálnych kritérií. Na vysvedčení v doložke, alebo v rámci súhrnného slovného hodnotenia triedny učiteľ uvedie, v ktorých predmetoch žiak postupoval podľa individuálneho učebného programu.

23. Pri polročnom a koncoročnom hodnotení zdravotne znevýhodneného žiaka sa používa rovnaké tlačivo vysvedčenia ako pre ostatných žiakov.

PERVAZÍVNE PORUCHY VÝVINU

1. Pre okolie je autistické dieťa značne záťažové. Je potrebné čo najskôr identifikovať poruchu, aby týmto deťom mohla byť poskytnutá špeciálna starostlivosť, či už rodičmi, alebo v špeciálnom zariadení. Do špeciálnych zariadení bývajú deti zaraďované už v predškolskom veku, integrácia do bežnej školy sa skôr neodporúča, iba ak v tejto škole je špeciálna trieda, kde je umiestnených viac detí a sú v starostlivosti špeciálne vyškolených pedagógov.

2. Všeobecným cieľom vzdelávania je ovplyvniť vývin tak, aby dosiahol úroveň čo najväčšej nezávislosti pri využívaní osvojených vedomostí, zručností a návykov a žiť plnohodnotný a úspešný život. Hlavným cieľom vzdelávania žiakov s autizmom, je pozitívne ovplyvňovanie poškodených oblastí.

3. Vzhľadom na rôznorodosť poškodení sa výchova a vzdelávanie autistických detí zameriava na získavanie oveľa širšej palety skúseností, než u ostatných skupín postihnutých. Vzdelávanie postihnutých autizmom je založené na štruktúrovanom a organizovanom prístupe, ktorému predchádza dôkladná diagnostika a podrobné vývinové hodnotenie. Z hľadiska dosiahnutia pozitívnych výsledkov (odstránenie alebo ovplyvňovanie problémov súvisiacich s danou diagnózou, resp. rozvíjanie vedomostí, zručností a návykov) je nesmierne dôležitá úzka spolupráca odborníkov a rodičov, nakoľko vzdelávanie žiakov si vyžaduje vytvorenie špecifických podmienok.

4. Hodnotenie žiakov s autizmom sa realizuje podľa príslušných metodických pokynov MŠVVaŠ SR.

7. kapitola

HYPERKINETICKÉ PORUCHY

V nasledujúcej kapitole bližšie popíšeme poruchy, ktoré spadajú do kategórie „Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania“. Ide o hyperkinetické poruchy, ktoré sú ďalej kategorizované na poruchy aktivity a pozornosti (F 90.0), hyperkinetickú poruchu správania (F 90.1), iné hyperkinetické poruchy (F 90.8) a nešpecifickú hyperkinetickú poruchu (F 90.9).

7.1 HYPERKINETICKÉ PORUCHY (F 90)

Uvedené poruchy spadajú jednak pod kategóriu F 90 v zmysle MKCH -10, ako aj pod označenie žiakov so špecifickými výchovno – vzdelávacími potrebami v zmysle školského zákona, konkrétne ide o žiakov s vývinovou poruchou správania. Zo všetkých žiakov s poruchami správania práve títo žiaci tvoria väčšinu. Hyperkinetická porucha nezriedka v protiklade s intelektovými schopnosťami, motiváciou ovplyvňuje školský výkon žiaka a jeho sociálne vzťahy. Špecifický prístup učiteľa na vyučovaní, aplikácia reedukačných a korekčných metód špeciálneho alebo liečebného pedagóga v rámci školského vzdelávania, prípadne ich odborná asistencia na vyučovaní, môže eliminovať alebo zmierniť negatívny vplyv poruchy na školský výkon žiaka.

Príčiny hyperaktívneho správania u detí a presná diagnóza sa určuje na základe odborného vyšetrenia psychológom, neurológom, prípadne pedopsychiatrom. Pokiaľ výsledky odborných vyšetrení potvrdia, že ide o hyperkinetickú poruchu, táto sa spája s oslabením funkcií a schopností, ktoré zodpovedajú za riadenie, reguláciu a integráciu správania pri primeranej inteligencii. Patria sem psychické funkcie a vlastnosti zakotvené v centrálnom nervovom systéme – pozornosť, reaktibilita, úroveň aktivácie, sebakontrola a pod. Keďže príčinou takéhoto správania nie je nevhodné výchovné pôsobenie na dieťa, ale poruchy v oblasti motoricko-percepčnej, emocionálnej a v nedostatočnom rozvoji kognitívnych funkcií, zaraďujeme tieto poruchy podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb pod tzv. hyperkinetické poruchy, resp. špecifické vývinové poruchy správania. Aby však bolo možné stanoviť túto diagnózu, musia byť splnené tieto znaky:

- stupeň poškodenia musí byť klinicky signifikantný, to znamená, že psychologické, resp. neurologické vyšetrenie potvrdilo túto diagnózu,
- postihnutie musí byť špecifické v tom zmysle, že ho nemožno pripísať mentálnej retardácii ani celkovo nižšej inteligencii,
- porucha musí byť vývinová, to znamená, že je prítomná od začiatku vstupu dieťaťa do školy,
- nesmú byť prítomné vonkajšie faktory, ktoré by mohli byť dostatočným dôvodom pre školské ťažkosti,
- porucha nesmie byť priamo spôsobená nekorigovanou zrakovou alebo sluchovou poruchou.

7.2 TERMINOLOGICKÉ OZNAČENIE HYPERKINETICKEJ PORUCHY

E. Malá (2000) uvádza, že máloktorá porucha prešla toľkými zmenami názvu ako práve hyperkinetická porucha. Porucha bola opísaná prvýkrát v 40-tych rokoch v zahraničí, v ČSSR túto poruchu nazval Kučera ľahká detská encefalopatia. V 60-tych rokoch sa v zahraničí hovorí o mozgovej dysfunkcii (cerebral dysfunktion), u nás Třesohlavá nazýva poruchu **ĽMD (ľahká mozgová dysfunkcia)** – tento názov donedávna prevládal v odborných kruhoch. Používal sa na označenie celého súboru rôznych poruchových prejavov, ktoré sa sumarizujú do obrazu, nazývaného syndróm ĽMD. Ide doslova o umelo vytvorený termín, ktorý sa začal používať ako označenie pomerne nešpecifických ťažkostí, symptómov, ktoré sa však nachádzajú aj pri iných vývinových poruchách a ktoré sú u jednotlivého dieťaťa pomerne variabilné. Najčastejšie ide o prejavy nepokoja, nesústredenosti, netlmenej spontánnosti, lability nálad, precitlivelosti, neobratnosti a pod.

Presné terminologické označenie tejto poruchy je pre učiteľa, ale aj iných vychovávateľov dôležité z viacerých dôvodov:

- pokiaľ sa učiteľ bude chcieť oboznámiť s týmito prejavmi bližšie a siahne po odbornej literatúre, často zistí, že táto porucha má viacero názvov a odborných výrazov,
- ak bude spolupracovať s odborníkmi (najčastejšie s psychológmi, neurológmi a pedopsychiatrami), mal by mať minimálne základný prehľad o odbornej terminológii,
- ak dostane písomnú správu z psychologickej diagnostiky a nemá možnosť priameho kontaktu s psychológom, bude tejto správe lepšie rozumieť.
-

Najčastejšie sa táto porucha označuje pojmom **syndróm hyperaktivity,** ale nájdeme ju aj pod označením **hyperkinetický syndróm,** prípadne v staršej literatúre sa stretneme aj s názvom **syndróm ľahkej mozgovej dysfunkcie.** V súčasnosti sa v odbornej literatúre tento syndróm označuje skratkou **ADD** (Attention deficit disorder), a to v tých prejavoch, kde dominuje porucha pozornosti. Pokiaľ sa k tejto poruche pridružujú aj prejavy hyperaktivity, používa sa skratka **ADHD** (Attention deficit/hyperactivity disorder). Ako už bolo uvedené, v Medzinárodnej klasifikácii duševných porúch sa tieto prejavy označujú ako **hyperkinetické poruchy.** Pod ne zaraďujeme **poruchy aktivity a pozornosti** a **hyperkinetickú poruchu správania.** Uvedená porucha sa svojou symptomatológiu zaraďuje aj medzi **špecifické vývinové poruchy správania.** Ide o také poruchy správania, ktorých príčinou je hyperaktivita, neschopnosť sebakontroly a sebaovládania, resp. závažné narušenie pozornosti. Takto postihnuté dieťa síce reaguje nežiaducim spôsobom, avšak nejde o prejav negácie bežných noriem správania, ale o neschopnosť svoje správanie a konanie ovládať, resp. vnímať a rozlišovať, čo je v danej situácii vyžadované. Takéto prejavy správania sú nepríjemné, a preto môžu vyvolávať negatívne reakcie, pri ktorých je dieťa kritizované a odmietané. V takýchto prípadoch sa môžu poruchy správania zhoršovať v dôsledku špecifickej sociálnej situácie, ktorá sa vytvára ako reakcia na problematické prejavy hyperaktívnych detí. V dôsledku toho môže dôjsť ku skutočným poruchám správania. V praxi je niekedy komplikované obidva varianty odlíšiť, pretože sa môžu vyskytovať spoločne.

Špecifickým rysom je, že táto porucha primárne nevzniká na základe nevhodnej výchovy, sociálneho pôsobenia. Presná príčina vzniku je doteraz neznáma, ale viaže sa na jemné organické poškodenia, (vzniká na neurobiologickej báze), vplyv môžu mať genetické faktory, prípadne iné ako napr. oneskorené zrenie centrálneho nervového systému (CNS), niektoré lieky, rádioaktivita ap. Pre túto poruchu sú typickými symptómami poruchy

pozornosti, hyperaktivita a impulzívne správanie, ktoré môžu byť vzájomne kombinované. Ďalej sa prejavuje poruchami v oblasti emocionálneho, motoricko-percepčného vývinu a v nedostatočnom rozvoji poznávacích funkcií. Výkonnosť žiaka v škole je nevyrovnaná. Žiak sa môže navonok javiť ako neprispôsobivý s negatívnym postojom k učeniu. Nadväzne sa často vyskytujú aj poruchy v sociálnych vzťahoch. Odhaduje sa, že u 20 – 40% prípadov je špecifická porucha správania spojená aj so špecifickými poruchami učenia (dyslexia, dysgrafia, ap.). Niektorí autori dávajú túto poruchu do súvislosti s niektorými poruchami zraku, môže sa vyskytnúť aj v spojení s asociálnou formou správania. Výskyt hyperkinetickej poruchy je častejší u chlapcov ako u dievčat.
V základe rozlišujeme tri typy poruchy:

1. typ s prevahou poruchy pozornosti,
2. typ s prevahou hyperaktivity a impulzivity,
3. kombinovaný typ.

Všetky prejavy hyperkinetickej poruchy je potrebné vnímať komplexne, v súvislosti s vekovým obdobím, rodinným pozadím, zdravotným stavom a aktuálnou situáciou, v ktorej sa dieťa nachádza. Podobné prejavy sa môžu objaviť v stresovej situácii, spôsobenej rozličnými príčinami, napr. problémy vo vzťahoch medzi členmi rodiny, nevhodný výchovný prístup, zneužívanie dieťaťa, šikanovanie v škole. Príčinou môžu byť aj chronické choroby , znížená mentálna úroveň alebo naopak – aj v správaní vysoko inteligentných detí sa niekedy vyskytuje roztržitosť a hyperaktívne správanie. Pri diagnostike hyperkinetickej poruchy sa okrem vyšetrenia psychológa, špeciálneho alebo liečebného pedagóga nevyhnutne vyžaduje aj potvrdenie diagnózy neurológom alebo pedopsychiatrom.

V ďalšom texte budeme používať pojem **syndróm hyperaktivity,** ktorý je častejšie zaužívaný a v jeho názve sa odráža aj jeden to základných prejavov (symptómov) tejto poruchy.

SYMPTOMATOLÓGIA

Spolu bolo opísaných viac ako 100 symptómov, ktoré sa nemusia u jedného dieťaťa vyskytovať spolu. Naviac, niektoré z týchto symptómov nemusia byť prejavom syndrómu hyperaktivity, ale prejavom neurotického vývinu, emocionálnej poruchy, výchovného zanedbávania, psychickej deprivácie a pod. Preto je vždy nutné diagnosticko diferenciálne vyšetrenie dieťaťa, ktoré vykonáva psychológ a neurológ.

Klinický obraz dieťaťa so syndrómom hyperaktivity vyzerá najčastejšie takto:

Už v *dojčenskom veku* je dieťa nekľudné, stále v pohybe, s hračkami sa nevydrží hrať, zaobchádza s nimi nešetrne, nevydrží pri žiadnej činnosti.

Vo veku *batoľaťa* nevydrží pri počúvaní alebo pozeraní rozprávky, behá tam, kam nemá, nevycíti nebezpečenstvo, problematicky si osvojuje bežné sebaobslužné návyky.

V *predškolskom veku* sa na dieťa v MŠ sťažujú, že je neposedné, ubližuje deťom, je rozptýlené, narúša spoločné činnosti detí.

V *školskom veku* sa ťažkosti výrazne stupňujú. Dieťa na prvý pohľad pôsobí ako neposlušné, nevychované, pretože neobsedí v lavici, vybieha, vrtí sa, vyrušuje hlasným hovorom, skáče učiteľke do reči, nie je možné ho udržať v pokoji. Ruší ostatných pri učení, chce vždy robiť to, čo oni, mať to, čo oni. Žiadne napomínanie nepomáha, naopak, vnútorný nekľud dieťaťa sa po upozornení zvyšuje. Na druhej strane však toto dieťa dokáže byť veľmi

milé, prítulné, veľmi túži byť úspešné, veľmi sa snaží, ale porucha mu nedovolí dosiahnuť skutočne úspech, podať výkon úmerný snahe.

Doma je ťažké donútiť ho pracovať, pripravovať sa do školy, naviac, to čo sa naučí, neuplatní. Učitelia a rodičia sú často nervózni a zvyknú uplatňovať tresty, ktoré ale nevedú k žiadnej náprave. Dieťa so syndrómom hyperaktivity reaguje čiastočne len na motivovanie bezprostrednou odmenou, nie je totiž schopné odložiť uspokojenie svojich potrieb s vyhliadkou vzdialených cieľov. Mnohí rodičia prežívajú silný pocit vlastnej neschopnosti, zlyhania v rodičovskej roli, pretože ich úsilie nemá výsledky. Reagujú preto často stratou trpezlivosti, trestaním dieťaťa. Z toho dôvodu sa odborná psychologická pomoc dieťaťu zameriava skôr na pomoc jeho rodičom, ktorí svojím trpezlivým prístupom, láskou a podporou dieťaťa, dokážu zasa pomôcť dieťaťu samotnému.

Najproblémovejším prostredím pre hyperaktívne deti je škola.

Prehľad **prejavov hyperaktivity, ktoré sa viažu na školské prostredie:**

1. **Sebastimulácia jemná.** Ide o jemné motorické reakcie na vnútorné podnety dieťaťa, ktoré sa prejavujú navonok napr. cmúľaním palca, obhrýzaním nechtov, vŕtaním sa v nose, škriabaním na hlave, hraním s predmetmi.
2. **Sebastimulácia hrubá.** Ide o výraznejšie motorické reakcie na vnútorné podnety dieťaťa – napr. vŕzganie stoličkou, šúchanie nohami, posúvanie stola, pobiehanie po triede.
3. **Narušené sociálne správanie.** Ide o psychické, verbálne a mimické aktivity, ktoré rušia iných žiakov pri vyučovaní – hlasný spev, jačanie, krik, pískanie, nadávanie, grimasy, vyplazovanie jazyka, štípanie, fyzické napádanie iných, branie predmetov , ich hádzanie, trhanie, ničenie.
4. **Nepozornosť.** Živé reagovanie na irelevantné podnety – obzeranie sa za každým prejavom spolužiaka, učiteľa, vyzeranie z okien na ulicu.
5. **Rušivé správanie vzťahujúce sa k vyučovaniu.** Ide o všetky aktívne a reaktívne prejavy počas vyučovania, ktoré narúšajú jeho plynulý priebeh – reagovanie na pokyny učiteľa pre iných žiakov, prejavovanie vlastných názorov hlasným rozprávaním, gestikuláciou, nezdržanlivé vykrikovanie odpovedí za iných, vykrikovanie pokynov, ktoré chce dať učiteľ ....

Prejavy syndrómu hyperaktivity sa najčastejšie teda javia ako problémové po vstupe dieťaťa do základnej školy. Pokiaľ dieťa aj v MŠ vykazuje takéto prejavy správania, môžu súvisieť ešte s vekovým obdobím, pre ktoré je typický zvýšený pohyb, nižšia koncentrácia pozornosti. Preto najčastejšie na túto poruchu upozorňujú učiteľky prvých ročníkov ZŠ, kedy sú už na dieťa kladené zvýšené požiadavky a dieťa nie je schopné ich primerane zvládnuť. Percentuálny výskyt tejto poruchy u žiakov prvých ročníkov udávaný učiteľkami ZŠ pomerne kolíše (od 2 – 12%), čo je spôsobené tým, že až po presnej psychologickej diagnostike sa táto diagnóza buď potvrdí, alebo zamietne. Optimálnym obdobím je diagnostikovanie detí medzi 6. – 8. rokom. Najčastejšie učiteľky vyhľadávajú pomoc v centrách pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, pričom približne 30% klientov navrhovaných školou je označovaných s podozrením na syndróm hyperaktivity.

Uvedená porucha sa častejšie vyskytuje u chlapcov ako u dievčat, v pomere 6: 2.

I keď školské výsledky sú zhoršené, nesúvisia so zníženým intelektom, nakoľko väčšina týchto detí dosahuje hodnoty priemerného pásma úrovne rozumových schopností. Napriek tomu hyperaktivita a porucha pozornosti môže viesť k ťažkostiam, ktoré sa niekedy označujú ako **nešpecifické poruchy učenia.** Preto mávajú impulzívne a nepozorné deti zhoršený prospech, ktorý nezodpovedá ich inteligencii. Nepodávajú očakávané výkony, a

preto im býva prisudzovaná vina za zlé školské výsledky. Z hľadiska symptómov ide najčastejšie o poruchy kognit´vnych funkcií, poruchy percepčno-motorické, poruchy emocionality a impulzivitu.

1. PORUCHY KOGNITÍVNYCH FUNKCIÍ

Porucha pozornosti sa prejavuje ťažkosťami v sústredení, v aspekte sluchovom aj zrakovom, nežiadúce zapojenie motoriky do aktivít procesu poznávania (napr. dieťa sa otáča, hrá sa s prstami, kýva sa stoličke v čase, keď by sa malo sústrediť na riešenie konkrétnej pracovnej úlohy). Porucha pozornosti sa prejavuje aj v tom, že dieťa nie je schopné ukončiť danú činnosť a už sa venuje niečomu inému. Slabá pozornosť a zvýšená unaviteľnosť vedie k tomu, že dieťa nie je schopné kvalitnej a dlhodobejšej koncentrácie. Náhodne si všíma rôzne podnety, ale nie je schopné dávať pozor na to, čo je dôležitejšie. S tým súvisí aj **neschopnosť selektovať** podstatné informácie z viacerých podnetov, čo znamená, že dieťa venuje pozornosť všetkému, čo zachytia jeho zmysly. Preto bývajú tieto deti nesystematické a neporiadne.

Porucha plánovania, ktorá sa prejavuje v tom, že dieťa si nedokončí úlohu, nedokáže si zorganizovať prácu, neštruktúruje si voľný čas. Kým mladšie deti (do veku 6. rokov) majú tieto funkcie externalizované (nahlas si hovoria, čo majú urobiť alebo ako riešiť nejaký problém) a postupne si ich zvnútorňujú, tento proces je u detí s hyperkinetickým syndrómom minimálny. Narušenie tohto procesu má za následok zníženú schopnosť analyzovať svoje správanie, vytvárať jeho nové formy a riešiť zadané úlohy. Sebariadenie, sebaovládanie a sebamotivovanie je chaotické a dezorganizované.

Porucha motivácie, úsilia a vytrvalosti sa prejavuje najmä pri aktivitách, neprinášajúcich okamžité uspokojenie alebo v situáciách, ktoré sú pre dieťa frustrujúce (skúšanie v triede, čakanie v rade na obed a pod.).

Znížená schopnosť priestorovej predstavivosti, ktorá sa prejavuje napr. pri riešení geometrických úloh. Nedostatky v zrakovom vnímaní, najmä schopnosť správne analyzovať a vnímať vzťahy medzi predmetmi a tvarmi v priestore vedie tiež k tomu, že dieťa zlyháva v takých hrách a činnostiach ako je stavanie z kociek, lega, pri počítačových hrách, ktoré sú zamerané na orientáciu v priestore a postreh.

2. PORUCHY PERCEPČNO – MOTORICKÉ

Hyperaktivita spojená s neschopnosťou relaxácie, oddychu. Dieťa je neustále „v pohybe“, prežíva vnútorný pocit nepokoja, často opúšťa svoje miesto, pobehuje po triede v čase, keď sa očakáva, že bude sedieť na svojom mieste, má problémy s hrami a činnosťami, ktoré vyžadujú kľud a sústredenie. Na výzvu ku kľudu nereaguje. Hyperaktivita sa prejavuje aj v jeho reči, stále rozpráva, vypytuje sa, bez toho, aby počkalo na odpoveď. Odpovedá však skôr, než bola dokončená otázka, pričom často nevníma, keď mu niekto niečo rozpráva. Aktivita týchto detí máva teda zvýšenú rýchlosť a intenzitu, neprimeranú vyvolávajúcemu podnetu a preto vyžaduje značné množstvo energie, pričom väčšie množstvo energie tieto deti nemajú. Preto ide u nich aj o neschopnosť koordinovať a ovládať energetický výdaj. Potom hyperaktivita súvisí často aj so zvýšenou unaviteľnosťou a s tým súvisiacou podráždenosťou.

Nedostatky v jemnej motorike, ktoré sa prejavujú v neúhľadnom písaní a kreslení, dieťa často máva pokrčené zošity a hárky papiera, s ktorými pracuje. Niekedy sa syndróm

hyperaktivity spája aj so špecifickými vývinovými poruchami učenia - dyslexia, dysgrafia, dysortografia, dyskalkúlia (V. Belková – D. Kmeťová, 2004).

Nedostatky v hrubej motorike sa prejavujú pri pohybových a športových aktivitách (aj na hodinách telesnej výchovy, pričom sa uvažuje aj o dyspraxii ako špecifickej vývinovej poruche hrubej motoriky), kde dominuje ich **neobratnosť a nešikovnosť**, preto tu existuje aj zvýšené riziko úrazovosti. Nadmerná a zbytočná pohyblivosť si vyžaduje veľké množstvo energie. Nejde tu len o zvýšenú frekvenciu pohyblivosti, ale aj o zvýšenie jej intenzity. Dieťa napr. viac behá, ako chodí. Hyperaktívne deti však nemajú nadbytok energie (i keď sa to tak môže javiť) a naviac svoju energiu nedokážu účelne uplatniť, teda nedokážu koordinovať a ovládať svoj energetický výdaj. Zvýšená energetická náročnosť hyperaktivity vedie k rýchlejšej únave a z toho vyplývajúcej podráždenosti.

Porucha vizuomotorickej koordinácie, ktorá vzniká na základe drobných neurologických odchýliek, t.j. koordinácie pohybov, porúch symetrie, ťažkosti v pravoľavej orientácii. Deti s týmto syndrómom sa oneskorujú vo výbere preferovanej ruky, vyskytuje sa u nich častejšie ľavorukosť, ambidextria (schopnosť rovnako používať obe ruky) a objavujú sa u nich znaky tzv. skríženej laterality, ktorá sa prejavuje napr. v používaní dominantnej pravej ruky a prevahy ľavého oka, resp. naopak.

3. PORUCHY EMOCIONALITY

Hyperexcitabilita sa prejavuje zvýšenou emocionálnou dráždivosťou, so sklonom k výkyvom nálad a zníženou toleranciou voči záťaži. **Extrémne citové reakcie** sa prejavujú v extrémnych a veľmi rýchlych zmenách nálady, deti často prechádzajú z eufórie k mrzutej nálade a odmietaniu okolitého diania. Nadmerná pohotovosť k bezprostredným reakciám zahrňuje aj emocionalitu. Podnety, ktoré vyvolávajú citové prežívanie, môžu vychádzať z organizmu, ale aj z vonkajšieho prostredia. Niektoré zmeny v oblasti citového prežívania môžu byť skôr sekundárneho charakteru. Hyperaktivita, impulzivita a emocionálna dráždivosť zvyšujú riziko vzniku negatívnych postojov zo strany okolia, k takémuto dieťaťu.

Znížená tolerancia voči záťaži súvisí so zvýšenou unaviteľnosťou, ktorá sa prejavuje typickými poruchami sebaovládania, afektívnymi a niekedy až agresívnymi reakciami, ktoré chápeme ako obranné reakcie v situácii subjektívne prežívanej záťaže. Keďže hyperaktívne deti nie sú schopné primeranej autoregulácie v prijímaní podnetov, nedokážu preto odhadnúť ani primeranú mieru stimulácie, ktorá by ich nepreťažovala. Vytvárajú si tak i za bežných okolností subjektívne stresovú situáciu. Nedá sa vylúčiť ani možnosť, že tieto deti nedokážu podnety adekvátnym spôsobom spracovať, a tak stimulácia, ktorá je subjektívne nadmerná, nespĺňa svoju základnú úlohu – sprostredkovanie informácie a z toho vyplývajúcu uspokojivú orientáciu v prostredí. Zvýšený nepokoj potom môže byť výrazom neuspokojenia tejto potreby, ktorá núti dieťa pokračovať v pokusoch potrebné podnety získať a spracovať. Opakovaná neúspešnosť fixuje napätie a nepokoj a vedie celkom zákonite k vyššej únave.

4. IMPULZIVITA

Chaotičnosť správania sa prejavuje najčastejšie v jeho nepredikovateľnosti. Činy a konanie hyperaktívneho dieťaťa sú náhle a neočakávané, dieťa robí rýchle závery bez toho, aby si dopredu zvážilo dôsledky (najprv koná - potom myslí), nepoučí sa ani z vlastných chýb, z trestu, prípadne z úrazu. Impulzivitu chápeme aj ako neschopnosť selektovať spôsoby

reakcií tak, aby zodpovedali danej situácii. Tieto deti nie sú schopné brzdiť aktuálne impulzy a svoje konanie ovládať. Preto sa deficit v tejto oblasti prejavuje sklonom k zbrklým, často úplne neadekvátnym reakciám. Majú tendenciu prerušovať druhých, skákať im do reči, vykrikovať pri vyučovaní....Nie sú schopné rešpektovať pravidlá, aj keď sa na nich predtým dohodli. Často reagujú ešte skôr, kým si vypočujú otázku alebo inštrukciu, v dôsledku čoho majú v úlohách veľké množstvo zbytočných chýb.

Impulzivita signalizuje viazanosť na aktuálne podnety. Často ide aj neschopnosť odhadnúť dôsledky a následky svojho konania. Preto sa tieto deti zapájajú aj do fyzicky nebezpečných situácií a činností, pričom neberú do úvahy možné ohrozenie. Nejde o to, že vyhľadávajú nebezpečenstvo, ale o neschopnosť si ho uvedomiť (napr. dieťa vybehne na cestu bez toho, aby sa pozrelo, či sa neblíži auto). S impulzivitou súvisí zvýšené riziko úrazov a rôznych nehôd (v škole sú to najčastejšie hodiny TV), preto tieto deti vyžadujú zvýšenú kontrolu zo strany učiteľov aj počas prestávok.

ETIOLÓGIA

Hyperkinetická porucha a hyperkinetický syndróm sú také poruchy, u ktorých sa ako hlavná príčina uvádza biologický faktor. To znamená, že nejde o výsledok nesprávnej výchovy (i keď v niektorých prípadoch berieme do úvahy aj tento faktor), preto jednoznačne vymedzená príčina vzniku tejto poruchy nie je v súčasnosti známa v plnom rozsahu. Teórií vysvetľujúcich etiológiu vzniku hyperkinetického syndrómu je viacero, väčšina z nich je založená na predpoklade určitého poškodenia mozgu. Špecifické vývinové poruchy, medzi ktoré zaraďujeme aj hyperkinetické poruchy, sa stávajú interdisciplinárnou témou. Výskumy sa zameriavajú na psychologické, špeciálnopedagogické, neurofyziologické, sociologické a lingvistické aspekty tohto javu. Viacerí autori (napr. V. Pokorná, 2001, M. Selikowitz, 2000) uvádzajú dve základné skupiny faktorov: konštitučné faktory (organické) a faktory súvisiace s vonkajším prostredím (psychologické).

Etiopatogéneza hyperkinetického syndrómu zostáva teda stále otvorenou otázkou. Jeho príčina môže byť buď dedičná, organická, psychogénna alebo dokonca toxická. Hyperkinetický syndróm sa preto popisuje ako polyetiologický, to znamená že na jeho vzniku sa podieľa viacero faktorov.

Genetické faktory

Existujú dôkazy, že genetický faktor zohráva pri vzniku tejto poruchy svoju rolu. Napr. u 10% detí bol tento syndróm zistený aj u jedného z ich rodičov. Výskumy, ktoré sa zaoberajú genetickými vplyvmi v rodinách týchto detí, nedokážu presne stanoviť tento vplyv, ale dokazujú zvýšené riziko výskytu hyperkinetického syndrómu. Napriek tomu sa v posledných rokoch venuje zvýšená pozornosť vplyvu genetických faktorov na vznik tohto syndrómu, pričom východiskom sú zdokonaľujúce sa metódy štúdia prenosu genetických informácií. Podľa J. Kotasovej (2000) existuje gén spoločný pre vznik viacerých neuropsychických porúch, ktorý sa nazýva gén Tourretovho syndrómu. Mutáciám tohto génu je pripisovaný aj vznik hyperkinetického syndrómu.

Organické poškodenie mozgu

V minulých rokoch sa v súvislosti s organickým poškodením mozgu používal pojem ľahká mozgová dysfunkcia (ĽMD), ktorý popisoval vznik hyperkinetického syndrómu na základe organického a mierne difúzneho poškodenia mozgu alebo mozgového tkaniva. Tento faktor sa zaraďuje medzi tzv. negentické, organické alebo vonkajšie faktory a na vzniku hyperkinetických porúch sa podieľa 20 – 30%.

Organické poškodenie mozgu môže vzniknúť ešte v priebehu **prenatálneho vývinu (pred pôrodom, v čase tehotenstva matky),** najmä v dôsledku zlej životosprávy – fajčenie, konzumácia alkoholu, ale aj pri nedostatočnom pohybe matky na čerstvom vzduchu z dôvodov tzv. rizikového tehotenstva. Patria sem tiež prekonané infekčné ochorenia matky, inkompatibilný Rh- faktor, krvácanie v tehotenstve, predpôrodná meningitída matky, endokrinologické ťažkosti a pod. Najvýznamnejším faktorom je nedostatočný prísun kyslíka k plodu.

Organické poškodenie mozgu môže vzniknúť aj **počas pôrodu,** najmä keď ide o pôrod komplikovaný, dlho trvajúci, pričom môže dôjsť aj k priamemu poraneniu a pohmoždeniu hlavičky dieťaťa, ale aj predčasný, kde je opäť zvýšené riziko nedostatku prísunu kyslíka a dieťa sa narodí „pridusené". Ďalším z faktorov môže byť aj intoxikácia plodu novorodeneckou žltačkou. Do súvislosti sa dáva aj nízka pôrodná váha dieťaťa a jeho nedonosenosť. Dôsledkom pôsobenia týchto faktorov je nezrelosť CNS, resp. jej pomalšie zretie.

Po pôrode bývajú najčastejšou príčinou **úrazy** hlavy detí, najmä v prefrontálnej oblasti, ako aj prekonanie zápalových ochorení mozgu. Do 2. rokov veku dieťaťa sa za kritické faktory považujú aj prekonané črevné ochorenia alebo výrazné nedostatky v prijímaní potravy, ktoré taktiež môžu vyvolať nedostatok kyslíka v krvi a druhotne poškodenie CNS. Taktiež každé infekčné ochorenie spojené s vysokými horúčkami (najmä meningitída a encefalitída), ako aj kŕčovité záchvaty môžu viesť k vzniku tohto syndrómu. Za kritický vek sa považuje obdobie do 6. rokov veku dieťaťa, kedy mozog významným spôsobom dozrieva.

Funkčný stav mozgu, ktorý sa môže prejavovať na úrovni neurotransmiterov . Jedným z predpokladaných mechanizmov **je postihnutie funkcie dopaminového systému.** Dopamin je neurotransmiter, ktorý vyvoláva aktivizáciu organizmu, hlavne v situácii záťaže. Porucha funkcie tohto systému môže viesť k vyššej produkcii dopaminu, ku zvýšenej činnosti aktívnych receptorov alebo k spomaleniu jeho odbúravania. Preto je potreba nadmernej stimulácie chápaná aj ako porucha príslušných receptorov.

Ekologické faktory a ich vplyv na vznik hyperkinetického syndrómu, sa dávajú do súvislosti až v poslednom období. Ide napr. o zvýšený dopad ťažkých kovov (olova a medi) a rádioaktivitu, ktoré môžu pôsobiť na zmenu aktivity neurotransmiterov. Usudzuje sa, že v niektorých prípadoch vyvoláva hyperaktivitu aj porucha metabolických enzýmov, na ktoré pôsobia kovové prvky v krvnom obehu. Nevylučuje sa ani pôsobenie umelých potravinárskych prísad a farbív, ktoré sa môžu vyskytovať v strave.

7.3 VPLYV SYNDRÓMU HYPERAKTIVITY NA OSOBNOSŤ ŽIAKA

Mnohé odchýlky v osobnostnom vývine hyperaktívneho dieťaťa vznikajú sekundárne, nakoľko sú dôsledkom negatívnych reakcií okolia na jeho prejavy.

Tieto deti bývajú často odmietané, zažívajú väčšinou kritiku a posudzujú sa ako neúspešné. Ich vzťahy s ľuďmi bývajú preto obmedzené a sú ovplyvnené opakovanou negatívnou skúsenosťou. Frustrácia zo sociálnej neúspešnosti a znížená tolerancia k záťaži vedie k tomu, že hyperaktívne deti často „šaškujú", alebo „podliezajú" iným, môžu byť negativistické, až agresívne. V dôsledku extrémnych výkyvov nálad a emócií, nie sú schopné kontrolovať svoje reakcie k okoliu, nakoľko sú menej empatické a altruistické.

Rozvoj vlastnej identity je spojený s hodnotením a postojov iných ľudí, ktorí ovplyvňujú sebapoňatie hyperaktívneho dieťaťa. Práve v dôsledku častej kritiky okolia si deti vytvárajú prevažne negatívny obraz o svojej bytosti ako jedinca nežiadúceho, neúspešného, ktorému je naviac pripisovaná vina za uvedené negatívne prejavy v jeho správaní. Takéto dieťa potom v akejkoľvek situácii očakáva, že bude opäť kritizované a tento postoj ovplyvňuje aj jeho motiváciu. Hyperaktívne dieťa predstavuje značnú záťaž pre rodinu a rodičov, pre učiteľov a spolužiakov, ale aj vo vzťahu k rovesníkom.

Nepriaznivé hodnotenie a odmietanie zvyšuje riziko vzniku **negatívneho sebahodnotenia.** Dieťa sa proti takejto záťaži potrebuje nejako brániť. Najčastejšie ide o obranný mechanizmus, v popredí ktorého stojí popieranie negatívnych informácií, vytvorenie nereálneho, idealizovaného sebaobrazu. Môže sa objaviť i pesudologia fantastica (bájivé klamstvo). Taktiež môže dôjsť aj k nárastu agresivity. Správanie, ktoré slúži ako obrana dieťaťa v situácii, ktorú inak nedokáže zvládnuť, býva často problematické a neadekvátne. Jeho dôsledkom býva obyčajne ďalšie zhoršenie naznačených ťažkostí.

Problémy vo vzťahoch s rovesníkmi – hyperaktívne deti nebývajú obľúbené ani v rovesníckych skupinách. Ich typické prejavy v správaní vedú často ku konfliktom, ktorých dôsledkom je odmietanie takéhoto dieťaťa, jeho izolácia, vo vyhranených prípadoch sa môže stať aj obeťou šikanovania. Hlavné príčiny súvisia s tým, že:

- Hyperaktívne deti (ako už bolo uvedené) majú zníženú toleranciu k záťaži. Preto sa nedokážu ovládať, nie sú schopné brať ohľady na druhých a nedokážu spolupracovať. Bývajú egocentrické a sústredené len na vlastné a neodkladné uspokojenie. Nízka frustračná tolerancia sa prejavuje aj neschopnosťou dodržiavať pravidlá. Deje sa tak aj pri hrách, ktoré často kazia a preto ostatné deti strácajú záujem o ich spoločné hry.
- Hyperaktívne deti nedokážu riešiť konflikty, na vzniknutú situáciu reagujú impulzívnym konaním.
- Správanie hyperaktívnych detí býva nepredvítateľné. Pokiaľ nedosiahnu dostatočného uspokojenia, reagujú zvýšeným nekľudom a často aj agresívne. Preto ostatné deti nevedia, čo od takéhoto kamaráta môžu kedy očakávať. Opäť ide o správanie, ktoré je v detskej spoločnosti odmietané, nakoľko možnosť aspoň približne odhadnúť a predvídať správanie ostatných ľudí, uspokojuje u detí dôležitú potrebu sociálnej orientácie.
- Hyperaktívne deti bývajú dráždivejšie a náladovejšie. Ich striedanie nálad býva pre ostatné deti nepochopiteľné a nepríjemné. Nedokážu si vysvetliť, prečo sa niekto správa odmietavo, i keď sa mu nič zlého nestalo. Okrem toho sa negatívne emócie ľahko prenášajú aj na ostatné deti, ktoré sa ich nepríjemnému pôsobeniu bránia ich odmietaním.
- Na záťaž a zlyhávanie v sociálnych kontaktoch, môžu byť aj iné formy obranných reakcií. Nakoľko tieto deti túžia po pozitívnej pozornosti, sú schopné si „kupovať“ rovesníkov aj tým, že im rozdávajú hračky, kupujú cukríky a iné drobnosti.

Školská adaptácia hyperaktívneho dieťaťa súvisí s poznatkom, že až 90% detí má problémy v školskom prostredí. Keďže sa nedokážu na svoju prácu sústrediť, pracujú povrchne, s chybami a úlohu často nedokončia, učitelia ich zlyhania považujú za dôsledok nedostatočnej snahy a úsilia, ako aj minimálnej motivácii. Ďalším problémom je neschopnosť dodržiavať sociálne normy a správať sa primerane k role školáka. Keďže tieto deti majú poruchu aj v oblasti autoregulácie, nedokážu odložiť bezprostredné uspokojenie akejkoľvek aktuálne prežívanej potreby. Neschopnosť rešpektovať školské normy a požiadavky, považujú

často učitelia za nevychovanosť a nie ako prejavy poruchy funkcie CNS, ktorú dieťa nie je schopné ovplyvniť.

Dlhšie trvajúca školská neúspešnosť a opakovaná kritika má za následok vytvorenie negatívneho vzťahu k školskému prostrediu a k vzdelávaniu, čo sa odráža aj v ich ďalšej **profesionálnej orientácii.** Keďže vzťah ku škole na základe zlyhania a neúspechov býva väčšinou negatívny, nemajú dôvod v ďalšom vzdelávaní pokračovať. Hlavným motívom po ukončení povinnej školskej dochádzky býva potreba, zbaviť sa školy. Výsledkom je ich nižšia úroveň vzdelanosti.

Profesijná kariéra sa priamo odvíja od negatívneho vzťahu ku škole a k vzdelávaniu. Impulzivita, ťažkosti v sebaovládaní, nízka tolerancia k stresu a neschopnosť systematickej práce často znižujú pravdepodobnosť úspešnosti v akejkoľvek profesionálnej činnosti. Riziko zlyhania zvyšuje aj negatívne očakávanie týchto ľudí, ktoré je ovplyvnené zlými skúsenosťami a neúspechmi v období detstva.

Konflikty so spoločnosťou sú taktiež dôsledkom syndrómu hyperaktivity, nakoľko je tento syndróm často sprevádzaný aj určitými odchýlkami v oblasti osobnosti. S väčšou pravdepodobnosťou sa u nich môže prejaviť sklon k asociálnemu správaniu alebo k sebadeštrukcii. V stresovej situácii, ktorá z ich subjektívneho pohľadu vzniká rýchlejšie, môžu reagovať menej primerane. Preto aj štatisticky z rôznych výskumných šetrení poukazujú na zvýšený výskyt tejto poruchy v detstve u mladistvých delikventov, alebo u dospelých osôb páchajúcich trestnú činnosť.

7.4 ODPORÚČANIE PRE EDUKAČNÚ PRAX

Predchádzajúce informácie poukazujú na závažnosť dôsledkov syndrómu hyperaktivity v osobnosti dieťaťa. Opäť zdôrazňujeme, že sú to deti, ktoré sú väčšinou ťažšie vychovávateľné. V nevhodnej výchove často prevládajú tresty a zákazy, preto tieto nesprávne výchovné postupy majú za následok disharmonický vývin osobnosti hyperaktívneho dieťaťa. Teda príčinou ďalšieho zlyhávania nemusí byť samotné postihnutie, ale nevhodný výchovný prístup. Každý vychovávateľ (pedagóg, rodič) by mal byť oboznámený so základnými výchovnými prístupmi, ktoré vyplývajú aj z poznatkov o príčinách tejto poruchy. Najviac týmto deťom pomáha trpezlivý každodenný prístup, pri ktorom by sa mali postupne učiť ovládať tie zložky správania, ktorých ovládanie je zatiaľ nad rámcom ich možností. Na niektorých školách bývajú vytvorené špeciálne triedy pre deti s týmto postihnutím. Učitelia využívajú pri práci s hyperaktívnymi deťmi napr. prvky relaxačných techník, autogénneho tréningu, využívajú pôsobenie ukľudňujúcej hudby a samozrejme pracujú s nižším počtom detí. Keďže tento prístup zatiaľ nie je celkom bežný, odporúčajú sa učiteľom nižšie uvedené postupy, ktoré budeme aplikovať na výchovno-vzdelávací proces, i keď podobné postupy sa odporúčajú aj pri domácom výchovnom pôsobení.

Žiak s hyperkinetickou poruchou správania môže byť vzdelávaný:

1. v bežnej triede základnej alebo strednej školy s primeranou modifikáciou výchovno-vzdelávacieho procesu, s konzultáciou so školským špeciálnym alebo liečebným pedagógom, psychológom, prípadne pracovníkmi špeciálno-pedagogickej alebo pedagogicko-psychologickej poradne;
2. v bežnej triede základnej alebo strednej školy s primeranou modifikáciou výchovno-vzdelávacieho procesu a s pravidelnou pomocou špeciálneho alebo liečebného pedagóga na vyučovaní, prípadne aj mimo vyučovania;

3. časť vyučovania v bežnej triede a časť vyučovania v špeciálnej triede, resp. byť na niektorých hodinách individuálne vyučovaný školským špeciálnym pedagógom, ktorý v príprave na vyučovanie spolupracuje s učiteľom;
4. v špeciálnej triede základnej školy, kde je znížený počet žiakov a vyučujúci špeciálny pedagóg;
5. v základnej škole pri liečebno-výchovnom sanatóriu.

Za posledné roky sa v našom školskom systéme osvedčil päťstupňový hierarchický model starostlivosti o deti so špecifickými vývinovými poruchami učenia a správania.

1. Najmiernejšie formy týchto porúch sú napravované priamo v ZŠ v priebehu vyučovania učiteľom dieťaťa. Predpokladá to primeranú informovanosť učiteľov o týchto poruchách, ich príčinách, prejavoch a možnom pedagogickom pôsobení.

2. Cieľom tohto bodu je dosiahnuť, aby na každej väčšej základnej škole pôsobil učiteľ, ktorý by mal byť akýmsi „špecialistom“ pre uvedenú oblasť porúch. Preto napr. metodicko-pedagogické centrá, ale aj rôzne iné vzdelávacie organizácie organizujú kurzy, v ktorých učitelia dostávajú podrobné informácie a metodické materiály, ako s takýmito deťmi pracovať. Tí potom môžu vo zvlášť zriadenej učebni a vo vyhradenom čase individuálne alebo skupinovo pracovať s týmito deťmi. Úzko spolupracujú napr. s príslušnými CPPP, špeciálno-pedagogickými poradňami, detskými integračnými centrami a pod. Mali by sledovať aj informácie a metodické pokyny, ktoré vydáva Štátny pedagogický ústav v spolupráci s MŠVaV SR.

3. V prípade výraznejších ťažkostí sa odporúča priama intervencia odborníkov (psychológov, špeciálnych pedagógov) . V súčasnosti však na niektorých školách pôsobia aj školskí psychológia a školskí pedagógovia, ktorí by mali poskytovať žiakom, ich zákonným zástupcom a učiteľom odbornú pomoc pri riešení rôznych ťažkostí a problémov žiakov týchto škôl. Poskytujú pomoc jednak v oblasti komplexnej diagnostiky (ktorá je mimoriadne dôležitá práve pri poruchách spojených s hyperaktivitou), poskytujú psychoterapeutické vedenie detí, ale aj ich rodičov, prípadne odporúčajú inú formu terapie - odborní lekári, ktorí v odôvodnených prípadoch aplikujú aj medikamentóznu liečbu.

4. Štvrtú úroveň starostlivosti by mali predstavovať špecializované triedy, ktorých zriadenie závisí od finančných, personálnych a priestorových možnostiach školy. Pokiaľ je takáto trieda zriadená, vyučujú v nej špeciálni pedagógovia, resp. pedagógovia, ktorí sú odborne pripravení pre edukáciu týchto detí. Popri pomoci v oblastiach, v ktorých dominujú problémy detí, plnia špecializované triedy aj psychoterapeutickú funkciu, nakoľko deti sa v nich upokoja, zbavujú sa neurotického napätia a sekundárnych porúch správania.

5. Pre tie deti, ktoré trpia najťažšími (často kombinovanými špecifickými vývinovými poruchami) sa odporúča aj pobyt v detskej psychiatrickej liečebni, častejšie však v liečebno-výchovnom sanatóriu, pričom v súčasnosti je v SR zriadených päť takýchto zariadení. LVS poskytujú psychoterapeutickú a výchovnú starostlivosť deťom s narušeným psychosociálnym vývinom (najčastejšie práve v dôsledku porúch učenia a správania), u ktorých ambulantná starostlivosť neviedla k náprave. V týchto zariadeniach sa pracuje s klientami intenzívne na úrovni individuálneho vzdelávacieho plánu.

Keďže hyperkinetická porucha je relatívne často sa vyskytujúca v edukačnom prostredí, uvádzame niektoré odporúčania vychádzajúce z aktuálnych metodických pokynov

MŠVaV SR a Vzdelávacieho programu pre žiakov s poruchami správania z r. 2008. Vzdelávací program pre žiakov s poruchami správania je súčasťou všeobecne platných štátnych vzdelávacích programov pre jednotlivé stupne vzdelávania.

Špecifickými cieľmi tohto programu sú:

- špeciálnopedagogická diagnostika stavu vzdelanosti, vedomostí, zručností, návykov a vývinu vlastností osobnosti,
- reedukácia narušeného vývinu vlastností osobnosti vo vzťahu k učeniu, správaniu, práci a narušeného psychosociálneho a emocionálneho vývinu.

Vzdelávanie žiaka s poruchou správania si vyžaduje koordinovaný tímový prístup učiteľa, psychológa, špeciálneho pedagóga, liečebného pedagóga, lekára a ďalších odborníkov podľa potreby. Špecifiká vzdelávania je potrebné uplatňovať v individuálnom rozsahu a podľa individuálnych potrieb žiakov vo všetkých formách vzdelávania nasledovne:

- všeobecné ciele vzdelávania v jednotlivých vzdelávacích oblastiach a kompetencie sa prispôsobujú individuálnym osobitostiam žiakov s poruchami správania,
- žiak s poruchami správania, ktorý nemôže plniť požiadavky príslušných vzdelávacích oblastí a štandardov, sa vzdeláva podľa individuálneho vzdelávacieho programu,
- voliteľné hodiny je možné využiť aj na intenzívne vzdelávanie v určitej vzdelávacej oblasti v rámci individuálneho vzdelávacieho programu žiaka,
- v prípade individuálnej integrácie v bežnej triede základnej, resp. strednej školy môže školský špeciálny pedagóg alebo liečebný pedagóg na vyučovacích hodinách podľa potreby pracovať so žiakom / žiakmi s poruchami správania individuálne alebo v skupinkách podľa individuálneho vzdelávacieho programu žiaka/žiakov. Obsah, formy a postup s učiteľom,
- školský špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg, školský psychológ môže v rámci vyučovania pracovať individuálne so žiakom, resp. so skupinkou vybraných žiakov s cieľom systematickej, intenzívnej korekcie, terapie alebo reedukácie,
- v prípade potreby si môžu školy, alebo diagnostické triedy, v ktorých sa vzdelávajú žiaci s poruchami správania vo svojich školských vzdelávacích programoch zvýšiť počet voliteľných hodín o 1 až 3 hodiny týždenne,
- vo vyučovaní žiakov s poruchami správania si učiteľ môže stanoviť dĺžku a štruktúru vyučovacej hodiny flexibilne, zohľadňujúc psychický stav, správanie a potreby žiakov, ktoré sú dôsledkom stanovenej diagnózy,
- vo vyučovaní žiakov s poruchami správania, u ktorých sa predpokladá, že po ukončení vzdelávania na základnej škole budú pokračovať vo vzdelávaní na stredných odborných školách, sa na 2.stupni základnej školy odporúča vo všetkých ročníkoch vyučovať predmety zo vzdelávacej oblasti Človek a svet práce.

1. Organizácia edukačného procesu

V prípade vzdelávania žiaka s hyperkinetickou poruchou v bežnej triede základnej alebo strednej školy (t.j. integrovaného vzdelávania), najmä v prípade ťažšej formy poruchy, by nemal byť v triede viac ako jeden takýto žiak.

Tak ako pri diagnostike poruchy je potrebné vyšetrenie viacerými odborníkmi, aj vzdelávanie a výchova si vyžaduje koordinovaný tímový prístup. Nevyhnutná je spolupráca učiteľov s psychológom, špeciálnym alebo liečebným pedagógom, ktorí sú buď zamestnancami školy alebo poradenského zariadenia.

U závažnejších foriem porúch správania, keď dochádza k častému a systematickému narušovaniu vyučovania, resp. k ohrozeniu učiteľa, spolužiakov alebo aj samotného žiaka, sa odporúča zamestnať asistenta učiteľa. Asistent učiteľa sa podieľa na vytváraní špeciálnych podmienok pre výchovu a vzdelávanie žiakov so zdravotným postihnutím, a teda aj žiaka s poruchami správania. Podľa potreby spolupracuje s učiteľom na vyučovaní, vykonáva pedagogický dozor počas prestávok, zasahuje v situáciách na vyučovaní, keď je potrebné žiaka upokojiť alebo na istý čas izolovať od ostatných žiakov a i. Asistent učiteľa spolupracuje s psychológom, špeciálnym alebo liečebným pedagógom a rešpektuje ich odborné usmernenia.

U detí s poruchami správania je dôležitá aj odborná lekárska starostlivosť a často je ordinovaná medikamentózna liečba. Medikamentózna liečba má podporný charakter, neznamená vyliečenie poruchy.

Dôležitá je spolupráca s rodičmi. Podľa § 32c ods. 3 školského zákona v znení zákona č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon) zákonný zástupca dieťaťa musí pravidelne konzultovať problematiku vzdelávania žiaka, ktorý je v dôsledku svojej poruchy správania vedený ako integrovaný s triednym učiteľom, so školským špeciálnym pedagógom, prípadne poradenským zariadením. Mal by byť oboznámený s individuálnym výchovno-vzdelávacím programom žiaka a súhlasiť s ním. V zásade základné princípy výchovného prístupu učiteľa platia aj pre rodiča. Podľa odborného usmernenia učiteľa, výchovného poradcu, psychológa, liečebného alebo špeciálneho pedagóga môže rodič nadviazať na školskú prácu aplikáciou niektorých postupov vo výchove a v domácej príprave dieťaťa. Čím lepšia súhra všetkých odborníkov a rodiča, tým skôr môžeme predpokladať prekonanie alebo zmiernenie ťažkostí vo výchove dieťaťa.

2. Hodnotenie a klasifikácia

V súlade s individuálnym prístupom vo vzdelávaní a na základe vypracovaného individuálneho výchovno-vzdelávacieho programu sa u žiaka s poruchou správania (ADD/ADHD) zohľadňuje vplyv postihnutia na školský výkon pri hodnotení a klasifikácii učebných výsledkov a správania.

Špecifický prístup v hodnotení a klasifikácii učebných výsledkov žiaka sa uplatňuje vo všetkých vyučovacích predmetoch, v ktorých sa prejavuje postihnutie žiaka ako aj pri hodnotení a klasifikácii správania. Žiakovi nemožno znížiť známku zo správania a ani iného vyučovacieho predmetu, pokiaľ sú rušivé a neadekvátne prejavy jeho správania v škole, prípadne nedostatočné učebné výsledky dôsledkom zdravotného postihnutia (hyperkinetickej poruchy).

Pri priebežnom hodnotení je vhodné používať rôzne formy hodnotenia, okrem slovného (prípadne známkou) napr. hodnotenie bodmi, percentami, hodnotenie s uvedením počtu chýb ap. Pri hodnotení správania je efektívnejšie pozitívne hodnotiť dobré správanie ako trestať nežiadúce prejavy v správaní.

Pri slovnom skúšaní sa odporúča skúšať žiaka kratšie a radšej viackrát. Ak žiak píše test, (alebo inú písomnú skúšku) je vhodné rozdeliť ho na viac kratších častí. Časovo limitované testy sa neodporúčajú.

Učiteľ môže povoliť žiakovi opakovať slovnú odpoveď alebo test, ak bol nedostatočný výsledok zapríčinený neschopnosťou sústrediť sa z dôvodu určitých rušivých vplyvov počas skúšania alebo aktuálneho zdravotného, či psychického stavu žiaka.

Pri priebežnom hodnotení učebných výsledkov aj správania ako aj pri záverečnej klasifikácii sa kladie dôraz na motivačnú zložku hodnotenia.

Odporúča sa, aby triedny učiteľ, resp. špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg alebo psychológ ostatným žiakom v triede vhodným spôsobom vysvetlil špecifický prístup v hodnotením žiaka s poruchou správania.

Učebné výsledky a správanie žiaka s hyperkinetickou poruchou (ADD/ADHD) sa hodnotia v súlade s aktuálnymi metodickými materiálmi.

Všetky špecifické úpravy výchovno-vzdelávacieho procesu žiaka, vrátane hodnotenia a klasifikácie sa zaznamenávajú v jeho individuálnom výchovno-vzdelávacom programe.

Pre priame pôsobenia pedagóga v školskom prostredí sa ďalej odporúča:

1. Úprava prostredia a umiestnenie žiaka v triede

Vhodná je trieda dostatočne osvetlená, príjemne zariadená bez zbytočných dekoratívnych predmetov, ktoré by rozptyľovali pozornosť žiaka.

Žiaka je potrebné posadiť v triede na miesto, kde bude zo strany okolia a spolužiakov prichádzať čo najmenej podnetov, ktoré by rozptyľovali jeho pozornosť a podnecovali jeho impulzívne, hyperaktívne správanie. Miesto by malo byť ďalej od okna ako aj od okna na chodbu, v prednej časti miestnosti blízko učiteľa, ktorý môže žiaka častejšie kontrolovať a overovať si, či porozumel jeho inštrukciám. Žiak by mal sedieť buď sám alebo vedľa kľudného, trpezlivého spolužiaka alebo spolužiačky. V niektorých prípadoch je vhodné pripraviť samostatné miesto na sedenie v zadnej časti triedy za ostatnými spolužiakmi, kde by žiak bol čo najmenej rušený. Nesmie to však byť považované za „miesto za trest“. Miesto žiaka by malo byť relatívne stabilné, ktoré bude meniť len v nevyhnutnom prípade. Optimálne je zariadiť v triede „relaxačný kút“(resp. relaxačnú miestnosť v škole), kde by mohol žiak podľa potreby relaxovať alebo by sa mu mohol venovať ďalší odborník (psychológ, špeciálny alebo liečebný pedagóg, prípadne asistent učiteľa).

Dôležité je zabezpečiť fyzickú bezpečnosť žiaka ako aj spolužiakov. Je treba byť ostražitý pri používaní ostrých predmetov na vyučovaní (napr. nožničky, kružidlá), po použití by mali byť uložené na bezpečnom mieste. Žiak by mal byť nepretržite pod dohľadom učiteľa alebo iného zamestnanca školy.

Ak žiak svojím správaním vážne a sústavne narúša vyučovanie, prípadne jeho správanie ohrozuje iných žiakov, učiteľa alebo jeho samého, je možné vyučovanie alebo jeho časť realizovať individuálne, v inej miestnosti, kde dočasne úlohu učiteľa preberie školský špeciálny pedagóg. Tento postup si vyžaduje úzku spoluprácu obidvoch pedagógov a odporúča sa najmä na I. stupni základnej školy.

2. Organizácia práce žiaka

Odporúča sa vopred určiť základné pravidlá školskej práce a správania a dôsledne ich dodržiavať. Je vhodné stanoviť rutinný denný režim a čo najmenej ho modifikovať počas týždňa. Rovnako pomáha oboznámenie s programom činností na začiatku každej vyučovacej hodiny.

Žiakovi s poruchami správania pomáha organizovať si prácu na vyučovaní a efektívnejšie zvládať úlohy:

- režim dňa, časový harmonogram aktivít pre daný deň napísaný na vyhradenom viditeľnom mieste v triede;
- ak má k dispozícii na lavici počas vyučovania len tie učebné pomôcky, ktoré momentálne potrebuje;
- ak má úlohu rozdelenú na viac samostatných jednotiek, ktoré rieši postupne (systémom postupných krokov);
- ak má dlhodobejšie úlohy rozdelené na viac menších úloh s určeným termínom splnenia;
- ak má napísanú osnovu učebnej látky, ktorú sa má naučiť;
- na určitú dobu pri samostatnej činnosti môže žiak použiť slúchadlá na uši.

3. Špecifické postupy učiteľa na vyučovaní

Pri vyučovaní žiaka s hyperkinetickou poruchou pomôže učiteľovi uplatnenie špecifických postupov, napríklad:

- pred vysvetľovaním učiva povedať základnú osnovu a vysvetliť nové, neznáme pojmy,
- v rámci vyučovacej hodiny zahrnúť viac rôznorodých aktivít, ktoré upútajú pozornosť žiaka, ale nebudú zbytočne rozptyľovať,
- vysvetľovanie nového učiva, ktoré si vyžaduje dlhšiu dobu, je vhodné rozdeliť na viac relatívne ucelených častí, vyhnúť sa dlhšiemu monotónnemu monológu,
- uisťovať sa, či žiak sleduje výklad učiteľa, udržiavať s ním zrakový kontakt,
- upútať pozornosť žiaka jeho aktívnym vtiahnutím do procesu vyučovania poverením určitými úlohami, napr. rozdávaním pomôcok, písaním kľúčových slov na tabuľu ap.
- požiadať ho, aby voľne zopakoval otázku, či zadanie úlohy, t. j. presvedčiť sa, či žiak pochopil zadanie ucelene, prípadne jeho podstatu alebo znenie otázky,
- udržiavať pozornosť žiaka pri skúšaní vyžadovaním stručných odpovedí od žiakov jedného za druhým,
- striedať činnosti vyžadujúce zvýšenú pozornosť s činnosťami, resp. úlohami, kedy žiak pracuje samostatne, prípadne s relaxačnými chvíľkami,
- verbálne vysvetľovanie je vhodné dopĺňať názornými ilustráciami a používať názorné pomôcky,
- pri riešení niektorých úloh používať metódu skupinovej práce, kedy má žiak splniť konkrétnu čiastkovú úlohu v rámci pracovného tímu, pričom výsledky práce môžu vzájomne kontrolovať žiaci,
- stanoviť primerané krátkodobé čiastkové študijné ciele, ktoré je žiak schopný splniť v reálnom časovom termíne a trvať na ich dodržaní.

4. Špecifické výchovné postupy

Hyperaktívne deti často hovoria alebo konajú impulzívne, bez toho, aby mysleli na dôsledky. Zvyčajne formálne ovládajú zásady spoločensky žiadúceho správania sa, ale majú problémy, keď ich majú v konkrétnej situácii uplatniť. Tieto deti všeobecne majú problémy so sebaovládaním. Konkrétne reedukačné postupy sa preto zameriavajú najmä na nácvik

koncentrácie pozornosti, potláčanie impulzívneho správania a tréning vhodných sociálnych stereotypov správania, zručností.

Základom je vytvorenie vzťahu, v ktorom žiak cíti, že učiteľ (alebo iný odborný pracovník) je mu oporou, ktorý mu pomôže a na ktorého sa môže spoľahnúť v preňho záťažových situáciách. Je dobré ak učiteľ dokáže zachovať pokoj, tolerantný postoj aj pri žiakových impulzívnych reakciách a nekľudnom správaní. V priebehu vyučovania niekedy postačuje, ak učiteľ iba urobí dohovorené gesto, ktorým žiakovi signalizuje, že sa má upokojiť a sústrediť.

Je absolútne nevhodné pred ostatnými spolužiakmi napomínať, trestať alebo dokonca ponižovať žiaka za správanie, ktoré je dôsledkom jeho diagnózy. Na druhej strane nadmieru „ochranársky" a všetko tolerujúci prístup vo výchove žiaka je tiež škodlivý tak preňho ako aj pre ostatných spolužiakov.

Pokiaľ je to možné, učiteľ žiaka zapája aktivít a spoločných činností v rámci vyučovania tak ako ostatných spolužiakov. Ak je žiak vyňatý z triedy napr. pri špeciálnych intervenciách psychológa, liečebného alebo špeciálneho pedagóga, nikdy to nemožno prezentovať v negatívnom zmysle. Vzťah a postoj učiteľa a iných odborníkov k žiakovi s hyperaktívnym syndrómom je modelom pre postoj a vzťah ostatných spolužiakov.

V priebehu vyučovania sa odporúča špecifickými postupmi trénovať žiakovu pozornosť a sebaovládanie, napríklad:

- po zadaní úlohy alebo otázky učiteľ požiada žiaka, aby odpovedal až po 10 – 20 sekundách, počas ktorých si odpoveď rozmyslí a sústredí sa
- učiteľ učí žiaka rozmýšľať „nahlas", keď si pripravuje odpoveď, riešenie nejakého problému
- v priebehu vyučovacej hodiny učiteľ určí krátky časový interval na intenzívnu samostatnú prácu, vyžadujúcu koncentrovanú pozornosť. Pri úspešnom zvládnutí úlohy je možné časový interval predlžovať
- časté pozitívne hodnotenie úspechov žiaka, napr. iba úsmevom, pochvalou, pohladením, hviezdičkou aj toho najmenšieho úspechu znamená významné posilnenie utvárania žiadúcich modelov správania (spracované podľa metodicko – informatívneho materiálu Žiak s poruchami s právania v základnej a strednej škole, 2004)..

8. kapitola

PORUCHY SPRÁVANIA

Poruchy správania (F 91) sú ďalšou z kategórií podľa MKCH – 10, ktorá spadá do porúch správania a emočných porúch so začiatkom v detstve a počas dospievania. Zaraďujeme sem aj poruchy socializácie, socializovanú poruchu správania, ktorá zahŕňa napr. skupinovú delikvenciu, záškoláctvo, priestupky v súvislosti s členstvom v gangoch a spoločné krádeže.

Spoločným znakom tejto kategórie porúch psychického vývinu je odchýlka v oblasti socializácie, kedy jedinec nie je schopný rešpektovať normy správania na úrovni zodpovedajúcej jeho veku, resp. na úrovni svojich rozumových schopností. V zmysle Diagnosticko – štatistického manuálu – IV z r. 1994 ide o nasledujúce znaky:

Správanie nerešpektuje sociálne normy, platné v danej spoločnosti

- O poruchu správania nejde v tom prípade, keď jedinec nie je schopný pochopiť význam hodnôt a noriem. Tento predpoklad nespĺňajú napr. deti a mladiství s mentálnym postihnutím, alebo tí, ktorí prichádzajú z iného sociokultúrneho prostredia, v ktorom platia odlišné normy.
- O poruche správania hovoríme vtedy, keď jedinec chápe normy, ale ich neakceptuje, resp. sa nedokáže nimi riadiť. Dôvodom môže byť iná hodnotová orientácia, rozdielne osobné motívy, alebo neschopnosť ovládať svoje konanie.

Neschopnosť nadviazať alebo udržať prijateľné sociálne vzťahy

- Príčinou môže byť nedostatok empatie, egoizmus, nadmerné sústredenie sa na seba a uspokojovanie vlastných potrieb. Za porušenie noriem nepociťujú vinu, pretože ich svedomie nie je dostatočne rozvinuté.
- Poruchy správania v detskom veku môžu mať aj prechodný charakter, ale často je to signál rozvíjajúcej sa poruchy osobnosti, ktorá predstavuje zvýšené riziko trvalejšej tendencie k problematickým prejavom.

Za žiaka s poruchami správania v zmysle Školského zákona sa považuje ten žiak, ktorý dlhodobo, minimálne počas 6-tich mesiacov porušuje školský poriadok a jeho priestupky preto skôr súvisia s oblasťou výchovy, ako vzdelávania.

Poruchy správania v tomto kontexte môžeme rozdeliť na dve skupiny:

1. špecifické (vývinové) poruchy správania, ktorých prvotnou príčinou nie sú nevhodné sociálne vplyvy (výchova), ale drobné poškodenia neurologického charakteru, resp. biochemické zmeny CNS; následkom sú poruchy v oblasti emocionálneho vývinu, motoricko-percepčnej oblasti a v rozvoji poznávacích funkcií;

2. poruchy správania prvotne zapríčinené nevhodnými výchovnými vplyvmi alebo nedostatočnou, či nesprávnou výchovou, ktoré sa prejavujú:

- problémami v adaptácii na základe nedostatočne utvorených alebo nesprávne utvorených návykov a spôsobilostí,
- asociálnym až antisociálnym postojom a konaním jedinca.

Podľa M. Vágnerovej (2004) sa poruchy správania rozlišujú aj podľa väzby na určité prostredie. Z tohto pohľadu vymedzuje klasifikačný systém MKCh – 10 poruchy správania smerom k rodine a poruchy správania viazané na skupinové aktivity v partii.

V závislosti na charakter porúch je možné rozlišovať neagresívne porušovanie sociálnych noriem (záškoláctvo, klamstvo, úteky, túlanie sa) a agresívne poruchy správania (vandalizmus, šikanovanie a iné násilnosti). Agresívne správanie vo väčšej miere porušuje a obmedzuje práva iných a preto sa považuje za závažnejšie. Medzi obidvoma typmi však nie je presná hranica a preto sa môžu rôznym spôsobom kombinovať.

Keďže v ďalšom texte budeme používať aj niektoré pojmy, ktoré s danou problematikou súvisia, bližšie uvedieme ich terminologické rozlíšenie.

Asociálnosť

1. porucha sociálneho cítenia,

2. správanie, ktoré prekračuje hranice dané morálkou spoločnosti a nie je v súlade s prijatými spoločenskými normami, ale nie je to trestná činnosť.

Antisociálnosť

1. uvedomované prejavy protispoločenského správania vyúsťujúce do trestnej činnosti,

2. všetky formy protispoločenského konania, ktoré vymedzuje trestný poriadok. Napr. asociálne skupiny môžu prerásť do antisociálnych.

Delikvencia - porušovanie právnych noriem v danej spoločnosti.

SYMPTOMATOLÓGIA

Poruchy správania sú definované ako "opakované porušovanie morálnych noriem a veku primeraných sociálnych očakávaní" (D. Krejčířová, 1995, s.167). Ako poruchu správania nehodnotíme jednorázové priestupky, i keď aj tieto by samozrejme nemali uniknúť našej pozornosti. Poruchy správania sú definované ako opakujúci sa a trvalý (v trvaní najmenej 6 mesiacov) vzorec disociálneho, agresívneho a vzdorovitého správania, ktoré porušuje sociálne normy a očakávania primerané veku dieťaťa (napr. krádeže, klamstvá, bitky a krutosť k zvieratám a k ľuďom, záškoláctvo, úteky z domu a pod.).

M. Popelková (1994) odporúča pri hodnotení porúch správania brať do úvahy nasledujúce okolnosti:

- všetky poruchy neprimeraného správania dieťaťa je potrebné posudzovať v súvislosti s rodinným prostredím, v ktorom dieťa žije;

- každé dieťa má isté genetické dispozície, pôsobili naň rôzne prenatálne, natálne i postanatálne vplyvy, preto je aj reakcia a citlivosť každého dieťaťa na podnety prostredia rozdielna;

- dieťa do určitej miery samo aktívne pôsobí pri vytváraní svojho výchovného prostredia, preto je dôležité všímať si jeho osobnosť, vývinovú úroveň, vek, aktuálny i duševný stav;

- každý druh správania môže byť vyvolaný rôznymi vplyvmi a ich vzájomným spolupôsobením, preto je dôležité poznať motiváciu takéhoto správania;

- pozornosť je treba venovať aj intenzite, frekvencii, závažnosti a neprimeranosti porúch správania.

Pri hodnotení jednotlivých porúch správania je teda treba brať o úvahy aj vývinové hľadisko, nakoľko v niektorých vekových obdobiach môže ísť o prechodné výkyvy v správaní. O poruchách správania obvykle hovoríme až v strednom školskom veku, aj keď u disponovaných detí, alebo za nepriaznivých okolností, sa poruchy správania prejavujú už v mladších vekových obdobiach, pričom k najväčšiemu nárastu týchto porúch dochádza medzi 9. – 13. rokom. M. Vágnerová (2004) popisuje jednotlivé **vekové obdobia a s nimi súvisiace poruchy správania** podľa nasledovných prejavov:

1. **Obdobie predškolského veku**

Najčastejšie sa objavuje negativistické a vzdorovité správanie. U detí od 2 rokov sa však môže vyskytnúť tzv. **porucha opozičného vzdoru**, ktorá signalizuje narušený vzťah k autorite a neschopnosť správať sa podľa noriem prezentovaných touto autoritou. Deti bývajú obyčajne neposlušné, vzdorovité, ťažko ovládateľné. K druhým sa správajú necitlivo a agresívne, autority odmietajú. Bývajú emocionálne dráždivé, labilné, so zníženou frustračnou toleranciou. Afektívne ataky bývajú reakciou na po˘uiadavky rodičov.

2. **Raný školský vek**

V tomto období sa vyskytujú rôzne nápadnosti v správaní, tieto ale väčšinou bývajú vývinovo podmienené. Patria sem napr. nepresnosti v hodnotení reality, ktoré vyplývajú z postupnej premeny detského uvažovania a ktoré sa prejavujú vo forme konfabulácií, vymýšľania, nedostatočnej odlišnosti skutočnosti od spomienok, či fantazijných produkcií. Toto sa môže prejaviť aj v nedostatočnom rešpektovaní osobného vlastníctva, preto si napr. vezmú vec, ktorá im nepatrí, pritom nejde o krádeže v pravom slova zmysle.

3. **Stredný školský vek**

V tomto období narastá význam sociálnej rovesníckej skupiny, ako normatívnej skupiny. Táto skupina má značnú autoritu, v ktorej sa dieťa snaží získať dobrú pozíciu. Skupina detí v tomto veku si už vytvára pomerne generalizované normy, platné pre všetkých jej členov. Pokiaľ sa dieťa z týchto noriem vymyká, často býva terčom urážania až šikanovania.

4. **Obdobie dospievania**

V tomto období dochádza k radikalizácii uvažovania, postupnej separácie od rodiny. Najčastejšie sa od rodiny definitívne snažia odpútať tí dospievajúci, ktorí v nej nenašli citové zázemie. Rodičia pre nich prestávajú byť autoritou a nerešpektujú často ani požiadavky školy. V tomto období sa často vyskytujú priestupky, ktoré majú charakter kriminálneho správania (krádeže, vandalizmus, prepady a pod.).

Keďže v tomto období všeobecne slabne vplyv rodiny na dospievajúceho jedinca, výrazne narastá vplyv rovesníckych skupín, v ktorých dospievajúci nachádza novú tzv. sociálnu identitu. Tá je potvrdzovaná prijatím noriem tejto skupiny, ktoré môžu mať rôznu – aj kriminogénnu podobu.

Psychosociálne problémy detí a mládeže môžu mať dve základné formy:

Pasívna forma, pri ktorej ide o rôzne únikové reakcie, napr. záškoláctvo, absencie, vyhýbanie sa spoločnosti, až po extrémnu formu - samovraždu. Všeobecne ide o neagresívne porušovanie sociálnych noriem (klamstvá, úteky, krádeže, záškoláctvo) a tieto poruchy sa zvyknú označovať aj ako menej závažné, i keď za istých okolností môžu prerásť až do páchania trestných činov.

Agresívna forma, ktorá sa prejavuje páchaním násilných činov a delikvenciou (šikanovaním, vandalizmom, prepadávaním a pod.). Agresívne správanie porušuje a obmedzuje práva ostatných a preto sa tieto prejavy označujú ako závažné poruchy správania, ktoré sú často spojené s páchaním trestnej činnosti.

Autori I. Lesný a J. Špitz (1989) rozlišujú v rámci porúch správania u detí a mládeže tri formy:

1. Správanie odlišné pre svoju nápadnosť, podivnosť, zvláštnosť, niekedy až bizarnosť. Najčastejšie je podmienené psychotickou poruchou.

2. Správanie nepodrobivé a neprispôsobivé, ktoré vyjadruje odmietanie, neposlušnosť, malú ochotu spolupracovať. Najčastejšie ide o dôsledok narušených vzťahov v prostredí dieťaťa (rodičia, učitelia, vychovávatelia).

3. Správanie závadné a neprijateľné, ktoré sa prejavuje v rozporoch s normami daného spoločenského prostredia.

ETIOLÓGIA

Dispozície k poruchovému správaniu majú viacero faktorov, to znamená, že sú multifaktoriálne podmienené. Môžeme ich rozdeliť na štyri základné skupiny - osobnostne podmienené poruchy správania, psychologicky podmienené poruchy správania a poruchy správania ako dôsledok nepriaznivých rodinných faktorov a sociálnych aspektov prostredia, v ktorom dieťa vyrastá.

1. Osobnostne podmienené poruchy správania

Tieto poruchy správania súvisia do veľkej miery s tzv. dispozičnými faktormi. Medzi ne zaraďujeme:

A. Genetické dispozície, ktoré môžu viesť k disharmonickému vývinu osobnosti a agresívnemu spôsobu reagovania. Tieto dispozície sa prejavujú predovšetkým na úrovni temperamentu. Rizikovým faktorom môže byť dráždivosť, impulzivita, sklon k úzkostnému prežívaniu. Spravidla sa podobné dispozície prejavujú aspoň u jedného z rodičov.

Do tejto kategória faktorov zaraďujeme aj rodičov, ktorých označujeme ako tzv. **anomálne osobnosti** (alkoholizmus, emocionálna chladnosť, extrémna agresia a pod.), pričom u takto sa správajúcich osobností sa nedá vylúčiť určitá genetická záťaž.

B. Biologické dispozície, ktoré súvisia **s prenatálnymi a perinatálnymi dispozíciami,** vyplývajú hlavne z oslabenia alebo poruchy CNS (syndróm hyperaktivity, niektoré druhy epilepsií, následky po úrazoch hlavy a pod.). Ich dôsledkom je zvýšená dispozícia k agresívnemu reagovaniu, ktorá však vyplýva z neschopnosti sebaovládania, a nie z neschopnosti rozlíšenia nevhodnosti alebo nesprávnosti takéhoto konania.

C. Úroveň inteligencie síce nie je faktorom, ktorý primárne ovplyvňuje riziko vzniku poruchového správania, ale napr. M. Vágnerová (1999) konštatuje, že deti s poruchami správania mávajú v priemere o niečo nižšiu inteligenciu, než je priemer v populácii. Výnimkou však nie sú ani deti a dospievajúci s nadpriemernými schopnosťami. Zvláštnu kategóriu tvoria jedinci s pásmom mentálnej retardácie (hlavne ľahkej a strednej debility), ktorí sa často stávajú aj páchateľmi trestnej činnosti, ako dôsledok toho, že ich niekto na takéto správanie navedie, keďže sú ľahko ovplyvniteľní a nedokážu rozpoznať dôsledky takéhoto konania.

D. Symptomatické poruchy správania súvisia obyčajne s psychickým ochorením a sú jeho dôsledkom, napr. agresívne prejavy podmienené psychotickou poruchou.

E. Vývinové poruchy správania sa viažu na jednotlivé vývinové obdobia a sú hodnotené ako ich súčasť, napr. vzdorovitosť dieťaťa v predškolskom veku, neprispôsobivosť a konflikty s autoritami v období dospievania.

2. Psychologicky podmienené poruchy správania

Najčastejšími príčinami tejto kategórie porúch správania je neprimerané výchovné prostredie, v ktorom dieťa vyrastá.

A. Porucha správania môže byť prejavom **hľadania náhradného uspokojenia** pri strate alebo citovej deprivácii. Môže ísť aj o vyjadrenie potrieb, ktoré dieťa iným spôsobom vo svojom prostredí vyjadriť nemôže. Ide obyčajne o potrebu pozornosti a uznania. Dieťa sa cíti v rodine alebo medzi vrstovníkmi izolované alebo prehliadané a odmietané. Najčastejším prejavom v týchto prípadoch bývajú tzv. substitučné krádeže, alebo sexuálne priestupky. Niekedy môžu byť tieto poruchy i výrazom v hľadaní vlastnej identity v období dospievania - " je lepšie byť aj zlým, ako byť nikým".

B. Volanie o pomoc - k náhlym poruchám správania dochádza niekedy u detí v akútnej záťažovej situácii, kedy dieťa býva väčšinou úzkostné a depresívne. Asociálne činy v týchto prípadoch nie sú zamerané na uspokojovanie vlastných potrieb a javia sa často ako celkom nezmyselné. Dôvod týchto činov nie je dieťa schopné vysvetliť.

C. Poruchy správania so vzťahom k **emocionálnej deprivácii.** Asociálne správania dieťaťa tu nemá priamy vzťah k špecifickým traumatickým udalostiam ani k emocionálnym poruchám, ale predovšetkým k dlhodobej citovej deprivácii v rodine alebo ústavnom zariadení. Dopúšťajú sa ho častejšie hyperaktívne deti s ťažkosťami v učení, pokiaľ sa cítia spoločnosťou odmietané a z nej vylučované. Tieto deti bývajú častejšie impulzívne a mávajú obvykle ťažkosti v nadväzovaní hlbších citových vzťahov. Výchovné prostredie rodiny býva väčšinou charakterizované ako nedôsledné, s nedostatkom disciplíny.

D. Poruchy správania na báze **disharmonického vývinu osobnosti.** Týmto deťom chýba schopnosť nadväzovať vrelé vzťahy k druhým ľuďom, neprežívajú lásku ani pocity viny. Bývajú impulzívne so silnými agresívnymi tendenciami, ich činy sú často zamerané na okamžité vlastné uspokojenie. Väčšinou nie sú schopné učiť sa zo skúseností, chýbajú im vnútorné zábrany a kontrola. Pre druhé deti sa môžu stať "hrdinami", často bývajú vodcovia partií dospievajúcich.

3. Rodinne podmienené poruchy správania

Tieto poruchy správania súvisia priamo s rodinným prostredím, v ktorom dieťa vyrastá. V tejto súvislosti uvedieme niekoľko najčastejších modelov tzv. dysfunkčných rodín.

A. Rodičia sami majú **nedostatočne osvojené morálne normy** a sú pre dieťa modelom, keď dávajú otvorene najavo svoje uspokojenie aj z drobných vydarených podvodov. Sami teda skryto stimulujú dieťa k prekračovaniu sociálnych noriem, niekedy ho i priamo povzbudzujú k priestupkom.

Výchova v týchto rodinách býva celkovo nedôsledná a dieťa často nie je potrestané za priestupok ako taký, ale len za niektoré okolnosti s tým spojené ("prečo si to spravil tak nešikovne, že ťa prichytili?").

B. Dieťa s poruchou správania ako **"obetný baránok" v** rodine. Porucha správania u jedného z detí pomáha v udržaní rodinnej rovnováhy. Prostredníctvom nej je možné vysvetliť všetky problémy v rodine bez nutnosti riešiť chronické skryté konflikty.

C. V poslednom období stúpa stále častejšie počet poruchového správania aj u takých detí a mladistvých, ktorí žijú v úplnej a zdanlivo funkčnej rodine. V týchto prípadoch môže ísť o tzv. **subdeprivačný syndróm**. Tento vzniká ako dôsledok takej atmosféry v rodinnom prostredí, ktoré neposkytuje dieťaťu dôležité podnety pre jeho rozvoj, nedokáže mu dať emocionálnu istotu. S týmto typom rodiny súvisí aj trávenie voľného času a oblasť záujmov, ktoré rodina preferuje. Najčastejšie je v popredí nuda, nedostatok životného zmyslu a cieľa.

D. Zvýšené riziko pre vznik poruchového správania predstavuje aj **neúplná rodina**, nakoľko rola osamelého rodiča je z hľadiska výchovy náročnejšia. V popredí je aj nedostatok otcovskej autority a mužského vzorca správania, pokiaľ sa na výchove podieľa len matka.

E. Zvláštnu kategóriu predstavujú aj rodiny, ktoré **týrajú, zanedbávajú a zneužívajú deti.** Ako sme už uviedli, práve takéto vzorce disociálneho správania vedú k ich napodobňovaniu a dôsledky sa prejavujú aj v poruchovom správaní u detí mladšieho veku, resp. v období dospievania.

F. Do tejto kategórie zaraďujeme aj **výchovne podmienené poruchy správania**, ktoré vznikajú ako dôsledok nevhodných alebo neprimeraných výchovných postupov v rodine. Najčastejšie ide o extrémne autoritatívnu a prísnu výchovu, resp. extrémne liberálnu výchovu. Prejavujú sa formou klamstiev, podvodov, útekov z domu a túlania, krádeží, agresívneho správania, negativizmu a vzdoru, získavania pozornosti neprimeranými spôsobmi a pod.

4. Sociálne podmienené poruchy správania

Vznik týchto porúch správania sa viaže hlavne na aspekty širšieho sociálneho prostredia, v ktorom dieťa vyrastá, i keď sa nedajú vylúčiť ani určité dispozície, resp. vplyv rodinného prostredia na vznik konkrétnych porúch správania. Práve tieto faktory sú akoby vyústením rôznych nepriaznivých okolností, ktoré mali vplyv na narušený morálny a psychický vývin detí.

A. Ako prvý faktor uvedieme vplyv **rovesníckej skupiny.** V období dospievania je prirodzeným sprievodným javom rozvíjanie vlastnej identity a oslabovanie vplyvu rodičovskej autority. Pokiaľ dospievajúci nie je schopný získať svoju sociálnu identitu prijateľným spôsobom, identifikuje sa s rovesníckou partiou. Častokrát až v nej zažíva pocity akceptácie a vlastnej sebaúcty. Preto sa veľmi intenzívne identifikuje aj s takými normami skupiny, ktoré by za iných okolností odmietol. Veľmi často je to aj páchanie trestnej činnosti (najčastejšie sú to krádeže alebo iná násilná trestná činnosť) alebo konzumácia narkotík.

B. Ďalším faktorom je **imitácia násilného a agresívneho správania ako dôsledok negatívneho vplyvu masmédií.** V poslednom období sa aj v našich podmienkach zvyšuje počet násilných činov a takých porúch správania u detí a mládeže, ktoré súvisia s imitáciou agresívneho správania, ktoré je súčasťou mnohých TV programov, filmov v kinách alebo na videokazetách. Nebezpečenstvo tohto vplyvu je výrazné hlavne u mladších detí, ktoré ho bez primeraného vysvetlenia môžu chápať ako bežný vzorec správania.

C. K vzniku a rozvoju nežiaduceho správania môže prispieť i konkrétne prostredie, v ktorom deti a mladí ľudia vyrastajú. Ide konkrétne o ten **typ životného prostredia**, ktorý sa týka preľudnenosti na veľkých sídliskách, chýbanie súkromia v byte a pod. V tomto prostredí chýba často priestor pre adekvátne využívanie voľného času. Asociálne správanie detí a mládeže súvisí aj s veľkou mierou anonymity.

P. Macek (2003) zdôrazňuje, že každý druh problémového správania má svoj špecifický vývin a je podmienený mnohými faktormi rôznej povahy (kultúrnymi, historickými, ekonomickými, sociálnymi, politickými a psychologickými). Autor prezentuje všeobecný **sociálno-psychologický vývinový model vzťahov medzi problémovým správaním a jeho determinantmi** podľa R. a S. Jessora (1975). Zahŕňa štyri skupiny vzájomne súvisiacich faktorov, ktoré ovplyvňujú správanie:

1. demografické charakteristiky a charakteristiky sociálnej štruktúry (rodina),
2. socializačné vplyvy,
3. vnímané charakteristiky prostredia (vnímanie a hodnotenie prostredia z pohľadu adolescenta),
4. osobnostné charakteristiky adolescentov (potreby, postoje, hodnoty, sebahodnotenie).

Samozrejme, že pri jednotlivých kategóriách porúch správania sa za príčinné považujú aj iné faktory, o ktorých sa zmienime v ďalšom texte.

V súvislosti s kategorizáciou porúch správania u detí a mládeže môžeme brať do úvahy rôzne aspekty. Je to napr. kategorizácia z hľadiska vývinových aspektov, z hľadiska závažnosti dôsledkov týchto prejavov, z hľadiska miery socializovanej, resp. nesocializovanej poruchy, ako aj z hľadiska miery uplatnenej agresivity. V ďalšom texte sa budeme venovať popisu porúch správania práve z tohto aspektu.

8. 1 NESOCIALIZOVANÁ PORUCHA SPRÁVANIA (F 91.1)

Tento typ poruchy správania sa zvykne označovať aj ako „porucha socializácie“. Dominantným prejavom je kombinácia disociálneho alebo agresívneho správania. Zahŕňa najmä poruchu správania samotárskeho agresívneho typu, ktorá sa prejavuje agresivitou k druhým, ktorá môže mať rôzne podoby – od bitiek a iných krutostí, až k vandalizmu a krádežiam.

Pre diferencionálnu diagnostiku sú dôležité trvalo narušené vzťahy k rovesníkom, izolácia, neobľúbenosť, nedostatok priateľov. Jedinec býva často neempatický k iným deťom alebo dospelým. Je to porucha, ktorá sa obyčajne spája so zhoršenou prognózou, ktorá je viac menej trvalá a kontinuálna. Kontinuita poruchy prechádza od porúch správania v predškolskom veku, cez disharmonický vývin osobnosti s nesocializovanou poruchou správania v adolescencii, až do disociálnej psychopatie v dospelosti.

SYMPTOMATOLÓGIA

Autori V. Hort a kol. (2000) uvádzajú isté diagnostické kritériá, pomocou ktorých sa v detskej a adolescentnej psychiatrii usudzuje na stanovenie tejto diagnózy. Tieto kritériá sa týkajú najmä konkrétnych symptómov (prejavov). Behom uplynulého roku musia byť prítomné tri alebo viac symptómov, minimálne s jedným symptómom v poslednom sledovanom polroku.

Diagnostické kritériá porúch správania

1. **Agresia k ľuďom a k zvieratám**
   - časté šikanovanie, vyhrážanie a zastrašovanie iných,
   - iniciovanie bitiek,

- ako zbraň sú použité predmety, ktoré môžu druhého poraniť,
- prejavy agresie a hrubosti k ľuďom alebo k zvieratám,
- krádeže sú realizované spôsobom, pri ktorom dochádza k stretu s obeťou (napr. prepadnutie).

2. **Deštrukcia majetku alebo osobného vlastníctva**
   - založenie ohňa so zámerom vážneho poškodenia,
   - ničenie majetku iných.
3. **Nepoctivosť alebo krádeže**
   - vlúpanie sa do bytov, áut, domov,
   - časté klamstvá, s cieľom získať prospech alebo výhody, alebo kvôli vyhnutiu sa povinnostiam, záväzkom,
   - krádeže bez konfrontácie s obeťou (napr. v obchodoch).
4. **Vážne – násilné porušovanie pravidiel**
   - pred 13. rokom veku opakovane zostáva napriek zákazom rodičov vonku, v noci neprichádza domov,
   - úteky z domu,
   - časté záškoláctvo pred 13. rokom veku.

V rámci tejto kapitoly uvedieme bližšie terminologické rozlíšenie základných pojmov, ktoré sa týkajú agresívnych porúch správania, resp. agresívnych prejavov, nakoľko tieto pojmy sa bežne používajú, pričom môžu mať svoje špecifické rozlíšenie. Sú to:

Agresivita - osobnostná premenná alebo trvalá dispozícia správať sa za istých okolností agresívne. Interindividuálne rozdiely sú v jej kvantite (intenzita a častosť agresívnych reakcií) a jej kvalite (formách a spôsoboch jej kanalizovania).

Agresivita môže byť chápaná buď ako pud (S. Freud, K. Lorencz), alebo ako naučená vlastnosť (A. Bandura) alebo ako bio-psycho-sociálno podmienená entita (G. Dobrotka, V. Vondráček). Emočným korelátom, ktorý často, nie však nevyhnutne sprevádza agresivitu, je hnev. Má aj úlohu fyziologickej prípravy jednotlivca pre boj.

Hostilita - je postojová premenná vytvorená sociálnym učením. Jej vlastnosťami sú opozičný a nepriateľský postoj voči svetu, často i nedôvera a zatrpknutosť.

Agresia - zámerné ubližovanie, poškodzovanie (fyzické, psychické, materiálne), ktoré svojou povahou porušuje situačne relevantné normy a nie je motivované snahou pomôcť.

Agresia je taký akt správania, ktorého základnými charakteristikami sú násilie, útočnosť a deštrukcia.

Druhy agresie:

Fyzická, verbálna alebo kombinovaná útočnosť, ktorá sa prejavuje deštruktívnymi činmi. Začleňuje sa medzi reakcie aktívneho obranného typu.

Podľa smeru rozlišujeme **autoagresiu a heteroagresiu.**

Afektívna, hostilná, impulzívna, zlostná, emocionálna alebo reaktívna agresia. Tento typ sa spája s negatívnym afektívnym stavom, ktorý je vyvolaný nejakou okolnosťou z prostredia. Tento podnet vyvoláva agresívny útok, ktorý smeruje k zraneniu alebo poškodeniu osoby, ktorá je vnímaná ako zodpovedná za vzniknutú situáciu, alebo je viazaná na nejaký náhradný objekt.

Inštrumentálna, kontrolovaná, proaktívna agresia. Je to obyčajne prostriedok na dosiahnutie neagresívnych cieľov (napr. zisku). Vo vzťahu k obeti je tento typ agresie neosobný.

Latentná agresia sa uvoľňuje pod vplyvom opilstva alebo inej drogy, alebo pod vplyvom imitačného správania (učenia) napr. napodobňovaním filmových hrdinov.

V súčasnosti narastá najmä u mládeže počet takých trestných činov, ktoré označujeme ako vandalizmus, výtržníctvo, alebo ublíženie na zdraví.

ETIOLÓGIA

Na vzniku agresivity a agresie, ako prirodzenej súčasti ľudského prežívania a správania, má podiel viacero činiteľov. Nás v tejto súvislosti zaujíma tá časť populácie detí a mládeže, u ktorej je agresívne správanie a reagovanie zastúpené vo vyššej miere, ako je to bežné v rámci populačného priemeru.

1. Jedným z prvých faktorov sú **vrodené dospozície k agresívnemu správaniu.** V tejto súvislosti uvedieme zaujímavé zistenia L. Lovaša (1997), ktorý vypracoval štúdiu o vývine agresívneho správania u detí a mládeže na základe porovnania výsledkov výskumov rôznych autorov. Predmetom výskumov sa stali aj prejavy agresie od najútlejšieho veku.

Prvý rok života - u malých detí sa za agresívne správanie považuje také, kedy sa dieťa snaží zámerne poškodiť alebo zraniť iného. Takúto formu agresie je však možné deťom prisúdiť len vtedy, keď už dosiahlo určitú úroveň intencionality v správaní. Preto sa o agresii uvažuje v období medzi 7 - 12 mesiacom, ako reakciou na podnety, ktoré vyvolávajú somatickú bolesť a nepohodu, sú spojené s napätím a frustráciou vtedy, keď dieťa potrebuje pozornosť a pohodu.

Druhý a tretí rok života - v tomto období dochádza k zvýšenému nárastu agresie voči dospelým a rovesníkom, a to hlavne medzi 18 - 24 mesiacom. Agresívne správanie je vyvolané väčšinou túžbou vlastniť objekty (veci, hračky), ktoré si násilím privlastní, alebo neochota vzdať sa objektu (veci, hračky), kedy si ho dieťa bráni aj násilím. Ďalším z dôvodov je aj obdobie negativizmu a odmietania, sprevádzané náladovými výbuchmi zlosti, kedy dieťa na všetko hovorí "nie". Niektorí autori dávajú do súvislosti aj zmenu pohľadu na opatrovateľa, kedy tento prestáva byť len "dobrý", ale stáva sa občas aj "zlým" (keď niečo zakáže, nedovolí a pod.). Nárast zvýšeného agresívneho správania pokračuje približne do 30 mesiaca, potom nastáva jeho mierny pokles.

Predškolský a mladší školský vek - väčšina agresívnych prejavov sa obmedzuje na verbálne vyjadrenie zlosti a je odpoveďou na konflikty s rovesníkmi, ktoré sa opäť týkajú hlavne snahy vlastniť nejakú spoločnú vec. U časti detí sa v tomto období môžeme stretnúť aj s krutosťou a bezcitnosťou k iným deťom alebo zvieratám, pričom ide už o vážnejšie prejavy agresie. Zaujímavé zistenia sa týkajú aj interpohlavných rozdielov. U chlapcov sa častejšie prejavuje priama fyzická agresia, kým dievčatá volia skôr skrytú a verbálnu podobu. Frekvencia agresívneho správania teda nie je u dievčat nižšia ako u chlapcov, rozdiel je však v jej formách.

Adolescencia a mladšia dospelosť - v tomto období dochádza k niekoľkým významným zmenám v úrovni aj vo formách agresie, ktoré súvisia jednak s fyzickou silou mladých ľudí, ako aj s používaním zbraní:
- zvyšuje sa závažnosť dôsledkov až do takej miery, že môže ísť o spôsobenie vážneho zranenia alebo aj usmrtenia

- adolescenti sa často ako členovia rôznych skupín podieľajú na kolektívnych formách násilia (tyranizovanie, vydieranie, šikanovanie, skupiny skínov)
- narastá počet agresívnych činov aj voči inému pohlaviu (napr. znásilnenie).

2. Sklon k agresívnemu správaniu sa rozvíja aj učením, teda súvisí s vplyvmi vonkajšieho prostredia. Môže ísť o priame pozitívne **posilňovanie** agresívneho správania dieťaťa zo strany rodičov, čím si dieťa potvrdzuje užitočnosť takéhoto správania. Taktiež môže ísť o **učenie napodobňovaním (imitáciou)**. Zdroje imitácie sa môžu týkať už spomínaného násilia v masmédiách, ako aj napodobňovaním agresívneho správania tých osôb, ktoré sú v živote dieťaťa významné.

3. Multifaktoriálne podmienená agresia je dôsledkom viacerých vzájomne pôsobiacich faktorov, ako sú už spomínané životné prostredie, genetické, prenatálne, rodinné, kultúrne a spoločenské faktory. Podľa viacerých autorov sa vyhrotená antisociálna agresia prejavuje iba vtedy, ak dochádza k súčinnosti viacerých z uvedených faktorov. Neurofyziologická predispozícia k hyperaktivite a impulzívnosti, hormonálne poruchy, slabá rodičovská starostlivosť, zlé sociálne pomery, maladjustovaní rovesníci, kultúrne násilie a pod. sú bežné prejavy, ku ktorým keď sa pridajú aj ďalšie z uvedených faktorov, zvyšuje sa tým riziko, že z dieťaťa vyrastie agresívny a antisociálny jedinec.

Agresívne prejavy v správaní sa detí a mladistvých sa môžu prejavovať ako dôsledok psychopatického vývinu osobnosti, ako aj vo forme páchania trestnej činnosti.

8.2 SOCIALIZOVANÁ PORUCHA SPRÁVANIA (F 91.2)

Socializovaná porucha správania navonok sa prejavuje dobrými intenzívnymi vzťahmi s vrstovníkmi, ktoré sú však zamerané na disociálne alebo delikventné správanie. Agresivita býva zameraná voči iným skupinám vrstovníkov alebo autoritám dospelého veku. Táto sa prejavuje skôr formou podvodov. Hlavným rysom tejto poruchy je prítomnosť trvalého priateľstva s rovesníkmi. Často ide o skupinu, s delikventnými alebo disociálnymi aktivitami. Porucha sa prejavuje najmä mimo rodinného prostredia.

V období dospievania a adolescencie sa stáva akákoľvek rovesnícka skupina pre mladých ľudí omnoho dôležitejšia, ako rodina alebo vplyv iných autorít. Rovesnícke skupiny však majú rôzne podoby a ustálené rituály svojej činnosti. Medzi tie, ktoré považujeme z hľadiska socializovanej poruchy správania za významné, zaraďujeme delikventné a kriminogénne skupiny, skupiny s drogovou a rasistickou subkultúrou.

Delikventné a kriminogénne skupiny

Tieto skupiny vznikajú v našich podmienkach väčšinou z podskupín mladých ľudí, ktorí sa dobre poznajú. Obyčajne si vytvárajú vlastné hodnotové normy, ktoré sa prejavujú v spôsoboch vyjadrovania, v úprave zovňajšku, preferovania určitého hudobného štýlu, vo vzťahoch k opačnému pohlaviu, v postojoch ku škole, k zamestnaniu, k rodičom, k peniazom, k sexualite, k drogám a pod. Preto často prestávajú chodiť do školy alebo do zamestnania, voľný čas trávia hlavne návštevou herní a diskoték. Obyčajne sa tento štýl rozvinie do kriminálnej činnosti vtedy, keď na takýto spôsob života nemajú dostatok finančných prostriedkov. Preto začnú realizovať drobné krádeže a podvody, ktoré neskôr prerastajú do organizovaných a plánovaných akcií, často v prepojení s inými skupinami dospelých, ktorí si ich najímajú na páchanie trestnej činnosti (napr. "výpaľníctvo", priekupníctvo a pod.).

Takáto skupina je obyčajne príťažlivá pre frustrovaných mladistvých, ktorí pochádzajú z narušeného rodinného prostredia. Vstupným rituálom do takejto skupiny je často spáchanie nejakého trestného činu.

Subkultúrne skupiny

Jedným zo znakov postindustriálnej spoločnosti je aj vznik takých vrstovníckych skupín, ktoré si vytvárajú svoje vlastné nezávislé ideológie, ktoré sú veľmi často spojené s páchaním trestnej činnosti. Pokiaľ je ideológia takejto skupiny pre iných príťažlivá, môže prerásť až do hnutia.

Svoju príslušnosť k takejto skupine alebo hnutiu, demonštrujú mladí ľudia hlavne spôsobom úpravy svojho zovňajšku (účesy, štýl oblečenia, rôzne doplnky), ale aj uznávaním konkrétneho hudobného štýlu, zvláštnym jazykom, uctievaním rôznych symbolov a pod. Ideológia subkultúry vyplýva z kontextu súčasných spoločenských vzťahov a zároveň vyjadruje postoje príslušnej skupiny mládeže.

V rámci týchto subkultúrnych skupín bližšie popíšeme tie, ktoré sa v našich podmienkach najčastejšie vyskytujú.

1. Drogová subkultúra

Do tejto kategórie zaraďujeme tých jednotlivcov, ktorí v zvýšenej miere požívajú alkohol, drogy a sú sexuálne promiskuitní. Presnejšie by sem mali patriť hlavne tí jednotlivci, ktorí sú na drogách závislí. Sprievodným znakom je získavanie prostriedkov na konzumáciu narkotík, ktorá sa realizuje žobraním, krádežami, podvodmi, pôžičkami, predajom drog, prostitúciou alebo aj páchaním závažných trestných činov. Podľa O.Matouška a A. Kroftovej (1998) sa odhaduje, že týždeň človeka závislého napr. na heroíne, predstavuje asi štvornásobok priemerného mesačného platu, v prípade kokaínovej závislosti je táto suma ešte vyššia.

Užívanie drog a kriminalita sa spájajú hlavne v spôsobe získavania finančných prostriedkov, ktorý núti narkomanov aj k páchaniu trestnej činnosti. Veľmi často žijú v skupinách alebo spoločenstvách, preto sa tieto skupiny označujú práve pojmom drogová subkultúra.

Iným aspektom je trestný postih dealerov a výrobcov drog.

2. Rasistická subkultúra

Najčastejšími a najznámejšími predstaviteľmi tejto subkultúry sú v našich podmienkach príslušníci **hnutia skinheadov.** Toto hnutie pochádza z Veľkej Británie, kde bolo v 60. rokoch reakciou robotníckej mládeže na kultúru hippies a na rastúce prisťahovalectvo, ktoré ohrozovalo uplatnenie mladých nekvalifikovaných ľudí na trhu práce.

Skupiny skinheadov aj v našich podmienkach majú (okrem typických vonkajších znakov) tieto charakteristiky:
- vysokú súdržnosť a veľkú ostražitosť voči cudzím ľuďom,
- hierarchickú až vojenskú štruktúru, na čele stojí obyčajne inteligentný vodca, kondíciu si udržujú pravidelným cvičením,
- vydávajú vlastné časopisy, príručky pre organizovaný a pouličný boj a pri správaní sa v prípade policajného zadržania,
- ich činnosti sú plánovité, majú presne rozpracovaný systém náboru nových členov
- majú vlastný kódex správneho a nesprávneho konania,
- majú vlastný systém spravodlivosti, tvrdo trestajú tých, ktorí chcú od nich odísť.

Na rozdiel od iných druhov trestnej činnosti chýba pri kriminálnych akciách skinheadov motív majetkového zisku. V popredí je vždy obeť, ktorá býva väčšinou neznáma a odlišuje sa farbou pleti (Rómovia, Vietnamci, černosi a pod.). Útoky bývajú brutálne a sú rasovo motivované.

Podľa V. Horta a kol. (2000) okrem vyššie uvedených prejavov sa táto porucha špecificky prejavuje aj v negatívnom vzťahu k školskému prostrediu (záškoláctvo), krádežami, podvodmi, klamstvami, ktoré sú najčastejšie páchané v partiách rovesníkov. Zaraďujeme sem aj týranie v partii.

V ďalšom texte popíšeme niektoré z týchto porúch, aj keď nie vždy ide o typickú „socializovanú“ poruchu správania, nakoľko sa nemusí vyskytovať len v partii rovesníkov, ale môže mať podobu aj individuálnych prejavov.

1 . KLAMSTVÁ

Pri klamstvách, podvodoch a vymýšľaní treba rozlišovať, v akom veku sa u detí vyskytnú a čo je motívom takéhoto správania.

Predškolský vek - pokiaľ dieťa nedokáže vzhľadom k nízkemu veku (asi do šiestich rokov) odlíšiť realitu od vlastnej fantázie, ide skôr o detský spôsob myslenia a v tomto prípade nejde o typické klamstvá, skôr o konfabuláciu alebo o detské vymýšľanie a fantazijné predstavy. Pri tomto type klamstiev nejde o úmyselné a vedomé poškodenie druhých ľudí. V iných prípadoch môže ísť aj o neurotický únik do fantázie z reálneho sveta, ktorý dieťa prežíva ako nehostinný a zaťažený preň neriešiteľnými konfliktami.

Školský vek - tu už môžeme hovoriť o klamstvách v pravom slova zmysle. Dieťa je už spravidla natoľko vyspelé, aby vedelo rozlíšiť pravidlá hry i pravidlá medziosobného kontaktu s inými. Ak však u detí pretrvávajú také klamstvá, ktoré sú spojené s nadmernou fantáziou, túžbou po dobrodružstve a snahou byť v centre pozornosti, môže ísť aj o bájivé klamstvá, často sprevádzané s hysterickými prejavmi.

Uvedené dôvody ku klamstvám treba odlíšiť od záludných, premyslených, vedených s cieľom vyhnúť sa nepríjemnostiam alebo priamo ublížiť niekomu inému, resp. klamať pre svoj vlastný prospech. Pri týchto typoch klamstiev je potrebné vždy zhodnotiť ich závažnosť a posúdiť ich morálnu prijateľnosť, ako aj vek dieťaťa.

Formy klamstiev

a/ zapieranie - väčšinou sa viaže na školské prostredie (domáce úlohy, známky, poznámky a pod.). Zapierajú najčastejšie deti so slabosťou vlastnej identity, vlastného "ja". Dieťa má strach a obavy pred ponížením, ktoré sa ho dotýka hlbšie a citlivejšie ako telesný trest. Je to obrana pred tými, voči ktorým má rešpekt, nakoniec aj pred sebou samým. Zapieranie a výhovorky sa môžu vyskytnúť aj tam, kde sa dieťaťu príliš vtierame do jeho intimity, ktorú si chráni i za cenu klamstva. Často ide o celkom bežné záležitosti - zamilovanosť, sľuby pred kamarátmi a pod.

b/ vyťahovanie sa pred kamarátmi, v snahe upútať na seba pozornosť

c/ klamstvá, ktorých **obeťou je niekto druhý**, resp. keď dieťa úmyselne zvádza vinu na niekoho iného, alebo o niekom klame s úmyslom uškodiť mu. To sú už klamstvá závažné, s podtextom asociálneho správania.

Autori M.Martin a C.Waltmanová-Greenwoodová (1997) rozlišujú u detí aj iné druhy a formy klamstiev. Sú to:

1. Inštrumentálne klamstvo - spočíva v zámernej snahe oklamať inú osobu, s cieľom zabrániť prezradeniu vlastnej viny, získať odmenu alebo niekomu uškodiť.

2. Neinštrumentálne klamstvo - sa najčastejšie prejavuje v dvoch podobách. Môže ísť o tzv. zbožné priania, ktoré sú nahradením toho, čo by si dieťa prialo prežiť, ale z rôznych dôvodov to neprežíva, alebo sú to nutkavé klamstvá, pri ktorých dieťa vie, že klame alebo si vymýšľa, ale samé nepozná motív svojho konania. Tieto prípady klamstiev sú pomerne vzácne.

3. Prosociálne klamstvo - v pozadí bývajú pozitívne motívy, napr. snaha nedotknúť sa citov iných alebo ochrániť niekoho pred ublížením a pod.

4. Nezámerné klamstvo - pri tomto druhu klamstva rozoznávame jeho tri formy. Ide o tzv. bájivé klamstvá, nevedomú obranu a nezámerné klamstvo, keď dieťa na základe chybnej informácie, ktorú získalo od niekoho iného, je presvedčené, že hovorí pravdu.

Zvláštnu kategóriu predstavujú **klamstvá zamerané na poškodenie inej osoby**, alebo na získanie vlastného prospechu (inštrumentálne klamstvá). Tieto sa nedajú považovať za obranu vlastnej osoby, často bývajú spájané s inými negatívnymi vlastnosťami – egoizmus, necitlivosť, bezohľadnosť, pri dosahovaní vlastných cieľov. Prognosticky nepriaznivo je hodnotené spojenie troch symptómov: bitky, šikanovania a klamstva.

2. KRÁDEŽE

Podobne ako u klamstiev je potrebné rozlíšiť dôvody a vek, kedy ku krádežiam dochádza. Preto je dôležité posúdiť psychickú zrelosť dieťaťa (u mladších a mentálne zaostalých detí môže ísť len o túžbu mať niečo, čo veľmi chcú, pričom si neuvedomujú morálny dopad takéhoto správania), počet opakovaných krádeží, ako aj hodnotu odcudzených vecí a spôsob, ktorý bol použitý pri ich získaní (napr. lúpežné prepadnutie druhej osoby).

B. Lazarová (1998) uvádza, že je potrebné rozlišovať **pravé a substitučné krádeže.** Pravá krádež býva plánovaná, premyslená a zlodejovi prináša vždy zisk. Takéto krádeže majú tendenciu sa opakovať. Substitučná krádež je zameraná na uspokojenie nižších potrieb a odstraňuje napätie spojené s frustráciou (pocitmi neprijatia, neistoty). Tieto krádeže nebývajú plánované a ich motivácia je nejasná. Dieťa po krádeži zažíva krátky pocit radosti, avšak zároveň aj strach z odhalenia.

Krádeže treba rozlišovať aj s ohľadom na vek dieťaťa.

Predškolský vek - väčšinou ide o túžbu mať niečo, čo má druhý, v pozadí je osobnostná nevyspelosť malého dieťaťa, ktoré ešte nie je schopné uvažovať o morálnych dôsledkoch svojho činu.

Školský vek - v tomto období už dieťa vie, že sa dopúšťa takého správania, ktoré je nemorálne a v pozadí týchto krádeží bývajú rôzne motívy. Napr.:

a/ Dieťa berie doma veci alebo peniaze a kupuje niečo iným deťom. Motivácia je obyčajne priehľadná, dieťa si tým "kupuje" záujem alebo priazeň iných. Dieťa hľadá väčšinou uspokojenie (náhradné alebo primárne) vo vzťahoch s rovesníkmi, nedokáže nadviazať kontakt inou, primeranejšou formou.

b/ Dieťa berie doma peniaze a kupuje za ne veci len sebe, častokrát až nezmyselne utratí veľké sumy peňazí napr. za jedlo. Toto si stále schováva. V takomto prípade môže ísť o

prejav náhradného uspokojenia na nižšej úrovni, resp. neuspokojenie v citovej oblasti. Časté výskyty takýchto krádeží sú u detí citovo deprivovaných napr. v detských domovoch.

c/ Krádeže motivované tým, že dieťaťu rodičia niečo nedovolia, napr. vzhľadom na jeho vek (bábiku, autíčko) a pod. a dieťa po tom veľmi túži.

d/ Krádeže v partii alebo pre partiu - ide väčšinou o deti stredného školského veku, v puberte, pričom motív sa týka prijatia do partie, jej pseudonoriem, snahy držať krok s ostatnými, vyznamenať sa a byť prijatým. Typické sú krádeže peňazí, krádeže v samoobsluhách (alkohol, cigarety). Často sa tak deje pod návodom ostatných, resp. starších, ktorým sa chcú deti vyrovnať.

e/ Kleptománia - neodolateľný popud niečo vziať. Ide o ojedinelú diagnózu, ktorá spadá k neurotickým prejavom a je to diagnóza psychiatrická. Kradnú sa celkom nezmyselné veci. Tento druh krádeží je u detí veľmi vzácny.

3. ZÁŠKOLÁCTVO

Záškoláctvo je považované za jeden z možných prejavov "socializovanej poruchy správania". Je to typický prejav u detí, ktoré sa obyčajne snažia vyhnúť návšteve školy.

Záškoláctvo je považované za aktuálny problém súčasnej školy. V odbornej literatúre je daný pojem definovaný rôzne. Záškoláctvo je chápané aj ako jemnejšia forma maladjustácie na školu typu vyhýbajúcej reakcie. Cieľom je vyhnúť sa nepríjemným školským povinnostiam. Pedagóg by mal chápať záškoláctvo ako určitú reakciu dieťaťa, ktoré nie je schopné adekvátne riešiť svoje problémy.

Etopédia sa zaoberá spomínanou problematikou v rámci špeciálnej pedagogiky a popisuje záškoláctvo ako asociálne správanie , ktoré je vzhľadom k nedostatočnému, ba až chýbajúcemu sociálnemu cíteniu v rozpore so spoločenskou morálkou. Nositeľ tohto správania sa výrazne odlišuje od spoločenského priemeru, síce neprekračuje právne predpisy, ale porušuje sociálnu normu.

Za najčastejšie príčiny záškoláctva sa považujú:

1. Prílišná citovú viazanosť na niektoré dospelé osoby, prejavujúca sa najmä u žiakov prvého ročníka na začiatku školskej dochádzky u detí, ktoré boli mimoriadne fixované na jedného z rodičov. Žiak plače, nesústredí sa na školskú činnosť, uteká zo školy, objavuje sa záškoláctvo.

2. Mimoriadne vedomosti a schopnosti žiaka vtedy, ak sa takýto žiak povyšuje nad ostatnými a je následne kolektívom triedy odmietaný.

3. Priemerné a podpriemerné schopnosti žiaka. Takýmto žiakom sa školská činnosť nedarí a denne sú za svoje problémy zosmiešňovaní. U slaboprospievajúcich žiakov sa prejavuje nechuť k učeniu, nezáujem o školskú činnosť. Následkom slabého prospechu je nedostatok vedomostí, zmeny osobnosti a zhoršovanie sociálneho postavenia žiaka v triede a kolektíve .

V pedagogike je záškoláctvo vnímané ako sociálno-patologický jav a ako sme už uviedli, môže sa prejaviť už v prvom ročníku základnej školy.

Motivácia je teda rozmanitá - strach zo skúšania, snaha vyhnúť sa nepríjemnostiam, odpor k učiteľovi, "pomsta" za školskú nespravodlivosť, vzdor, pocit ublíženia, neistota v spoločnosti druhých detí, strach napr. pred šikanovaním, ale i príslušnosť k detskej skupine,

ktorá povyšuje záškoláctvo za normu správania, snaha vytiahnuť sa pred ostatnými a pod. Na základe príčin a motívov záškoláctva rozlišujeme niekoľko jeho druhov:

1. Záškoláctvo individuálne

Tento druh záškoláctva považujeme za závažnejší, nakoľko dieťa je so svojim problémom osamotené a často prežíva pocity strachu a napätia. Pri tomto type záškoláctva môže ísť o **impulzívny akt**, v pozadí ktorého býva strach (z ďalšieho neúspechu, trestu, posmechu, násilia a pod.). Dieťa má už väčšinou skúsenosť podobného druhu a bojí sa nepríjemnej situácie, ktorá ho čaká. Rozhodnutie k úniku býva nepremyslené, často k nemu dochádza až cestou do školy. Týmto spôsobom reagujú hlavne deti, ktoré doposiaľ nemali problémy s disciplínou. Preto sa boja následkov záškoláctva, odďaľujú príchod do školy, pokračujú v absencii, pričom pôvodný motív už stratil zmysel. Žijú v strachu z odhalenia a z následného trestu, preto sa "zamotávajú" do ďalších výhovoriek a klamstiev.

Ďalším druhom individuálneho záškoláctva je **reaktívny akt,** ktorý je vyvrcholením dlhodobého strachu a obáv zo školského prostredia (z trestu rodičov, posmechu učiteľa alebo spolužiakov, šikanovania a pod.). Pobyt mimo školu, ale často aj domova, býva dopredu plánovaný a je z pohľadu dieťaťa jediným riešením, ako sa dostať z dlhodobej frustrácie.

2. Záškoláctvo skupinové

Tento druh záškoláctva je typický pre starší vek, viaže sa na skupinu spolužiakov alebo partie z okolia, kde záškoláctvo môže byť prejavom "dobrej zábavy", alebo prijatím pseudonoriem partie. Voľný čas je vyplnený návštevou herní, potulkami po meste alebo spoločným pozeraním videa a pod. Často ide aj o podvody spojené so získavaním ospravedlneniek. Pri tomto type záškoláctva je miera úzkosti nižšia.

So záškoláctvom sa spájajú aj ďalšie negatívne javy. Keďže dieťa v čase, keď malo byť v škole musí niekde byť a musí to robiť tajne, môžu sa pridružiť aj ďalšie priestupky - krádeže, túlanie, nezriedka spojenie s partiou podobných detí.

Záškoláctvo (pokiaľ sa nedeje pod nátlakom partie, alebo príslušnosti k nej) signalizuje obyčajne určitú povahovú slabosť dieťaťa, malú odolnosť voči záťažiam, zníženú frustračnú toleranciu.

Dôležitý je aj vek - čím mladšie dieťa sa dopúšťa záškoláctva, tým je aj vážnejší jeho subjektívny motív a pocity úzkosti spojené s obavami z prezradenia a následného trestu.

4. ÚTEKY Z DOMU A TÚLANIE SA

Pri tejto poruche správania rozlišujme niekoľko foriem, ktoré sa odlišujú hlavne motívom a spôsobom úteku.

Reaktívne a impulzívne úteky - predstavujú skratkovité konanie, ktoré je často motivované ako vyhnutie sa pred zahanbujúcimi a ponižujúcimi pocitmi pred rodičmi, keď predtým niečo dieťa vykonalo. Môže ísť aj o vzdor voči nejakej nespravodlivosti (často len subjektívnej) a pod. Spoločným rysom je náhle, impulzívne rozhodnutie, dieťa nie je na útek pripravené, často zostáva v blízkosti domu (napr. v pivnici). Útek je signálom veľkého zúfalstva a dieťa sa obyčajne chce domov vrátiť. Takto motivovaný útek nemá tendenciu sa po vyriešení problému opakovať.

Pripravované a plánované úteky - ide už o závažnejší akt. Motivácia môže byť rôzna - ak uteká dieťa samé, ide spravidla o akt pomsty alebo vzdoru. Uteká cielene, k

niekomu, koho si dopredu vybral (starí rodičia, rozvedený rodič a pod.). Tieto úteky vyplývajú z dlhodobých a neriešených problémov, v ktorých dieťa vyrastá. Deti sa obyčajne odmietajú vrátiť. Opakujúce sa úteky môžu prerásť až do chronického štádia.

Ďalším typom úteku je ten, keď dieťa uniká napr. z detského domova, z diagnostického alebo výchovného ústavu. Tieto úteky sú motivované hlavne obmedzením slobody, alebo návratu do pôvodného prostredia.

Inú podobu a motívy majú úteky v skupine (3-4 detí). Tieto úteky sú dopredu plánované, motívom je túžba po dobrodružstve, deti si dopredu chystajú jedlo, peniaze, mapy a pod. Často sa tak deje pod vplyvom čítania dobrodružnej literatúry, filmov a pod.

Túlanie je charakteristické dlhodobým opustením rodinného prostredia, ktoré nadväzuje na úteky. Je výrazom nedostatočnej citovej väzby k ľuďom alebo rodinnému zázemiu, ktoré je natoľko dysfunkčné, že deťom na ňom nezáleží alebo ho priamo odmieta. Túlanie sa často spája aj s krádežami alebo prostitúciou, ako zdrojom obživy. Je vysoko pravdepodobné, že môžu začať užívať drogy alebo iné návykové látky. U dospievajúcich je zvýšené riziko, že sa im tento spôsob života stane návykovým, že nebudú schopní neskôr prijať normy a povinnosti stabilného zamestnania.

Pri útekoch je treba rozlišovať vek a motív.

8.3. ŠPECIFICKÉ FORMY PORÚCH SPRÁVANIA

Uvedená kategória týchto porúch je variantou na nesocializovanú, aj socializovanú poruchu správania. Ide tu najmä o prejavy správania spojené s rôznymi formami šikanovania. Šikanovanie môže byť realizované napr. len jednotlivcom (nesocializovaná porucha správania), alebo skupinou jednotlivcov (socializovaná porucha správania). Keďže tento typ správania sa pomerne často vyskytuje aj v školskom prostredí, bližšie si popíšeme jeho prejavy, druhy a formy.

V rámci terminológie tejto problematiky rozlišujeme niekoľko pojmov. Sú to:

Šikanovanie - tento pojem pochádza z francúzskeho slova „chicane", ktoré znamená zlomyseľné obťažovanie, sužovanie, zastrašovanie, využívanie sily.

Vydieranie - tento pojem vyjadruje také formy správania, keď sa pod hrozbou násilia, tyranizovania alebo iného útlaku vyžaduje plnenie zosmiešňujúcich a ponižujúcich úkonov, služieb alebo odobratia vecí, financií a pod.

Týranie - tento pojem je gréckeho pôvodu a označuje sa ním utláčanie, trápenie súvisiace s krutosťou a násilím. V tomto kontexte ide o opakované ubližovanie iným osobám (rovesníkom) s využívaním sily alebo inej prevahy. Všetky uvedené pojmy sa najčastejšie uvádzajú pod spoločným termínom - šikanovanie.

V rámci šikanovania rozlišujeme dve skupiny aktérov - sú to tzv. agresori a obete.

Agresor - i keď vo väčšej miere ide skôr o chlapcov, výnimkou nie sú ani dievčatá, nakoľko u agresorov nie je primárna fyzická sila. Práve jej nedostatky môžu byť vyvážené inteligenciou spojenou s bezohľadnosťou a krutosťou. Agresor môže pre svoj zámer získať skupinu, môže šikanovanie vymyslieť a zorganizovať bez toho, aby sa obete dotkol. Výskumy ukázali, že šikanovania sa najčastejšie dopúšťajú sebaistí, neúzkostliví chlapci a dievčatá. Obyčajne túžia dominovať a bezohľadne sa presadzovať. Detskí agresori sa zvyčajne vo

vyšších ročníkoch školy zhoršujú v prospechu a stávajú sa členmi pochybných partií. V dospelosti mávajú viac konfliktov so zákonom, ako ostatní.

Obeť - obeťou sa môže stať ktokoľvek z detí, najčastejšie sú to však:
- noví spolužiaci, ktorí prichádzajú do zohratého kolektívu,
- deti s nejakým hendikepom alebo nápadnou odlišnosťou,
- deti, ktoré odmietajú násilie a preto sa nezúčastňujú takých kolektívnych hier, v ktorých sa s ním často stretnú.

Spoločným znakom obetí sú typické psychické vlastnosti, ako napr. tichosť, utiahnutosť, citlivosť, osamelosť. Majú nízke sebavedomie, považujú sa za nezaujímavých, submisívne sa podriaďujú. Medzi rovesníkmi sa ťažko presadzujú. Spravidla bývajú neprimerane citliví na posmech, rýchlo strácajú sebakontrolu a ich správanie poskytuje zábavu prizerajúcim sa. Obyčajne pochádzajú z takého rodinného prostredia, v ktorom dominovala úzkostná výchova.

Následky, ktoré zanecháva násilie, môžeme vnímať ako ujmu:
1. nehmotnú – napr. vyhrážanie sa zneužitím,
2. hmotnú – napr. škody na majetku,
3. fyzickú – napr. ohrozenie zdravia a života,
4. emocionálnu – napr. traumatizujúce skúsenosti, pretrvávajúci strach.

Dlhodobé pôsobenie násilia na psychiku človeka spôsobuje podľa J. Spurného (1996) negatívny úzkostný pohľad na svet, preceňovanie reálneho nebezpečenstva, chybné až paranoidné vnímanie príznakov násilia aj tam, kde vôbec nie je, znížená citlivosť na vnímanie a rozlišovanie násilných prejavov až adaptácia na násilnú atmosféru, čo sa prejavuje zvýšenou toleranciou k násiliu a násilnými prvkami v správaní.

8.3.1. ŠIKANOVANIE - PRIAMY PREJAV AGRESÍVNEHO SPRÁVANIA

Problematika násilia na školách sa v súčasnosti orientuje najmä na **bullying** - teda **šikanovanie medzi žiakmi**. Tento pojem vystihuje akékoľvek konanie, ktorého cieľom je ublížiť jedincovi, ohroziť ho alebo inak zastrašiť iného žiaka, resp. skupinu žiakov. Je to cielené, obvykle opakované použitie násilia voči žiakovi (žiakom), ktorý sa nedokáže alebo sa nevie z rôznych dôvodov tomuto konaniu ubrániť. Zahŕňa tak fyzické útoky (bitie, kopanie, vydieranie, poškodzovanie osobných vecí), tak i útoky slovné v podobe nadávok, ponižovania ohovárania, vyhrážania a pod. Šikanovanie sa môže prejavovať aj v nepriamej podobe, napr. formou ignorovania, nápadného prehliadania a pod. Nebezpečenstvo šikanovania spočíva tak v dôsledkoch pre obete, ako aj agresorov. Obete často pod vplyvom týchto skúseností vykazujú aktuálne neurotické poruchy (úzkosť, strach zo školy až vo forme školskej fóbie, psychosomatické poruchy), vyhýbanie sa školskému prostrediu, ktoré môže vyústiť až do záškoláctva, depresívnych stavov, ktoré môžu vyústiť až do suicidálneho konania. Nezriedka tieto problémy pretrvávajú až do dospelosti a prejavujú sa trvalými následkami na telesnom a duševnom zdraví. Detskí a dospievajúci agresori sa často stávajú členmi marginálnych sociálnych skupín, ktoré potom v dospelosti mávajú spravidla ďaleko viac konfliktov so zákonom. Ak sa podarí zastaviť ich agresívne správanie v tomto veku, je predpoklad zníženia rizika ich kriminogénneho správania v dospelosti. V dostupnej literatúre je pomerne presne rozpracovaná tak typológia možných obetí, ako aj agresorov.

Šikanovanie v školskom prostredí je fenoménom pedagogickým, psychologickým a právnym. Zároveň ho považujeme za problém, ktorý v súčasnosti spoločnosť potrebuje špecificky vymedziť, definovať a nutne riešiť. Pojem „šikanovanie“ v školskom prostredí

môžeme analyzovať z hľadiska **psychologického ako špecifické poruchy správania** (M. Vágnerová, 2004; **z pedagogického hľadiska ako problémové správanie** (výchovne problémové správanie (L. Ďurič, J. Grác, J. Štefanovič 1991); ako aj **z právneho hľadiska a z hľadiska trestného zákona ako násilnú trestnú činnosť** (násilnú kriminalitu) páchanú dieťaťom alebo mladistvým, pričom v prípade šikanujúceho mladistvého môžeme teda hovoriť aj o delikvencii mládeže (Ľ. Sejčová, 2001). Špecifikom školského šikanovania je, že spomenuté hľadiská jeho posudzovania sa navzájom prelínajú a dopĺňajú, keďže problematika je komplexná a nie je možné vytrhnúť školské šikanovanie ako problémové správanie z jeho psychologického kontextu poruchy správania, ani vynechať jeho právnu podstatu a právny dosah na našu spoločnosť.

Podľa D. Olweusa (1994) je školské šikanovanie opakované agresívne správanie, nasmerované od jedného dieťaťa k druhému, pričom sa tu vyskytuje výrazná nerovnováha síl. D. Olweus (1994) považuje šikanovanie aj za negatívny čin zámerného obťažovania, alebo pokusu o zámerné obťažovanie, ktoré sa neskôr stáva agresiou. Jeho cieľom je zraniť, alebo navodiť nepohodu a má negatívny dopad na jeho aktérov.

Vývinové stupne šikanovania

Vzťahy pri šikanovaní majú svoju vnútornú dynamiku a vývoj. M. Kolář (2002) hovorí o piatich štádiách, pričom ich rozpoznanie pomáha riešiť problém šikanovania, lebo jednotlivé štádia vývoja šikanovania ako poruchy vzťahov v skupine si vyžadujú odlišný prístup. Čím vyššie a rozvinutejšie je štádiu šikanovania, tým vyššiu a výraznejšiu intervenciu si vyžaduje.

Prvým stupňom je zrod ostrakizmu. V tomto štádiu ide o miernu, prevažne psychickú formu násilia, kde sa okrajový člen, tzv. outisider, necíti dobre, pretože ho spolužiaci viac či menej odmietajú, nekomunikujú s ním, ohovárajú ho. Takáto situácia môže vzniknúť v školských triedach, kde sa vo výchovno vzdelávacom procese nekladie dôraz na budovanie vzťahov medzi žiakmi. (Tholtová J. a kol., 2000)

Druhým stupňom fyzická agresivita a pritvrdzovanie manipulácie. Dôvodov prečo môže ostrakizmus prerásť do ďalšieho štádia je viacero. Môže k tomu dôjsť v náročných situáciách, keď v skupine stúpa napätie a ostrakizovaní žiaci začínajú súžiť ako „ventil“ vzniknutého napätia. Ďalšou príčinou môže byť situácia, keď žiaci spolu trávia veľa času a majú priestor pre vytváranie hlbších vzťahov, napr. na výletoch. V takýchto podmienkach sa môže stať, že niektorí žiaci preto, aby zvládli vlastnú neistotu vymýšľajú program na úkor zraniteľného spolužiaka. Treťou častou príčinou je udalosť, keď sa v jednej triede stretne niekoľko výrazne agresívnych jedincov a tí, od samého začiatku v kolektívne spolužiakov používajú násilie pre uspokojovanie svojich potrieb. Veľmi nešťastnou je situácia, keď násilie začne realizovať vodca skupiny pre zábavu svojich obdivovateľov.

To ako sa bude ďalej situácia v skupine vyvíjať závisí do veľkej miery na pozitívnom zameraní skupiny a na postojoch žiakov k šikanovaniu. Ak v skupine prevládajú pozitívne morálne hodnoty, pri ktorých majú žiaci negatívne postoje k násiliu, pokusy o šikanovanie neuspejú. Ak je však imunity skupiny voči šikanovaniu oslabená a pokusy o šikanovanie sú akceptované, je takmer isté, že násilie sa zakorení a môže rásť do pokročilých stupňov skupinovej deštrukcie.

Tretím stupňom je vytvorenie jadra agresorov. Je to moment, keď sa rozhoduje, či počiatočné štádium prerastie do pokročilejšieho štádia. V prípade, že sa v skupine nevytvorí silná pozitívna podskupina, ktorá dokáže byť rovnocenným partnerom vo vplyve tyranov, agresori začnú systematicky šikanovať obete. Pre toto štádium je charakteristická hierarchia vplyvu a moci, tzv. pyramída šikanovania, zložená z agresorov, ich pomocníkov, mlčiacej väčšiny a obetí. Objavuje sa tu falošná solidarita, normou triedy sa stáva „nebonzovať“ a ostatní spolužiaci obetiam šikanovania neubližujú, ale zároveň ani nepomôžu. V tomto

štádiu je ešte možné, aby odborne pripravený pedagóg dokázal takto postihnutému kolektívu žiakov pomôcť. Bez radikálnej pomoci však šikanovanie prerastie do ďalšieho štádia. V tom prípade, postupne všetci žiaci začínajú prijímať normy skupiny agresorov. (M. Vágnerová a kol., 2009)

Štvrtý stupeň sa vyznačuje tým, že väčšina sa podrobuje normám agresorov. Normy agresorov sú prijímané väčšinou skupiny a stávajú sa nepísaným zákonom. Toto štádium M. Kolář (2001) prirovnáva k bunke, ktorú premôže vírus a úplne ju ovládne. Bunka zostáva navonok zachovaná, no namiesto toho, aby organizmus podporovala, znútra ho rozkladá. U členov skupiny dochádza k vytváraniu alternatívnej identity, ktorá je podrobená normám vodcov.

Bez radikálnej pomoci z vonku sa štvrtý stupeň prehĺbi do **piateho, do dokonalého šikanovania,** totality, ktorá je charakteristická tým, že žiaci sa rozdelia na dve skupiny. Jednu skupinu tvoria tzv. otroci a druhú tzv. otrokári. Otrokári využívajú otrokov vo všetkom, čo dá.

Násilie sa považuje za normálne. Otrokárom je cudzí pocit viny a súcit s utrpením druhých. Školská prax ukazuje, že učitelia majú možnosť prelomiť bludný kruh a žiakom výrazne pomôcť iba v prvých troch fázach. Pokiaľ šikanovanie prerastie do ďalších fáz, je nutná pomoc odborníkov. (Gajdošová E., Herényiová G., 2006)

Príčiny šikanovania

Príčiny šikanovania môžeme rozdeliť do dvoch veľkých skupín. Jednu tvoria endogénne faktory a druhú skupinu tvoria exogénne faktory ako príčiny šikanovania v školskom prostredí, ktoré sa však navzájom podmieňujú.

Jednou zo skrytých príčin môže byť **tlak kolektívu**, ktorý núti chlapca alebo mladého muža, aby sa správal tak, aby bol mužne tvrdý, aby sa nebál úderu a aby ho v prípade potreby vedel sám dať. (P. Říčan P., 1998)

Tholtová J. a kol. (2000) okrem už spomínaného tlaku k možnosti k príčinám šikanovania zaraďuje krutosť, túžbu po moci, zvedavosť, nudu a túžbu po senzácií.

Zvedavosť môže byť tiež jednou z príčin šikanovania. Agresori niekedy túžia zistiť ako sa bude správať niekto, kto má strach, keď cíti bolesť a poníženie.

Ďalšou príčinou šikanovania môže byť **motív „prevencie“**, je to situácia, keď bývalá obeť chce predísť svoju týraniu a začne pre istotu sama šikanovať, prípadne sa rýchlo pridá k nejakému agresorovi. (Šimegová M., 2007)

O túžbe po moci a s ňou spojené **želanie ovládať druhého človeka**, získať nad ním dominantné postavenie hovorí i P. Říčan, ktorý uvádza, že: „Toto želanie je silné, z jedného pochopiteľného dôvodu: Keď ľudí ovládame, môže nám to splniť iné želania, uspokojiť iné potreby (napríklad zmocniť sa nejakej veci, vynútiť si rôzne služby a výhody). Je to však zložité. V hre býva i čisto mocenský motív, sama moc nám „chutí“, cítime sa dobre, keď môžeme niekoho ovládať, keď je nám vydaný na milosť a nemilosť“ (Říčan P., 1998).

Ďalším môže byť motív **upútania pozornosti**, kedy sa agresor cíti ako herec v divadle, túži byť stredobodom záujmu publika a robí všetko pre to, aby získal priazeň spolužiakov. V prípade, že spolužiaci závidia dobrému žiakovi priazeň učiteľov a to ich vedie k tomu, aby sa mu pomstili, vtedy hovoríme o motíve žiarlivosti. Známy je i motív vykonať niečo veľké, ktorý sa objavuje hlavne pri agresoroch, ktorí prežívajú v mnohých oblastiach neúspešnosť, vrátane tej školskej a šikanovaním dokazujú sebe i iným, že sú schopní výkonu. Aspoň touto neželanou činnosťou sa stávajú príčinou významného deja. (Kolář M., 2001)

Medzi ďalšie faktory podporujúce šikanovanie v školskom prostredí zaraďujeme **citovú depriváciu žiakov.** Je to stav, v ktorom deti nemajú uspokojenú potrebu bezpečia, lásky, opory a ochrany. Táto skutočnosť v nich vyvoláva tendenciu k náhradnému uspokojovaniu potrieb, napríklad tým, že siahajú po droge, trápia zvieratá, ubližujú iným ľuďom, a tak zažívajú pocit vnútorného uspokojenia. (Gajdošová E., Herényiová G., 2006)

Na túto príčinu poukázal taktiež aj nórsky odborník v otázkach šikanovania, Dan Olweus, ktorý tvrdí, že v pozadí šikanujúcich detí sa skrývajú štyri hlavné faktory, pričom hneď ako prvý faktor uvádza skutočnosť, že agresorom rodičia poskytli veľmi málo lásky a namiesto toho voči nim prejavovali negatívne postoje. Spomínaný autor ďalej uvádza, že iniciátormi šikanovania sa stávajú väčšinou deti, ktorým rodičia tolerovali agresívne správanie a v tomto zmysle im nestanovili žiadne pevné hranice. Olweus tvrdí, že tieto deti museli od rodičov znášať fyzické tresty, prípadne prudké výbuchy emócií. Menšiu dôležitosť však už prikladá „horkokrvnému" temperamentu dieťaťa. (Elliottová M., 2005)

Ku školskému šikanovaniu môže prispievať aj samotné **prostredie, atmosféra školy a klíma triedy**. Dôležitý je aj prístup učiteľov k vzniknutým incidentom, či sa budú učitelia snažiť situáciu riešiť, alebo ju budú ignorovať. Prípadne, či na hodinách používajú iróniu, alebo posmešky, ktorými agresorov môžu nechcene podporiť. Pre vznik šikanovania je dôležité i to, ako učiteľský zbor dbá na disciplínu žiakov, či sa učitelia zdržiavajú iba vo svojich miestnostiach, pretože ako je známe, šikanovanie sa deje najmä v priestoroch, ktoré učitelia nemajú až tak pod kontrolou, napr. toalety alebo školské šatne.

Veľmi dôležité sú i **výchovné prístupy rodičov.** Výchovné prístupy rodičov patria medzi najvýznamnejšie zdroje detskej agresivity. Prax ukazuje, že agresívne správanie detí výrazne podmieňuje príliš benevolentná výchova, ktorá dovoľuje deťom takmer čokoľvek, pričom sa im všetko odpustí. Druhým extrémnym štýlom výchovy je príliš prísna, autokratická výchova, pri ktorej sa dieťa za všetko trestá a to fyzicky alebo psychicky. V rodinách týchto detí sa často vyskytuje vzájomné, nenávistné správanie, negatívne reakcie, podráždenosť voči deťom a neúčinné tresty. (Gajdošová E., Herényiová G., 2006)

Druhy a formy šikanovania

Rozlišujeme niekoľko typov šikanovania. **Fyzické, aktívne priame** napríklad, keď agresor obeť škrtí, kope, fackuje. **Fyzické aktívne nepriame** šikanovanie je typické tým, že obeti sú ničené veci. Ďalším je **fyzické pasívne priame** šikanovanie, ktoré je vyznačuje tým, že agresor obeti bráni dosahovať svoje ciele. **Fyzické pasívne nepriame** šikanovanie, ktoré sa môže prejavovať napríklad tak, že agresor obeti nechce splniť požiadavku, napríklad ju nepustí na toaletu. Nadávanie, urážanie je typické verbálne, aktívne priame šikanovanie. Rozširovanie ohovárania napríklad prostredníctvom kresby je verbálne, aktívne nepriame šikanovanie. Neodpovedanie na pozdrav zaraďujeme k verbálnemu, pasívnemu, priamemu šikanovaniu a príkladom pre verbálne, pasívne, nepriame šikanovanie môže byť situácia, keď je obeť nespravodlivo obvinená.

Podľa S. Strieženca (1996) je násilie uplatňovanie sily voči niekomu alebo niečomu, kto/čo nám stojí v ceste pri realizácii našej túžby, akt sily pôsobiaci proti prekážke, je prejavom akoby niečoho prirodzeného alebo produkt zle organizovaného spoločenského života. Rozdeľuje ho na **fyzické** (brachiálne, akt uskutočnený so zámerom fyzicky poraniť inú osobu), **psychické** (citové, s vážnym negatívnym vplyvom na citový vývin, napr. útoky na sebavedomie, opakované ponižovanie a zavrhovanie) a **skupinové násilie** ako spoločná násilná aktivita dvoch alebo viacerých jedincov v podobe manipulácie, verbálnej či fyzickej agresie voči ich okoliu, jedincom alebo skupinám. Skupinové násilie môže byť cieľom alebo prostriedkom skupinových aktivít, alebo produktom skupinovej ideológie, skupinových cieľov a potrieb, alebo môže byť prostriedkom na dosiahnutie vlastných alebo cudzích cieľov.

8.3.2. ŠIKANOVANIE - NEPRIAMY PREJAV AGRESÍVNEHO SPRÁVANIA (ELEKTRONICKÉ ŠIKANOVANIE)

V predchádzajúcej podkapitole sme sa sústredili na popis „priameho šikanovania“, ktoré sa vyznačuje tým, že obeť aj agresor stoja proti sebe „tvárou v tvár“, aj keď nemusí ísť o priame fyzické útoky. Ide tu o to, že agresor je známy a obeť vie, kto na ňu útočí.

V súvislosti s rozvojom nových informačno-komunikačných technológií, sa však v poslednom období rozvíja šikanovanie pomocou elektronických médií, ktoré je rozdielne tým, že obeť síce nie je vystavená priamym fyzickým útokom, ale agresor (agresori) sú neznámi, obeť sa nedokáže brániť a nevie, ani voči komu sa má brániť.

Z hľadiska klasických médií prinášajú nové informačné a komunikačné technológie nové možnosti a zároveň i riziká. Zásluhou svojho technického potenciálu internet prevyšuje tradičné médiá v mnohých ohľadoch ako napríklad interaktivitou, interným a externým sieťovým pripojením, multimediálnosťou, schopnosťou vyhľadávania i selekcie a mnohých ďalších. (Hradiská E . a kol., 2009)

V prípade **elektronického šikanovania** ide o teda premenu agresora i obeti. V takomto prípade šikanovania nie je potrebná fyzická sila, no je nutné ovládať komunikačné technológie. Obeťou sa môže stať ktokoľvek.

Elektronické šikanovanie je uvedomelé agresívne správanie sa, ktoré sa často opakovane vykonáva skupinou, alebo jednotlivcom prostredníctvom nových elektronických médií proti obetiam, ktoré sa nemôžu brániť (Smith P., 2006).

Pod elektronickým týraním rozumieme: „Šikanovanie a ponižovanie jednotlivcov alebo skupín formou osobných útokov uskutočňovaných prostredníctvom kanálov elektronickej komunikácie, ako napr. e- mail, rýchle správy alebo krátke textová správy (SMS)“ (Kopecký K., 2007, s.15) .

Pojem elektronické šikanovanie má viacero synoným, napr. kyberšikanovanie, e-šikanovanie, SMS šikanovanie, mobilné šikanovanie, online šikanovanie, digitálne šikanovanie, internetové šikanovanie.

Elektronické šikanovanie je realizované v troch lokalitách, ktoré deti a mladí ľudia najčastejšie navštevujú, a to v prostredí tzv. instant messengerov, čo sú programy k zasielaniu rôznych typov správ, odkazov (Hollá K., 2010).

K najobľúbenejším v Slovenskej republike patrí ICQ a pokec.sk, umožňujúce synchrónnu komunikáciu realizovanú v rôznych časových intervaloch.

Ďalším rizikovým priestorom sú sociálne siete, ktoré podporujú prepájanie kontaktov medzi ľuďmi a vzájomnými prepojeniami vytvárajú sieť vzťahov, napr. Myspace, Facebook, Twitter.

V súčasnosti je najvyhľadávanejšou sieťou Facebook, ktorý sa tak stáva jednoduchým nástrojom na páchanie kyberšikanovania. V tomto kyber priestore je veľmi jednoduché napísať urážajúci status, či posielať obťažujúce správy. Je zaujímavé to, že na dosiahnutie 150 miliónov užívateľov potreboval telefón 89 rokov, televízia 38 rokov, mobilný telefón 14 rokov a Facebook 4 roky (E. Vaňkátová, 2010) .

Okrem toho sa s kyberšikanou môžeme stretnúť v prostredí portálov zameraných na video, videokonferencie, videofóra a internetovú telefóniu, čo umožňuje prenos živého videoobrazu a hlasu (Kopecký K., 2007).

ZÁKLADNÉ PROSTRIEDKY ELEKTRONICKÉHO ŠIKANOVANIA

Prostriedkami elektronického šikanovania sú nástroje masovej komunikácie, predovšetkým však nové elektronické médiá. Typickými predstaviteľmi nových médií sú osobný počítač, mobilné telefóny a internet (Hollá K., 2010).

Internet svojim užívateľom ponúka nový komunikačný potenciál, ktorým je interaktivita, ktorá siaha do selekcie obsahu a účasti na anketách, hlasovaniach až po účasť na diskusných skupinách na zvolené témy.

Internet ponúka online komunikáciu, čet prostredníctvom blogov a komunikačnej siete. Užívatelia četov vytvárajú určitú sociálnu štruktúru, zastávajú rôzne sociálne role, uznávajú určité normy a komunikačné štandardy. Spolupodieľajú sa na vytváraní internetovej etiky, tzv. netiquette. Účastníci komunikácie si vytvorili vlastný jazyk, obsahujúci skratky a emotikony. Emotikony sú alfanumerickými, interpunkčnými symbolmi a grafickými značkami vyjadrené prejavy emócií. (Dušková M., Vaculík M., 2002)

„Blog je určitá forma komunikácie, čosi ako internetový zápisník, miesto, kde autor zdieľa informácie, názory, myšlienky, skúsenosti, dojmy s ostatnými, dokonca aj neznámymi ľuďmi. Môže byť tematicky zameraný (politika, sociálna situácia, webdizajn, príroda, a pod.)." (Bialko O., Drobný M., 2009, s. 84).

V rámci internetu má veľký význam elektronická pošta, e-mail, predstavuje spôsob odosielania, doručovania a prijímania správ prostredníctvom elektronických informačných systémov. Patrí sem aj internetová telefónia napr. prostredníctvom Skype, teda softvéru umožňujúcemu internetovú komunikáciu. Ďalšiu kategóriu v rámci internetu tvoria internetové vide. (Hollá K., 2010).

Odoslané e-malové správy môžu mať ironický, výsmešný obsah, tak ako aj odosielanie rýchlych správ, tzv. RP v diskusných fórach. Odosielanie ponižujúceho videa sa nemusí realizovať jedine cez internet, ale i cez mobilný telefón (Fazekasová, E., 2010).

Mobilný telefón

Mobilný telefón sa nepoužíva len na telefonovanie, alebo posielanie textových správ. Možno ho použiť na mnoho ďalších aktivít, ktoré boli v minulosti neprístupné. Dnes už môžeme cez mobilný telefón poslať e-mail, komunikovať prostredníctvom rýchlej pošty, sťahovať videá, fotografie, sťahovať a počúvať hudbu, spravovať bankový účet a mnoho ďalšieho. Sú to činnosti pri ktorých sa môžu užívatelia dostať do kontaktu s ohrozeniami. Mobilné telefóny sa okrem toho neraz využívajú i na vyhrážanie, šikanovanie a sexuálne obťažovanie. Výskum venovaný kyberšikanovaniu, ktorý bol realizovaný v Belgicku odhalil, že 56,7% respondentov bolo obeťami šikanovania cez internet alebo mobil, 49,3% priznalo, že sami boli iniciátormi takéhoto konania a 78,6% uviedlo, že bolo svedkom niektorej formy elektronického šikanovania. Výskumom sa ďalej zistilo, že medzi najčastejšie formy šikanovania cez mobilný telefón a internet patria vyhrážky, podvody, šírenie výmyslov a klebiet, prelomenie hesla k pošte a znemožnenie prístupu k emailom.
(Bialko O., Drobný M., 2009, s. 84)

ŠPECIFIKÁ ELEKTRONIKCKÉHO ŠIKANOVANIA

Už samotný názov elektronické šikanovanie naznačuje, že máme dočinenia so špecifickou formou klasického šikanovania. Vlastnosti virtuálnej reality menia charakter celého procesu šikanovania. Elektronické šikanovanie sa vyznačuje určitými špecifikami, medzi ktoré patria:

A**nonymita**

Výskumy zistenia potvrdzujú, že približne 40% obetí kyberšikany sa nikdy nedozvie, kto ich šikanoval. Technicky zdatný anonymný agresor sa nemusí príliš báť, že by bol vypátraný. Tu mu dáva voľný priestor, aby svoje aktivity stupňoval a činil všetko, čo by si mnoho krát tvárou v tvár k obeti netrúfol. Jedným zo znakov virtuálneho priestoru je, že

útočník nevidí bezprostrednú reakciu obete, čo mu neuľahčuje empatiu a možnosť plne si uvedomiť dôsledky svojich činov. (Vágnerová K. a kol., 2009, s. 94). Pre elektronické šikanovanie je charakteristická náročná kontrola a absencia klasických znakov šikanovania. Elektronicky posielané správy sa dajú ťažko kontrolovať. Trvá dlhšiu dobu, kým sa odhalí problém a tak sa kyberšikanovanie môže rýchlejšie šíriť. (Kavalír A., Rottová N., 2009)

Disinhibícia

Prostredie internetu a s ním spojená anonymita môže prispievať k vzniku disinhibície. Disinhibovanému človeku menej záleží na tom, čo si o ňom myslia ostatní, má menší strach vyjadriť svoje názory, ktoré vyjadruje otvorenejšie. Disinhibíciu delíme na benígnu a toxickú. Pod **benígnou disinhibíciou** rozumieme správanie človeka, pri ktorom môžeme ľahšie odhaľovať svoje želania. To prináša úžitok hlavne hanblivejším jednotlivcom, ktorí majú problém komunikovať tvárou v tvár. Pri **toxickej disinhibícii** ide o sociálne neakceptovateľné správanie, napr. o používanie hrubých nadávok, kritiky, čo zvykne byť označované pojmom flaming, ktorý sa v elektronických interakciách vyskytuje štyri krát častejšie než v reálnom živote.

Negatívny vplyv na sebahodnotenie obete

Ponižujúce komentáre môžu mať u mladých ľudí negatívny vplyv na sebahodnotenie. Elektronické šikanovanie sa vyznačuje tým, že útoky sú svojim spôsobom neukončené a divákom útokov sa môže stať ktokoľvek na svete. Napríklad ak dieťa dostane urážlivý e-mail, jeho obsah si môže niekoľko krát prečítať, zatiaľ čo pri tradičnom šikanovaní sú útoky jednorázové. V prípade, že agresor svoju obeť uráža tvárou v tvár, je možné, že obeť si každé slovo nezapamätá, avšak písaný text si môže čítať dokola. Pokiaľ je text raz zverejnený napr. na webe, môže ho ktokoľvek skopírovať a šíriť ďalej. (Vágnerová K. a kol., 2009)

Schopnosť narábať s elektronickými prostriedkami

Kyber- tyrani sú zákerní útočníci, ktorí hľadajú radosť, zisk prostredníctvom zlého zaobchádzania s inými osobami. Sila on- line šikanovania pramení z odbornej zručnosti. Mládež, ktorá je schopná používať elektronické prostriedky a technológie na obťažovanie ostatných je v pozícií sily vzhľadom k obeti.

Nekontrolovaný priestor na šikanovanie

Elektronické prístroje umožňujú jednotlivcom kontaktovať ostatných kedykoľvek a kdekoľvek. Väčšina dospievajúcich sa môže pripojiť k internetu z domu. Kyberšikanovanie tak preniká za steny domovov. On line šikanovanie môže prenasledovať obeť nielen vtedy, keď je v škole.

DRUHY A FORMY ELEKTRONICKÉHO ŠIKANOVANIA

Elektronické šikanovanie možno realizovať prostredníctvom priamych alebo sprostredkovaných útokov. Priame útoky elektronického šikanovania sú také, pri ktorých je v procese e- šikany priamo zapojený aktér útoku a obeť (Hollá K., 2010).

Priame útoky

Pod priamymi útokmi rozumieme napríklad posielanie odťažujúcich správ prostredníctvom e-mailu, SMS správy, kradnutie hesiel a zneužitie osvojeného účtu, zverejnenie intímnych informácií prostredníctvom blogu, zverejnenie klamlivých alebo citlivých informácií a obrazového materiálu na webových stránkach, alebo ich šírenie cez telefón. Okrem toho medzi priame útoky elektronického šikanovania zaraďujeme internetové

hlasovanie, interaktívne hry, prostredníctvom hracích zariadení ako napr. X- Box, Sony Play Station 2, kde sú účastníci v živom spojení cez chat alebo telefonicky cez internet. Niekedy sa stáva, že účastníci hry slovne napádajú, nepúšťajú svoju obeť do hracej miestnosti. Za priamy útok elektronického šikanovania považujeme i vydávanie sa za iného človeka a zasielanie zákerných kódov, vírusov, alebo pornografických e-mailov a správ (Kavalír A., Rottová N., 2009)

Sprostredkované útoky

O sprostredkované útoky alebo aj elektronické šikanovanie v zastúpení sa jedná vtedy, keď agresor použije na „špinavú prácu" niekoho iného. Táto osoba tak neraz ani nevie, že šikanuje. Pokiaľ kyberagresor dokáže navodiť takú situáciu, že na prvý pohľad sa zdá, že obeť robí niečo zlé a rodičia sa o tom dozvedia, môžu ho potrestať, hoci nič zlé neurobil. Pod elektronickým šikanovaním v zastúpení rozumieme situácie, keď sa kyberagresor vydáva za svoju obeť, môže sa napr. nabúrať do jeho účtu, ukradnúť mu heslo a správa sa tak, aby obeti spôsobil problémy.

Happy slapping

Špecifickou formou elektronického šikanovania je happy slapping. Pod happy slappingom rozumieme situácie, keď útočníci natáčajú na mobil video zachytávajúce agresívne alebo sexuálne útoky na obeť, prípadne tieto útoky napodobňujú. Potom získané video rozosielajú ďalším ľuďom cez mobil prípadne ho zverejnia na internete. Činnosť je zameraná na zosmiešnenie obete.

Typológia elektronického šikanovania je veľmi široká. Zostavila ju N. Willard, ktorá medzi elektronické šikanovanie zaraďuje online provokovanie, online obťažovanie, očierňovanie, online napodobňovanie, odhaľovanie, podvádzanie a odhaľovanie, vylúčenie z online skupiny, prenasledovanie (Hollá K., 2010).

Online obťažovanie

Pri online obťažovaní ide hlavne o časté a opakované posielanie urážlivých správ, ktoré môže byť realizované cez e-mail, textové správy, komentáre a chat.

Online očierňovanie, ohováranie

Očierňovanie, ohováranie cez internet je proces umožňujúci elektronické šírenie hanlivých výrokov o obeti. Cieľom takéhoto konania je poškodiť povesť obete a narušiť jej vzťahy s priateľmi. Zaraďujeme sem vypracovanie profilov, písanie blogov alebo webovej stránky, ktoré si robia žarty z ostatných.

Onlinenapodobňovanie

Pokročilé technické zručnosti vyžaduje online napodobňovanie. Útočník sa v tomto prípade vydáva za obeť a v jeho mene posiela urážlivé správy v snahe dostať danú osobu do problémov.

Online odhaľovanie

Odhaľovanie zahŕňa zverejňovanie a šírenie intímnych a kompromitujúcich informácií, obrázkov, videí prostredníctvom internetu a mobilných technológií. Pri podvádzaní a manipulovaní násilník manipuluje obeť za účelom zistiť a zverejniť tajomstvá a informácie o osobe, ktoré ju môžu priviesť do rozpakov.

Vylúčenie z online skupiny

Vylúčenie z online skupiny predstavuje zámerné a hrubé vylúčenie cieľových osôb z online skupín a nie je im dovolené vstúpiť do chatovacích miestností, prípadne chýbajú na zozname priateľov. Prenasledovanie zahŕňa zneužívanie online komunikácie k obťažovaniu a zastrašovaniu vybraných užívateľov. Obete sú prenasledované a obťažované spamom, zasielaním vírusov a zanechávaním neprimeraných odkazov na chate. (Hollá K., 2010)

8.4 ODPORÚČANIE PRE EDUKAČNÚ PRAX

1. PRIAME – AGRESÍVNE FORMY ŠIKANOVANIA

V nasledujúcom texte uvádzame najčastejšie formy, programy prevencie a intervencie šikanovania, ktoré sú dostupné pedagógom, výchovným poradcom, školským psychológom i rodičom a k´toré sa týkajú priamych agresívnych foriem šikanovania. Samozrejme, niektoré z uvedených programov a aktivít, je možné aplkivať aj pri nepriamych formách:

1. Model ucelenej pomoci podľa M Koláře (2001); ktorý má osem vrstiev. (Kolář, : Bolest šikanování. Praha : Portál, 2001, s. 189 – 199).

2. Metódy prevencie šikanovania podľa P. Říčana (1998). Nebezpečenstvo šikanovania môžeme podľa neho znížiť uplatňovaním zásad, ktoré všeobecne prospievajú detskému duševnému a mravnému vývinu a pomáhajú vytvárať dobré vzťahy v rodine a v škole. (Říčan, P.: Agresivita a šikanovanie medzi deťmi. Trnava : EDUCATIO, 1998, s. 59-75).

3. Preventívny program proti šikanovaniu vypracovaný v Centre pedagogicko-psychologických služieb v Banskej Bystrici. (Škodová, I.: Šikanovanie ako pedagogický problém. CPPS Banská Bystrica, 1998, s. 3-7).

4. Cesta k emocionálnej zrelosti je preventívno – výchovný program, aplikovateľný pre stredné školy so záberom na študentské domovy, ktorý zlepšuje vzťahy k spolužiakom, podporuje začleňovanie sa do kolektívu školskej triedy, znižuje pravdepodobnosť výskytu konfliktných vzťahov medzi deťmi a mení úroveň emocionálneho prežívania detí.
(Matula, Š.: Cesta k emocionálnej zrelosti. VÚDPaP Bratislava, 2003).

5. Stop násiliu. „Mám právo na ochranu, mám právo na slobodu.“ Je to teoreticko-praktický materiál k problematike šikanovania, zameraný na prvú pomoc vo svete šikanovania, obsahuje hlavné zásady postupu vyšetrovania, zásah a prevenciu proti šikanovaniu na škole. (Žilinčíková, D.: Stop násiliu. PPP Banská Bystrica, 2000).

6. Program rozvoja osobnosti žiaka so zameraním na drogovú prevenciu, možno ho však využiť aj pri výskyte šikanovania. (Hybenová, V.: Program rozvoja osobnosti žiaka so zameraním na drogovú prevenciu. ManaCon, Prešov, 1999).

8. Stratégie zvládania šikanovania, príručka „Násilie v škole“, ktoré sa zameriavajú hlavne na včasnú identifikáciu šikanovania na škole a popisujú jednotlivé kroky v prípade podozrenia. (Tholtová, J., Žuffová, M., Sučáková, A. : Násilie v škole. Nižná : ICM Orava, 2000.).

2. NEPRIAME FORMY ŠIKANOVANIA – ELEKTORICKÉ ŠIKANOVANIE

1. Vytvorenie si základného prehľadu o tom, aká je situácia na škole. K tomuto môže slúžiť využiť depistážny dotazník alebo orientačný rozhovor so študentmi.

2. Informácia pre žiakov o dôsledkoch kyberšikanovania – napr. v rámci školského poriadku, kde bude vymedzené, podľa čoho sa kyberšikana identifikuje, ako sa bude riešiť a čo môže nastať pri jej odhalení. Informácie je potrebné poskytnú´t aj rodičom.

3. Odborné prednášky na tému zneužívania elektronických médií a ich možné trestno-právne dôsledky.

4. Určiť z radov pedagógov učiteľa, ktorý sa bude na danú problematiku špecializovať.

5. V prípade školských počítačov sa odporúča nainštalovať do školských počítačov softwar, ktorý bude blokovať zadané stránky.

6. Na utváraní bezpečného prostredia je možné využiť aj zavedenie anonymného hlásenia výskytu elektronického šikanovania.

7. Využívať možnosti predmetu Mediálna výchova v rámci prevencie elektronického šikanovania.

9. kapitola

EMOČNÉ PORUCHY A PORUCHY SOCIÁLNEHO FUNGOVANIA SO ZAČIATKOM ŠPECIFICKÝM PRE DETSTVO

Poruchy, ktoré spadajú do tohto spektra, sú klasifikované podľa prevažujúcich symptómov, ktorými sú napr. úzkosť, strach, depresie, fóbie, obsesie a pod. Emočné poruchy a poruchy sociálneho fungovania so začiatkom pre detstvo zahŕňajú najmä separačnú úzkostnú poruchu, sociálnu úzkostnú poruchu, rôzne druhy fóbií a narušené verbálne prejavy, v pozadí ktorých môže dominovať úzkosť, strach a obavy. Podľa MKCH – 10 sú označované kódom F – 93 a F – 94 a ďalšími špecifikovanými kódmi.

Dominujúcim príznakom týchto porúch je prežívanie úzkosti, ktorá je inou kvalitou ako vlastnosť človeka – úzkostnosť, je to prežívanie obáv a strachu, ktorý nemusí mať konkrétnu príčinu, konkrétny podnet.

SYMPTOMATOLÓGIA

Úzkostné poruchy charakterizuje chronická neprimeraná úzkosť, ktorá sa môže prejavovať vyhrotenými akútnymi atakmi alebo iracionálne vystupňovaným strachom. Tieto poruchy sú spojené s narušeným **emocionálnym prežívaním.** Emócie slúžia človeku (aj dieťaťu) ako základ subjektívneho hodnotenia situácie, ktoré ovplyvňuje tak miera aktuálneho uspokojovania, ako aj minulé skúsenosti (M. Vágnrová, 2004). Väčšina emócií môže z tohto hľadiska pôsobiť napr. tak, že úzkosť a strach navodzuje konanie smerujúce k obrane či úniku pred očakávaným ohrozením, ale taktiež môže viesť k celkovej inhibícii, k ochromeniu či neschopnosti, čokoľvek vykonať.

Úzkosť môžeme charakterizovať ako nepríjemný zážitok jedinca charakterizovaný tiesňou a napätím pri neurčitosti podnetu, ktorý tento stav vyvoláva. Úzkosť je prejavom maladaptívneho správania, t.j. chybného alebo nedostatočného prispôsobenia sa danej situácii.

Pre úzkostné dieťa je príznačné to, že väčšinu úloh a povinností prežíva ako nebezpečné a vopred predvída neúspech svojho konania. Výsledkom prehodnotenia takéhoto "nebezpečenstva" a podcenenia vlastných schopností je ďalší vývin úzkosti. Keď dieťa vopred predvída a očakáva svoj neúspech, tak sa stáva, že skutočne podá zlý výkon, aj keď je dobre pripravené.

V školskom prostredí sa úzkostné dieťa môže javiť ako dôkladné, pedantné, vždy poslušné, nevyrušuje, je tiché, zahriaknuté, má strach zo zlých známok. Práve preto tieto deti často uniknú pozornosti učiteľa, nepovažuje ich za "problémové", i keď z hľadiska psychologického a psychiatrického ide o prípady závažnejšie, než predstavujú deti zvýšene aktívne, výbojné, vyrušujúce, ktoré pozornosť učiteľa zákonite priťahujú.

Úzkostné stavy u detí sú vo forme prechodných manifestácií ešte normálne. Až keď trvanie a intenzita je v nepomere k príčinám, potom je treba uvažovať o ich patologickej forme.

U malých detí sa stretávame aj s **nočnou úzkosťou.** Tieto stavy sú spojené s poruchami spánku a nočným desom. Pokiaľ zlé zaspávanie nie je podmienené napr. rušným

prostredím, môže ísť o celkovú slabosť CNS alebo pocity úzkosti. Mnohé úzkostné deti sa boja zaspať a stratiť tak kontrolu nad okolitým svetom. Najmä tma, ktorá vylučuje možnosť zrakového kontaktu s okolím, úzkosť u dieťaťa ešte zvyšuje.

V čase zaspávania sa u detí vyskytujú rôzne pohybové stereotypie, napr. kolísanie, rytmické pohyby hlavy a pod. Dieťa tým chce dosiahnuť isté ukľudnenie a zbavenie sa úzkosti a napätia. Tieto poruchy sa často vyskytujú u detí deprivovaných, chronicky frustrovaných, úzkostných a poukazujú na určitú izoláciu dieťaťa v rodine. Inou formou je pavor nocturnus (nočný des), ktorý sa môže prejaviť vo forme nervového záchvatu, ktorý sa dostavuje v spánku. Dieťa sa náhle posadí, je vystrašené, kričí, rýchle dýcha, nedá sa prebrať k plnému vedomiu. Po niekoľkých minútach zaspáva. Ráno si na udalosť nespomína.

Pavor nocturnus sa objavuje najčastejšie u detí v období predškolského a mladšieho školského veku. Príčinou môže byť nadmerná úzkosť, zmena prostredia, rodinná disharmónia, ale aj telesné ochorenie.

Úzkostné stavy môžu znepokojovať nielen samotné deti, ale aj celú rodinu. Často sa stretávame s tým, že tieto deti majú silnú väzbu s úzkostnou a neistou matkou, chýba im postupný tréning na kontakt s okolitým svetom. Extrémne úzkostné stavy môžeme pozorovať aj pri chybách vo výchove, pričom ide často o rodičov, ktorí požadujú na deťoch extrémne vysoké výkony a za ich nedosiahnutie sú trestané. Úzkosť môže byť aj sprievodným javom pri zneužívaných a týraných deťoch. V pozadí úzkosti môže byť aj podceňovanie dieťaťa a jeho následný strach zo zlyhania.

Vonkajšie prejavy úzkosti sa manifestujú najčastejšie týmito znakmi:

- nápadná hanblivosť a neistota v prítomnosti cudzích alebo viacerých ľudí,
- agresia voči mladším alebo slabším deťom,
- vlastné hrdinské fantázie, silácke reči, vymýšľanie dramatických príbehov so strašidelným obsahom,
- výrazná precitlivelosť a plačlivosť,
- neprimerané a silné fóbie,
- výrazné uľpievanie na matke alebo inej blízkej osobe,
- odťahovanie sa od rovesníkov a uzatváranie sa do seba,
- prehnané reakcie na náhle a neočakávané podnety,
- nadmerná anticipácia ohrozujúcich udalostí,
- v niektorých prípadoch môže byť tento stav sprevádzaný aj somatickými ťažkosťami (únik do častých ochorení, bolesti hlavy, brucha a pod.),
- pri plnení školských povinností sa často objavujú aj vzdelávacie ťažkosti. Tieto majú svoj zdroj hlavne v tom, že deti pracujú veľmi dôsledne, pričom precízne vypracujú prvú časť úlohy, ale na druhú časť im nezostáva čas, dlho premýšľajú a sú neisté, boja sa chýb a zlyhania, majú problémy hovoriť pred celou triedou. Z týchto dôvodov je ich prospech zhoršený (bývajú stabilne podhodnocované), nereagujú pružne (pretože sa boja) a pôsobia ako málo nadané.

ETIOLÓGIA

Príčiny vzniku úzkostných porúch nie sú presne známe, avšak tieto poruchy a ich vznik je podmienený multifaktoriálne. Ide o súbor dedičných dispozícií, vývinovo podmienených zmien, ale aj rôznych záťažových faktorov, ktoré môžu byť biologického (endogénneho) alebo aj psychosociálneho (exogénneho) charakteru.

Dedičnosť

Význam geneticky podmienenej dispozícii k nadmernej úzkosti je významný, nejednoznačný je však spôsob, akým sa tieto genetické predpoklady prenášajú na ďalšiu generáciu. Dispozície k úzkostnému správaniu sa prejavujú napr. zníženou toleranciou k záťaži, väčšou psychickou zraniteľnosťou, dráždivosťou, labilitou a sklonom k vegetatívnym ťažkostiam.

Zmena mozgových funkcií

Predpokladá sa, že úzkostné správanie vzniká prevažne na určitom zdedenom teréne, resp. že určité typy nervovej sústavy sú náchylnejšie reagovať na stresové situácie neurotickými obrannými mechanizmami. Úzkostné správanie sa dá všeobecne chápať ako prejav narušenia inhibičných mechanizmov. Príčinou takejto zmeny mozgových funkcií môžu byť napr. aj organické zmeny na mozgu súvisiace so vznikom mozgových nádorov.

Telesná alebo duševná vyčerpanosť

Dieťa môže byť vážne telesne oslabené dlhotrvajúcou chorobou, operatívnym zákrokom, úrazom apod. Psychicky môže byť vyčerpané nejakou aktuálnou traumou a pod. I keď väčšina detí tieto situácie zvláda, niektoré deti spolu s inými neurotizujúcimi momentami reagujú na ne neadekvátne, napr. úzkostným správaním.

Sociálne učenie

V rámci rodiny môže dieťa získať skúsenosť s takýmto spôsobom správania najmä na základe modelového správania rodičov, alebo iných významných dospelých osôb. Dieťa má teda tendenciu napodobňovať (imitovať) úzkostné správanie a reakcie, ktoré odpozorovalo vo svojom okolí.

9.1.1 SEPARAČNÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA (F93.0)

Uvedená porucha sa prejavuje nadmernou úzkosťou, ktorá sa spája s odlúčením alebo hrozbou z odlúčenia od ľudí, na ktorých je dieťa citovo viazané (najčastejšie rodičia). Typické sú nereálne obavy, že sa tejto osobe niečo stane, odíde a už sa nevráti, alebo že sa dieťa stratí, unesú ho a pod. Dieťa odmieta opustiť osobu, ísť do školy, odmieta zaspať, v spánku sa budí, objavuje sa nočný des, nechce byť samé doma. Prejavujú sa ďalšie symptómy, ktoré majú slúžiť na pripútanie rodiča .- zvracanie, bolesti brucha, hlavy .... U veľmi malých detí sa prejavuje aj v podobe zástavy dýchania /afektívne – respiračné kŕče/, resp. v podobe náhlych záchvatov zlosti pri zmene stereotypu v dennom režime.

Deti, ktoré trpia touto poruchou sú tiché, utiahnuté, v škole zvyčajne majú dobré známky, ale trpia strachom zo zlyhania, sú perfekcionistické a prejavujú celý rad strachov – z úrazu, smrti a iných.

V normálnom vývine dieťaťa sa začína separačná úzkosť objavovať okolo 6. – 8. mesiaca, postupne jej intenzita klesá a okolo 3. roku života dieťaťa je väčšina detí schopná dobre znášať krátkodobé odlúčenie od matky (napr. návštevou materskej školy). Aj na úrovni fyzického vzďaľovania sa od matky, si dieťa skúša reálnu situáciu separácie od matky, ktorú označujeme ako subfázu separačno-individuálneho procesu. Postupné odpútavanie sa dieťaťa od predchádzajúcej symbiotickej väzby s matkou je dôležitým vývinovým prvkom súvisiacim s rozvojom identity dieťaťa. Separácia má však dve formy:

1. Aktívna forma – závisí na samotnom dieťati – vzďaľuje sa od matky na takú vzdialenosť a na tak dlho, ako to považuje za únosné ;

2. Pasívna forma – nie je závislá od vôle dieťaťa, pričom sa u detí objavujú rôzne fázy tzv. separačnej úzkosti.

9.2. FÓBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY (F 91)

Úzkosti sa u detí manifestujú obvykle na pozadí strachu z odlúčenia od ochraňujúcej matky. Fóbie sú ale inak zamerané napr. na tmu, zvieratá, určitých ľudí, búrku, v neskoršom veku na školu a pod. Preto môžeme hovoriť o **fóbiách**, ako o špecifickom druhu strachu, napr. - fóbia z tmy, fóbia zo psov, školská fóbia atď. Najčastejšie zvieracie fóbie sú zo psov, pavúkov, hadov. Nie zriedka pretrvávajú aj v dospelom veku. Pre fóbie je typické to, že okrem príznakov normálneho strachu je ich súčasťou aj neschopnosť zvládnuť ich vôľou, pričom v dospelom veku si človek uvedomuje aj ich neopodstatnenosť. Všeobecne môžeme konštatovať, že fóbie sú strachy neprimerané skutočnosti.

Hlavným **symptómom** je teda iracionálny, neprimeraný strach z konkrétneho objektu, situácie, ale niečoho, čo samé o sebe nie je nebezpečné. Tento iracionálny strach vyvoláva silnú úzkosť (niekedy až paniku) a vedie k vyhýbavému správaniu, ktorého cieľom je obmedziť kontakt so zdrojom strachu.

Obavy sú nadmerné, nezodpovedajú skutočnosti a hoci tento si to uvedomuje, nevie sa ich zbaviť. Predmet strachu nemusí byť ani prítomný, stačia predstavy o ňom.

Fobické poruchy miernej intenzity sa vyskytujú až u 5-10% populácie, ale v doslova patologickej podobe asi u 1% populácie, častejšie u žien, vyskytujú sa vo všetkých vekových pásmach, teda aj u detí (F93.1).

Majú rozličné podoby podľa objektu vyvolávajúceho strach: agorafóbie (strach z veľkých otvorených priestorov – napr. ulice, námestia), klaustrofóbie (strach z uzavretých priestorov), sociálne fóbie (strach z ľudí), arachnofóbie (strach z pavúkov), zoofóbie (strach z rôznych zvierat) a pod. U detí sa vyskytuje najčastejšie zoofóbia, strach z tmy – nyctofóbia, zo školy - školská fóbia.

Osobitným druhom fóbie je **sociálna fóbia –** strach zo situácie, kedy bude človek v pozornosti iných ľudí, osobitne takých, kde má vystúpiť, prejaviť sa verejne. Postihnutý sa situáciám kontaktu vyhýba, až sa izoluje. Porucha sa najčastejšie prejavuje vo veku 11-15 rokov.

Najvýraznejšie sa prejavuje úzkostná deformácia vzťahu dieťaťa ku škole v tzv. **školskej fóbii.** Je to iracionálny, nadmerný strach zo školy a školského prostredia. Takto postihnuté deti sú v stave akútnej a pretrvávajúcej úzkosti až paniky pred školou, ktorá sa prejavuje nechutenstvom, zvracaním, bolesťami brucha, bledosťou, chudosťou. Typickým znakom je to, že uvedené ťažkosti sa objavujú len v dňoch, kedy dieťa chodí do školy. Počas víkendov a prázdnin sa neobjavujú.

Školskou fóbiou trpia asi 2% detí. Najčastejšie sa vyskytuje medzi šiestym až desiatym rokom, ale môže sa objaviť aj u detí starších. Keďže tento stav súvisí s úzkosťou, objavuje sa v odbornej literatúre aj termín odmietanie školy alebo úzkosť vyvolaná školou.

Príčiny vzniku školskej fóbie sa môžu týkať:

- nadmerného strachu zo školského prostredia, ktorý nemusí mať konkrétne príčiny;
- nadmerného strachu zo školského prostredia, ktorý má konkrétne príčiny, napr. strach z učiteľa, zo spolužiakov, zo šikanovania, zo zlyhania a pod.;
- nadmernej starostlivosti zo strany rodičov. Takéto dieťa sa cíti doma spokojné, ale pri príchode do školy môže prežívať pocit ohrozenia z iných detí, cíti sa ohrozené ich správaním, porovnáva svoje možnosti pri plnení úloh, obáva sa vlastnej zodpovednosti pri plnení úloh a pod.;

- neprimeraného sebahodnotenia detí, hlavne tých, ktoré majú zvýšené sebavedomie a tendencie k preceňovaniu sa. Ak majú pocit, že nemôžu vyniknúť, stávajú sa anxióznejšími a utiekajú sa k užšiemu kontaktu s matkou - regredujú v emocionálnom a sociálnom vývine.

Pokiaľ sa školská fóbia objaví až v období dospievania, môže byť signálom iných ťažkostí, alebo skutočného pocitu ohrozenia a strachu v školskom prostredí. Tento strach môže byť vyvolaný nasledovnými činiteľmi:

- necitlivý, príliš náročný učiteľ;
- typ štúdia, ktorý môže byť pre dospievajúceho náročný;
- ubytovanie v domove mládeže, pokiaľ na to dospievajúci nie je psychicky zrelý a pripravený;
- konkrétne školská aktivita, ktorá pripadá dospievajúcemu náročná a vyvoláva v ňom strach - napr. verbálny prejav pred triedou, hodiny telesnej výchovy, praktický výcvik a pod.;
- hrozby a telesné napadnutie v škole, resp. na ceste do a zo školy, často spojené so šikanovaním;
- narušené školské prostredie, kde neplatia žiadne morálne zásady a kde sa vyskytuje často násilie a nepredvídateľné situácie.

Školskú fóbiu treba zásadne odlišovať od záškoláctva, ako asociálneho správania. Fóbické dieťa cíti potrebu chodiť do školy, ale sa jej bojí. Niekedy sa zo strachu vyhne škole, bojí sa a preto zostáva doma. Záškolák naopak necíti potrebu chodiť do školy.

9.3 ELEKTÍVNY MUTIZMUS (F 94.0)

Ide o poruchu komunikácie, znamená stratu reči v dôsledku neurotických zábran, a to u dieťaťa, ktoré normálne hovorilo a netrpelo žiadnou poruchou reči. Ide o špecifickú emocionálnu poruchu detského a adolescentného veku, hlavnou symptomatológiou je úzkosť a strach.

Mutizmus sa vyskytuje najmä u detí predškolského veku a mladšieho školského veku, často sa prejaví na začiatku školskej dochádzky. Postihuje hlavne deti úzkostné, precitlivelé a je obvykle viazaný na situácie spoločensky náročné a na osoby, voči ktorým má dieťa citový odstup. Môže vznikať i ako následok prekonanej traumy. Pokiaľ sa mutizmus objaví po prekonaní traumatického zážitku, potom hovoríme o **traumatickom mutizme**. Vyskytuje sa aj prechodný mutizmus, ktorý je spojený so separačnou anxietou a môže byť situačnou reakciou na novú situáciu, ktorá má prechodný charakter.

Pokiaľ dieťa prestane komunikovať len s niektorými osobami svojho okolia, ide o tzv. **elektívny mutizmus.** Často je to napr. učiteľka, s ktorou dieťa nehovorí, i keď doma rozpráva bez zábran. V niektorých prípadoch dieťa nehovorí s nikým, mimo členov svojej rodiny, v rodine komunikuje napr. len so ženami a pod. Približne rovnako postihnutí bývajú chlapci aj dievčatá. S takto postihnutým dieťaťom hovoríme bez zábran, ale nečakáme jeho odpoveď, môžeme si odpovedať sami a správame sa tak, akoby jeho slová neboli pre nás dôležité.

Charakteristickými znakmi sú:

1. Dôsledné mlčanie v špecifických sociálnych situáciách, kde sa očakáva, že dieťa bude komunikovať.

2. Nie je to porucha reči a jazyka v tom zmysle, že dieťa nevie rozprávať.
3. Tento stav trvá minimálne jeden mesiac.

Elektívny mutizmus postihuje približne 0,1% populácie detí.

9.4 TIKOVÉ PORUCHY (F 95)

Tik má charakter neuvedomelého alebo polouvedomelého pohybu, ktorým organizmus dosiahne náhradné uvoľnenie. Ide o jemné zášklby drobného svalstva, najčastejšie tvárového, mimického (žmurkanie), poťahovania nosom, krútenie ústami, ale aj pokyvovanie a trhanie hlavou, ramien a pod.

Tiky sa objavujú so značnou frekvenciou a pútajú pozornosť okolia svojou nápadnosťou a neprimeranosťou. Môže tu vzniknúť nebezpečenstvo, že dospelí, ale aj ostatné deti, budú hodnotiť tento neurotický prejav ako šaškovanie a neuvedomia si, že ide o neovládateľnú aktivitu.

Tikové poruchy sa v detstve vyskytujú častejšie, než v dospelosti, pričom najčastejší výskyt tikov sa objavuje u detí mladšieho školského veku.

Príčinami môžu byť:

- interakcia genetických faktorov, neurobiologického substrátu a vonkajších rizikových faktorov (V. Hort a kol., 2000);

- z vonkajších rizikových faktorov je to kladenie príliš veľkých nárokov na dieťa, preťažovanie dieťaťa, zlá atmosféra v rodine alebo triednom kolektíve, strach z učiteľa.

Z hľadiska prejavov rozoznávame niekoľko druhov tikov (V. Hort a kol., 2000):

Jednoduché tiky – sú to motorické tiky, ktoré sa vyskytujú najčastejšie vyskytujú v oblasti mimického svalstva – grimasy, žmurkanie, krčenie nosa, potrhávanie hlavou, ramenami a pod.

Vokálne (fonačné) tiky – sú to krátke zvuky, ako napr. pokašliavanie, chrochtanie, vyrážanie slabík, pohvizdovanie a pod.

Komplexné motorické tiky – prejavujú sa opakovaným dotýkaním, predkláňaním, točením sa, poskakovaním, oblizovaním, až sebapoškodzovaním.

Komplexné fonačné tiky – skladajú sa z celého komplexu zvukov, slov alebo krátkych fráz. Dochádza k opakovanému vykrikovaniu alebo vyrážaniu slov buď indiferentných alebo obscénnych (tzv. koprolália), alebo dochádza k opakovaniu vlastných slov (tzv. palilália), alebo k opakovaniu počutých slov (tzv. echolália).

Väčšina všetkých tikov (96%) je v oblasti hlavy, ramien a horných končatín.

10. kapitola

PSYCHICKÉ PORUCHY SPOJENÉ SO SOMATICKÝMI PROBLÉMAMI

Do tejto skupiny porúch zaraďujeme dve základné špecifické skupiny porúch, ktoré sa viažu na problematiku vylučovania (F 98.0 a F 98.1) a problematiku porúch v príjme potravy (F 50.0 a F 50.2). Ich spoločným znakom sú aj poruchy správania, ktoré sú spojené s fyziologickými a somatickými faktormi. I keď tieto poruchy sú v rámci MKCH – 10 zaradené do osobitných kategórií, podľa M. Vágnerovej (2004) vykazujú isté spoločné znaky, preto ich uvádzame v rámci jednej kapitoly. Ich spoločným znakom je neschopnosť ovládať svoje telo a niektoré jeho funkcie. Obidve skupiny porúch majú aj ďalší spoločný znak, ktorý sa týka ich začiatku a ktorý je lokalizovaný do obdobia detstva, resp. dospievania.

J. Langmeier a kol. (2000) označujú tieto poruchy ako psychosomatické, pričom k nim zaraďujú aj prieduškovú astmu, obezitu a zajakavosť.

10.1 PORUCHY VYLUČOVANIA

Včasné udržanie telesnej čistoty je znamením úspešného prijatia spoločenských noriem a teda aj kultúrnej vyspelosti dieťaťa. Určitou prestížou súčasnej rodiny je aj to, ak sa dieťa už v 2. roku svojho života dokáže vypýtať na vykonanie malej a veľkej potreby. V tomto kultúrnom tlaku je pravdepodobne aj príčina zvláštneho napätia, ktoré sa okolo vylučovania vytvára.

Tieto poruchy sú charakterizované neschopnosťou ovládať vylučovanie moču alebo stolice spôsobom, ktorý zodpovedá aktuálnej vývinovej úrovni jedinca. Ich príčinou nie je somatické ochorenie alebo postihnutie (M. Vágnerová, 2004).

Súčasný klasifikačný systém MKCH – 10 rozlišuje vzhľadom k oblasti postihnutia enurézu a enkoprézu.

Enuréza (F98.0) je porucha kontroly vylučovania moču spojená s mimovoľným pomočovaním.

Enkopréza (F98.1) je porucha kontroly vylučovania stolice spojená s mimovoľnou defekáciou.

Obidve poruchy sa označujú prívlastkom „neorganická“, ktorý akcentuje to, že tieto poruchy nevznikajú na základe somatického ochorenia.

10. 1.1 NEORGANICKÁ ENURÉZA (F 98.0)

Pri uvedenej poruche ide o pretrvávajúce neuvedomelé vypúšťanie moču v noci alebo počas dňa, ktoré s ohľadom na vek dieťaťa je nutné pokladať za abnormálne.

SYMPTOMATOLÓGIA

Zatiaľ čo väčšina detí po 4. roku svoj močový mechúr ovláda, asi 10% detí (12% chlapcov a 7% dievčat) sa ešte takmer pravidelne pomočuje. Ide o pomerne častú poruchu, pri ktorej sa v 80% vyskytuje nočné pomočovanie (enuresis nocturna) a v 20% o denné pomočovanie (enuresis diurna). Podľa M. Vágnerovej (2004) o neorganickej enuréze je možné hovoriť až po piatom roku veku dieťaťa, dovtedy sú občasné problémy tohto druhu považované za fyziologické.

Zdravé dieťa sa má naučiť pýtať sa na močenie počas dňa približne do konca druhého roka života. Zachovanie čistoty v noci je oveľa ťažšie, ale väčšina detí to dokáže už koncom tretieho roka. Niektoré deti však čistotu nevedia udržať ani po dosiahnutí tohto veku. Ako už bolo uvedené, pokiaľ tieto problémy pretrvávajú dlhšie, vtedy hovoríme o psychosomatickej poruche nazvanej **neorganická enuréza**, ktorá je definovaná ako opakované pomočovanie – mimovoľné vyprázdňovanie močového mechúra (bez organickej príčiny) vo veku, kedy už z hľadiska vývinu má byť dosiahnutá vôľová kontrola močenia. Vekové vymedzenie však býva rôzne – najčastejšie od chronologického veku 4 alebo 5 rokov, alebo od dosiahnutia mentálneho veku 4 rokov.

Rozlišujeme enurézu dennú a nočnú. Aby sme mohli hovoriť o nočnej enuréze musí k pomočovaniu dochádzať aspoň dvakrát mesačne vo veku okolo 5-6 rokov alebo aspoň jedenkrát mesačne u detí starších.

Ďalej enurézu rozdeľujeme **na primárnu (bez „suchého“ intervalu) a sekundárnu (suchý interval aspoň 1 rok)**. Do skupiny detí s primárnou enurézou zaraďujeme tie, ktoré sa nikdy nenaučili pýtať sa v noci na močenie. Vyskytuje sa aj u detí s hyperaktivitou, poruchami pozornosti a špecifickými poruchami učenia. Často sa s ňou stretávame aj u detí s rôznymi psychickými poruchami a u detí s mentálnou retardáciou. Sekundárna enuréza, ktorá tvorí asi 20% prípadov nočného pomočovania, je prevažne psychogénneho pôvodu. Ide o stav, keď deti zostávali už dlhší čas v noci „suché“ (minimálne 6 mesiacov), ale po určitom čase sa pomočovanie znovu objavilo. Náročnejšia je preto sekundárna enuréza, kedy mechanizmus vylučovania moču s jeho kontrolou bol už vybudovaný, ale dieťa sa začalo opäť pomočovať. Objavuje sa u detí s labilnejším nervovým systémom, ktorý môže byť oslabený chorobou alebo nervovým otrasom. Niekedy ide o účelové tendencie s cieľom vzbudiť pozornosť, získať výhody alebo iba protestovať voči rodičovskému prístupu. U mladších detí môže byť sekundárna enuréza prejavom depresie. Výskyt nočného pomočovania sa vekom znižuje, maximum je okolo piateho, siedmeho, deviateho a pätnásteho roku. V 5-tich rokoch sa primárna enuréza týka asi 15 – 20% detí, v 10-tich rokoch už len 5%, v 12 – 14 rokoch 2% a v dospelosti je udávaný výskyt asi 1%.

Menej častá je denná enuréza (asi 3% v 6 rokoch, pričom asi u polovice je súčasne prítomná enuréza nočná). U predškolských detí porucha postihuje viac chlapcov (v pomere asi 2:1), naopak práve u starších dievčat máva obvykle horšiu prognózu a prítomné bývajú i viaceré emočné problémy.

ETIOLÓGIA

Rozvoj akejkoľvek poruchy vylučovania (enurézy aj enkoprézy) býva podmienený multifaktoriálne, to znamená, že na vzniku týchto porúch sa podieľajú rôzne mechanizmy vo vzájomnej interakcii (M. Vágnerová, 2004).

Genetické dispozície – môžu mať určitý význam pre načasovanie a kvalitu zrenia, t.j. pre dosiahnutie potrebného stupňa rozvoja príslušných štruktúr , ktoré ovplyvňujú možnosť ovládania jednotlivých zvieračov, i keď nie je celkom zrejmé, o aký typ dedičnosti ide.

Taktiež sa uvádza, že vyšší výskyt týchto porúch bol zaznamenaný u monozygótnych dvojčiat, u súrodencov a v 70% prípadov trpel enurézou aj jeden z rodičov.

Biologický základ – môže súvisieť s nezrelosťou príslušných centier, tiež drobné funkčné odchýlky močového ústrojenstva, odchýlky hormonálnej regulácie i nervovej sústavy. Tieto odchýlky sa však vyskytujú aj u detí bez enurézy a nie sú tak závažné, aby poruchu sami o sebe plne vysvetľovali. Rodičmi je často za príčinu problému považovaná nadmerná hĺbka spánku, ale empiricky potvrdená nie je – u väčšiny zdravých detí býva spánok tiež veľmi hlboký avšak väčšina detí v noci močiť nepotrebuje. Spánok detí s enurézou je v priemere skôr menej kvalitný ako spánok detí bez tohto problému.

Psychosociálne faktory – medzi ktoré patrí napr. necitlivý (alebo zanedbávajúci) tréning vylučovania. Keďže však ide o psychogénnu poruchu, dôležitú úlohu zohráva rodinné prostredie, ale aj aktuálne stresy, ktoré dieťa prežíva. Teda v niektorých prípadoch sa na vzniku a udržovaní enurézy spolupodieľajú vplyvy rodinné, najmä nedostatok pozitívnych emócií v rodine – dieťa zažíva pocit citového chladu, v rodinách bolo tiež pozorované nedostatočné zdieľanie citov a potrieb, súrodenecké súperenie o lásku rodičov. Zriedkavejší je vznik prechodnej enurézy po narodení mladšieho súrodenca u predškolských detí. Obvykle je aj rodičmi vnímaná len ako problém adaptačný, rodičia v týchto prípadoch len zriedkavo vyhľadávajú lekársku pomoc a pomočovanie obvykle spontánne ustupuje.

Psychické faktory – problémy s vylučovaním môžu byť skrytým „volaním dieťaťa o pomoc“, upútavaním pozornosti. Často je však dôvodom dlhodobé citové napätie, ktoré dieťa nevie zvládnuť a enuréza/enkopréza preň funguje ako ventil. Pocity viny, výčitky rodičov, neopodstatnená rodičovská kritika, preexponovaná pedantnosť aj to môže byť dôvodom pomočovania. Krátkodobé pomočovanie môže byť aj prechodnou reakciou na väčšiu záťaž, ktorá po určitom čase odznie a viac sa neobjaví. Niekedy stačí, ak sa rodičia dieťaťu cez deň viac venujú. Dieťa potrebuje pocit istoty a lásky, dennodenný záujem, plnohodnotnú komunikáciu a záujem o jeho prežívanie, dostatočný priestor na sebavyjadrenie. Je dôležité nežiadať od dieťaťa dokonalosť, neklásť naň nadmerné požiadavky, prejavovať radosť z jeho prítomnosti, povzbudzovať ho pozitívnymi slovami, systematicky dieťa odmeňovať za suché dni a noci a na tie mokré neupozorňovať.

Preto pri diagnostike je vždy dôležitá podrobná anamnéza. Dôležité je poznať všetky dovtedajšie pokusy o zvládnutie problému a názory na príčinu problémov u dieťaťa samotného aj jeho rodičov a tiež posúdiť motiváciu k liečbe, ktorá je rozhodujúca pre správnu voľbu pomoci.

Deti s funkčnými enurézami nezdieľajú žiadne typické spoločné osobnostné rysy, aj keď prítomnosť ďalších emočných alebo behaviorálnych problémov je častejšia, ako v bežnej populácii. Najmä u starších detí však býva v dôsledku tejto poruchy výrazne oslabené sebaponímanie, dieťa sa za problém hanbí a obvykle o ňom odmieta hovoriť, prípadne problém navonok bagatelizuje. To je zrejme príčinou toho, že rodičia týchto detí niekedy uvádzajú, že dieťaťu samotnému problém príliš nevadí. V skutočnosti však empirické výskumy dokazujú (P. Říčan, D. Krejčířová, 1995), že deti považujú pomočovanie za jeden z najzávažnejších zdrojov stresu (na 3.mieste, na prvom mieste uvádzali rozvod rodičov a na mieste druhom potom hádky rodičov). Deti bez enurézy pomočovanie ako závažný stres nevnímajú. Významné sú tiež reakcie rodičov na problém dieťaťa, aj keď dnes už rodičia väčšinou majú o povahe poruchy dostatočné informácie a deti za pomočovanie netrestajú. Napriek tomu je stále enuréza pre rodinu záťažou a môže viesť k sekundárnym interakčným či vzťahovým problémom.

10. 1.2 NEORGANICKÁ ENKOPRÉZA (F 98.1)

Pošpiňovanie u detí možno analogicky chápať ako enurézu, ide však o poruchu, ktorá je omnoho zriedkavejšia a poukazuje obvykle na ťažšie defekty prostredia dieťaťa, prípadne konštitučné defekty. Chlapci sú oproti dievčatám postihnutí asi v pomere 10:1. Najčastejšie sa vyskytuje medzi 7-9 rokmi. Ide o deti pasívne, precitlivené, inhibované vo svojej agresivite a motorickom rozvoji. Často sú v popredí etiologických faktorov rodinné konflikty.

SYMPTOMATOLÓGIA

U dieťaťa dochádza k vyprázdňovaniu stolice mimo miesta na to určeného aspoň jedenkrát mesačne a po dobu najmenej šiestich mesiacov, v týchto prípadoch hovoríme o funkčnej enkopréze. Je obvykle vymedzovaná spodnou hranicou 4 rokov. Podobne ako u enuréz rozlišujeme enkoprézu primárnu a sekundárnu (s „čistým“ intervalom minimálne jeden rok). Enkopréza sa vyskytuje prevažne za dňa, veľmi vzácne sa však môžu vyskytovať aj prípady nočnej enkoprézy. Táto porucha býva často spojená s enurézou.

Rozlišujeme tri základné typy enkopréz:

Enkopréza retenčná - je spojená so zápchou alebo úmyselným zadržovaním stolice z najrôznejších dôvodov. U niektorých detí môže ísť o snahu vyhnúť sa bolesti pri vyprázdňovaní, inokedy môže dieťa odmietať záchod v cudzom prostredí. Ak je zadržovanie stolice intenzívne a dlhodobé, môže dôjsť až k organickému poškodeniu čreva. Pokiaľ sa na vzniku poruchy nepodieľali závažnejšie emočné problémy, je v týchto prípadoch uplatňovaný najmä behaviorálny postup, teda nácvik vyprázdňovania stolice.

Chronická hnačka - objavuje sa v priamej súvislosti so stresom. Pri vyšetrení je dôležité nájsť zdroj napätia či konfliktov.

Manipulačné špinenie - je zo všetkých typov enkoprézy najmenej časté. Dieťa využíva enkoprézu na manipuláciu s okolím alebo týmto symptómom vyjadruje pocity, ktoré priamo vyjadriť nevie či nemôže (najmä zlosť, hostilné pocity). Najčastejšia býva u detí s vývojovými poruchami (najmä pri mentálnej retardácii), ale pomerne často sa s týmto typom poruchy stretávame i u detí emočne deprivovaných, týraných alebo zneužívaných.

Od vlastnej enkoprézy je nutné odlišovať odmietanie vyprázdňovania u detí v období batoľaťa. Najčastejšie sa tento problém týka detí vo veku 2,5 – 4 roky. Tieto deti sa osobnostne od svojich rovesníkov výrazne nelíšia. Mávajú však sklon k zápche a bolestiam pri vyprázdňovaní (čo však môže byť rovnako príčinou enkoprézy ako jej dôsledkom). Dieťa v tejto dobe už obvykle plienky nenosí, plienku si pýta v prípade potreby alebo čaká na noc alebo aspoň na vhodnú príležitosť doma. Dieťa teda vyprázdňovanie plne vôľou ovláda, odmieta ho však na určenom mieste. V prípade kľudného a trpezlivého prístupu rodičov sa problém obvykle spontánne upraví (niekedy sa doporučuje na nejaký čas dieťaťu vrátiť plienky a nácvik vyprázdňovania prerušiť).

Etiológia vzniku tejto poruchy je podobná ako pri neorganickej enuréze.

10.2 PORUCHY V PRÍJME POTRAVY

Súčasťou identity každého jedinca je jeho telo, presnejšie povedané jeho predstava o vlastnom tele – telesnej schéme. Telesná schéma nie je len mentálnym obrazom, ale zahŕňa aj

hodnotiacu zložku, postoj, ktorý vychádza z kognitívnych schém a emocionálneho spracovania príslušnej informácie. V tomto smere pôsobia skúsenosti so sebou samým, s telesnými pocitmi, s obrazom vlastného tela a reakciami ostatných ľudí, ktoré sa vzťahujú k telu, porovnávaním seba s inými ľuďmi, s predpokladanou normou a ideálom, prezentovaným napr. v médiách.

Vonkajšok človeka, t.j. jeho telo, je najľahšie identifikovateľnou súčasťou jeho osobnosti, a preto je aj jej sociálnym reprezentantom. Je prvou informáciou, ktorú o jedincovi dostáva jeho sociálny partner.

Celkový postoj k telu ovplyvňuje aj to, ako sa človek aktuálne cíti, či je spokojný alebo nie. Dôležitou vlastnosťou sebaponímania, tzn. aj telesnej schémy, je rigidita. Akákoľvek zmena je subjektívne citlivo prežívaná, a to aj vtedy, keď neznamená zhoršenie, ale iba premenu. Zásadná a zjavná premena tela môže v krajnom prípade stimulovať pocit ohrozenia vlastnej integrita a vedie k strate sebaistoty.

Určitá predstava vlastného tela pretrváva i vtedy, keď sa telo reálne zmenilo a už tejto predstave nezodpovedá. Napríklad dievča, ktoré bolo počas svojho detstva skôr obéznejšie a všetci jej to pripomínali, sa považuje za obézne aj v dobe, keď vyrástla a zoštíhlela (a nikto jej nič také nehovorí). V tejto zotrvačnosti často spočíva problém zdanlivo nepatrného psychického efektu redukčných diét či kozmetických operácií. Telo sa môže zmeniť, ale pokiaľ sa nezmení postoj človeka, nemá takáto zmena väčší význam.

Telesná schéma sa vytvára dlho. Dôležitým medzníkom je v tomto smere obdobie dospievania, kedy sa telo viditeľne mení a naberá formu, ktorá má trvalejší charakter. Telesná zmena v dospievaní má rôzny význam, daný subjektívne, predstavou o atraktivite dospelého zovňajška, psychickou vyspelosťou jedinca a sociálnymi reakciami, ktoré túto zmenu sprevádzajú.. Orientácia v zmenenej telesnej schéme a prijatie novej identity je proces, ktorý trvá určitú dobu. Keďže je telová schéma len jednou zložkou osobnosti dospievajúceho, bude jej vytváranie ovplyvňované všetkými ostatnými psychosociálnymi zmenami.

Telesné zmeny môžu predstavovať súhrn nepríjemných podnetov, záťaží, niečoho, čoho by bolo lepšie sa zbaviť, alebo to aspoň zabrzdiť. Telesná premena daná dospievaním predstavuje stratu istoty, ktorá niekedy nie je akceptovateľná, a jedinec sa takejto záťaži bráni. Realitu potlačuje alebo popiera napr. tým, že dievčatá prestanú jesť a ich telo stráca typické ženské znaky.

Potreby potravy patrí medzi základné biologické potreby. Slúži pudu sebazáchovy, človek musí jesť prinajmenšom preto, aby ostal nažive. Na druhej strane platí, že i táto pudová potreba, rovnako ako väčšina ostatných, je ovplyvnená psychosociálne. Preto za určitých okolností dochádza k tomu, že je potlačená inou tendenciou, ktorá je z fyziologického hľadiska celkom bezvýznamná. Jedlo môže byť zdrojom slasti, odmenou za splnenú úlohu, za úspech, prípadne naopak, môže byť aj trestom.

Jedlo nie je len cieľom, ale aj prostriedkom. Primárne je prostriedkom k prežitiu, ale ovplyvňuje taktiež telesnú hmotnosť. Prostredníctvom regulácie príjmu potravy možno meniť žiaducim spôsobom svoje telo. Takto sa môžeme snažiť o štíhlosť a atraktivitu, ale rovnako sa týmto spôsobom môže prejaviť negatívny vzťah k sebe samému, resp. k vlastnému telu. Človek je schopný svoje telo až ničiť (či už esteticky alebo fakticky) nadmerným či nedostatočným príjmom potravy.

Poruchy v príjme potravy sú charakterizované patologickou zmenou postoja k vlastnému telu, neadekvátnym hodnotením jeho proporcií a hmotnosti a z toho vyplývajúcim narušeným vzťahom k jedlu (M. Vágnerová, 2004). Spoločným znakom je, že:

- Jedinci trpiaci poruchou príjmu potravy bývajú nápadne koncentrovaní na svoje telo, ku ktorému majú prinajmenšom ambivalentný, ak nie priamo negatívny vzťah. Typická je ich neschopnosť adekvátne zhodnotiť rozmery vlastného tela v porovnaní

s normou. Za všetkých okolností sú nevyvrátiteľne presvedčení, že sú obézni. Často ide o komplexnejšiu poruchu sebapoňatia.

- Sú nadmerne sústredení na jedlo, tento vzťah máva až obsedantno-kompulzívny charakter. Títo ľudia sa neustále zaoberajú jedlom, radi varia, zbierajú recepty apod. Narušený vzťah k jedlu býva spojený so správaním, ktoré má podobu nutkavého rituálu (presné odmeriavanie potravy, počítanie kalórií, hromadenie a skrývanie jedla a pod.).

Príčiny porúch príjmu potravy môžu byť rôzne, môže sa tu prejaviť vplyv biologických, psychických i sociálnych faktorov. Spravidla ide o interakciu určitých dispozícií s exogénnymi, záťažovými vplyvmi.

Podľa klasifikácie MKCH – 10 medzi poruchy v príjme potravy sa zaraďujú rôzne formy mentálnej anorexie (F 50.0 – F 50.1) a mentálnej bulímie (F 50.2 a F 50.3).

10.2.1 MENTÁLNA ANOREXIA (F 50.0)

Základným prejavom mentálnej anorexie je patologický strach z pribratia spojený s odmietaním potravy. Fóbia z obezity je spojená s fóbiou z potravy. Potreba chudnúť, teda aj obava z jedla, má nutkavý charakter, nie je ovládateľná vôľou. Obmedzovanie príjmu potravy a znižovaní telesnej hmotnosti sa považuje za veľmi dôležitú súčasť života. Jeho plnenie zásadným spôsobom ovplyvňuje sebaúctu jedinca a jedinec sa na ňom stáva závislý. Nejde o nechutenstvo, cieľom je potlačiť pocit hladu, zvládnuť ho, a tým si potvrdiť vlastnú silu. Okrem toho je pocit hladu signálom, že človek nepriberá, a preto je spokojný.

Neprimerané hladovanie môže u niektorých jedincov vyvolať takú silnú potrebu jedla, že sa neovládnu a prejedajú sa. Záchvat žravosti potom považujú za dôkaz vlastného zlyhania, slabosti, a preto na ne reagujú pocitmi viny, depresiami a úzkosťou. Aby sa skonzumovanej potravy zbavili a nehrozilo im zvýšenie váhy, vyvolajú zvracanie alebo použijú preháňadlo. Tieto epizódy sa môžu opakovať. V literatúre sa uvádza, že takto reaguje približne 30-50% postihnutých mentálnou anorexiou.

SYMPTOMATOLÓGIA

Základné diagnostické kritériá mentálnej anorexie možno stručne vyjadriť podľa M. Vágnerovej (2004) v troch bodoch:

1. O mentálnej anorexii možno hovoriť vtedy, ak dôjde k úbytku váhy o 15% oproti normálnej hmotnosti.
2. Správanie takého jedinca je nutkavo zamerané na redukciu vlastnej hmotnosti. Diéta býva spojená s nadmerným cvičením. Ktoré má chudnutie podporiť, eventuálne so zvracaním a použitím preháňadiel.
3. Vnímanie vlastného tela je narušené, tieto (väčšinou) dievčatá trpia bez ohľadu na vychudnutosť pocitom, že sú tučné (predovšetkým v oblasti typicky ženských znakov-brucha, zadku, stehien). Vzťah k vlastnému telu sa zmenil natoľko, že mnohokrát ho nechápu ako súčasť vlastnej osoby, ale ako cudzí objekt, ktorí je na obtiaž.

V dôsledku hladovania dochádza aj k somatickým ťažkostiam, ktoré sú dôsledkom silnej podvýživy. Závažné sú predovšetkým sekundárne endokrinné a metabolické zmeny a narušenie telesných funkcií (napr. strata menštruácie, neschopnosť termoregulácie a znížená imunita). V krajnom prípade môže byť ohrozený aj život takého pacienta.

Mentálne anorexia má súvislosť s hormonálnymi zmenami, s prípadne psychosociálnymi dôsledkami ženskej role. Postihuje predovšetkým dospievajúce dievčatá,

najčastejšie po začiatku menštruácie, a mladé ženy. Ochorenie sa obyčajne objavuje medzi 14.-18. rokom. Jeho populačná frekvencia sa pohybuje v rozmedzí 0.5-1%. U chlapcov je výskyt oveľa vzácnejší, v literatúre je najčastejšie udávaný pomer chorých chlapcov a dievčat 1:10.

Priebeh ťažkostí býva pozvoľný, spočiatku sa nejaví ako porucha, aj keď tendencia dodržiavať prísnu diétu a nadmerne cvičiť začína byť nápadná. Zoštíhlenie môže byť dokonca pozitívne hodnotené, jedinec je oceňovaný, akú má pevnú vôľu. (Počiatočné chválenie snahy o štíhlosť funguje ako posilňujúci impulz). Avšak postupne s ďalším chudnutím začnú ostatní pochybovať o primeranosti takéhoto správania. V tejto dobe reaguje väčšina dievčat trpiacich anorexiou na akékoľvek argumenty a presviedčanie klamaním a podvádzaním. Správajú sa ako začínajúci narkomani, bagatelizujú závažnosť svojho počínania a popierajú, že by mali akékoľvek problémy. Argumentujú zdravou výživou, svojou výkonnosťou, plnením všetkých požiadaviek a pod. Môžu byť aj euforické a demonštrovať vlastnú nadradenosť nad ľuďmi, ktorí nedokážu odolávať potrebám vlastného tela.

Pre rodičov, resp. laikov všeobecne, je na začiatku ochorenia mätúca nápadná aktivita chorých a ich mnohé záujmy. Za týchto okolností sú ochotní uveriť, že situácia nie je tak vážna. S postupným úbytkom váhy však dochádza k celkovému vyčerpaniu organizmu a k únave. Podvyživené dievča začne byť podráždené, úzkostné či depresívne. Sťažuje s na bolesti hlavy alebo brucha, trpí poruchami spánku. Mení sa ich osobnosť a ubúdajú sociálne kontakty s vrstovníkmi, s ktorými už nemá spoločné záujmy. Takéto dievča zaujíma len jej chudnutie. Všetko ostatné stratilo svoj pôvodný význam.

Osobnostné charakteristiky a zmeny trpiacich mentálnou anorexiou

Zo súhrnu výsledkov z množstva štúdií vyplýva, že osobnosť dievčat so sklonom k mentálnej anorexii má viacero typických znakov.

M. Vágnerová (1999) uvádza na základe súhrnu viacerých štúdií nasledovné osobnostné znaky pacientiek, trpiacich mentálnou anorexiou:

- Bývajú nápadné svojou bezproblémovosťou, konformitou, potrebou nevybočovať z normy a plniť všetky sociálne očakávania. Majú tendenciu prezentovať sa požadovaným spôsobom. Zrejmý je aj ich dôraz na platné normy a pravidlá, preto podliehajú vo zvýšenej mier vplyvu všeobecne uznávaných vzorov a autorít. Chcú sa im podobať, aby dosiahli uznanie. Častý býva aj väčší dôraz na výkon, potreba neustáleho sebapotvrdzovania úspechom a pozitívnym hodnotením. Bývajú športovo zamerané. Majú silné vôľové vlastnosti, sú zodpovedné, svedomité, až perfekcionistické.
- Dievčatá so sklonom k mentálnej anorexii zvyknú mať dobrú inteligenciu a v škole sú úspešné, dosahujú dobré výsledky, často sa učia. I tu je však nápadná potreba dobrého výkonu. Majú vysoké ašpirácie, obyčajne iniciované rodinou.
- Bývajú neisté, nemajú dostatočne vysoké sebavedomie, ktoré by zodpovedalo ich výsledkom, sú väčšinou sebakritické. Napriek všetkým úspechom majú nápadnejšiu tendenciu vyhýbať sa problémom. Prevažujú u nich defenzívne, únikové obranné tendencie. Bývajú rigidné, často im chýba zmysel pre humor. Nestoja o nové podnety a vzrušenie. Nedostatok pocitu istoty posilňuje potrebu sebakontroly a sebaovládania. Majú tendenciu k sebaobmedzovaniu, niekedy až k autoagresii, majú väčší sklon reagovať pocitmi viny.
- Anorektické dievčatá bývajú skôr introvertné, vo vzťahu k ľuďom sú často neisté, rezervované, uzavreté a nedôverčivé. V detstve majú málo kamarátok. Negatívne sebahodnotenie a nízka sebaúcta nie sú dobrým predpokladom pre udržanie priateľov.

V rámci svojej neistoty mávajú obavy z negatívneho hodnotenia. Akúkoľvek bežnú kritiku považujú za prejav nepriateľstva. Nie sú koketné, nemávajú záujem o mužov a obyčajne ani s nikým nechodia.

- Bývajú senzitívnejšie, dokážu city prežívať hlboko. Zvýšená sebakontrola sa prejavuje i vo vzťahu k emóciám, ktoré majú snahu potláčať. Nedokážu napr. prejaviť zlosť ani prežiť skutočnú radosť. Často majú dysforickú náladu, trpia zvýšenou úzkosťou. Bývajú častejšie depresívne. Dokonca sa uvažuje o tom, že by mentálna anorexia mohla byť somatizujúcim variantom depresie.

ETIOLÓGIA

Mentálna anorexia nemá presne určenú dominantnú príčinu, rozvíja sa pravdepodobne ako dôsledok komplexného pôsobenia biologických, psychických a sociálnych faktorov, v rámci interakcie určitých dispozícií so záťažovými vplyvmi.

Ku vzniku mentálnej anorexie môže prispieť tak pôsobenie sociálnych faktorov (vyskytuje sa viac u dievčat zo stredných a vyšších vrstiev) ako aj genetická dispozícia (u sestier anorektických pacientiek je zvýšené riziko tejto poruchy). Vyvolávajúcim podnetom býva záťaž, s ktorou sa dospievajúca nie je schopná vysporiadať. Môže ísť o biologické a psychické zmeny dané dospievaním, ale aj o zmeny sociálne podmienené.Porucha sa môže prejaviť len jednou epizódou, v niektorých prípadoch sa môže vracať a mať chronický priebeh. V 5% prípadoch dochádza k úmrtiu.

V rámci popisu príčin tohto ochorenia sa uvádzajú aj viaceré teórie, resp. prístupy, ktoré sa pokúšajú vysvetliť jeho príčinu:

Psychoanalyticky zamerané teórie zdôrazňujú tendenciu vyhýbať sa sexualite a strach zo ženskej roly. Dievčatá s anorexiou nepovažujú ženskú rolu za žiaducu, vyvoláva v nich strach a odpor, a preto sa jej snažia vyhnúť. Mentálna anorexia funguje ako akýsi variant adolescentného moratória. Nápadné zoštíhlenie vedie k strate sekundárnych pohlavných znakov, postava nevyzerá ako ženská, menštruácia sa stráca. Určitý vplyv majú v týchto prípadoch matky, ktoré sú so svojím údelom nespokojné, a preto nefungujú ako prijateľný model. Často tu chýba skúsenosť so správaním otca, ktorý by mal predstavovať vzor komplementárnej roly a napomáhať tak rozvoju ženskej roly svojej dcéry.

Vzťah medzi matkou a dcérou. V tomto prípade ide o citovú nenasýtenosť dcéry, ktorá je príčinou neschopnosti dospievajúceho dievčaťa odpútať sa z väzby na matku. Z toho pramení ich neistota a neustála tendencia potvrdzovať si svoju hodnotu konformitou a plnením všetkých požiadaviek. Ide o konflikt medzi potrebou nezávislosti a strachom zo straty opory.

Dysfunkčné rodinné vzťahy. V rodinách anorektičiek sú rigidné vzťahy, s potrebou defenzívnej obrannej stratégie popieraním problémov a potláčaním emócií. Rodina si potrebuje udržať rovnováhu a navonok sa prezentovať ako bezproblémová, preto zasahuje do života všetkých svojich členov. Často ide o rodiny silne zamerané na výkon a úspech, ktorý vyžadujú aj od svojich detí. Dieťa pomáha udržiavať rovnováhu v rodine, preto je problém sa osamostatniť. Mentálnu anorexiu je možné v niektorých prípadoch *interpretovať* ako aj prejav vzbury izolovanej na oblasť potravy.

Sociokultúrne faktory. Mentálna anorexia je považovaná za neprimeranú reakciu na sociokultúrne prezentovaný ideál štíhlosti. Štíhlosť je cieľom, na ktorý sa anorektik viaže

a ktorý mu má priniesť pozitívne sociálne hodnotenie. Býva spojená s fóbiou zo zlyhania, v tomto prípade z obezity.

10.2. 2 MENTÁLNA BULÍMIA (F 50.2)

Mentálna bulímia je porucha charakterizovaná hlavne opakujúcimi sa záchvatmi prejedania spojenými s prehnanou kontrolou telesnej hmotnosti.

Pojem bulímia sa vzťahoval aj na slabosť a mdloby spôsobované hladom. V lekárskych kruhoch bola bulímia tesne spojená s dysfunkciou alebo abnormalitami v tráviacom systéme. Rôzne významy a vysvetlenia pojmu bulímia pretrvali z dôb antiky až do začiatku modernej doby (F. Krch, 1995).

Až v roku 1979, anglický psychiater Gerard Russell, v náväznosti na pozorovania Marlene Boskind-Lodahl, publikoval článok, v ktorom použil termín bulimia nervosa k popisu príznakov 30 pacientov, ktorý doplnil detailným klinickým popisom skupiny.
Termín bulímia sa stal bežne používaným a nahradil iné termíny, ako bulimarexia alebo hyperorexia. Prevzala ho aj Americká psychiatrická komora, ktorá v roku 1980 zaradila mentálnu bulímiu do diagnosticko – štatistického manuálu duševných porúch.

SYMPTOMATOLÓGIA

Porucha je typická neodolateľnou túžbou po jedle, ktorá má za následok záchvaty prejedania. Tie bývajú doprevádzané nutkavou tendenciou zbaviť sa požitej potravy násilným, nefyziologickým spôsobom, napr. vyvolaním zvracania alebo použitím preháňadiel a ďalších prostriedkov (M. Vágnerová, 2004).

Základné diagnostické kritériá mentálnej bulímie podľa MKCH-10:

1. Opakované záchvaty prejedania, ktoré pacient nie je schopný ovládať a je aj napriek tomu, že už nepociťuje hlad, ale len pre nutkanie k jedlu. Zväčša ide o ľahko stráviteľné a vysoko kalorické potraviny.
2. Chorobný strach z nadváhy a neprimerané hodnotenie vlastného tela, spojené s preceňovaním jeho hmotnosti alebo proporcií.
3. Po záchvatoch nasleduje nutkavá potreba sa potravy zbaviť akýmkoľvek spôsobom a čo najrýchlejšie. Strach z nadváhy v dôsledku nadmerného množstva skonzumovaného jedla vedie k provokácii zvracania, použitiu preháňadiel a následnému hladovaniu.

Na rozdiel od mentálnej anorexie a záchvatovitého prejedania, mentálna bulímia obyčajne nemá vplyv na telesnú hmotnosť, a preto je jej rozpoznanie ťažšie. Takisto svoje záchvaty prejedania i nasledujúceho prečisťovania takto postihnuté pacientky prísne utajujú.

Bulimička môže mať celkom prirodzené stravovacie návyky, pokiaľ sa práve neprejedá alebo sa nesnaží držať prísnu diétu. Napriek tomu však trpí veľmi intenzívnym strachom, že priberie a bude obézna. Prejedá sa minimálne jedenkrát do týždňa

K osobnostným črtám patria nízke sebahodnotenie, neistota, závislosť na názore iných ľudí, ktorá sa prejavuje sklonom ku konformite a v úsilí dosiahnuť sociokultúrne požadované normy. Pre bulimičky býva tiež typická impulzívnosť a neschopnosť ovládania. Aj tieto dievčatá kladú dôraz na sebakontrolu, ale na rozdiel od anorektičiek sa tak správať nedokážu (M. Vágneorvá, 2004).

Väčšinou vnímajú svoj problém ako osobné zlyhanie, nie ako bežnú poruchu, ktorá sa dá liečiť. Namiesto toho, aby vyhľadali pomoc, pociťujú k sebe odpor. Záchvaty prejedania

opisujú ako únik od všetkých svojich pocitov. Potom sa hanbia, že sa nedokázali ovládnuť. Sú znechutené, nenávidia sa, majú pocity viny, strach, že svoje správanie neutaja. Taktiež majú sklon sa obviňovať, bývajú zvýšene sebakritické. Vadí im, že nemajú dostatočne silnú vôľu. Pocit zlyhania býva často spojený s depresiou a úzkosťou. Zaoberajú sa neustále jedlom, takže nemajú na nič iné čas. Ich aktivity a kontakty s ľuďmi bývajú obmedzené. Svoju spoločenskú neúspešnosť vysvetľujú ako dôsledok vlastnej nadváhy, čo ich utvrdzuje v pocite potrebnosti schudnúť..

ETIOLÓGIA

Priebeh rozvoja problémov býva plynulý, postihnutí sa postupne dostávajú do štádia, keď choroba začína silne narušovať ich život a vedie k rôznym somatickým poruchám. Záchvaty jedla nemávajú z logických dôvodov dlhé trvanie, ich frekvencia je rôzna. Množstvo potravy, ktoré chorý zje v záchvate, môže byť až neuveriteľne veľké. Z tohto dôvodu býva bulímia finančne náročná. Často sa už dopredu dostatočne zásobujú, mnoho z nich si nosí jedlo so sebou, pokiaľ by ich záchvat prepadol mimo domov.

Rodinné prostredie

V rodinách postihnutých mentálnou bulímiou je na rozdiel od mentálnej anorexie častejšie zachytená rodičovská patológia, zneužívanie alkoholu alebo iných drog, rodiny bývajú popisované ako chaotické, dieťa máva pocit nedostatočnej rodičovskej starostlivosti a lásky (M. Vágnerová, 2004).

Matky bulimických dcér pochybujú o tom, či dokážu byť plnohodnotnými dospelými ľuďmi, či sa dokážu postarať o dcéru, otcovia sa často nepodieľajú na výchove detí.

V takýchto rodinách sa taktiež kladie veľký dôraz na vonkajší dojem. Sú vychovávané k tomu, aby hľadali súhlas a potvrdenie u ostatných namiesto toho, aby používali vlastný rozum a úsudok. Rodina ich naučila, že pochybnosti, strach a obyčajné ľudské zlyhanie sú neprijateľné. Preto musia hľadať spôsoby, ako tieto a podobné „nedostatky“ treba zakryť a popritom stále vyzerať dokonalo.

Bulímia býva často vyvolaná nejakou **psychosociálnou záťažou,** niekedy jej predchádza epizóda mentálnej anorexie. V rodinách bulimičiek sú problémy s obezitou častejšie, vzácnosťou nie sú ani iné problémy, napr. abuzus alkoholu.

Obidva typy porúch spôsobujú dlhodobé problémy nielen samotným dievčatám a ženám, ale aj ich rodinám, priateľom, či zamestnávateľom. Poruchy narúšajú všetky oblasti života – osobné, sexuálne, sociálne aj profesionálne. S trvaním poruchy navyše rastie riziko vzniku iných závislostí (alkohol, drogy) a pokusov o samovraždu. Preto sa s diagnostikou a liečbou treba obrátiť vždy na odborníkov (obvodný lekár, psychiater, psychológ).

Kapitola 11

PORUCHY A OSOBITOSTI INTELEKTU

Obsah tejto kapitoly je tvorený dvomi skupinami odchýliek od tzv. očakávaného normálneho rozloženia z hľadiska úrovne rozumových schopností, resp. intelektu. Jednak ide o mentálne postihnutie – teda deficit rozumových schopností a zároveň ide o ich nadpriemernú úroveň.

Špecifikom týchto kategórií je aj to, že kým mentálne postihnutie je zaradené medzi psychické poruchy v rámci MKCH – 10 (F 70 – F 79 – duševná zaostalosť a mentálna retardácia), problematika mimoriadneho nadania v tejto kategorizácii nie je zahrnutá. Obidve uvedené odchýlky sú však explicitne uvádzané v rámci Školského zákona z r. 2008 a spadajú do nich **žiaci so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami.** Tento pojem sa uvádza aj v oficiálnych legislatívnych dokumentoch, ale najmä neprisudzuje žiakom „nálepku“, skôr poukazuje na isté časové ohraničenie jeho potrieb, ktoré sa jeho vývinom a vhodným pôsobením dôležitých faktorov (učiteľ, upravené školské osnovy, spolupráca školy a rodiny, odborná starostlivosť) môžu zmeniť. Preto v ďalšom texte bližšie popíšeme túto problematiku z hľadiska legislatívnych úprav, ktoré vychádzajú zo Zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a následných vyhlášok resp. metodických usmernení..

Žiak so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami (ďalej len ŠVVP) – je žiak, ktorý má zariadením výchovného poradenstva a prevencie diagnostikované špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby, okrem detí umiestnených do špeciálnych výchovných zariadení (diagnostické centrum, reedukačné centrum, liečebno-výchovné sanatórium) na základe rozhodnutia súdu (§ 2 písm. j školského zákona). V kontexte tejto kapitoly ide o:

- **žiaka so zdravotným postihnutím** - žiakom so zdravotným postihnutím je **žiak s mentálnym postihnutím**, sluchovým postihnutím, zrakovým postihnutím, telesným postihnutím, s narušenou komunikačnou schopnosťou, s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami alebo s viacnásobným postihnutím. Pri diagnóze žiakov s mentálnym postihnutím sa odporúča používať terminológiu podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb, 10. revízia, aby bolo jednoznačné, že ide o mentálnu retardáciu;
- **žiaka s nadaním** – žiakom s nadaním je žiak, ktorý má nadpriemerné schopnosti v intelektovej oblasti, v oblasti umenia alebo športu alebo v týchto oblastiach dosahuje v porovnaní s rovesníkmi mimoriadne výkony a prostredníctvom výchovy a vzdelávania sa jeho nadanie cielene rozvíja.

V úvode rozoberieme niekoľko základných pojmov:

Intelekt - rozumová schopnosť daná súborom vrodených funkcií a získaných predpokladov poznávacej činnosti a vedomostí. Je to schopnosť operovať správne so všeobecnými a abstraktnými pojmami podľa logických zákonov, tvoriť pravdivé súdy a usudzovaním dôjsť k novým poznatkom, prípadne korigovať staré. V rámci tejto definície je nevyhnutná nielen zásoba vedomostí a skúseností, ale aj slovná pohotovosť, dobrá pamäť, schopnosť abstraktného myslenia. Intelekt závisí aj od štruktúry osobnosti.

Inteligencia - schopnosť správne si uvedomiť danú situáciu, porozumieť jej, orientovať sa v nej a vedieť ju riešiť čo najvhodnejšie a najrýchlejšie. Inteligencia je spájaná aj s so všeobecnou schopnosťou hľadania originálnych spôsobov riešenia úloha problémov, ktoré na jedinca kladie život. Závisí najmä od vrodených vlôh jedinca.

11.1 MENTÁLNE POSTIHNUTIE

Za mentálnu retardáciu sa podľa Medzinárodnej klasifikácie duševných chorôb pokladá zastavenie alebo nedokončenie vývinu intelektu. Porucha sa prejavuje počas vývinovej periódy a charakterizuje ju najmä poškodenie schopností patriacich k celkovej úrovni inteligencie, t. j. poznávacích, jazykových, pohybových a sociálnych schopností. Retardácia sa vyskytuje s inými psychickými či somatickými poruchami alebo bez nich. Stupne duševnej zaostalosti sa zvyčajne hodnotia štandardnými inteligenčnými testami. Niekedy sa dopĺňajú stupnicami hodnotiacimi sociálnu adaptáciu v danom prostredí. Takéto odnotenie umožňuje približné stanovenie stupňa duševnej zaostalosti. Diagnóza bude závisieť od celkového zhodnotenia intelektuálnych funkcií skúseným diagnostikom. Intelektuálne schopnosti a sociálna adaptácia sa môžu časom meniť, a akokoľvek nízke, môžu sa zlepšiť vplyvom nácviku alebo rehabilitácie. Diagnóza by sa mala stanoviť na základe súčasnej úrovne funkcie.

Mentálna retardácia (MR) je teda súhrnné označenie vrodeného defektu rozumových schopností. Postihnutie je definované ako neschopnosť dosiahnuť zodpovedajúci stupeň intelektového vývinu napriek tomu, že tento jedinec bol prijateľným spôsobom výchovne podnecovaný.

Pri MR ide o výrazné zaostávanie psychického vývinu (najmä rozumových schopností) a z neho vyplývajúcej neprimeranosti osvojovania si adaptívnych foriem správania. Odhaduje sa, že v našej populácii sa vyskytuje 5 - 6% detí mentálne retardovaných.

V súčasnosti sa vedú diskusie o označovaní osôb a aj žiakov z touto diagnózou. Odporúča sa používať slovné spojenie „žiak s mentálnym postihnutím“.

Poruchy intelektu - pri nich rozlišujeme tieto základné skupiny:

1. **Mentálna retardácia** - nedostatočné rozvinutie intelektu.
2. **Demencia (degradácia)** - postupný úbytok už rozvinutého intelektu, je to pokles až strata intelektových schopností, ktoré dosahovali v predchádzajúcich obdobiach vyššiu úroveň. U detí ide najčastejšie o poruchy inteligencie vyskytujúce sa po 2. roku veku, v dôsledku ochorenia mozgu alebo úrazu hlavy .
3. **Sociálna zanedbanosť** – sa líši od mentálnej retardácie v príčinách, ktoré súvisia s nedostatkom výchovných alebo vzdelávacích podnetov, v dôsledku čoho môže nastať oneskorenie rozumového vývinu. S príznakmi sociálnej zanedbanosti sa stretávame u detí aj v dôsledku ich psychickej deprivácie, t.j. nedostatkom psychických podnetov v detskom veku.

SYMTOMATOLÓGIA

Nízka úroveň rozumových schopností, ktorá sa prejavuje predovšetkým nedostatočným rozvojom myslenia, obmedzenou schopnosťou učenia a následkom toho i ťažšou adaptáciou na bežné životné podmienky.

Postihnutie je **vrodené**, na rozdiel od demencie, ktorá je získaným hendikepom rozumových schopností.

Postihnutie je **trvalé**, napriek tomu je z hľadiska etiológie možné jeho čiastočné zlepšenie. Toto je dané jednak závažnosťou a príčinou defektu, ako aj výchovnými a terapeutickými postupmi.

I keď rozsah postihnutia sa vyjadruje pomocou jednotlivých pásiem IQ, existujú všeobecné znaky, ktoré sú pre mentálnu retardáciu typické. Tieto sa prejavujú vo viacerých oblastiach (M. Vágnerová, 2004).

Myslenie, reč a učenie sa žiakov s mentálnym postihnutím charakterizuje obmedzenejšia potreba zvedavosti, spojená s pasivitou. Postihnutí horšie rozlišujú významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektov alebo situácií, horšie chápu vzájomné vzťahy. Svet je pre nich menej zrozumiteľný, javí sa im ako viac ohrozujúci a preto sa u nich prejavuje väčšia závislosť na iných ľuďoch.

Myslenie je stereotypné, rigidné a uľpievavé. Slovná zásoba je obmedzená, ťažkosti vznikajú aj pri porozumení celkového kontextu. Vo verbálnom prejave preferujú krátke vety a jednoznačné pojmy.

Schopnosť učenia je znížená aj v dôsledku zníženej koncentrácie pozornosti a pamäti. Prevláda mechanické učenie.

Motivácia a regulácia žiakov s mentálnym postihnutím - aj mentálne postihnutí ľudia majú svoje základné potreby. Všeobecne platí, že čím je postihnutie vážnejšie, tým je aj uspokojovanie potrieb závislejšie na okolí, s tendenciou ich okamžitého uspokojenia. Medzi najdôležitejšie potreby mentálne postihnutých patria:

Potreba stimulácie - prísun podnetov musí byť primeraný možnostiam chápania dieťaťa. Riziko vzniká pri nedostatočnej stimulácii, ale aj pri nadmernom prísune podnetov. Tento ich môže vyčerpávať a stresovať.

Potreba učenia je vyjadrená tendenciou porozumieť v medziach svojich schopností najbližšiemu okoliu.

Potreba citovej istoty a bezpečia býva veľmi silná. Citová istota, daná vzťahom s blízkym človekom, je veľmi dôležitá, lebo slúži ako zdroj rovnováhy. Silná býva aj fixácia na rodinu, a to aj v období dospievania, adolescencie a dospelosti.

Potreba sebarealizácie a sebaakceptácie, teda oblasť sebahodnotenie, býva obyčajne prijatou akceptáciou názoru autority dospelej osoby. Uspokojenie tejto potreby je teda jednoznačne viazané na reakcie ľudí z okolia postihnutého.

Stupne mentálnej retardácie

Medzi zaužívané pojmy, ktoré označujú stupeň postihnutia, doteraz patrili termíny debilita, imbecilita a idiocia. Tieto označenia jednotlivých stupňov postihnutia sa v súčasnosti nepoužívajú pre získaný dehonestujúci význam - v súčasnosti sa používajú skôr pásma rozsahu postihnutia, s vyjadrením stupňa IQ.

1. Ľahká mentálna zaostalosť (IQ - 50-69).

Ide o zníženú kapacitu učenia. Tieto deti sú vzdelávateľné v ŠZŠ. Je vhodné, keď sa dieťa do tohto typu školy zaradí hneď na začiatku povinnej školskej dochádzky, resp. v prvých dvoch ročníkoch. Po ukončení ŠZŠ sa týmto žiakom priznáva zmenená pracovná schopnosť. Môžu pokračovať v ďalšom vzdelávaní na odborných učilištiach. Takto postihnutým deťom chýbajú tvorivé schopnosti. Duševný vývin je spomalený a asi do troch rokov budí dojem oneskoreného vývinu. Až neskôr sa takéto dieťa výrazne odlišuje od svojich rovesníkov, najmä malou slovnou zásobou, slabou vyjadrovacou schopnosťou, spôsobom reagovania a prežívania. Deti sú málo zvedavé a málo vynachádzavé aj pri hrách. Neprejavujú záujem o konštruktívne hry, s hračkami manipulujú neobratne a neúčelne. Ťažko

rozlišujú nebezpečenstvo, nedokážu ho predvídať. Ľahko sa dajú naviesť na rôzne (aj spoločensky neprimerané) činnosti, pričom si dosah svojho konania nedokážu uvedomiť.

Dosahujú maximálnu rozumovú úroveň 9 ročného dieťaťa. Ich myslenie je prevažne konkrétne, chápanie povrchné a nepresné. Chýba im schopnosť abstrakcie. Pamäť nemusí byť postihnutá do takej miery, ako vyššie zložky poznávacích procesov. Býva mechanická, s ľahkou vštiepivosťou, čím sa najmä u ctižiadostivých rodičov podarí maskovať tento defekt rôznymi informáciami, ktoré ich dieťa ovláda. Tieto informácie však nedokáže používať, analyzovať a logicky zdôvodniť.

V emocionálnom vývine prevláda skratkovitosť konania, sú nestále. V dospelosti často menia zamestnanie. Sú malo kritickí, vo zvýšenej miere sugestibilní.

2. Stredný stupeň duševnej zaostalosti (IQ 49 - 35)

Intelektové schopnosti sú tu už výrazne znížené, slovník je chudobný, artikulácia reči je často narušená. Prvé slová a chôdza sa oneskorujú zhruba o 3-4 roky, takže defekt je výraznejší už od malička. Výnimočne sa u nich môže vyskytnúť mechanická pamäť. Sú motoricky neobratní.

Takéto deti sa len zriedka ocitnú na ZŠ, pretože defekt je zreteľný a už od malička sú podchytené najčastejšie pediatrami. Deti s najľahším stupňom imbecility môžu zvládať učivo pomocnej školy. Ostatné sú vzhľadom k svojmu poškodeniu oslobodené od povinnosti vzdelávať sa.

Imbecilné deti neprekročia rozumovú úroveň 6 ročného dieťaťa. Ich výchova je zameraná na vypestovanie si základných hygienických návykov a návykov na sebaobsluhu.

Charakteristickým znakom je nestálosť pozornosti. Možno u nich pozorovať mnoho degeneračných znakov - nedostatočný vzrast, malá alebo veľká hlava, nadmerná hmotnosť a pod.

Dlhodobým výcvikom je možné u nich docieliť vykonávanie jednoduchých pracovných úkonov.

3. Ťažká duševná zaostalosť (IQ 34 - 20)

Deti sú spravidla imobilné, reč nie je artikulovaná. Nedosiahnu úroveň ani 3 ročného dieťaťa. Ich duševný život zostáva na úrovni nižšej nervovej činnosti, zvlášť na úrovni napodobňovania.

4. Hraničné pásmo (IQ 85 -78)

Toto pásmo je predmetom nielen terminologických sporov, ale aj vážnym praktickým problémom. Toto pásmo sa zvykne označovať ako tzv. pseudooligofrénia. Odporúčanie zaradiť dieťa do ŠZŠ, prípadne ho ponechať na ZŠ musí byť podložené dôkladným psychologickým vyšetrením, dlhodobým pozorovaním, so zvážením prognózy dieťaťa.

Tieto deti sú väčšinou schopné výchovy a vzdelávania v ZŠ, je im však treba venovať zvýšenú pozornosť. Predpokladá sa, že v populácii sa vyskytuje 5-12% takto postihnutých detí.

Môže ísť aj o tzv. sociálnu retardáciu, ktorá vzniká ako dôsledok nedostatočnej výchovnej starostlivosti, resp. retardáciu vzniknutú neuspokojovaním citových potrieb v ranom období vývinu (deprivácia).

ETIOLÓGIA

Mentálna retardácia je jednou z porúch centrálnej nervovej sústavy. Jej príčiny bývajú rôzne a je možné ich zhrnúť do troch základných skupín:

1. **Dedične podmienené postihnutie –** vzniká na základe poruchy, štruktúry alebo funkcii genetického aparátu. Dedičnosti sa pripisuje veľký podiel - približne 30-40% postihnutí MR vzniká v dôsledku genetických dispozícií. Do tejto kategórie zaraďujeme aj chromozomálne abnormality - napr. pri výskyte Downovho syndrómu. Ďalšou typickou kategóriou je aj polygénne dedičné zníženie dispozícií k rozvoju mentálnych schopností. V tomto prípade bývajú postihnutí aj rodičia, prípadne súrodenci.
2. **Postihnutie podmienené pôsobením negatívnych faktorov v prenatálnom období a počas pôrodu.** Medzi tieto faktory zaraďujeme najmä:
   - prenatálne infekčné ochorenia matky - napr. toxoplazmóza, rubeola, ožiarenie RTG lúčmi a pod.,
   - nezlučiteľnosť Rh faktoru v krvi rodičov, spôsobujúcich žltačku plodu,
   - nedonosenosť plodu s nízkou pôrodnou váhou,
   - popôrodná trauma - krvácanie do mozgu, asfyxia (podkysličenie) a pod.,
   - anomálie lebky - makrocefalus, mikrocefalus a pod.
3. **Postnatálne poškodenie mozgu –** sa týka pôsobenia tých faktorov, ktoré vznikli a pôsobili na psychický vývin po pôrode a tieto sa týkajú najmä:
   - poruchy látkovej výmeny v tele (metabolizmus) - napr. fenylketonúria, ktorá nie je včasne diagnostikovaná,
   - rôzne neskoršie úrazy dieťaťa, maximálne však do veku 18 mesiacov,
   - ochorenie dieťaťa - encefalitídy (zápal mozgu), meningitídy (zápal mozgových blán) a pod.

MODELY MENTÁLNEJ RETARDÁCIE

V súčasnosti sa však pohľady na mentálnu retardáciu líšia. V literatúre je možné nájsť opis troch modelov mentálnej retardácie – limitačný, popisný a ekologický model.

Limitačný model – definuje MR hlavne z hľadiska podpriemerného všeobecného intelektového fungovania a nedostatočného adaptívneho správania. Dlhodobú tradíciu má najmä v zdravotníctve a rozvíja sa už od začiatku 20. storočia. Vychádza najmä z medicínsko-legislatívnych názorov, ktoré vo vzťahu k týmto osobám zdôrazňujú starostlivosť, celospoločenskú nedostatočnosť a závislosť na druhých osobách. Diagnostika MR je postavená hlavne na zisťovaní inteligenčnej úrovne pomocou inteligenčných testov. Hranice MR sú stanovené pomocou vyššie uvedených hodnôt IQ a jednotlivé stupne sú definované jeho kontinuom, ktoré je vymedzené určitým intervalom IQ. Pri tomto modeli sú popisované hlavne obmedzenia – **limity,** nedostatky a spomalenie vývinu jedinca vzhľadom k norme určitého veku. Nevýhodou tohto modelu je vnímanie jedincov s mentálnym postihnutím ako „detí“, bez ohľadu na ich vek a prirodzené vývinové potreby.

Popisný model – ide o snahu predchádzať „nálepkovaniu“, vytváraniu predsudkov a zjednodušenému vnímaniu človeka. Odporúča sa používať pojem **„ľudia s mentálnou retardáciou“**, aby sa zdôraznilo, že na prvom mieste je človek a mentálna retardácia je len jednou z jeho charakteristík. Uvedený model teda popisuje osobu s mentálnou retardáciou podľa jej konkrétnych prejavov – napr. ako osobu, ktorá má oproti väčšine ľudí tendencie k pomalšiemu učeniu, môžu byť pre ňu náročné úlohy ako je zaobchádzanie s peniazmi, čítanie, písanie, obliekanie sa alebo vyslovenie vlastného názoru. Kvôli ťažkostiam v učení môže táto osoba postrádať primerané sebavedomie, niektoré sociálne zručnosti a môže mať ťažkosti prispôsobovať sa zmenám. Tento model teda vidí na prvom mieste človeka v kontexte bežného života a bežných situácií.

Ekologický model - vzhľadom na integráciu ľudí s mentálnym postihnutím do bežnej spoločnosti sa tento model javí ako najvhodnejší. Vychádza z poňatia MR Americkej asociácie pre mentálnu retardáciu (AAMR), v ktorom nie je MR absolútnym znakom vymedzeným jednotlivcom, ale je daná dynamickou interakciou medzi charakteristikou jedinca a charakterom prostredia, v ktorom sa tento jedinec pohybuje. Vychádza zo štyroch pilierov:

1. Kompetencie, ktoré človek má a ktoré sú popisom toho, čo dokáže a aké sú možnosti jeho ďalšieho vývinu, teda vychádza z tzv. pozitívnej diagnostiky.
2. Prostredie, ktoré určuje podmienky, v ktorých jedinec s MR bude žiť, učiť sa, pracovať a stretávať sa s inými ľuďmi.
3. Fungovanie , ktoré je definované ako stupeň podpory, ktorý človek s MR potrebuje, aby mohol vo vyššie definovanom prostredí úspešne žiť, teda „fungovať".
4. Čas, ktorý je definovaný ako obdobie , počas ktorého je určitý stupeň podpory poskytovaný.

Americká asociácia pre mentálnu retardáciu vydala štandardizovanú škálu (Support Intensity Scale), ktorá meria mieru podpory, ktorú človek potrebuje, aby mohol žiť v bežnom prostredí. Diagnostika MR môže byť teda okrem merania inteligencie a adaptívneho správania obohatená aj o meranie potrebnej miery podpory, ktorá je pre prácu s ľuďmi s MR (sociálni pracovníci, pedagógovia...) prakticky využiteľná.

11.2 INTELEKTOVÉ NADANIE

Nadaním sa v psychológii rozumie vysoká úroveň schopností človeka, ktorá mu umožňuje podávať v porovnaní s inými ľuďmi mimoriadne výkony v rôznych oblastiach. Ak vychádzame z Gaussovej krivky očakávaného normálneho rozloženia úrovne rozumových schopností v populácii, zisťovaných na základe inteligenčných testov zistíme, že v populácii je približne rovnaké percento jedincov (cca 2,5 %), ktorí dosahujú nízku úroveň v pásme mentálnej retardácie - pod 70 bodov IQ, ale zároveň sa v populácii vyskytuje približne rovnaký percentuálny podiel jedincov s vysokým, nadpriemerným skóre IQ - nad 130 bodov (Švancara, J. a kol., 1974).

Ak by sme vychádzali len z tohto údaja musíme konštatovať, že učitelia sa vo svojej praxi môžu stretnúť v rovnakom počte so žiakmi s mentálnym postihnutím, ako aj so žiakmi, ktorí vykazujú vysoké stupne nadania v rôznych oblastiach. Keďže táto skupina detí vyžaduje z hľadiska edukácie taktiež špeciálny prístup, popíšeme túto problematiku bližšie, nakoľko aj vo viacerých vládnych dokumentoch a vyhláškach MŠ Slovenskej republiky je venovaná pozornosť aj tejto skupine detí.

Definícia pojmu „nadanie" je v odbornej literatúre nejednotná, komplexný súhrn viacerých definícií uvádza napr. M. Vítková (2008, s. 7):

Ex-post- facto definície – ako mimoriadne nadaní sú označovaní tí, ktorí boli svojimi výkonmi „výborní" v spoločensky relevantných oblastiach, napr. vynikajúcimi výkonmi v matematike, hudbe, v športe....

IQ definície – mimoriadne nadanými sú osoby, ktoré v inteligenčných testoch prekonali hranicu 130 bodov, alebo vyššiu.

Definície percentuálneho podielu – podľa výkonových kritérií (napr. aj podľa výkonu v škole) je vypočítaný percentuálny podiel mimoriadne nadaných v rámci určitého okruhu osôb.

Podľa Psychologického slovníka (1987) je nadanie chápané ako:

- Kvalitatívne osobitý súhrn schopností, ktoré podmieňujú úspešné vykonávanie činnosti, súčinnosť schopností, ktoré tvoria určitú štruktúru, umožňujú kompenzovať nedostatky niektorých schopností, vďaka prednostnému rozvoju iných schopností.
- Všeobecné schopnosti alebo všeobecné prvky schopností, ktoré podmieňujú možnosti subjektu, úroveň a osobitosti jeho činnosti.
- Rozumový potenciál alebo inteligencia, celostná individuálna charakteristika poznávacích možností a schopností učiť sa.
- Súhrn vlôh, vrodených daností, prejavov úrovne a osobitostí vrodených predpokladov.
- Existencia vnútorných podmienok na dosahovanie vynikajúcich výsledkov činnosti.

Ako uvádza J. Laznibatová (2001) odborníci zaoberajúci sa touto problematikou odhadujú, že v Európe takmer každé piate dieťa vykazuje znaky určitého nadania. J. Jurášková (2003) rozdeľuje definície nadania do troch oblastí:

1. Definície založené na inteligenčnom kvociente – sem patria jedinci, ktorých skóre IQ v štandardizovaných inteligenčných testoch je nad istou určenou hranicou;
2. Definície založené na talente – vychádzajúce z preukázateľne nadpriemerného výkonu v určitej špecifickej oblasti (hudba, tanec, šport, matematika....).
3. Definície založené na kreativite – považujú tvorivosť za základnú zložku nadania v najrôznejších oblastiach ľudskej činnosti.

Prvé dve skupiny definícií sú zohľadnené aj v aktuálnom Školskom zákone, nakoľko naša legislatíva umožňuje zriaďovať špeciálne triedy pre žiakov mimoriadne nadaných (vychádzajúc z definícií založených na nadpriemernej úrovne rozumových schopností), ako aj triedy pre žiakov, ktorí vykazujú nadanie v niektorej zo špecifických oblastí – šport, umenie, matematika a pod.

V ďalšom texte sa zameriame na skupinu detí, ktoré označujeme ako „intelektovo nadané“ a pri ich vzdelávaní sa vychádza z Metodických pokynov MŠ SR na zaraďovanie detí do špeciálnych výchovno-vzdelávacích programov pre intelektovo nadaných žiakov. Podľa uvedených metodických pokynov sa za intelektovo nadané dieťa (žiaka) považuje dieťa s akcelerovaným kognitívnym vývinom, ktoré pri dostatočnej motivácii a tvorivosti za adekvátnej stimulácie zo strany prostredia dosahuje v porovnaní so svojimi rovesníkmi výnimočné výkony v jednej alebo viacerých intelektových činnostiach. Nie vždy sa musí prejaviť nadpriemernými výkonmi v škole. Patria sem i žiaci, ktorí vzhľadom na svoje nadanie potrebujú učebný program, ktorý nie je poskytovaný bežnými školami, ako i žiaci so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. Ku svojmu rozvoju totiž potrebujú špeciálne pedagogické prístupy.

Za intelektovo nadané dieťa sa všeobecne považuje dieťa s vysokou úrovňou rozumových schopností. Podobne ako u dospelých jedincov potom nadané dieťa možno identifikovať a diagnostikovať ako dieťa s vysokým intelektovým potenciálom, pričom musí prekračovať hranicu IQ 130 meranú štandardnými psychologickými testami. Intelektový potenciál dieťaťa možno stanoviť už v rannom veku (u dvojročných, alebo aj mladších detí), a to na základe prejavenej úrovne pamäti, rozpoznávania, rýchlosti vnímania a schopnosti učenia sa, opakovania atď. Netypické a vysoko špecifické prejavy mimoriadnych schopností nadaných detí sú už v tomto období dostatočným dôvodom, aby sa im venovala odborná pozornosť. Je dôležité čo najskôr rozpoznať a identifikovať nadanie detí. Má to totiž ďalekosiahly dosah na ich ďalší vývin. Abstraktný pojem nadpriemerná, či vysoká

inteligencia je v reálnej podobe u nadaných detí transformovaný do prejavov výnimočných intelektových schopností, ktoré obsahujú takého základné znaky:

1. vysoká úroveň logického a abstraktného myslenia,
2. vysoká úroveň kritického a nezávislého myslenia,
3. vysoká úroveň kombinačných schopností a systémového myslenia,
4. vynikajúca pamäť,
5. vysoká koncentrácia a rozsah pozornosti,
6. vysoká úroveň originálneho a kreatívneho myslenia

Pre nadaného žiaka je v škole charakteristické, že dokáže zvládnuť, spracovať, naučiť sa a fixovať väčšie kvantum učebnej látky za podstatne kratší čas. Pri detailnejšej diferenciácii intelektového nadania treba rozlišovať medzi jednotlivcom, ktorého nazývame nadaným a mimoriadne nadaným, resp. vysoko nadaným jednotlivcom. Preto podľa toho musí byť modifikované aj vzdelávanie nadaných, keďže odborníci oficiálne rozdeľujú aspoň tri úrovne nadania: mierne nadaní, stredne nadaní a vysoko nadaní, pričom existuje i skupina superiórne nadaní.

SYMPTOMATOLÓGIA

V predškolskom veku sa ako prvé prejavy objavujú mimoriadna zvedavosť a aktivita, chuť získavať informácie a objavovať nové veci. Okrem toho majú deti vynikajúcu pamäť, bohatý slovník a plynulú reč. Približne v 4. - 5. roku sa tieto deti naučia samé čítať a písať (typické sú tlačené písmená), neskôr sa pripája narábanie s číslami, počítanie, násobilka a pod. Neskôr dokážu robiť veci netypické pre ich vek, dokážu viac ako ich rovesníci. Konkrétne ide o tieto prejavy:

- nadané deti sú výrazné individuality už od útleho veku,
- nadané dieťa má vývinový náskok dva až tri roky oproti svojim rovesníkom,
- sú samostatné, s vlastným názorom na veci, nekonformné, ťažšie prispôsobivé, s vysokou snahou podávať dobrý výkon, byť najlepší, byť prvý,
- sú to deti perfekcionalistické a čo je dôležité, sú sebakritické ale aj kritické k dospelým, rodičom či učiteľom,
- sú prirodzene aktívne, o všetko sa zaujímajú, sú zvedavé a potrebujú stále nové informácie, celkovo rady experimentujú a rady objavujú nové veci,
- spontánne sa naučili napríklad niektoré z oblastí zemepisu - svetadiely, štáty a ich hlavné mestá, rieky, najvyššie vrchy, zaujímajú sa všeobecne o oblasti, ktoré nie sú typické pre ich rovesníkov.

Vývin nadaných detí je nepravidelný, pričom verbálne schopnosti môžu byť vo vývine vpredu v porovnaní s psychomotorickými (kreslenie, písanie). Je to spôsobené tým, že funkcie súvisiace s jemnou motorikou sú podmienené úrovňou dozrievania CNS, ktorú nie je možné výraznejšie ovplyvniť.

Medzi všeobecné a typické charakteristiky intelektovo nadaných detí patria:

- vývinový náskok pred rovesníkmi v jednej alebo vo viacerých kognitívnych oblastiach,
- skoré čítanie (dieťa sa naučí čítať ešte v predškolskom veku),
- objavenie sa kalkulačných spôsobilosti už v predškolskom veku (dieťa sa ešte pred zaškolením naučí spočítavať a odpočítavať v obore nad desať),
- vysoká intelektuálna zvedavosť,
- aktivita, motivácia, radosť z objavovania nového,
- široké spektrum záujmov,

- záujmy netypické pre daný vek, zanietenosť pre niektorú oblasť, hlboké vedomosti dieťaťa v tejto oblasti,
- schopnosť sústrediť sa na predmet svojho záujmu,
- široká slovná zásoba a dobrá argumentácia,
- potreba vymýšľať, nekonvenčnosť, kritickosť k autoritám,
- snaha o vytváranie vlastných postupov pri riešení úloh, ktoré umožňujú kreatívny prístup,
- nadpriemerné výkony v psychologických testoch (inteligencie, tvorivosti, motivácie...),
- nadpriemerné znalosti, presahujúce stanovené požiadavky,
- tendencie k vytváraniu vlastných pravidiel a vlastného pracovného tempa,
- menšia ochota k spoločnej práci v kolektíve,
- rýchla orientácia v pracovných postupoch,
- zvýšená motivácia v tých oblastiach a vyučovacích predmetoch, v ktorých žiak vykazuje nadanie.

Nadané deti sa podľa autorov M. Martina, C. Waltmanovej - Greenwoodovej (1997) prejavujú aj v nasledujúcich oblastiach:

Zvýšený záujem o dianie okolitého sveta - prejavuje sa v kladení rôznych otázok, ktoré majú v porovnaní s rovesníkmi logickejšie aspekty a viac skúmajú bežnú realitu. Pri očakávaní odpovedí sú neodbytné a neuspokoja sa s ich povrchnosťou. Majú široké spektrum záujmov.

Dobrá pamäť - ktorá sa prejavuje v udržaní mnohých informácií rôzneho druhu, v ľahkosti a rýchlosti osvojovania si nových poznatkov.

Vysoký stupeň rozumových schopností - ktorý sa vyznačuje porozumením zložitých pojmov, schopnosťou riešiť problémy a nachádzať medzi nimi rôzne súvislosti. Prejavuje sa aj v schopnosti zovšeobecňovania a abstrakcie, ako aj originalitou. Veľmi dobre je rozvinuté kritické i sebakritické myslenie.

Verbálne schopnosti - už v ranom veku je slovník dieťaťa bohatý na rôzne pojmy, ktoré dokáže správne a výstižne používať. Dokáže verne a reálne reprodukovať rôzne príbehy a udalosti.

Akcelerácia vývinu - rýchlejšie než iné deti sa vyvíja tak po stránke fyzickej (skôr chodí), tak po stránke intelektuálnej (skôr začína hovoriť a čítať). Skôr, ako u iných detí sa prejavujú rôzne druhy nadania (hudobné, výtvarné).

Pozornosť a koncentrácia - prejavuje sa v schopnosti dlhodobého sústredenia na činnosť alebo dej, ktorý dieťa zaujíma, v porovnaní so svojimi rovesníkmi. Je schopné v záujme dosiahnutia konkrétneho cieľa dlhodobo usmerniť svoje správanie a sústredenosť.

Sociálna zrelosť - dieťa má sklony dávať prednosť spoločnosti starších detí a dospelých a je schopné s nimi komunikovať na ich úrovni. To mu môže spôsobovať aj isté komplikácie v sociálnych vzťahoch s rovesníkmi.

Zmysel pre humor - má schopnosť, na rozdiel od svojich rovesníkov, nachádzať humorné aspekty v rôznych situáciách.

ETIOLÓGIA

Keďže problematike nadaných detí sa doteraz nevenovala výraznejšia pozornosť, nie sú ani dostatočne preskúmané etiologické faktory. Usudzuje sa však na hereditu (nakoľko aj jeden z rodičov u väčšiny týchto detí bol nadpriemerne nadaný), ktorá je kombinovaná s podnetným prostredím pre vývin dieťaťa. Doteraz najrozsiahlejší výskum v rámci SR, ktorý bol realizovaný pod vedením J. Laznibatovej (1997, s.332) a bol zameraný na analýzu tých

faktorov, ktoré sú spoločné pre nadané deti poukázal na isté spoločné znaky. Tieto sa prejavujú hlavne:

- vo vzdelaní rodičov, s prevahou vysokoškolského a stredoškolského vzdelania (92,5% otcov a 98,6% matiek),
- pri narodení dieťaťa sú rodičia vekovo starší, ako je to bežné v populácii,
- deti majú maximálne jedného súrodenca (sú prvorodené), alebo sú jedináčikovia (30%),
- majú vyššiu pôrodnú váhu a sú dlhšie dojčené ako deti v bežnej populácii.

Osobnostné charakteristiky intelektovo nadaných detí

Ak očakávame, že nadané dieťa bude dobré, slušné, poslušné, poriadkumilovné, disciplinované, tiché, spôsobné, mýlime sa. Nadané deti mávajú často také prejavy (vykrikovanie, skákanie do reči, kladenie otázok....), za ktoré ich učitelia často vnímajú ako „problémové“. Z tohto dôvodu často bývajú napomínané a paradoxne môžu zlyhávať aj v tých predmetoch, v ktorých dosahujú nadpriemerné (ale zatiaľ nediagnostikované) nadanie. Je to najmä preto, že škola pozitívne hodnotí nielen vedomosti, ale aj prejavy správania. Preto sú lepšie v škole hodnotené deti bystré , ktoré dokážu byť poslušné a prispôsobivé, ale nie deti vysoko nadané.
Možné problémové prejavy u nadaných detí sú popísané aj v metodických pokynoch MŠ a zaraďujeme medzi ne:

- nižšia potreba spánku, niekedy až jeho poruchy,
- hyperaktivita,
- nedostatočne rozvinutá grafomotorika,
- nízke sebavedomie,
- znížená sociálna adaptácia, emocionálne problémy, negativizmus,
- neochota podriadiť sa vonkajšej autorite,
- neochota prijať prehru,
- perfekcionizmus, príliš vysoké požiadavky na seba alebo okolie,
- neobvykle doslovné chápanie významu slov prejavujúce sa „chytaním za slovíčka“.

Emocionálne charakteristiky nadaných detí

Nadané deti majú v porovnaní s normálnymi deťmi viac špecifických potrieb. Tieto potreby sa týkajú predovšetkým emocionálnej a sociálnej oblasti. Kým oblasť intelektu je vysoko rozvinutá, v emocionálnej oblasti sa prejavuje istá nezrelosť. Tento disharmonický vývin môže spôsobovať veľké problémy, najmä pri vstupe dieťaťa do školy.

Tieto deti sú zraniteľnejšie, citlivejšie, s tendenciou k precitlivenosti v porovnaní s ostatnými deťmi, majú chudobné interpersonálne vzťahy a problémy so zvládaním komunikácie s okolitým svetom. V dôsledku toho sa môžu správať izolovane, neprístupne, úzkostlivo, pociťovať strach, uzatvárať sa do seba a ťažšie sa prispôsobovať. Pravdepodobne to je spôsobené i tým, že vzhľadom na svoj atypický vývin v podstate prežívajú omnoho viac stresových situácií ako ostatné deti. Stresové situácie môžu vyvolávať nesprávne výchovné prístupy, zdôrazňovanie disciplíny, nerealistické očakávania výkonov a taktiež aj rôzne životné problémy a situácie. Viaceré výskumy potvrdili, že celková prispôsobivosť nadaných detí v emocionálnej, resp. v psychosociálnej oblasti je výrazne nižšia oproti bežnej populácii detí. Nadaní však pomerne ťažko prežívajú svoju odlišnosť od ostatných detí a to najmä v puberte. Na druhej strane sa môže u nich prejavovať aj prílišná čulosť, hyperaktivita, výbušnosť či impulzivita.

Potreba priamych fyzických kontaktov, tak ako je to v detskom veku bežné a typické u všetkých detí – objímanie, maznanie, bozkávanie - je u mnohých nadaných detí výrazne obmedzená. Nemajú radi, ak sa ich niekto dotýka, neradi sa objímajú, výnimkou je len matka, ku ktorej majú vždy silný emocionálny vzťah

Je zaujímavé, že u nadaných detí sa zistila nižšia úroveň anxiozity (úzkosti) v porovnaní s ostatnými deťmi. Častý je u nich výskyt tzv. denného snenie a tzv. imaginárneho kamaráta.

V dôsledku nepomeru medzi intelektom a emocionálnou výbavou osobnosti sa u nich môžu objaviť aj samovražedné tendencie. Tieto deti totiž priskoro začínajú vnímať problémy, ťažkosti a zároveň si uvedomujú, že nedokážu veci zmeniť, a to ich deprimuje, hoci navonok môžu pôsobiť vyrovnaným dojmom. Preto sa často potrebujú fixovať na dospelého človeka, aby im pomohol poznať svet z krajšej stránky a predovšetkým, aby mali pocit bezpečia.

Sociálne schopnosti a zručnosti nadaných detí

Vysoko nadané deti majú výrazné problémy so sociálnou integráciou, zaradením do kolektívu a začlenením v rámci skupiny. Hoci tieto nadané, vnímavé deti vedia presne, ako sa treba správať, v skutočnosti sú tak „samy sebou“, že v daných situáciách sa nesprávajú, ako by sa dalo očakávať. Keďže po psychickej stránke sa rýchlo vyvíjajú a sú výrazne odlišné od ostatných, majú rozdielne záujmy, tak to spôsobuje, že sú často osamelé a nemajú prakticky kamarátov. Ich väčšia uzavretosť a znížená komunikatívnosť spôsobuje, že v sociálnych kontaktoch sú skôr zdržanlivejšie, ako aj to, že k svojim činnostiam nepotrebujú veľa kamarátov. Práve u týchto detí sa najčastejšie vyskytujú adjustačné problémy t. j. problémy so sústavným vyrovnávaním sa dieťaťa s požiadavkami prostredia, prispôsobovaním sa sociálnemu prostrediu, a to na základe ich perfekcionizmu, nonkonformizmu, idealizmu, schopnosti divergentného myslenia a nerealistických cieľov a očakávaní.

Ďalšími zdrojmi problémov nadaných detí v sociálnej sfére môže byť zvýšená senzitivita týchto detí. Môže ísť napr. o citlivosť na podnety, precitlivenosť na nepochopenie a kritiku zo strany dospelých, rovesníkov. V dôsledku toho dochádza k izolácii v komunikácii a v sociálnej rovine. Lepšie sa mu komunikuje so seberovnými a najlepšie s dospelými ľuďmi. Sociometrické zistenia ukazujú, že v triedach nadaných detí sa najčastejšie vyskytujú dyadické vzťahy a len veľmi málo nájdeme priateľstvo troch či štyroch detí navzájom. Oproti bežným triedam chýba sociálne postavenie vodcov. Na potrebe sociálnych kontaktov s inými deťmi sa výrazne prejavujú aj základné osobnostné charakteristiky ako uzavretosť, individualizmus a introvertné tendencie.

Už z naznačených charakteristík vyplýva, že aj tieto deti vyžadujú od učiteľa špeciálny prístup. Pokiaľ učiteľ nie je dostatočne informovaný o tejto problematike, môže svojim nevhodným prístupom tieto problémy vyvolať.

Tieto problémy vyplývajú najmä:

- z pociťovania odlišnosti od spolužiakov a rovesníkov, čo môže viesť až k ich izolácii a pocitom osamelosti,
- stanovenia si nerealistických cieľov, pričom sa ťažko zmierujú s vlastnými nedostatkami,
- pokiaľ sa v prvých ročníkoch školy nemuseli pripravovať na vyučovanie, neskôr pri zvýšených nárokoch nemajú dostatočne osvojený mechanizmus učenia sa,
- hlavne v prvých ročníkoch často vyrušujú učiteľa kladením rôznych otázok. Pokiaľ sú stále napomínaní, klesá ich aktivita a upadajú až do apatie, ktorá môže byť nesprávne interpretovaná ako nezáujem a nepozornosť.

11.3 ODPORÚČANIE PRE EDUKAČNÚ PRAX

ŽIACI S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM

Žiaci s mentálnym postihnutím sa vzdelávajú v špeciálnych základných školách a po ich absolvovaní majú možnosť pokračovať v príprave na povolanie v odborných učilištiach. Do špeciálnych základných škôl pre žiakov s mentálnym postihnutím (MP) je možné prijímať len žiakov s mentálnym postihnutím a žiakov s viacnásobným postihnutím v kombinácii s MP po dôkladnom diagnostickom vyšetrení, s preukázateľným stupňom mentálneho postihnutia.

Špeciálna základná škola nie je určená pre žiakov zo sociálne znevýhodneného prostredia s intelektom v norme, ani pre žiakov bez MP.

Integrácia žiakov s mentálnym postihnutým

Vzdelávanie žiakov s mentálnym postihnutím integrovanou formou v podmienkach štandardnej triedy základnej školy z odborného hľadiska sa neodporúča, ak nie je špeciálnym pedagógom zabezpečený odborný prístup. Zároveň pripomíname, že zákonný zástupca žiaka s postihnutím má právo pre svoje dieťa zvoliť formu vzdelávania. V prípade podozrenia, že dieťaťu nie je zabezpečená ochrana a starostlivosť, ktoré sú nevyhnutné pre jeho blaho pri rešpektovaní práv priznaných medzinárodným dohovorom, je riaditeľ školy a školského zariadenia v zmysle zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov povinný upozorniť na porušenie práv dieťaťa príslušný orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately .

Pri výkone rodičovských práv sú však rodičia podľa § 28 ods. 1 písm. a) a ods. 2 zákona č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov povinní chrániť záujmy dieťaťa tak, aby mu zabezpečili všestranný rozvoj. Nerešpektovaním odborných odporúčaní pre voľbu formy vzdelávania ich dieťaťa sa môžu dostať do rozporu s uvedeným ustanovením zákona o rodine .

Špeciálne triedy v základnej škole

Nakoľko školská integrácia je výchova a vzdelávanie žiakov so ŠVVP v triedach škôl a školských zariadení určených pre žiakov bez špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb, vzdelávanie žiakov so ŠVVP v špeciálnych triedach základnej školy od 1. 09. 2008 nie je formou integrácie žiakov so ŠVVP.

V škole možno po súhlase zriaďovateľa zriadiť triedu pre žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami (§ 29 ods. 9 školského zákona).

Návrhy na zriadenie tried pre deti a žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami a deti a žiakov s mimoriadnym nadaním a talentom predkladá obec obecnej školskej rade na vyjadrenie (§ 6 ods. 8 písm. h) bod 8 zákona č. 596/2003 Z. z. o štátnej správe v školstve a školskej samospráve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov).

Zriadenie špeciálnych tried

Triedy podľa § 94 ods. 1 písm. a) a b) prvého bodu školského zákona, teda špeciálne školy a špeciálne triedy ZŠ, možno zriadiť pre najmenej štyroch žiakov a najviac desať žiakov. Riaditeľ školy môže povoliť prekročenie najvyššieho počtu žiakov v triede najviac o dvoch žiakov (§ 97 ods. 6 školského zákona).

V špeciálnych triedach pre žiakov s mentálnym postihnutím sa používa pedagogická dokumentácia špeciálnych základných škôl. V ostatných špeciálnych triedach ZŠ sa používa pedagogická dokumentácia bežných typov škôl .

Pedagóg, i keď nie kompetentný preraďovať žiakov do špeciálnych škôl, resp. tried, častokrát spolupracuje s rodičmi, ktorí sú pred toto rozhodnutie postavení. Väčšina rodičov sa prestupu svojho dieťaťa do špeciálnej školy (ďalej ŠŠ) bráni. Preto je dobré, keď je pedagóg pripravený na takýto rozhovor a disponuje aj primeranými argumentami. Preto je treba v pokojnom **rozhovore s rodičmi** uviesť niektoré z nich Z. Matějček (1991) odporúča:

1. Rodičia majú zodpovednosť za budúcnosť svojho dieťaťa. Tá nie je daná tým, či sa dieťa "udrží alebo neudrží" na základnej škole, ale tým, či si zachová dobrú duševnú pohodu, chuť do práce a do učenia.

2. Ak zostáva dieťa v triede stále medzi poslednými, môže to mať negatívny vplyv na utváranie jeho osobnosti. Vznikajú pocity menejcennosti, dieťa trpí, stráda a bráni sa tejto záťažovej situácii. Na túto obranu spotrebuje viac vnútorných síl, než na učenie. Skúsenosť potvrdzuje, že takéto deti potom v ZŠ nepracujú ani na tej úrovni, ktorá zodpovedá ich inteligencii. V osobitnej škole má dieťa možnosť dostať sa skôr na poprednejšie miesto, čo má pozitívny vplyv na jeho chuť k životu i na motiváciu k učeniu.

3. Aby sa takéto deti mohli lepšie učiť, potrebujú jednak primeranú záťaž, jednak viac odpočinku. A to je práve jeden zo základných princípov ŠŠ.

4. Starostlivosť zo strany vyučujúcich na ŠŠ voči žiakom je podstatne väčšia, než v ZŠ. V triede je maximálne 15 žiakov a učitelia majú na túto prácu špeciálnu kvalifikáciu.

5. V ZŠ toto dieťaťa spolužiaci behom prvých troch mesiacov väčšinou "predbehnú" s dosahovanými výsledkami. Ono ich musí neustále doháňať, za značnej pomoci rodiny. V ŠŠ nestráca čas, je neustále v primeranom pracovnom tempe a nestráca pracovnú motiváciu.

6. Učivo v ŠŠ je zamerané viac pre život. Osobitná škola poskytuje učivo piatich ročníkov ZŠ, s vybraným učivom vyšších ročníkov. Pre praktický život to dobre postačuje.

7. I keď rodičia budú musieť každý krok dieťaťa do samostatného života dobre zvážiť a pripraviť, je veľkou výhodou, že tieto deti majú po škole zaistené vhodné pracovné zaradenie. Ďalšiu kvalifikáciu môžu získať na odborných učilištiach. Dieťa, ktoré by zostalo na ZŠ a tam napr. dvakrát opakovalo ročník, je z tohto hľadiska v značnej nevýhode.

8. Často mávajú rodičia strach "zo zlej spoločnosti", napr. z detí rómskych, nižšie intelektovo disponovaných a pod. Nedá sa poprieť, že v triede sa takéto deti ocitnú, ale skúsenosti opäť potvrdzujú, že úľava v učení, vhodnejšia učebná atmosféra a ďalšie výhody, ktoré ŠŠ dieťaťu prináša, otázku "nevhodnej spoločnosti" odsúvajú do úzadia.

9. "Naše dieťa bude trpieť výsmechom kamarátov, pocitom menejcennosti a bude poznamenané na celý život", takto často namietajú rodičia. Práve naopak, bolo by "poznamenané", keby celý čas školského vzdelávania prežilo ako utrpenie. Ide predovšetkým o to, čo dieťa samo prežíva, než o to, čo dáva nešetrne najavo niekto z okolia. Na postojoch rodičov k dieťaťu a na pozitívnej atmosfére rodinného života v týchto prípadoch záleží viac,

než na čomkoľvek inom. V poslednom období však takýchto poznámok ubúda, nakoľko ŠŠ je už všeobecne lepšie prijímaná, než to bolo v minulosti.

ŽIACI S INTELEKTOVÝM NADANÍM

Nadané deti v škole často trpia tým, že nie sú uspokojené ich potreby v oblasti obsahu učiva, systému učenia a podávania výkonov. Prejavuje sa to tak, že kým mnohí žiaci potrebujú intenzívne vysvetľovanie učebnej látky, nadané deti pochopia všetko ihneď.
Existujú štyri typy nadaných žiakov v klasickej škole:

1. typ nadaného dieťaťa - je bezproblémové, optimálne začlenené, dobre prispôsobené, spokojné so školou,
2. typ nadaného dieťaťa - je aktívne, až hyperaktívne, ktoré rýchlo chápe a dobre si pamätá, má viac informácií a vedomostí ako ostatní žiaci a chce všetko ukázať v škole,
3. typ nadaného dieťaťa - sú v bežnej škole uzavreté, ťažšie komunikatívne, ktoré nedokážu otvorene protestovať proti neprimeraným postupom školy. Dieťa sa uzatvára do seba, je duchom neprítomné na vyučovaní, keď sa ho opýtajú niečo z práve preberaného učiva, dokáže okamžite reagovať,
4. typ nadaného dieťaťa - sú tiché, neprejavené. Učitelia ho v triede nerozpoznajú, postupujú potom ako ostatní žiaci, nekladú sa na ne primerané požiadavky, nerozvíjajú sa ich schopnosti, nie sú adekvátne zaťažené úlohami.

Aby bol žiak uznaný ako nadaný a mohla mu byť tak venovaná špeciálna starostlivosť v oblasti výchovy a vzdelávania, musí splniť kritéria, ktoré sú posudzované psychológmi pôsobiacimi v systéme výchovného poradenstva. Sú to:

1. Celková úroveň jeho intelektových schopností (po zvážení výsledkov vo všetkých použitých testoch) spadá do pásma horných 2 % populačného ročníka (IQ nad 130), za predpokladu, že úroveň tvorivosti sa pohybuje aspoň v pásme priemeru. Vo veku do 8 rokov sa väčšia váha pri posudzovaní intelektovej úrovne prikladá neverbálnym schopnostiam.
2. Úroveň tvorivosti spadá do pásma horných 2 % populačného ročníka, za predpokladu, že reprodukčné intelektové schopnosti dosahujú aspoň úroveň horných 10 % populačného ročníka (IQ nad 120).
3. Pri posudzovaní intelektového nadania dieťaťa predškolského veku sa súčasne vyžaduje, aby jeho mentálny vek podľa testu neverbálnej inteligencie bol v deň nástupu do prvého ročníka základnej školy najmenej 7 rokov a 10 mesiacov.
4. V školskom veku je možné za intelektovo nadaného označiť aj žiaka, ktorý podáva výnimočné učebné výsledky, pričom úroveň jeho reprodukčných intelektových schopností spadá do pásma horných 10 % populačného ročníka a úroveň tvorivosti aspoň do pásma priemeru.
5. Úroveň sociability dieťaťa (žiaka), ktoré bolo identifikované ako intelektovo nadané, nesmie byť výrazne podpriemerná. Čím je identifikované nadanie nižšie, tým viac je potrebné, aby sociabilita dieťaťa spadala aspoň do pásma priemerných hodnôt. Pri rozhodovaní o dieťati (žiakovi), ktorého výsledky vo výkonových testoch sú na hranici stanovených kritérií, pokladáme za nadanejšieho toho, kto má nadpriemernú úroveň sociability.
6. Bod e sa primerane vzťahuje aj na posudzovanie pozornosti, vytrvalosti, motivácie.

Návrh na zaradenie dieťaťa do výchovno-vzdelávacieho programu pre intelektovo nadaných žiakov podáva jeho zákonný zástupca, centrum pedagogicko psychologického poradenstva a prevencie alebo škola. Návrh musí byť doložený písomným vyjadrením psychológa, ktorý identifikoval dieťa ako nadané a súhlasom zákonného zástupcu.

Žiak môže byť v priebehu školskej dochádzky vyradený z výchovno-vzdelávacieho programu pre intelektovo nadaných žiakov. Dochádza k tomu v prípadoch, kedy žiak nedosahuje v procese výchovy a vzdelávania očakávané výsledky, ak mu nároky programu spôsobujú problémy, ak sa postupy používané v tomto programe ukážu v jeho prípade neúčinné, alebo ak sa jeho nadanie nerozvíja v súlade s očakávaním. Vyradenie z programu navrhne psychológ zodpovedný za identifikáciu nadaných žiakov na základe výsledkov psychologického a špeciálnopedagogického vyšetrenia. Psychológ navrhne preradenie žiaka do inej formy špeciálnopedagogickej starostlivosti alebo preradenie do systému bežného vzdelávania. V prípade, ak o vyradenie žiaka z programu požiadajú rodičia, musí riaditeľ školy o vyradení rozhodnúť bez ohľadu na výsledky odborných vyšetrení.

Výchovno-vzdelávací program pre intelektovo nadaných žiakov je individuálny alebo skupinový program uplatňovaný pri vzdelávaní týchto žiakov:

- v špeciálnych základných školách pre nadané deti,
- v špeciálnych triedach pre nadané deti,
- alebo pri individuálnej integrácii v bežných triedach základných škôl.

Slovenská legislatíva upravila postavenie intelektovo nadaných žiakov Vyhláškou MŠ 307/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní žiakov s intelektovým nadaním, kde sa napr. uvádza, že:

- Žiak so všeobecným intelektovým nadaním sa **prijíma do školy** pre žiakov so všeobecným intelektovým nadaním alebo do triedy pre žiakov so všeobecným intelektovým nadaním na základe žiadosti zákonného zástupcu žiaka alebo zástupcu zariadenia a s jeho informovaným súhlasom po diagnostike vykonanej centrom.

- Do školy so zameraním na rozvoj špecifického intelektového nadania alebo do triedy so zameraním na rozvoj špecifického intelektového nadania sa prijímajú žiaci na základe prijímacieho konania.

- Prijímacie konanie sa skladá z overenia úrovne

a) vedomostí,
b) špeciálnych zručností,
c) špeciálnych schopností.

Súčasťou prijímacieho konania môže byť aj zohľadnenie doterajších výsledkov žiaka, a to najmä doterajšie hodnotenie prospechu, umiestnenie na súťažiach, a výsledkov celoslovenského testovania žiakov.

Výchova a vzdelávanie žiakov s intelektovým nadaním

(1) Všeobecne intelektovo nadaný žiak môže byť vzdelávaný v škole pre žiakov s intelektovým nadaním, v triede pre žiakov so všeobecným intelektovým nadaním alebo formou individuálnej integrácie.
(2) Vzdelávanie v škole pre všeobecne intelektovo nadaných žiakov alebo v triede pre všeobecne intelektovo nadaných žiakov sa uskutočňuje podľa vzdelávacieho programu pre všeobecne intelektovo nadaných žiakov.
(3) Vzdelávací program pre všeobecne intelektovo nadaných žiakov je zameraný napodporovanie a rozvíjanie ich intelektového nadania so zohľadnením rozvoja celej

osobnosti, na prevenciu a nápravu problémových prejavov, ktoré súvisia s ich všeobecným intelektovým nadaním.

(4) Špecificky intelektovo nadaný žiak môže byť vzdelávaný v škole pre žiakov so špecifickým intelektovým nadaním, v triede pre žiakov so špecifickým intelektovým nadaním alebo formou individuálnej integrácie.

(5) Vzdelávanie v škole pre špecificky intelektovo nadaných žiakov alebo v triede pre špecificky intelektovo nadaných žiakov sa uskutočňuje podľa vzdelávacieho programu pre špecificky intelektovo nadaných žiakov.

(6) Vzdelávací program pre špecificky intelektovo nadaných žiakov sa zameriava na rozvíjanie oblastí podľa špecifického intelektového nadania najmä rozšíreným vzdelávaním v jednom vyučovacom predmete alebo vo viacerých vyučovacích predmetoch zo skupiny spoločenskovedných predmetov alebo prírodovedných predmetov.

(7) Pri vzdelávaní intelektovo nadaných žiakov sa používajú metódy a prístupy so zameraním napr. na projektové vyučovanie, induktívne vyučovanie, pozorovanie, objavovanie a experimentovanie, diskusia, práca s informáciami, riešenie problémov, pozitívne hodnotenie a sebahodnotenie.

(8) Pri vzdelávaní žiakov s intelektovým nadaním sa používajú učebnice, učebné texty a pracovné zošity pre žiakov so všeobecným intelektovým nadaním a pre žiakov so špecifickým intelektovým nadaním, pri niektorých častiach obsahu aj učebnice, učebné texty a pracovné zošity pre žiakov bez špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb.

Individuálna integrácia intelektovo nadaného žiaka

(1) Za individuálnu integráciu intelektovo nadaného žiaka sa považuje jeho vzdelávanie v triede, ktorá neuskutočňuje vzdelávací program pre žiakov s intelektovým nadaním.

(2) Intelektovo nadaný žiak môže byť vzdelávaný formou individuálnej integrácie len po diagnostickom vyšetrení vykonanom centrom pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie.

(3) Individuálny vzdelávací program sa uplatňuje, len ak ide o individuálnu integráciu žiaka s intelektovým nadaním alebo ak je žiak s intelektovým nadaním súčasne žiakom so zdravotným znevýhodnením.

(4) Individuálny vzdelávací program obsahuje základné informácie o žiakovi, o osobitostiach jeho diagnózy a prognózy na výchovno-vzdelávací proces, o učebných postupoch a organizácii vzdelávacieho procesu, o učebných plánoch a učebných osnovách, prípadne o zabezpečení kompenzačných pomôcok, špeciálnych učebných pomôcok, učebných materiálov a personálnej pomoci. Individuálny vzdelávací program sa aktuálne dopĺňa podľa špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb žiaka s intelektovým nadaním.

(5) Individuálny vzdelávací program sa zameriava na rozvíjanie intelektového nadania žiaka v rámci jednotlivých vyučovacích predmetov, na primeraný rozvoj jeho osobnosti a na prevenciu a nápravu problémových prejavov súvisiacich so všeobecným intelektovým nadaním.

(6) Individuálny vzdelávací program vypracúva škola v spolupráci s centrom.

(7) Centrum spolupracuje so školou, ktorá vzdeláva intelektovo nadaného žiaka formou individuálnej integrácie, a to najmä v rámci diagnostiky a rediagnostiky žiaka, odporúčaniami na vzdelávanie žiaka, sledovaním vývinu žiaka, návrhmi na zmeny v individuálnom vzdelávacom programe, poradenstvom pre učiteľov a zákonných zástupcov žiaka.

V zásade pre intelektovo nadaných žiakov platia tie isté pravidlá ako pre ostatných žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami.

12. kapitola

ZÁVISLOSTI A ICH FORMY

V posledných rokoch sa problematika drogových závislostí stala aktuálnou aj v našej republike. Štatistiky sú varujúce a poukazujú na ich stúpajúci trend najmä u detí a mládeže. Taktiež s rozvojom rôznych technológií sa objavujú aj nové formy závislostí, ktoré nie sú zahrnuté v poslednej kategorizácii MKCH – 10. Ide najmä o závislosť na internete, mobilnom telefóne a iných elektronických médiách.

V uvedenej kategorizácii sa problematika závistostí rieši v rámci kategórie Poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním psychoaktívnych látok (F 10 – F 19). Medzi psychoaltívne látky sú zaradené: alkohol, opiáty, kanabinoidy, sedatíva (hypnotiká), kokaín a iné stimulujúce látky, halucinogény, tabak a prchavé rozpúšťadlá. V tejto kapitole preto bližšie popíšeme niektoré z uvedených psychoaktívnych látok, ktoré doplníme aktuálnymi formami závislostí – patologické hráčstvo a závislosti na elektronických médiách. Tieto dve formy závislostí sa síce netýkajú psychoaktívnych látok, ale napr. patologické hráčstvo je uvedené v kategórii Poruchy osobnosti a správania dospelých (F 63) a závislosť na elektronických médiách sa zatiaľ v MKCH – 10 nepopisuje.

12.1. ZÁVISOSŤ NA PSYCHOAKTÍVNYCH LÁTKACH

Základné pojmy, ktoré súvisia s touto problematikou:

Droga - je prirodzená alebo syntetická chemická látka, ktorá po aplikácii do ľudského organizmu môže vyvolať zmenu jednej alebo viacerých jeho funkcií. Má rýchly a výrazný účinok.

Závislosť na droge - je stav chronickej alebo opakujúcej sa intoxikácie spôsobený opakovaným užívaním substancie. Závislosť je charakterizovaná:

- Túžbou brať drogu opakovane a neustále. Užívanie pokračuje, i keď si je subjekt vedomý škôd, ktoré droga spôsobuje na fyzickom zdraví, na osobných a spoločenských vzťahoch.
- Značná časť času je venovaná obstarávaniu drogy, jej užívaniu, prípadne zotavovaniu sa z jej účinkov.
- Závislosť môže byť psychická alebo fyzická.

Fyzická závislosť - spočíva v tom, že si telo vytvorí biologickú reakciu (adaptáciu) na účinok drogy. Adaptácia tela môže spočívať vo zvýšenej tolerancii a vo vzniku abstinenčného syndrómu, pokiaľ je droga náhle vysadená, alebo jej prísun je drasticky obmedzený.

Psychická závislosť - sa prejavuje duševnými symptómami, ktoré sprevádzajú závislosť na droge a ktoré môžu mať rôzne prejavy - napr. úzkosť, podráždenosť, apatia, depresívne stavy, vzrušenie, nepokoj a pod. Psychická závislosť sa zvyšuje v priebehu abstinenčného syndrómu. Práve pri recidíve alebo liečení drogovej závislosti zohráva pri abstinenčnej kríze hlavnú rolu psychická závislosť.

Toxikománia - podľa Svetovej zdravotníckej organizácie je stavom periodickej alebo chronickej intoxikácie, ktorá škodí jedincovi a spoločnosti a je vyvolaná opakovaným užívaním drogy.

To ako sa prejavujú účinky drog, sa dá popísať rôznymi prejavmi správania, ktoré korešpondujú s jednotlivými typmi štádií drogovej závislosti.

1. Štádium experimentovania: Učenie sa zmenám nálady.

Informácia, že droga navodzuje eufóriu, je veľmi lákavá. V prvom štádiu sa obyčajne len skúša, čo droga s nami urobí, hľadá sa očakávaný pocit eufórie a droga sa skúša dovtedy, kým sa nedostaví.

Najčastejšie drogy: alkohol, tabak, marihuana a inhalačné prostriedky.

Typické užívanie: večierky, rovesnícka skupina. Dieťa drogy dostáva, nekupuje si ich. Jeho organizmus je málo odolný, ľahko sa dostáva do eufórie.

Správanie: Nezistiteľné a jasné vonkajšie zmeny. Zatiaľ pomerne málo klame.

Pocity: Cíti sa dobre, konzumácia drog má len malé následky.

2. Štádium zaujatia drogou: Uvedomenie si pocitu zmeny nálady.

Droga vstupuje do každodenného života. Na vyvolanie eufórie treba silnejšie dávky alebo silnejšie drogy.

Najčastejšie drogy: Ako v prvom štádiu, pristupujú k nim ale ďalšie drogy. Napr. hašiš alebo tabletky - amfetamíny (povzbudzujúce lieky) a barbituráty (upokojujúce lieky).

Typické užívanie: Plánované užívanie, ku ktorému patrí kupovanie drog a neskôr užívanie osamote. Zvýšenie znášanlivosti drogy, užívanie sa stáva nevyhnutnosťou.

Správanie: Začiatok dvojakého života. Zmena kamarátov. Neprítomnosť duchom, náladovosť. Začiatok agresívneho hnevu. Zrieknutie sa koníčkov a mimoškolských záujmov. Horší prospech v škole. Prvé "okná". Častejšie užívanie slangových výrazov. Začínajú sa klamstvá, požičiavanie peňazí, krádeže.

Pocity: Pýcha nad šikovnosťou pri užívaní. Euforizačné účinky. Mierny nepokoj, keď odznejú omamné účinky drogy.

3. Štádium úzusu: Rodičovské obavy pri zmenách nálady

K doteraz užívaným drogám pristupujú ďalšie - kokaín, LSD, ópium.

Typické užívanie: Zvýšenie výdavkov na ďalšie drogy, denné užívanie, častejšie osamote. Po aplikácii drogy vznikajú vždy pocity omámenia. Neúspešné pokusy znížiť dávky drog alebo prestať ich užívať.

Správanie: Správanie sa zhoršuje, mladistvý opúšťa kamarátov - netoxikomanov, verejne je pokladaný za toxikomana. Lož sa stáva patologickým prejavom. Zvyšuje sa počet krádeží a priekupníctvo následkom rastu výdavkov. Neúspechy v škole, záškoláctvo, často vylúčenie zo školy, prípadne zo zamestnania. Prvé incidenty s políciou. Konflikty s rodinou. Začiatky chronického kašľa a celkové zhoršenie zdravia.

Pocity: Život je ovládaný pocitom omámenia, bez neho nastupuje vyčerpanosť. Trápenie z pocitu viny a hanby. Toxikoman si postupne prestáva vážiť sám seba. Utiekanie sa k ilúziám. Prvé myšlienky na samovraždu. Drogové omámenie ako pocit normálneho stavu.

4. Štádium terminálne: Užívanie drog pre pocit normálneho stavu.

Používajú sa všetky doteraz uvedené drogy, pristupuje k nim heroín.

Typické užívanie: Stále užívanie, s vysokou znášanlivosťou, čo má za následok aplikovanie vysokých dávok. Užívanie už nie je pod kontrolou, hrozí možnosť predávkovania.

Správanie: Celkové zhoršenie zdravia, chronický kašeľ. Časté problémy s políciou. Neschopnosť udržať si stále zamestnanie alebo zotrvať pri nejakej činnosti. Výbuchy hnevu, spojené s agresivitou voči rodine a ostatným. Výrazná vzťahovačnosť, výpadky pamäti.

Pocity: Drogy sa užívajú pre potlačenie depresie, sú súčasťou "normálneho stavu". Stály pocit viny, hanby, úzkosti a výčitky svedomia. Výrazné zníženie až strata sebaúcty. Časté myšlienky na samovraždu. Užívanie drogy je už nevyhnutnosťou.

SYMPTOMATOLÓGIA

Z hľadiska symptomatológie je dôležité si uvedomiť niekoľko poznatkov:

- Nejestvuje nijaký príznak, ktorý by prezradil užívanie konkrétnej drogy. Účinky drog sú nielen navzájom podobné, ale podobajú sa spočiatku aj každodenným ťažkostiam, ako je nevoľnosť, kvapkanie z nosa, krvou podliate oči a pod. Aby sa dalo zistiť, či dieťa alebo mladistvý berie drogy, je treba hľadať súhrn príznakov.
- Účinky jednotlivých drog môžu byť veľmi rozdielne. Závisí to od individuality dieťaťa alebo mladistvého (vek, výška, váha, tolerancia voči znášanlivosti, osobnostné aspekty) alebo od veľkosti dávky.
- Drogy sa často miešajú s inertnými látkami, aby sa zväčšil ich objem a priekupníci mali väčšie zisky. Znižuje sa tým ich účinnosť, preto veľa priekupníkov pridáva do svojho tovaru malé množstvo silnejších drog, aby mali väčšiu silu. Je pravdepodobné, že to, čo sa do drogy pridá, má nepriaznivejší účinok ako ona sama a môže vyvolať nepredvídateľné reakcie.

V ďalšom texte uvedieme symptómy pôsobenia jednotlivých drog, ktoré sú najčastejšie zneužívané aj v našich podmienkach. Treba však podotknúť, že doteraz nebolo možné zostaviť kompletný zoznam látok, ktoré vyvolávajú drogovú závislosť, pretože sa vyskytujú v rôznych zmesiach a neustále vznikajú nové. Samotný účinok drogy závisí od typu, dávok, spôsobu aplikácie a frekvencie užívania a tiež od očakávaného účinku. Medzi látky, ktoré vytvárajú závislosť však patria aj alkohol a tabakové výrobky, ktoré sa v našej republike zneužívajú najčastejšie. My sa budeme venovať popisu všetkých ostatných látok, ktoré sa v laickej terminológii označujú ako "drogy".

Drogy vyvolávajúce závislosť delíme do troch základných skupín, a to aj vo vzťahu k symptómom,ktoré vyvolávajú:

1. Psychostimulačné - pôsobia dočasne a vyvolávajú stavy dobrej nálady a eufórie (marihuana, hašiš, kokaín, heroín a pod.).

2. Psychoinhibičné - pôsobia tlmivo a dočasne potláčajú tieseň, úzkosť a depresívne nálady. Patria sem barbituráty (sedatíva, hypnotiká).

3. Dezintegračné - pôsobia dezintegračne a vyvolávajú ilúzie a halucinácie (LSD, extáza a pod.).

1. OPIÁTY

Základom je **ópium**, ktoré sa získava zo zárezov nezrelých makovíc v ktorých sa objavuje tekutina svetlej farby, ktorá na vzduchu tmavne a tuhne. Z prírodných derivátov ópia sa získava morfium a kodeín. Polosyntetický derivát morfia je heroín. Ópium bolo v staroveku rozšíreným liekom, používaným napr. proti nespavosti alebo rôznych bolestiach. Ópium sa fajčí zo zvláštnych fajok, alebo sa prehltáva.

Morfium je ópiový alkaloid, izolovaný pre lekárske účely v r. 1803. Používal sa hlavne pri liečení nespavosti. V súčasnosti sa v medicíne používa na tlmenie veľkých bolestí (napr. pri rakovine). Je dodávaný v ampulkách, aplikuje sa injekčne, vyvoláva však silnú závislosť.

Kodeín je prírodným derivátom ópia, využíva sa pri farmakologických výrobkoch, hlavne u pacientov trpiacich silným kašľom. Tieto lieky predpisuje lekár, nakoľko môže vzniknúť aj závislosť na kodeíne. Zneužívaný je hlavne ľuďmi závislými na heroíne, nakoľko pomáha zmierniť účinky abstinenčného syndrómu. Zo zmesi látok a liečiv, ktoré obsahujú kodeín, sa vyrába syntetická droga pod názvom "Braun", ktorá sa aplikuje injekčne. Vyvoláva silnú závislosť s výrazným abstinenčným syndrómom.

Heroín bol syntetizovaný v r.1874 a používal sa hlavne pri liečení pľúcnych ochorení. Vyvoláva veľmi rýchlo závislosť a z ópiových derivátov je považovaný za najnebezpečnejší. Na ilegálnom trhu s drogami sa vyskytuje v dvoch formách - biely (prach), ktorý vyzerá ako múka, alebo hnedý (cukor), ktorý sa skladá z malých hnedožltých granulí. Málokedy sa vyskytuje v "čistej" podobe, nakoľko v dôsledku vyšších ziskov sa k nemu pridávajú rôzne substancie.

Heroín sa aplikuje rôznymi formami:
- inhaláciou,
- injekčne - tento spôsob býva uprednostňovaný, nakoľko sa dostavujú rýchle psychoaktívne účinky,
- fajčením.

Opiáty, okrem vytvárania silnej a pomerne rýchlej závislosti, nesú so sebou riziko predávkovania. Na opiáty rastie tolerancia, to znamená, že k dosiahnutiu rovnakého účinku je potrebné zvyšovať dávku drogy.

Symptómy - po bezprostrednom aplikovaní drogy sa dostavuje eufória, zužujú sa zrenice a neskôr nastáva celkový útlm, ktorý trvá desiatky minút, až niekoľko hodín. **Následky** - pri dlhodobom aplikovaní sa dostavuje zrýchlený tep a dýchanie, slzenie sprevádzané nádchou, potenie, preháňanie, nechutenstvo a nekľud. U mužov vznikajú poruchy potencie, u žien poruchy menštruačného cyklu. Často dochádza k zápalu povrchových rán na žilách a k celkovému telesnému a duševnému chátraniu. Môže dôjsť aj k celkovému predávkovaniu, k ochoreniu na AIDS a hepatitídu.

2. KOKAÍN A CRACK

Kokaín patrí k najnebezpečnejším drogám. Je aktívnou látkou v listoch rastliny koky. Od polovice 19. storočia sa používa v zdravotníctve ako anestezikum, i keď jeho účinky sú známe už asi 4 tisíc rokov.

Na trhu sa kokaín predáva ako biely prášok obsahujúci malé vločky. Obyčajne sa predáva kombinovaný s inými druhmi psychotropných látok, napr. s amfetamínmi.

Hlavným spôsobom aplikovania je inhalácia. Môže sa užívať aj intravenózne, formou injekcie. Jeho účinok sa dostavuje v priebehu niekoľkých minút. Kokaín vytvára psychickú závislosť, nakoľko má euforizujúce účinky, zvyšuje myšlienkovú aktivitu a znižuje pocity únavy.

Symptómy - po bezprostrednom aplikovaní nastáva eurofická nálada, zväčšenie zreníc, zvýšená citlivosť na svetlo i zvuky, chrapľavý hlas, bledosť, zvýšený tlak, vzrušivosť, bdenie v noci a pocity malátnosti počas dňa.

Následky - pri dlhodobom užívaní sa dostavuje kašeľ, zápcha, krvácanie z nosa, záchvaty kŕčov, úbytok na váhe, problémy s pamäťou, pocity prenasledovania, halucinácie, sklony k násiliu, depresie a samovražedné pokusy.

Crack - je vysoko koncentrovaný kokaín, zmiešaný s jedlou sódou a vodou. Je rozšírený hlavne v USA. Je to droga, ktorá je pomerne lacná a preto sa rozširuje u sociálne nižších a problémových vrstiev populácie, ktoré majú problémy so sociálnou integráciou. Crack sa predáva vo forme belavých kryštálikov a fajčí sa zo zvláštnych fajok. Pôsobí maximálne 30 - 60 minút po aplikácii. Veľkým nebezpečenstvom je vytváranie závislosti v pomerne krátkom čase (cca 2 mesiace).

Symptómy - po bezprostrednom aplikovaní sa dostavuje eurofická nálada (podobne ako pri kokaíne), ktorá sa spája so "správaním bez zábran" a práve preto môže viesť k delikventnému alebo asociálnemu správaniu.

Následky - najväčším problémom je možnosť predávkovania, lebo je ťažké odhadnúť množstvo užitej substancie vzhľadom k tomu, že sa percento aktívnej látky obsiahnutej v jednej dávke dosť líši. Pri dlhodobejšom aplikovaní dochádza k halucináciám, vážnym zmenám správania a značnému poškodeniu organizmu.

3. KANABIS A JEHO PRODUKTY - MARIHUANA A HAŠIŠ

Účinky rastliny **cannabisu** (konope) sú známe už od staroveku. Najčastejšími produktami tejto rastliny sú **marihuana a hašiš**, ktoré majú spoločné pôsobenie látky tetrahydrocannabinol (THC). Ide o veľmi účinnú látku, pričom jej obsah môže byť v hašiši až desaťnásobne vyšší ako v marihuane. Tieto drogy sa najčastejšie fajčia, môžu sa pridávať aj do čaju, sladkostí a pod. Z tela sa vylučujú len veľmi pomaly, majú tendenciu sa usadzovať v tukových tkanivách. Keďže sa droga v tele hromadí, môže to mať nepriaznivé účinky na telesné aj duševné zdravie. Tieto cigarety obsahujú o polovicu vyššie rakovinotvorné substancie, než obyčajný tabak. Na rozdiel od laickej verejnosti (označujú sa ako "mäkké" drogy), vyvolávajú psychickú aj fyzickú závislosť. Mimoriadne nebezpečné sú pre ľudí so srdcovo-cievnymi ochoreniami, s vysokým krvným tlakom a pre psychicky labilných.

Symptómy - a účinky kanabisových produktov sú ovplyvnené množstvom aktívnych látok, ktoré boli užité, s prihliadnutím k váhe a telesnej konštitúcii človeka, s jeho psychickým a fyzickým stavom a frekvenciou užívania drogy.

Krátkodobé účinky sa prejavujú zvýšeným tepom, prekrvením spojiviek, svalovými tikmi, pocitmi eufórie a ľahkosti, jasnejším vnímaním a uvoľnenou komunikáciou.

Strednodobé účinky vyvolávajú zvýšenú chuť do jedla s vysokým obsahom glukózy, zhoršenú koordináciu pohybov, poruchy rovnováhy, znížené svalové napätie a zníženú sekréciu slín.

Následky - sa môžu týkať telesných symptómov, hlavne chorôb dýchacieho traktu vzhľadom na vyšší obsah dechtu v ručne balených cigaretách. Taktiež môže dôjsť k zvýšenej apatii, neschopnosti plánovať a dosahovať ciele, obmedzená je schopnosť kreativity, abstraktného myslenia. Vzniká aj sklon k agresívnemu konaniu.

4. HALUCINOGÉNY - LSD A EXTÁZA

Halucinogény sú látky, ktoré majú výrazné psychoaktívne vlastnosti, ktoré vyvolávajú zmeny telesných vnemov, ako aj vnemov z okolitého prostredia. V lekárskom výskume sa používajú pri štúdiu experimentálnej psychózy.

Halucinogény rozdeľujeme na
- prírodné, rastlinného pôvodu (napr. meskalin),
- polosyntetické (LSD),
- syntetické (extáza).

V našich podmienkach sa najčastejšie stretávame s LSD a extázou.

LSD - je syntetizované v laboratóriách v kryštalickej forme. Aplikuje sa peronálne - napr. vo forme absorbovania zo sacieho papiera, tabletkami, vo forme kvapaliny, alebo aj intravenózne. Pomer dávka/účinok je u LSD najúčinnejší zo všetkých psychoaktívnych dávok. To znamená, že veľmi malá dávka drogy postačí k vyvolaniu halucinogénnych účinkov, ktoré trvajú asi 8 hodín a dostavujú sa asi do 1 hodiny po aplikácii.

Extáza - je syntetický produkt, užívaný vo forme tabletiek. Extáza je v súčasnosti pomerne rozšírená hlavne medzi mladými ľuďmi. Jej užívanie je spájané i určitými spoločenskými udalosťami, napr. diskotékami a s niektorými druhmi techno-hudby (opakujúci sa rytmus s hypnotizujúcimi účinkami).

Symptómy - medzi najčastejšie symptómy patria halucinácie a deformované vnemy a ilúzie. Subjekt zažíva pocit nereálnosti v tom, ako vidí a vníma sám seba, alebo okolitý svet. Správanie sa môže meniť napr. aj v tom, že dochádza k regresným prejavom. V niektorých prípadoch môže užívanie halucinogénov vyvolať aj vážnu psychickú chorobu (psychózu). Chybná interpretácia reality môže viesť aj k rizikovému správaniu, napr. k pokusom lietať, alebo sa môžu prihodiť iné nehody, ktoré môžu končiť smrťou. Špeciálne pri extáze môže dôjsť k celkovému zlyhaniu, nakoľko pod vplyvom tejto látky mladí ľudia intenzívne tancujú aj niekoľko hodín a nereagujú na signály organizmu, ktoré sa týkajú únavy alebo preťaženia.

Následky - pri týchto látkach vzniká riziko psychickej závislosti, nebezpečenstvo pre duševné zdravie, zvýšené riziko vzniku epileptických záchvatov a nádorov, zhoršený kontakt s realitou, znížená schopnosť rozhodovania a horšie sebaovládanie. Halucinogény môžu vyvolávať aj tzv. flash-back, v ktorom sa dostavuje pocit ako po použití drogy, i keď aplikovaná nebola. Tento pocit môže vzniknúť aj dva roky po poslednej dávke.

5. INHALANTY

Inhalované látky sú prchavé chemické zlúčeniny, ktoré sa vyskytujú v rôznych komerčných výrobkoch (lepidlá, riedidlá, farby, čističe škvŕn). Najčastejšie sú aplikované nosom alebo ústami na handričke namočenej do substancie. Inhalanty sú najrozšírenejšie medzi dospievajúcou mládežou, práve pre ich ľahkú dostupnosť. Inhalanty sa dostávajú do pľúc, prechádzajú do krvi a odtiaľ k iným cieľovým orgánom. Medzi prvými zasiahnutými tkanivami je CNS. Účinky môžu pretrvávať aj niekoľko hodín po inhalácii.

Symptómy - medzi fyzické symptómy patria červená koža okolo nosa a úst, žalúdočné ťažkosti, nekoordinované pohyby, agresívne správanie, závraty, poruchy videnia, rovnováhy a artikulácie. Medzi psychické symptómy patrí počiatočné zbavenie sa zábran, neskôr naopak zábrany vznikajú. Spočiatku ide o stavy vzrušenia, eufórie a prejavy neadekvátneho asociálneho správania. U detí je to náhle zhoršenie prospechu, bledosť a malátnosť.

Následky - nadmerné užívanie môže spôsobiť akútnu intoxikáciu, spojenú so srdcovou arytmiou, spomaleným dýchaním, nevoľnosťou a bolesťami hlavy. Inhalanty môžu spôsobiť aj ťažké poškodenie tých orgánov, ktoré napádajú - mozog, pľúca, pečeň, obličky a nezriedka sa na tieto následky poškodenia zomiera.

6. LÁTKY S BUDIVÝM ÚČINKOM - AMFETAMÍNY

Do tejto skupiny patrí mnoho látok, ktoré sú obsiahnuté aj v rôznych liečivách (Efedrin, Fermetrazin, Dexfermetrazin, Psychoton, Triphenidyl). Z týchto liekov alebo látok, ktoré obsahujú sa najčastejšie vyrába Pervitin, ktorý sa aplikuje hlavne intravenózne a považuje sa za mimoriadne silnú drogu. Vzniká možnosť nákazy - hepatitída, AIDS. Uvedené látky zvyšujú bdelosť a aktivitu, "vybičujú" organizmus tak po stránke telesnej, ako aj duševnej. Bývajú zneužívané aj ako doping k navodzovaniu príjemných pocitov a vyššieho výkonu.

Symptómy - nadbytok energie, nespavosť, zrýchlený tep, rozšírené zrenice, nechutenstvo, vzrušenie, tras, premenlivé nálady spojené niekedy aj s agresiou, vyčerpanie. Po odznení účinku drogy sa dostavuje útlm, spojený s depresiou, úzkosťou, podozrievavosťou.

Následky - pri dlhodobom zneužívaní sa dostavujú halucinácie, zmätenosť, paranoja, depresie, srdcová arytmia a silná fyzická aj psychická závislosť.

7. LÁTKY S TLMIVÝM ÚČINKOM - BARBITURÁTY

Medzi tieto látky patria lieky, ktoré sa aplikujú pri poruchách spánku, pri bolestiach a na ukľudnenie (Fenobarbital, Rohypnol, Diazepam a pod.). Všetky majú vedľajšie účinky a väčšina z nich môže vyvolať závislosť. Obsahujú látku barbituran, ktorá sa dlhodobo hromadí v tele. Aplikujú sa buď vo forme tabletiek, alebo extrahovaného bieleho prášku, ktorý sa užíva injekčne.

Symptómy - po aplikácii nastáva stav kľudu, utlmenosti, únava, spomalené reakcie a výpadky pamäti. Chôdza je tackavá, reč nesúvislá a dostavujú sa spomalené reakcie.

Následky - pri dlhodobom užívaní sa môže dostaviť zhoršenie mozgovej činnosti, chronická otrava, pri predávkovaní aj smrť. Je tu aj zvýšené riziko nákazy hepatitídy a AIDS, keď sa aplikujú tieto látky injekčne.

Podľa M. Nešpora (2000) sa u mladistvých užívateľov vyskytujú tieto špecifické znaky pri užívaní návykových látok:

1. závislosť sa rozvíja rýchlejšie a jedinci sú vystavení vyššiemu riziku (nezrelá osobnosť, chýbanie skúseností a sociálnych zručností), pričom existuje vyššia hrozba telesného postihnutia;
2. existencia vyššieho nebezpečenstva ťažkých otráv organizmu (znížená tolerancia organizmu);

3. nebezpečenstvo spomalenia psychického vývinu, spojené s jeho zhoršenou kvalitou;
4. už „experimentovanie“ s návykovými látkami je spojené u detí a mladistvých s väčšími problémami v domácom a školskom prostredí a s trestnou činnosťou;
5. je potrebná práca s rodinou interakciou a rodičmi a inými relevantnými dospelými;
6. pre dospievajúcich je typická tendencia riskovať, testovať svoje hranice a vyskúšať širšie spektrum látok súčasne;
7. recidívy u dospievajúcich sú časté, dlhodobá prognóza je priaznivejšia než krátkodobá.

ETIOLÓGIA

M. Vágnerová (2004) považuje vznik závislosti na užívaní psychoaktívnych látok za multifaktoriálne podmienenú poruchu, pričom ide o kombináciu viacerých faktorov, medzi ktoré zaraďuje:

1. Zloženie psychoaktívnej látky – pomerne rýchle sa závislosť rozvinie pri konzumácii tzv. tvrdých drog, napr. heroín ;

2. Genetické dispozície – zvýšenie tendencie užívať psychoaktívne látky, resp. napodobňovanie tohto modelu správania u rodičov;

3. Biologický základ – spôsob spracovania psychoaktívnej látky v organizme;

4. Psychické faktory – motivácia, emocionálne prežívanie, spôsob uvažovania, faktor učenia, tendencie k určitému typu správania a konkrétne osobnostné vlastnosti (zvýšená potreba riskovať, túžba po nových zážitkoch);

5. Sociálne faktory – dostupnosť psychoaktívnych látok, prostredie (najmä zvýšená anonymita v mestách a na sídliskách), rodina a sociálna skupina.

Autori Dimoff a Carper (1994) považujú za najčastejšie príčiny siahnutia po droge nasledujúce faktory:

1. Túžba po euforizačnom účinku.

Túžba po dobrom pocite je základným ľudským motívom. Konzumácia drog a alkoholu len pre opojenie, pre príjemný pocit, ktorý zo sebou prináša, je najčastejšou príčinou, prečo deti a mladiství po akejkoľvek droge siahnu. Je to teda informácia, že droga navodzuje pocit eufórie a dieťa si ho chce vyskúšať. Aj keď prvý kontakt s drogou tento stav nevyvolá, skúša sa dovtedy, kým sa nedostaví.

2. Zvedavosť a nuda.

Dieťa hľadá dobrodružstvo a vzrušenie, nové skúsenosti, poznanie, zručnosti a schopnosti, aby si tak vyplnilo voľný čas a malo viac zábavy ako v škole, pri práci alebo pri úlohách. Drogy sú ľahkou odpoveďou na ich hľadanie. Zvedavosť je prirodzenou súčasťou a vlastnosťou detí a mládeže. Preto aj prílišný rozruch okolo drog môže viesť k tomu, že dieťa chce drogu vyskúšať, aby vedelo, o čom sa hovorí.

Deti majú zmysel iba pre prítomnosť. Neodkladajú niečo na "horšie časy", ako to robia dospelí. Žijú pre okamžité pôžitky, čo je jednou z príčin, prečo sa začnú nudiť. Drogy uspokojujú aj túto potrebu. Účinkujú okamžite a dovtedy, kým sa užívajú.

3. Vplyv rovesníckej alebo rovnocennej skupiny.

Deti veľmi chcú, aby patrili medzi seberovných do nejakej skupiny. Odlišovať sa od ostatných a byť inými rovesníkmi odmietaný, je pre deti najkrutejší údel. Ak ho ostatní majú prijať medzi seba za cenu, že ochutná pivo alebo vyfajčí cigaretu, cena sa zdá nízka. Funguje to aj opačne. Dieťa, ktoré užíva drogy ako jediné, skúsi na to nahovoriť aj ostatných, aby nebolo samo.

Tlak rovesníckej skupiny je teda jednou z najhlavnejších príčin, prečo deti začínajú brať drogy a dostávajú sa do prvého štádia. Tento tlak ich núti, aby brali ďalšie drogy a tak sa dostávajú do druhého štádia.

Faktorom užívania drog je aj pubertálna vzdorovitosť. Mladí chcú robiť to, čo robia ich kamaráti, často aj preto, aby nahnevali rodičov.

Drogy toxikomanov zbližujú. Postupom času môžu byť kamarátmi len narkomani a drogy sú to jediné, čo skupinu zbližuje.

4. Útek pred vonkajšími problémami.

Celý rad problémov, ktorým musia mladí ľudia čeliť, sa týka v období dospievania najmä školy, kamarátov, rodičov, nezamestnanosti a pod. Drogy nemôžu tieto problémy vyriešiť, ale ich môžu zastrieť, zatlačiť do úzadia.

Drogy môžu byť ospravedlnením aj pre tých, ktorí majú pocit viny za to, že si nedokážu vyriešiť nejaký problém. Platí tu téza "keď som nadrogovaný, nemôže nikto odo mňa očakávať, že budem schopný niečo riešiť".

Ak je príčinou konzumácie drog nejaký vonkajší problém, do ktorého sa mladý človek dostal, je vždy potrebné tento problém riešiť. Inak hrozí prerastanie do ďalších štádií. Nezriedka sa tieto problémy riešia aj samovraždou.

5. Únik pred vnútornými emocionálnymi problémami.

Typickým problémom je pocit osamelosti, z neho následné pocity depresie, úzkosti a plachosti. Mnohé drogy pomáhajú tieto problémy prekonať. Tieto príčiny súvisia s osobnostnými faktormi mladistvého.

12.2 PATOLOGICKÉ HRÁČSTVO

Patologické hráčstvo predstavuje závažný spoločenský problém. V MKCH - 10 je patologické hráčstvo charakterizované ako patologická porucha, ktorá spočíva v často sa opakovaných epizódach hrania, ktoré dominujú v živote subjektu na úkor sociálnych, materiálnych, rodinných a pracovných hodnôt i záväzkov. Podľa M. Vágnerovej (2004) je patologické hráčstvo návyková a impulzívna porucha, ktorá sa dotýka viac mužov ako žien, a to najmä v nižších vekových kategóriách. Preto sa môže vyskytnúť aj v období dospievania.

SYMTOMATOLÓGIA

Postihnutí pociťujú intenzívne nutkanie ku hre, ktoré je ťažko ovládateľné a jeho intenzita sa zvyšuje v záťažových situáciách. Podstatným rysom je trvalo sa opakujúce hranie, ktoré pokračuje:

- *aj napriek nepriaznivým sociálnym dôsledkom* (strata majetku, narušené rodinné vzťahy, pokles pracovného výkonu a strata zamestnania, porušovanie zákona z dôvodu získania peňazí na hru či neplatenia dlhov)

● *aj napriek negatívnemu dopadu na zdravotný stav postihnutého* (poruchy spánku, strata hmotnosti, nesústredenosť, podráždenosť, celkový pokles výkonnosti)

M. Nešpor (200) uvádza, že táto porucha sa prejavuje zmenami v oblasti psychicky, prežívania, uvažovania aj správania a to konkrétne v týchto oblastiach:

1. Emocionálne prežívanie – nutkanie k hre je sprevádzané s vnútorným napätím, pocit tenzie sa znižuje až vtedy, keď gambler začne hrať. Pri hre pociťuje príjemné vzrušenie a napätie.

2. Zmeny v uvažovaní a hodnotení – myšlienky o hre, možných výhrách, rôznych variantoch hrania a pod. majú až vtieravý charakter. Môže prevážiť iracionálne hodnotenie možnosti výhry a popieranie signálov o nereálnosti týchto predstáv.

3. Zmeny v oblasti motivácie a hodnotového systému – postupne dochádza k zmene hodnotového systému, jedinou osobne významnou potrebou sa stáva hra a všetko ostatné stráca svoj význam.

4. Typické znaky správania - nárast tolerancie (podobne ako pri psychoaktívnych látkach) sa zvyšuje, dochádza k selektívnemu narušeniu schopností autoregulácie. Krádeže, resp. iná trestná činnosť na získanie peňazí, nie je sprevádzaná pocitmi viny, toto správanie býva racionalizované a vnútorne ospravedlňované.

Dôsledkom býva aj narušenie medziľudských vzťahov, nakoľko dochádza k celkovému emocionálnemu ochabnutiu, bezohľadnosti, k zúženiu hodnôt a k strate záujmu o blízke osoby.

V súvislosti s patologickým hráčstvom je nutné objasniť si s ním súvisiace pojmy: hazardná hra, hráčska vášeň a patologické hráčstvo.

Hazardná hra – je akékoľvek stávkovanie pre seba alebo pre druhých, či ide o peniaze alebo nie, napríklad i o malú bezvýznamnú výhru, všetko to, kde výsledok je neistý a záleží na náhode. Patrí k bežným verejným aktivitám vo väčšine krajín. Hazardná hra je nebezpečná tým, že môže vyvolať poruchy osobnosti, ktoré sú podobné patologickej závislosti. Ide o patologické hráčstvo resp. hráčsku vášeň. V anglickej literatúre jej zodpovedajú pojmy gambling, pathological gambling.

Hráčska vášeň- tento pojem prvýkrát definoval B. Bergler v roku 1957 takto: hráč miluje časté riziko, hra absorbuje väčšinu jeho záujmov, aktivít i fantázii, hráč je optimistický, neschopný poučenia sa z porážok a navzdory logike a pravdepodobnosti verí v šťastný osud a v to, že sa mu vytrvalosť vyplatí, je neschopný prestať hrať, aj keď už vyhral, riskuje neúmerne vysoké finančné čiastky, medzi vložením peňazí a výsledkom prežíva slastné úzkostné napätie.

Druhy hazardných hier

Hazardnú hru charakterizuje skutočnosť, že si hráč môže kúpiť možnosť výhry. K najčastejším druhom hazardných hier patria : automaty, kasína, kartové hry, stieracie žreby bingo, športka, Šanca a pod.

Automaty

Táto forma hry u ľudí, ktorí majú s hraním problémy v súčasnosti prevláda. Automaty sú zábavné alebo výherné. Pri zábavných si hráč kupuje čas. Takže o hazardnú hru tu vlastne nejde. Pri výherných automatoch si zákazník kupuje možnosť výhry teda tu o hazardnú hru ide. Výherné automaty sa ešte môžu deliť na „ľahké“ alebo „ťažké“, podľa výšky vkladu

a podľa toho akú vysokú sumu hráč môže vyhrať. Toto delenie je iba iluzórne, pretože to čo je pre niekoho malá prehra, môže byť pre niekoho katastrofa.

Kasína

Typické pre majetnejšie vrstvy obyvateľov. Známe sú herne v Monte Carle alebo Las Vegas a iných mestách. Pre širšiu verejnosť sú menej príťažlivé, ale veľmi nebezpečné. Veľká výhra môže rýchlo naštartovať chorobný návyk. Naopak veľká prehra môže spôsobiť množstvo problémov a duševných kríz, často končiacich samovraždou.

Športové stávky

Ide o tipovanie v stávkových kanceláriách na výsledky športových zápasov, napr. NIKE, TIPOS a pod.

Štádiá rozvoja patologického hráčstva

Podobne ako pri iných závislostiach napríklad od drog alebo alkoholu sa popisuje priebeh istými štádiami:

1. Prvé štádium - vyhrávacie

Budúci hráč investuje zväčša neveľkú sumu peňazí. Stane sa, že vyhrá, Tým vzrastá jeho sebavedomie a viera, že môže vyhrávať, kedy sa mu zachce. Nachádza potešenie v atmosfére herní, kde trávi stále viac času. Fantazíruje o veľkej výhre, ktorá mu zmení život. Pomaly je vťahovaný do pasce hry.

2. Druhé štádium - prehrávacie

Toto štádium nadobúda už črty chorobnosti. Hráč zisťuje, že prehráva stále viac peňazí, snaží sa prehraté peniaze vyhrať späť, je nervózny a netrpezlivý. Hrá stále viac. O svojich prehrách nehovorí, naopak, klame, potajomky berie peniaze alebo cennejšie veci z domu. Tie pod cenu predáva, aby získal prostriedky na ďalšiu hru, požičiava si od príbuzných, spolupracovníkov a náhodných známych. Dochádza k narušeniu rodinných vzťahov, problémom v zamestnaní, nepríjemným situáciám pri vymáhaní dlžôb veriteľmi.. V tomto období sa už zväčša hranie nedá udržať v tajnosti. Keď vyjde najavo často už hrozivý rozsah materiálnych i nemateriálnych škôd, hráč obyčajne všetko oľutuje, sľubuje, že už nikdy nebude hrať, je ochotný dokonca vyhľadať pomoc. On sám a aj jeho blízke okolie s ním uverí, že všetko bude v poriadku a že sa zaobíde bez ďalšieho odborného vedenia. Nejaký čas dokonca dokáže nehrať, čo vedie k uspokojeniu jeho rodiny i jeho samého. Dôsledkom býva často opätovný, tajný návrat k hraniu.

3. Tretie štádium – straty kontrol

Postihnutý trávi prakticky všetok čas v herniach, prostriedky na hru získava i páchaním trestnej činnosti zväčša majetkovej povahy. Je presvedčený, že ak vyhrá všetko dá opäť do poriadku. Napokon hrá už len preto, aby hral, prípadné výhry opäť vzápätí prehráva. Stav sa ďalej vyvíja do úplného debaklu s rozpadom medziľudských vzťahov a väzieb. Prichádzajú depresie a nezriedka samovražedné konanie.

M. Vágnerová (2004) popisuje štyri štádiá vzniku závislosti na hre, ktoré sú:

1. Fáza rekreačného hrania – má spoločenský charakter, človek hrá pre zábavu a dokáže pri tom udržať časový aj finančný limit pod kontrolou.

2. Fáza viazanosti na výhru – k nej dochádza po pozitívnej skúsenosti s výhrou a navodenou potrebou opakovania tohto zážitku. Hra je už výlučne individuálnou záležitosťou, spoluhráči sú vnímaní ako konkurencia.

3. Fáza závislosti na hre – začína sa prejavovať ťažko zvládnutým impulzom k hre, dominujú vtieravé myšlienky na hru (výhru). Objavujú sa ťažkosti so získavaním peňazí a ich vrátením. V situácii tiesne hráč porušuje sociálne normy – kradne, podvádza, klame a pod.

4. Fáza sociálneho zlyhania – strata väčšiny sociálnych rolí, vzťahov vrátane rodinného zázemia. Správanie môže viesť až k trestnej činnosti.

Typológia hráčov

1. **Sociálni hráči**: hrajú kvôli finančnému zisku alebo krátkodobo v životnej kríze, nebýva v nich plne rozvinutá závislosť, dokážu prestať hrať, keď prehrajú vopred stanovenú sumu alebo pociťujú problémy kvôli hraniu, možno sem zaradiť aj dospievajúcich mladých hráčov, ktorí si hraním získavajú členstvo v určitej skupine ľudí (potreba niekam patriť),- je tu prítomné riziko vzniku závislosti, nakoľko hranie sa stáva súčasťou životného štýlu .
2. **Hráči s narušenou osobnosťou** - majú nízku odolnosť voči záťaži, ťažkosti so sebaovládaním(najmä ťažko ovládajú svoju zlosť), konajú impulzívne, rýchlo a neuvážene, ich sebavedomie a spokojnosť so sebou závisí od mienky ostatných, ťažko sa prispôsobujú realite, unikajú od problémov, nemávajú pocity viny kvôli hraniu .
3. **Hráči s nízkou sebaúctou** hra je pre nich spôsob uvoľnenia napätia hnevu, ktorý sa v nich hromadí (neventilujú ho prirodzene, spontánne) kvôli vyhýbaniu sa konfliktom s konkrétnymi ľuďmi, bývajú väčšinou neúspešní v povolaní aj v sociálnych vzťahoch, hranie im poskytuje pocit vyššej hodnoty seba samého (cítia sa silní až všemocní), po skončení hry mávajú pocity viny a hanby .

ETIOLÓGIA

Podobne ako pri psychoaktívnych látkach, aj pri tejto poruche sa uvažuje o multifaktoriálnych vplyvoch. Spúšťačom takéhoto správania môže byť stresová situácia, ktorá zvyšuje riziko voľby únikovej aktivity, ako aj dostupnosť takejto formy úniku (hracie automaty, herne a pod.). M. Vágnerová (2004) uvádza tieto faktory:

1. **Biologické faktory** – môže ísť o odchýlku v oblasti niektorého neurotransmiterového systému, ktorá môže byť geneticky podmienená.
2. **Sociálne a kultúrne faktory** – dispozície k takémuto konaniu môžu byť posilňované špecifickými skúsenosťami z rodiny, preferencia niektorých hodnôt a pod. Môže ísť aj o vplyv rovesníckej skupiny, ktorá uznáva a preferuje takýto štýl správania.
3. **Osobnostné vlastnosti** – viac ohrození sú jedinci so zvýšenou potrebou nových podnetov, horšie odolávajú nude, radi riskujú a majú zníženú frustračnú toleranciu, preto majú aj zníženú schopnosť oddialiť okamžité uspokojenie niektorej svojej potreby.

12.3 ZÁVISLOSŤ NA ELEKTRONICKÝCH MÉDIÁCH

V súčasnosti sa čoraz viac diskutuje aj o závislosti na elektronických médiách – konkrétne ide o závislosť na internete (tzv. chatovanie), závislosť na mobilnom telefóne a závislosť na počítačových hrách.

Chat je oblasť, pri ktorej psychológovia upozorňujú na vysokú potencionalitu vzniku závislosti. Riziko vzniku závislosti je najmä pri ľuďoch, ktorí majú problémy v reálnych sociálnych vzťahoch. Komunikácia cez Internet ponúka veľa času na premýšľanie nad odpoveďou. Pre mnohých ľudí je lákadlom možnosť získať novú identitu podľa svojho želania. Diagnóza závislosti od internetu oficiálne nebola zaradená do diagnostických tabuliek. V Nemecku funguje klinika, ktorá sa špecializuje na liečbu tohto typu závislosti a v USA funguje skupinová terapia pre osoby závislé od Internetu. Je paradoxné, že poradenstvo pre týchto ľudí je dostupné práve cez Internet (Bíziková Ľ., 2010).

Je taktiež dôležité rozlišovať, či ide o závislosť na počítači, alebo na internete. Závislosť na počítači je naviazanie osoby a vnímania na virtuálnu (počítačovú) realitu. Ľudia sa fixujú na rôzne hry a aplikácie. Predstavujú si ich, napodobňujú ich atď. Dokonca sa vžívajú do virtuálnych postáv v hrách a prežívajú spolu s nimi celý dej. O ničom inom nerozprávajú.

Závislosť od internetu, je niečo iné, ako závislosť od PC. Ľudia sú totiž závislí od internetových stránok a od chatovania. Na webe môže mať každý svoju vlastnú identitu, nemusí ihneď reagovať na podnety, ale má čas si premyslieť, čo spraví. Takto väčšina ľudí ukrýva svoje hendikepy, ktoré sú pri bežnom rozhovore viditeľné. Snažia sa stať niekým iným, lepším.

Na základe viacerých internetových zdrojov, je závislých 10% používateľov internetu. Táto závislosť je patologický stav, ktorý môže viesť k stavom úzkosti a depresiám. Závislosť od internetu je dnes klasifikovaná ako obsedantno kompulzívna porucha, ochorenie, ktoré je charakterizované vtieravými, opakovanými, nechcenými myšlienkami (obsesiami), ktoré zapríčiňujú úzkosť a/alebo iracionálnym, ritualistickým, opakovaným správaním, ktoré musí postihnutý vykonávať (kompulziami). V tomto prípade ide o prehliadanie internetových stránok. Nejde však len o nutkanie, ide o žiadostivosť a preto sa treba na internetovú závislosť pozerať z iného pohľadu.

Závislosťou od internetu sú ohrozované dve skupiny ľudí. Prvou sú adolescenti a druhou sú prekvapujúco muži a ženy po päťdesiatke, ktorí trpia osamelosťou a pocitmi úzkosti v „prázdnom hniezde“. Symptómy závislosti sú pri oboch skupinách veľmi nejasné a ťažko identifikovateľné. Môžu to byť problémy s poruchami spánku, úzkosťou v prípade, že nie sú pripojení, separáciou od rodiny a priateľov, stratou práce a obdobiami hlbokej depresie.

SYMPTOMATOLÓGIA

Napriek tomu, že stále nie je isté, či ide o skutočnú diagnózu a formu závislosti, poznáme už sedem hlavných symptómov, ktoré na rozvinutie tohto problému priamo poukazujú:

1) Strata kontroly nad časom: Postihnutý prestáva ovládať svoj časový harmonogram. Obdobie strávené pri obrazovke ide na úkor iných aktivít, ktoré boli dosiaľ pre neho typické. Márne sľubuje, že strávený čas za počítačom obmedzí, nedarí sa mu to. Postupne stráca nad sebou kontrolu.

2) Klamstvo: Postihnutý nehovorí pravdu o tom, čo cez deň robil alebo koľko času strávil na internete.

3) Zmena psychického stavu: Objavuje sa nekontrolovateľný nepokoj, nesústredenosť, dekoncentrácia, zvýšená nervozita, podráždenosť, nespavosť.

4) Zmena osobnosti: Potenciálne postihnutý sa stáva prostredníctvom internetu niekým iným, ako v skutočnosti je. Žije dvojitý život niekedy až schizofrenického typu. Vlastne ani nevie, akého pohlavia sú jeho noví virtuálni priatelia, ktorí majú neutrálne prezývky. Vie o nich iba to, čo mu o sebe napíšu oni sami.

5) Emocionálna nestabilita: Pocit šťastia po sadnutí za počítač a pripojení sa na internet striedajú pocity viny z množstva času stráveného surfovaním a z ľahostajnosti k povinnostiam v škole, práci, rodine či zo zanedbávania starostlivosti o svojich blízkych.

6) Zúfalstvo*:* Potenciálne postihnutý reaguje mimoriadne podráždene aj na minimálny podnet alebo je zúfalý, ak z nejakej príčiny nemôže stráviť ľubovoľný čas za počítačom. Vehementne si bráni svoje právo využívať počítač, nehľadiac na to, že tento čas by mal venovať obvyklým činnostiam v škole, práci alebo rodine.

7) Fixácia: Dotyčný často myslí na prácu s počítačom aj pri iných aktivitách, napríklad v škole, pri rodinnom výlete, počas práce v zamestnaní. Počítač a pripojenie k internetu sú pre neho dôležitejšie ako ktorákoľvek súkromná, pracovná alebo školská záležitosť. Peniaze určené na iné účely neustále investuje do inovácie hardvéru a prídavných programov a do vylepšení počítača.

Pri nadmernom používaní internetu sa veľmi často objavujú aj niektoré patofyziologické následky:

1) Vytvára sa určitý podmienený reflex (zrýchlenie srdcovej frekvencie až búšenie srdca, stúpajúci krvný tlak, zadržiavanie dychu prechádzajúce do „hysterického“ dýchania) pri pripájaní.

2) Pri chatovaní sa človek dostane do iného stavu mysli, podobného tranzu alebo meditácii (absolútna koncentrácia na obrazovku monitoru bez schopnosti vnímať bezprostredné okolie).

3) Pri rýchlom posúvaní textu sa vytvárajú obrazové halucinácie a snové predstavy.

4) Vyvíja sa extrémna rozrušenosť, keď vnútorný svet pripojeného užívateľa vyruší nejaký podnet z vonkajšieho sveta.

Ďalšie charakteristiky, ktoré môžu vykazovať znaky rozvíjajúcej sa závislosti sú:

- prekročenie času, ktorý bol pôvodne plánovaný na prácu s internetom,
- zanedbávanie domácich, školských a iných povinností,
- vytváranie nových priateľstiev a vzťahov prostredníctvom internetu,
- sťažnosti blízkych na príliš dlhý čas strávený na internete a narastanie výhovoriek a klamstiev,
- prioritná kontrola e-mailov pred akoukoľvek inou činnosťou,
- útočné alebo agresívne reakcie na výčitky týkajúce sa tráveného času na internete,
- pocity napätia a úzkosti, keď nie je internet dostupný,
- zatajovanie reálneho času stráveného na internete,
- uprednostnenie internetu pre priamym kontaktom s priateľmi.

Veľmi podobné symptómy sa prejavujú aj pri závislosti na mobilnom telefóne. Ide najmä o tieto symptómy:

1. Zaujatosť mobilom alebo aktivitami, ktoré s ním súvisia.
2. Potreba telefonovať a posielať SMS na dosiahnutie príjemného pocitu.
3. Opakované neúspešné pokusy zastaviť telefonovanie alebo posielanie SMS.
4. Nepokoj a podráždenie pri prerušení alebo zastavení aktivít súvisiacich s mobilom.
5. Telefonovanie alebo posielanie SMS ako spôsob odpútať sa, odreagovať či zlepšiť si mrzutú náladu.
6. Klamstvá ohľadom telefonovania.
7. Platenie faktúr či kupovanie kreditu na úkor iných dôležitejších výdavkov.
8. Ohrozenie sociálnych, pracovných a rodinných kontaktov, práce a kariéry.
9. Prenášanie zodpovednosti za vyrovnávanie dlžôb v dôsledku telefonovania na iných.

Na internetových stánkach sme zistili nasledovné údaje viacerých štúdií, zaoberajúcich sa danou problemtikou.

Ako vyplýva z výsledkov britskej štúdie, **pocit nespokojnosti, nervozity a podráždenosti pri zastavení aktivít súvisiacich s mobilnou komunikáciou** zažíva 90 % účastníkov ankety (ak nepoužijú svoj mobil aspoň raz do hodiny). 80% respondentov pociťuje nespokojnosť tiež v prípade, ak je mobilná sieť dlhšiu dobu nedosiahnuteľná, a 84% ľudí potrebuje mať svoj telefón stále na očiach. Stratu mobilu považuje 60% opýtaných za väčšiu tragédiu ako stratu peňaženky, či kľúčov od bytu.

Ďalšie štúdie poukazujú aj nato, že napríklad **u japonských teenagerov rastie stále viac neschopnosť komunikovať osobne tvárou v tvár.** Mladí Japonci vytvárajú nový životný štýl 21. storočia založený na mobiloch, bez ktorých nedokážu existovať. Už vo veku medzi siedmym až dvanástym rokom života, používa mobilný telefón približne jedna tretina detí. Vo veku, kedy začínajú navštevovať strednú školu, je to až 96% študentov. Pre deti je, vedľa ich vlastného života, najdôležitejší mobilný telefón. Hideki Nakagawa, profesor sociológie na univerzite Nihon v Tokiu, uviedol: „ mobily sa stali pre mládež posadnutosťou, cítia sa bez mobilu neistí, podobne ako obchodníci bez vizitiek." .

Ďalšou stránkou tejto závislosti je podľa odborníkov z londýnskej univerzity **krátkodobé a dočasné zníženie inteligenčného kvocientu, ktoré môže spôsobiť intenzívne posielanie správ prostredníctvom e-mailov a telefónu.** Pokusov sa pod vedením univerzitných lekárov zúčastnilo 80 dobrovoľníkov, ktorí sa najskôr podrobili testom na stanovenie výšky IQ. Potom, čo určitú dobu behom inej činnosti intenzívne „mailovali" a „esemeskovali", došlo k ďalšiemu meraniu. Ukázalo sa, že sa **ich IQ v priemere znížilo až o desať bodov, zatiaľ čo po skonzumovaní jednej dávky hašiša kleslo len o štyri.** Vedci tento znepokojujúci jav vysvetľujú tým, že pre mozog je nesmierne ťažké zvládať viac úloh zároveň. Ten, kto neustále prerušuje prácu, aby kontroloval správy a hneď na ne odpovedal, uvádza najdôležitejší orgán myslenia do trvalého stavu pohotovosti a pripravenosti. Tým ho však pripravuje o potrebnú schopnosť koncentrácie.

Závislosť od mobilného telefónu sa môže prejaviť ak:

- Mobil nevypínate ani v noci v strachu, že zmeškáte niečo dôležité.
- Ste v strese a máte pocit, že na vás svet zabudol, ak ste nedostali v poslednej pol hodine esemesku.
- Evidujete všetky novinky v oblasti mobilných telefónov a šetríte na nové modely.
- Po príchode na nové miesto ako prvé skontrolujete, či je dostatočný signál.

- Zvonenie vášho telefónu dokážete rozpoznať aj počas toho najhlučnejšieho rockového koncertu.

12. 4 ODPORÚČANIE PRE EDUKAČNÚ PRAX

1**.** Pokiaľ má pedagóg podozrenie, že dieťa sa bez viditeľného dôvodu začalo správať inak - stráca záujem o školu, je apatické alebo naopak má obdobia zvýšenej aktivity a činorodosti, ktoré doteraz neboli pre neho typické, prestáva sa venovať svojim doterajším záujmom - mal by mu venovať zvýšenú pozornosť a všímať si tieto prejavy, ako aj to, s akou periodicitou sa opakujú. Až potom by si mal prizvať na pohovor rodičov a prekonzultovať s nimi možné dôvody a príčiny zmien správania. O spoluprácu môže požiadať aj školského psychológa, resp. centrum pedagogicko- psychologického poradenstva a prevencie.

2. Dôležitou súčasťou prípravy pedagógov by mala byť aj problematika prevencie **drogových závislostí.** V súčasnom období sa mnohí učitelia aktívne zúčastňujú rôznych seminárov (programov) zameraných na problematiku prevencie. Preto by bolo vhodné, keby na každej škole pôsobil aspoň jeden pedagóg, ktorý absolvoval takýto preventívny program a mohol by byť jeho koordinátorom na škole.

Koordinátor prevencie drogových závislostí a sociálno-patologických javov má vymedzené tieto úlohy:
a) plní úlohu školského poradenstva v otázkach prevencie drogových a iných závislostí,
b) osobitnú pozornosť venuje žiakom zo znevýhodneného sociálneho prostredia (ohrozeného sociálnou patológiou), u ktorých je zvýšené riziko vývinu sociálno-negatívnych javov, vrátane drogových závislostí,
c) zabezpečuje koordináciu prevencie ako integrálnej súčasti výchovno-vzdelávacieho procesu (v rámci aktivít školy poskytuje preventívno-výchovné konzultácie žiakom a ich zákonným zástupcom),
d) sprostredkúva spojenie školy s preventívnymi, poradenskými a inými odbornými zariadeniami a mimovládnymi organizáciami zaoberajúcimi sa prevenciou,
e) koordinuje a metodicky usmerňuje preventívnu protidrogovo-výchovnú a informačnú činnosť pedagogických pracovníkov v škole pri dlhodobom systematickom sledovaní a hodnotení vývinu žiakov ohrozených drogovou závislosťou a inou sociálnou patológiou,
f) informuje žiakov, rodičov (prípadne zákonných zástupcov) o činnosti preventívnych poradenských a iných odborných zariadení o možnostiach prevencie drogových a iných závislostí,
g) vo svojej preventívnej činnosti úzko spolupracuje s výchovným poradcom školy a s príslušným centrom výchovnej a psychologickej prevencie a pedagogicko-psychologickými poradňami, ktoré poskytujú metodickú pomoc.

Koordinátora prevencie určí z radov pedagógov riaditeľ školy (na základe jeho dobrovoľného záujmu, osobnostných predpokladov a odborných spôsobilostí). Koordinátor prevencie spolu s riaditeľom školy vypracujú plán prevencie, ktorý vychádza z Národného programu boja proti drogám.

3. Prevencia zameraná na závislosť od elektronických médií, nie je zatiaľ podrobne rozpracovaná. Jednou z možností je zaradiť túto problematiku do predmetu Mediálna výchova, v rámci ktorého je možné u žiakov rozvíjať vhodné postoje aj elektronickým médiám. Preto by sa mali koordinátori prevencie zameriavať nielen na prevenciu závislosti od

psychotropných látok, resp. iných sociálno-patologických javov, ale aj na prevenciu týchto závislostí.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

ATKINSONOVÁ, R.L., ATKINSON, R.C., SMITH, E.E., BEM, D.J.: *Psychologie*. Praha, Victoria Publishing 1995.

BELKOVÁ, V.: *Školská integrácia.* Banská Bystrica, PF UMB 2010.

BELKOVÁ, V. – KMEŤOVÁ, D.: *Dyslexia, dygrafia a dyskalkúlia a ich náprava.* Žilina, IPV, 2004.

BERG, K. I. : *Posílení rodiny.* Praha, Institut pro systemickou zkušenost 1992.

BÍZIKOVÁ, Ľ.: Význam mediálnej výchovy v školskom vzdelávaní v kontexte súčasnosti. In: *Sociálna prevencia.* 2010. Roč. 5, č.1, s. 22.

BIZNÁROVÁ, M. 2010. Psychosociálne faktory mediálnej komunikácie. In *Sociálna prevencia*, roč. 5, 2010, číslo 1. ISSN 1336-9679, s. 20- 21.

BIALKO, O. - DROBNÝ, M. a kol. *Prevencia.* In [online]. [cit. 2011-01-07], 121 s. Dostupné na internete: <http://www.zodpovedne.sk/download/Prevencia.pdf>

COAN,W.R.: *Sage or Saint?* New York, Artist 1977.

COOPER, P. J. : *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*. Olomouc, Votobia 1995.

CRICK, N. - BIGBEE, M.. 1998. Relational and Overt Forms of Peer Victimization. A Multiinformant Approach. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998, vol. 66, No. 2, p. 337-347.

ČÁP, J.: *Psychologie výchovy a vyučování.* Praha, UK 1993.

DRAPELA, V.: *Přehled teórií osobnosti.* Praha, Portál 1997.

DIMOFF, T., CARPER, S.: *Berie vaše dieťa drogy?* Bratislava, 1994.

DOUŠKOVÁ, M. – VACULÍK, M. Psychologické aspekty on-line komunikace prostřednictvím internetu na tzv. chatech. In. *Československá psychologie*. 2002. Roč. 46, č. 1, s. 55 – 63.

DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z.: *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě.* Praha, Portál 1995.

DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ. *Mezinarodní klasifikace nemocí 10. revize.* Praha, Psychiatrické centrum 1992.

ĎURIČ, L., GRÁC, J. ŠTEFANOVIČ, J.: *Pedagogická psychológia*. Bratislava, JASPIS 1991.

EGAN, S. - PERRY, D. 1998. Does Low Self-Regard Invite Victimization? In: *Developmental Psychology*. 1998, vol. 34, No. 2, p. 299-309.

ELLIOTOVÁ, M.: *Jak ochránit své dítě.* Praha, Portál 1995.

FINNEGAN, R. – HODGES, E. – PERRY, D. 1998. Victimization by Peers. Associations With Childreńs Reports of Mother-Child Interaction. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998, vol. 75, No. 4, p. 1076-1086.

GAJDOŠOVÁ, E. – HERÉNYIOVÁ, G.: *Rozvíjení emočné ineligence žáků*. Praha: Portál 2006.

GILLBERG,CH.-PEETERS,T.: *Autizmus - zdravotní a výchovní aspekty*. Praha, Portál 1997.

GILLERNOVÁ, I. a kol. 2000. *Slovník základních pojmů z psychologie.* Praha: Fortuna, 2000. 80 s. ISBN 80-7168-683-2.

GILLIGANOVÁ,C. : *Jiným hlasem.* Praha, Portál 2001.

GEIST, B.: *Psychologický slovník.* Praha, Vodnár, 2000.

HARTL, P. – HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník.* Praha , Portál 2000.

HINDUJA, S. – PATCHIN, J. W.: Bullies move bezond the Schoolyard A Prellllliminary Look at Cyberbullying. In: *Youth Violencie and Juvenile Justice*. Vol. 4, Mo.2, p. 41 – 48.

HERETIK, A.: *Základy forenznej psychológie*. Bratislava, SPN 1993.

HODGES, E. – PERRY, D. 1999. Personal and Interpersonal Antecedents and Consequences of Victimization by Peers. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999, Vol. 76, No. 4, p.677-685.

HOLLÁ, K. 2010. Elektronické šikanovanie ako výchovný problém. In *Vychovávateľ*, roč. 58, 2010, číslo 10. ISSN 0139-6919.

HOLLÁ, K.: *Elektronické šikanovanie – nová forma agresie*. Bratislava, Iris 2010.

HORT, V. a kol.:. *Dětská a adolescentní psychoterapie.* Praha, Grada Publishing 2000.

JAKABČIC, I.- POŽÁR,L.: *Všeobecná patopsychológia. Patopsychológia mentálne postihnutých*. Bratislava, PF UK 1995.

KAFKA, J. a kol.: *Psychiatria*. Martin, Osveta 1993.

KARIKOVÁ, S.: *Osobnosť učiteľa*. Banská Bystrica, PF UMB 1999.

KARIKOVÁ, S. – ŠIMEGOVÁ, M.: *Šikanujúci žiak v prostredí slovenských škôl.* Banská Bystrica, PF UMB 2008.

KAVALÍR, A. – ROTTOVÁ, N.: *Kyberšikana a její prevence – příručka pro učitele*. Plzeň, DragonPreess 2010.

KOLÁŘ, M.: *Bolest šikanování*. Praha, Portál 2001.

KONDÁŠ, O.: *Klinická psychológia.* Martin, Osveta 1977.

KOPECKÝ, K.: *Kyberrooming – nebezpečí kyberprostoru*. Olomouc, NetUniversity 2010.
KOŠČ, L.: *Psychologie postiženého dítětě a jeho výchova*. Praha, SPN 1975.
KOTASOVÁ, J.: *Vybrané kapitoly z psychologie*. Olomouc, Hanex 2000.
KRCH, F. D. : *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*. Praha, Grada 2000.
KRCH, F. D. : *Poruchy příjmu potravy*. Praha, Grada 2005.
KRATOCHVÍL, S. *Manželská terapie.* Praha, Portál 2000.
LANGMEIER, J. a kol.. *Dětská psychoterapie.*. Praha, Portál 2002.
LANGMEIER, J.: *Vývinová psychologie pro dětské lékaře*. Praha, Avicenum 1989.
LANGMEIER, J. a kol: *Dětská psychoterapie*. Praha, Portál 2000.
LAZAROVÁ,B.: *První pomoc při řešení výchovných problémů*. Praha 1998.
LAZNIBATOVÁ, J.: *Nadaná dieťa.* Bratislava, IRIS 2001.
LOVAŠ, L. 1998. Tyranizovanie ako typ agresie. In: *Psychológia a patopsychológia dieťaťa.* Vol. 33, No.3, pp. 195-202.
MACEK, P.: *Adolescence.* Praha: Portál, 2003.
MARTIN, M. a kol.: *Jak řešit problémy dětí se školou*. Praha: Portál, 1997
MATĚJČEK, Z.: *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha, Grada 1991.
MATĚJČEK, Z.: *Dyslexie – specifické poruchy učení.* Praha, H+H 1993.
MATĚJČEK, Z.: *Co děti nejvíc potřebují?* Praha, Portál 1994.
MATOUŠEK, O. a kol.: *Metody a řízení sociální práce.* Praha, Portál 2003.
MATOUŠEK, O.- KROFTOVÁ, A.: *Mládež a delikvence.* Praha, Portál 1998.
MERTIN, V.: *Individuální vzdělávací program pro postižené žáky*. Praha, Portál 2000.
MINISTERSTVO ŠKOLSTVA SR. Metodické usmernenie č. 7/2006-R k prevencii a riešeniu šikanovania žiakov v školách a školských zariadeniach.
MINISTERSTVO ŠKOLSTVA SR. Metodický pokyn č. 7/2009 – R Zásady hodnotenia žiaka so zdravotným znevýhodnením začleneného v základnej škole.
MUSIL, M. a kol.: *Psychológia nadania***.** Bratislava, SPN 1987.
NAKONEČNÝ, M.: *Lexikon psychologie*. Praha, Portál 1995.
NEŠPOR, M.: *Návykové chování a závislost*. Praha, Portál 2000.
OLWEUS, D. :*Bullying at school. What we know and what we can do*. Oxford, Blackwell Publishing 1993.
ORAVCOVÁ, J. : *Kapitoly z psychológie rodiny*. Žilina, IPV 2006.
PAULÍK, K. a kol. : *Uplatnění věd o člověku*. Ostrava, Ostravská univerzita 2005.
PREVENDÁROVÁ, J.: *Rodinná terapia a poradenstvo.* Bratislava, 1998

POKORNÁ, V.: *Teorie a náprava vývojových porúch učení a chování*. Praha, Portál 2001.
POPELKOVÁ, M.: *Poruchy psychického vývinu v detstve a v adolescencii*. Nitra, PF UKF 1994.
PÖTHE, P.: *Dítě v ohrožení.* Praha, Zde a nyní 1996.

ŘÍČAN, P.: *Agresivita a šikanovanie medzi deťmi.* Trnava, EDUCATIO 1998.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol.: *Dětská klinická psychologie.* Praha, Portál 1995.

SATIROVÁ, V. *Kniha o rodině.* Praha, Práh 1994.

SEJČOVÁ, Ľ.: *Deti a mládež ako obete násilia*. Bratislava, Album 2001.
SELIKOWITZ, M.: *Dyslexie a jiné poruchy učení.* Praha, Portál, 2000
SMETANOVÁ, D. 2010. „Ja si nepichám, ja klikám" fenomén facebook. In *Prevencia*, roč. 9, 2010, číslo 4. ISSN 1336-3689.
SVOBODA, M. a kol. : *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha, Portál 2001.
STRIEŽENEC, Š.: *Slovník sociálneho pracovníka.* Trnava, AD 1996.

SYŘIŠŤOVÁ,E. a kol.: *Normalita osobnosti*. Praha, Avicenum 1972.
ŠULOVÁ, L. : Člověk v rodine. In: *Aplikovaná sociální psychologie I.* Praha, Portál 1998.
ŠVANCARA, J. a kol.: *Diagnostika psychického vývoje*. Praha, Avicenum 1974.
THOLTOVÁ, J.: *Násiliev škole.* Nižná, OZICM Orava 2000.

TURČEK, K. : *Psychopatologické a sociálno-patologické prejavy u detí a mládeže*. Iris, Bratislava 2000.

ÚLEHLA, I.. *Umění pomáhat.* Praha, Institut pro systemickou zkušenost 1996.
VÁGNEROVÁ, K. a kol.: *Minimalizace šikany. Praktické rady pro rodiče.* Praha, Portál 2009.
VÁGNEROVÁ,M.: *Psychopatologie pro pomáhajíci profese*. Praha, Portál 1999, 2004.
VÁGNEROVÁ, M. 2005. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy.* Praha: Krolinium, 2005. 430 s. ISBN 80-246-1074-4.
VAŇKÁTOVÁ, E. 2010. Kyberšikanovanie ako jedno z rizík elektronickej komunikácie. In *Sociálna prevencia*, roč. 5, 2010, číslo 1. ISSN 1336-9679, s. 6- 9.
VYMĚTAL, J. a kol.. *Obecná psychoterapie.* . Praha, Portál 1997.
VZDELÁVACÍ PROGRAM PRE ŽIAKOV S PORUCHAMI SPRÁVANIA
ako súčasť štátneho vzdelávacieho programu schválilo MŠ SR pod číslom CD-2008-18550/39582-1:914 dňa 26. mája 2009.
ZÁKON č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)

Internetové zdroje

http://www.sciencedaily.com/releases/2007/08/070817130113.htm

http://psychcentral.com/netaddiction/

http://www.hardware.sk/clanok-1003/zavislost-od-pc-a-internetu

http://spravy.pravda.sk/sk_domace.asp?r=sk_domace&c=A060226_130133_sk_domace_p02

http://profit.etrend.sk/kariera-a-zdravie/internet-a-chorobna-zavislost/113361.html

http://www.itnews.sk/buxus_dev/generate_page.php?page_id=57229

http://edi.fmph.uniba.sk/~winczer/SocialneAspekty/fleskova.htm

http://www.etrend.sk/ekonomika/europska-unia/niektorych-finov-oslobodzuju-od-vojenskej-sluzby-pre-zavislost-od-internetu/36894.html

http://www.itnews.sk/buxus_dev/generate_page.php?page_id=43473