

Odborné činnosti poskytované deťom/žiakom s poruchami správania

Autorky: PhDr. Miroslava Veľká
Mgr. Soňa Pribusová
PhDr. Erika Pribusová
Mgr. Silvia Olejníková

Hodnotiteľky: PhDr. Viera Hudečková, PhD.
Mgr. Dáša Štefancová Gregorová

Recenzent: PhDr. Ľubica Zelizňáková

Obsah

1. Úvod do problematiky	4
2. Dopady hyperkinetickej poruchy a nešpecifických porúch správania na vzdelávanie	7
3. Špecifiká diagnostiky detí s uvedenou problematikou	11
4. Nepriame intervencie	21
4.1. Nepriame intervencie zamerané na rodiča/ZZ dieťaťa	21
4.2. Skupinové aktivity s rodičom/so zákonným zástupcom.....	23
4.3. Starostlivosť o žiaka prostredníctvom vzájomnej spolupráce ZŠ a rodiča/ZZ.....	23
4.4. Nepriame intervencie prostredníctvom školy	23
4.5. Nepriame intervencie prostredníctvom triedy	25
4.6. Bezpečnostný plán v konfliktných a ohrozujúcich situáciách v školskom prostredí	26
5. Priame intervencie	26
5.1. Prevencia porúch správania v spolupráci s poradenským zariadením	26
5.2. Poradenstvo pre deti s hyperkinetickou poruchou a nešpecifickými poruchami správania	27
5.3. Psychologické poradenstvo	28
5.4. Špeciálnopedagogické poradenstvo	28
5.5. Sociálnopedagogické poradenstvo	29
5.6. Terapia pre deti s hyperkinetickou poruchou a nešpecifickými poruchami správania	31
6. Príklad z praxe.....	33
7. Literatúra.....	34

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ADHD	Attention Deficit Hyperactive Disorder (porucha aktivity a pozornosti)
CPPPaP	Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie
DSM V	Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch
IVP	Individuálny vzdelávací program
MKCH 11	Medzinárodná klasifikácia chorôb
MŠ	Materská škola
MŠVVaŠ SR	Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky
OZ	Odborný zamestnanec
PS	Porucha správania
PZ	Pedagogický zamestnanec
ŠPT	Školský podporný tím
ŠŠP	Školský špeciálny pedagóg
ŠVZ	Špeciálne výchovné zariadenia
ŠVVP	Špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby
ÚPSVaR	Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny
ZŠ	Základná škola
ZZ	Zákonný zástupca dieťaťa
Z. z.	Zbierka zákonov

1. Úvod do problematiky

V školskom prostredí sa stretávame so žiakmi, ktorí svojím správaním na vyučovaní, voči spolužiakom či v interakcii s učiteľom narúšajú vyučovací proces a vyvolávajú nevôľu všetkých zúčastnených. Prejavy ich správania prekračujú medze, ktoré väčšina ľudí v spoločnosti vníma ako primerané. S takýmto typom správania sa stretávame v každom vývinovom období. Stupňovanie problémov dieťaťa nastáva priamoúmerne so zvyšovaním výchovných nárokov, pričom zlomovým býva často už nástup do materskej školy (ďalej MŠ) a neskôr do základnej školy (ďalej ZŠ). Ide o také maladaptívne formy správania, ktoré majú trvalejší ráz a nie je možné zvládnuť ich bežnými výchovnými metódami.

V školskom prostredí sa nedajú riešiť štandardnými pedagogickými prostriedkami, ale vyžadujú si špeciálnu psychologickú, pedagogickú, sociálnu a v niektorých prípadoch aj medicínsku starostlivosť.

Poruchy správania sú v odbornom aj v praktickom zmysle slova veľmi široko chápaným pojmom. Z hľadiska príčin vzniku, ako aj prejavov ide o rôznorodé formy problémového správania, ktoré majú nepriaznivý dosah na sociálne vzťahy dieťaťa a na jeho sociálnu adaptáciu.

Viacerí odborníci vychádzajú z tvrdenia, že ide o také prejavy správania, ktorými sa jedinec vymyká z priemerného správania danej vekovej a sociokultúrnej kategórie. Svojím konaním spôsobuje ťažkosti sebe, ale aj druhým. Zároveň sa tieto prejavy vyskytujú opakovane a trvajú viac ako 6 mesiacov napriek poskytnutej pedagogickej podpore alebo odbornej starostlivosti.

V. Pokorná (2010) uvádza, že škála týchto negatívnych prejavov siaha od fyzickej alebo slovnej agresie či tlaku na ostatných cez poruchy činností, klamstvá, krádeže na jednej strane až k neschopnosti kontaktu, precitlivenosti, závislosti, k motorickému nepokoju, tikom, enuréze, enkopréze, nekoncentrovanosti a poruchám sebavedomia na druhej strane. Poruchy správania teda predstavujú široké spektrum maladaptívnych foriem správania, od drobných priestupkov voči disciplíne, prejavov vzdoru, nadmernej plachosti a úzkosti až po agresívne a deštruktívne správanie a trestné činy (Majzlanová, 1998).

Z hľadiska závažnosti prekračovania stanovených spoločenských noriem sa v odbornej literatúre stretávame s tromi kategóriami. Prvú skupinu tvorí nedisciplinované, resp. disociálne správanie, ktorého typickými prejavmi je vyrušovanie na vyučovaní, vykrikovanie, hádky, vzdor, bitky, vulgarizmy, nedodržiavanie školského poriadku a pod. Ide o prejavy správania, ktoré nemajú závažný charakter.

Druhú skupinu predstavuje asociálne správanie, do ktorého patria priestupky voči normám a pravidlám správania závažnejšieho charakteru. Príkladom môže byť zneužívanie psychoaktívnych látok – fajčenie, alkohol, iné drogy, nelátkové závislosti, šikanovanie, záškoláctvo, násilie, agresia a pod.

Tretiu skupinu tvorí antisociálne správanie. Sem zaraďujeme správanie, ktoré spadá do kategórie delikvencie a má charakter trestných činov a efektívna pomoc si vyžaduje penitenciárnu, resp. resocializačnú starostlivosť, prípadne psychiatrickú pomoc. Ide o jedincov s výrazne agresívnym, násilníckym správaním voči iným ľuďom alebo zameraným na poškodzovanie majetku. Nezriedka ide o členov deštruktívnych, antisociálnych, extrémistických skupín (Zelina, 2011). V prípade detí a mladistvých môžeme hovoriť o vývine rozličných foriem delikventného správania, keď dochádza k porušovaniu právnych noriem, no jednotlivec ešte sčasti alebo v plnom rozsahu nie je za svoje činy právne zodpovedný.

Z hľadiska etiológie sú poruchy správania podmienené multifaktoriálne. Vo všeobecnosti môžeme príčiny vzniku rozdeliť na prvotne endogénne alebo prvotne exogénne. Za endogénne činitele ovplyvňujúce vznik poruchy správania sa považujú osobitosti a špecifiká z dozrievania nervovej sústavy,

vrodené vlastnosti, choroby alebo úrazy. Druhú skupinu tvoria vonkajšie – exogénne faktory. Do tejto skupiny sú začlenené najmä nevhodné sociálne vplyvy zo strany rodinného prostredia, rovesníkov, neprimerané výchovné metódy (hyperprotektívna, nadmerne trestajúca alebo ambivalentná výchova), narušená vzťahová väzba, zanedbávanie, domáce násilie, sexuálne zneužívanie a pod.

V konkrétnych prípadoch sa väčšinou potvrdzuje kombinácia vnútorných aj vonkajších faktorov, pričom „spúšťačiacu“ funkciu má často jedna skupina a druhá tento proces podporuje.

Klasifikácie porúch správania môžeme nájsť v medicínskej, psychologickej, sociologickej či pedagogickej literatúre. Medicínska oblasť sa pri stanovení diagnózy porúch správania v našich podmienkach riadi zatiaľ platnou Medzinárodnou klasifikáciou chorôb (ďalej MKCH-10), kde sú poruchy správania zaradené do skupiny F90 – F98 s názvom Poruchy správania a emočné poruchy vznikajúce zväčša v detstve a počas dospelovania. Do tejto rozsiahlej skupiny sú zaradené dve kategórie diagnóz, ktorým sa venujeme i v tomto dokumente. Prvou z nich je kategória porúch správania s kódovým označením F91. Sem patria: poruchy správania obmedzené na rodinný kruh F91.0, porucha socializácie F91.1, socializovaná porucha správania F91.2, opozičná vzdorovitá porucha F91.3, iné poruchy správania F91.8 a nešpecifikované poruchy správania F91.9. Druhú kategóriu porúch, ktorej sa venujeme v tomto texte, predstavujú hyperkinetické poruchy s kódovým označením F90, a to porucha aktivity a pozornosti F90.0, hyperkinetická porucha správania F90.1, iné hyperkinetické poruchy F90.8 a nešpecifikovaná hyperkinetická porucha.

Deti s hyperkinetickou poruchou sa v správaní často prejavujú impulzívne, čoho dôsledkom môže byť rušivý prejav. V sociálnej interakcii sú menej obratné, čo spôsobuje ťažkosti v adjustácii. Nezriedka sa dostávajú do konfliktov so sociálnym okolím, porušujú pravidlá, čo vedie k disciplinárnym prehreškám. Aj keď toto správanie možno označiť za maladaptívne, zväčša nemá závažný charakter. Z uvedeného dôvodu novšie klasifikácie (Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch (ďalej DSM 5), MKCH 11) zaraďujú hyperkinetické poruchy do oddelenej kategórie neurovývinových porúch a tým ich jasne odlišujú od porúch správania, vykazujúcich pretrvávajúci a opakujúci sa vzorec správania, v ktorom sú porušované základné práva iných alebo spoločenské normy. Poruchy správania zároveň nemajú príznaky nepozornosti a hyperaktivity. Súčasný výskyt oboch porúch u jednotlivca je však pomerne častý.

Na potreby tohto štandardu sme zvolili klasifikáciu porúch správania reflektujúcu potreby poradenskej praxe, pri ktorej sa v rámci intervencie porúch správania veľmi často stretávame práve s deťmi/žiakmi s diagnostikovanou hyperkinetickou poruchou.

1. **Špecifické (vývinové) poruchy správania**, ktorých prvotnou príčinou sú endogénne faktory, napríklad poškodenia neurologického charakteru, resp. biochemické zmeny centrálnej nervovej sústavy (CNS). Špecifické poruchy správania sú spojené s oslabeniami funkcií a schopností, ktoré sú zodpovedné za riadenie, reguláciu a integráciu správania (Říčan, Krejčířová et al.). Následkom sú poruchy v oblasti emocionálneho vývinu, v motoricko-percepčnej oblasti a rozvoji kognitívnych schopností. Rôzne nápaditosti v správaní sa prejavujú aj u detí s epilepsiou, po úrazoch hlavy a pod. Do tejto skupiny zaraďujeme aj hyperkinetické poruchy. Najčastejšie sa v poradenskej praxi stretávame s poruchou aktivity a pozornosti (F90.0), ktorej ekvivalentom je ADHD (Attention deficit/hyperaktivity disorder, porucha aktivity a pozornosti). Ide o označenie používané v klasifikácii Americkej psychiatrickej asociácie DSM-5.
2. **Nešpecifické poruchy správania** sú v dominantnej miere zapríčinené exogénnymi faktormi, i keď svoju úlohu tu môžu zohrávať aj vrodené predispozície či dedičnosť. Medzi vonkajšie príčiny vzniku nešpecifických porúch správania patrí široké spektrum faktorov, ktoré zahŕňa negatívne sociálne vplyvy, ako aj nesprávnu či absentujúcu výchovu, ale i traumatizujúce udalosti, ako sú domáce násilie, zneužívanie a pod. Prejavujú sa problémami v správaní na základe neuspokojivo alebo nesprávne utvorených návykov a spôsobilosti (tzv. dificity),

narušenou adaptáciou, ale aj asociálnym a antisociálnym postojom či konaním jednotlivca.

3. Iné poruchy správania

1. Do skupiny špecifických (vývinových) porúch správania zaraďujeme hyperkinetickú poruchu.

Patrí medzi neurovývinové poruchy, charakterizované deficitom pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou, ktoré často pretrvávajú až do dospelosti. Prejavuje sa skorým začiatkom zvyčajne v prvých piatich rokoch života. V detstve, ale aj v dospelosti je zdrojom problémov, ktoré ovplyvňujú emočný, vzťahový, profesijný, ale aj celkový sociálny život jedinca. Medzi základné prejavy patria neschopnosť vydržať pri činnosti vyžadujúcej kognitívnu účasť, tendencia prechádzať z jednej činnosti na druhú bez jej dokončenia, dezorganizovanosť, nedostatočne regulovaná a nadmerná aktivita. K uvedeným prejavom sa často pridružujú i špecifické oneskorenia vo vývine motoriky, reči a oslabenia v oblasti pozornosti, kognitívnych a exekutívnych funkcií. Špecifické prejavy zaznamenávame i v oblasti sociálneho a emocionálneho vývinu. Deti a dospievajúci s hyperkinetickou poruchou sú často impulzívní. V sociálnej interakcii sú menej obratní, volia neefektívne spôsoby správania, čo spôsobuje ťažkosti v adjustácii. Často sa dostávajú do disciplinárnych problémov pre svoju impulzivitu a porušovanie pravidiel. Hyperkinetickou poruchou trpí približne 3 – 10 % školskej detskej populácie, pričom pomer chlapcov k dievčatám je 3 : 1 (Heretik, 2007).

Etiológia hyperkinetickej poruchy je v súčasnosti v odbornej literatúre chápaná ako komplexná, heterogénna. Zahŕňa genetické, neurobiologické, psychologické i sociálne faktory. Je typickým príkladom bio-psycho-sociálnej poruchy. Negatívne ovplyvňuje školský výkon žiaka a jeho sociálne vzťahy. Vyžaduje si špecifický prístup učiteľa na vyučovaní a aj aplikáciu reedukačných a korekčných metód psychológa a špeciálneho alebo liečebného pedagóga. Prítomnosť pedagogického asistenta na vyučovaní môže eliminovať alebo zmierniť negatívny vplyv symptómov na školský výkon žiaka. Úloha poradenského a školského OZ spočíva v diagnostike, poradenstve smerom k rodičom/zákonným zástupcom (ďalej ZZ) i pedagogickým zamestnancom (ďalej PZ), ako aj v návrhu a realizácii vhodných intervencií. Včasná diagnostika problémového správania dieťaťa, stanovenie príčin a vytvorenie intervenčného plánu sú dôležité z hľadiska zabránenia ďalšieho patologického vývinu osobnosti jedinca, ktorý môže viesť k rozvoju nešpecifických porúch správania asociálneho až antisociálneho charakteru. V odbornej literatúre sa uvádza, že u 16 – 30 % mladistvých delikventov bola v anamnéze potvrdená práve hyperkinetická porucha (ŠPÚ, 2013).

Veľká časť predkladaného materiálu je preto venovaná podporným opatreniam a priamym a nepriamym intervenciám u žiakov s hyperkinetickou poruchou/hyperkinetickou poruchou správania. Zo všetkých žiakov s poruchami správania (v rámci široko poňatej definície) práve títo žiaci tvoria väčšinu (Levčíková et al., 2013).

2. Nešpecifické poruchy správania – ide o skupinu porúch správania, ktorú je v pedagogickej praxi nutné odlišiť od hyperkinetickej poruchy. Niektoré zo symptómov môžu mať spoločné, avšak vznikajú na odlišnom základe, a preto si vyžadujú iný postup v reedukácii, ako i vo vzdelávacom procese.

Dominantné činitele vplývajúce na ich vznik sú exogénneho (vonkajšieho) charakteru. Do tejto skupiny patria najmä negatívne sociálne vplyvy, ako sú nízka sociokultúrna úroveň prostredia, v ktorom dieťa vyrastá, chudoba a negatívny vplyv zo strany rodinného prostredia alebo rovesníkov. Ďalej neprimerané výchovné metódy, narušená vzťahová väzba, ale i traumatizujúce faktory, ako sú zanedbávanie, domáce násilie, sexuálne zneužívanie a pod. Uvedené činitele prispievajú k problémom v adaptácii jedinca v sociálnom prostredí.

Dificility predstavujú menej závažné formy nevhodného správania, ktoré sa však pri dlhodobej zanedbanosti môžu rozvinúť do závažnejších patologických foriem. Ide o situácie, keď dieťa nadobudne neadekvátne návyky, postoje, spôsoby správania alebo reagovania a nedosahuje primeranú úroveň v niektorých oblastiach osobnostného vývinu v porovnaní s priemerom populácie

rovnakého veku. Dôvodom sú vo výchove absentujúce vhodné podnety, vzory na identifikáciu a metódy utvárania žiaducich spôsobov správania. Na druhej strane tým, že sú sociálne podmienené, sú ľahšie odstrániteľné ako poruchy správania, ktoré vznikajú na neurobiologickej báze. Dificility sa môžu prejavovať rôznymi spôsobmi, ako sú hyperaktivita, nedisciplinovanosť, pohyblivosť alebo, naopak, pasivita či nevíšimavosť. Často sú to aj ľahostajnosť voči okoliu, slabá vôľa alebo nadmerná nesmelosť, plachosť. K prejavom patria aj nedostatky vnímania, pozornosti a pamäti, psychomotorická oslabenosť, neobratnosť. V správaní sa objavujú i deštruktívne tendencie, emocionálna labilita, neprimerané striedanie nálad, nevypočítateľné správanie, výbuchy zlosti, agresia, rovnako ako protikladnosť postojov ako prejav disharmónie osobnostného vývinu. Problémové správanie, ktoré nazývame tiež difcilita od poruchy správania odlišujeme tým, že:

- aj keď ide o správanie vývinovo neprimerané, tak nespĺňa zatiaľ kritériá ochorenia,
- je krátkodobé,
- jeho prejavy sú menej intenzívne,
- je spoločensky menej závažné,
- je podmienené skôr situačne a sociálne než osobnostne,
- ich prognóza je priaznivejšia, dokonca sú čiastočne alebo aj úplne reverzibilné,
- reagujú na adekvátne pedagogické intervencie (Kohoutek, 2007).

Samostatnú skupinu tvoria závažné **poruchy správania asociálneho a antisociálneho charakteru**. Ich prvotná príčina rovnako súvisí s vonkajšími faktormi a prejavy sa viažu na porušovanie spoločenských a právnych noriem. Medzinárodná klasifikácia chorôb do tejto skupiny zaraďuje agresívne správanie, terorizovanie, záškoláctvo, neposlušnosť, výbuchy zlosti, túlanie, úteky z domu, krádeže, poškodzovanie majetku, podpaľačstvo a pod. Majú formu opakujúceho a pretrvávajúceho správania a je nutné odlišiť ich od detského huncútstva alebo pubertálnej rebelie. Podľa MKCH 10 do tejto kategórie patria poruchy správania obmedzené na rodinný kruh, porucha socializácie, socializovaná porucha správania, opozičná vzdorovitá porucha a iné poruchy správania.

3. Iné poruchy správania – do tejto skupiny zaraďujeme maladaptívne správanie, ktoré sa môže vyskytnúť ako dôsledok narušeného duševného zdravia alebo chronických telesných ochorení dieťaťa či dospelujúceho. Impulzivnosť, nepokoj, precitlivenosť, častá zmena nálad, podráždenosť, nedostatky v pozornosti a rýchla únava môžu byť dôsledkom chronických ochorení, ako napr. diabetes, choroby srdca, onkologické ochorenia, stavy po úraze a pod. Patria sem aj zmeny v správaní v dôsledku porúch afektivity, úzkostných porúch, ako napr. obsedantno-kompulzívna porucha, taktiež tikové poruchy, ako napr. Tourettov syndróm a ďalšie. V neposlednom rade ide o deti s inými neurovývinovými poruchami, ako sú poruchy autistického spektra. Na nastavenie efektívnych intervencií je nevyhnutné dôkladne skúmať všetky dôvody a príčiny problémového správania dieťaťa, aby sme znížili dosah takéhoto správania na život žiaka v školskom prostredí. Do tejto skupiny zaraďujeme široké spektrum porúch správania, ktoré sa od predošlých dvoch skupín líšia tak príčinami vzniku, samotným priebehom, ako aj výberom vhodných intervencií. Rozsiahlosť skupiny prekračuje rámec tohto dokumentu, preto sa jej venujeme len okrajovo.

2. Dopady hyperkinetickej poruchy a nešpecifických porúch správania na vzdelávanie

Prejavy maladaptívneho správania detí a mladistvých majú významný dopad na všetky oblasti ich života. Negatívne ovplyvňujú ich osobnostný, emocionálny, sociálny vývin a majú výrazný vplyv aj na oblasť vzdelávania. V praxi sa u týchto detí stretávame s ťažkosťami v učení, so zníženými školskými výsledkami či s rizikom predčasného ukončenia školskej dochádzky. Citlivou oblasťou je sféra formovania sociálnych vzťahov v školskom prostredí, dodržiavania pravidiel, noriem a disciplíny.

Prvé prejavy problémového správania sa často objavujú už v predškolskom veku a ovplyvňujú proces predškolskej výchovy. Príčiny vzniku porúch správania môžu byť rôzne, zahŕňajúce tak vnútorné, ako i vonkajšie faktory. V procese výchovy a vzdelávania týchto žiakov je potrebné túto skutočnosť rešpektovať a vždy postupovať individuálne. Včasnosť špeciálnej výchovnej starostlivosti a odbornej starostlivosti sa môže pozitívne premietnuť do ďalšieho osobnostného vývinu žiaka a jeho života v dospelosti.

Dopady hyperkinetickej poruchy na vzdelávanie

Prejavy hyperkinetickej poruchy majú dynamický charakter a menia sa v jednotlivých vývinových obdobiach. Už v dojčenskom veku môžeme zaznamenať výskyt jednotlivých symptómov, ktoré ovplyvňujú správanie dieťaťa a tým i život celej rodiny. Medzi najčastejšie prejavy v ranom veku patria narušenie základných fyziologických funkcií a ťažkosti s prijímaním potravy či osvojovania si hygienických návykov. Ďalej zvýšená dráždivosť, emočná labilita a neschopnosť upokojiť sa. Neskôr sa pridáva nadmerná pohybová aktivita, impulzivita a oslabená pozornosť.

Nástup dieťaťa do jasí/MŠ predstavuje výrazný medzník v procese socializácie, charakterizovaný prechodom z bezpečného a dôverne známeho rodinného prostredia do širšieho spoločenstva. Samotný proces kladie vysoké nároky na adaptabilitu dieťaťa a zahŕňa schopnosť zvládnuť odlúčenie od vzťahovej osoby, začlenenie do rovesníckeho kolektívu, ochotu podriaďiť sa autorite a rešpektovať sociálne normy. Pre deti s prejavmi hyperkinetickej poruchy je zvlášť náročný. Ťažkosti sa môžu objaviť už krátko po nástupe a komplikujú tak adaptačný proces. K najčastejším rušivým prejavom patrí zvýšená pohyblivosť, nepokoj, neschopnosť dieťaťa hoc len krátko zotrvať pri nejakej činnosti. Dieťa nie je schopné na niečo čakať (napr. kým naň príde rad a pod.), naopak, je v neustálom pohybe. Tieto prejavy sú často znásobené úzkosťou, ktorú dieťa prežíva pri odlúčení od rodičov/ZZ, a vyžadujú výchovné zásahy zo strany PZ v smere zastavenia činnosti. To následne vedie k nárastu frustrácie. Odpoveďou dieťaťa na opakované napomínanie, zastavovanie sú negativistické hnevlivé reakcie, nezriedka sprevádzané silným afektom so zníženou kontrolou. Hyperaktívne deti môžu byť preto často vnímané ako agresívne, nevychované, neschopné podriaďiť sa pravidlám a autorite. Impulzivnosť a neschopnosť správne odhadnúť dôsledky vlastného správania spôsobujú disciplinárne ťažkosti. Dieťa prekračuje hranice, nedokáže adekvátne dodržiavať pokyny a usmernenia a tým sa častejšie vystavuje nebezpečným situáciám a vzniku úrazov.

Nástup na ZŠ predstavuje v živote dieťaťa prekročenie pomyslenej hranice medzi hrou a povinnosťou. Jeho okolie očakáva, že sa postupne začlení do nového kolektívu, úspešne si osvojí rolu školáka, dokáže podávať primerané výkony a dosahovať dobré učebné výsledky. Dieťa/žiak s hyperkinetickou poruchou je v tomto procese znevýhodnený v dôsledku symptómov tejto poruchy, ktorými sú hyperaktivita, nepozornosť, impulzivita, oslabenie exekutívnych funkcií a narušenie sociálnych kompetencií.

Pri hyperkinetickej poruche sa najčastejšie prejavuje výrazná nesústredenosť, psychomotorický nepokoj, znížená schopnosť venovať sa zadanej úlohe a ťažkosti až neschopnosť dokončiť začatú úlohu, čo následne znižuje motiváciu detí.

Okrem vyššie uvedených charakteristík vyplývajúcich z neurologickej nezrelosti zasahuje porucha aj do bežného života dieťaťa a jeho fungovania v triede. Učiteľ si môže všimnúť, že:

- žiak máva nápadný neporiadok na lavici,
- žiak nie je schopný sa nachystať na ďalšiu hodinu,
- žiakovi chýbajú pomôcky alebo si zabudne poznačiť a vypracovať domácu úlohu (často napriek tomu, že má zavedený osobitný zošit na jej značenie a do školy sa chystá s rodičom/ZZ),
- žiak sa ľahko unaví pri záťaži, potrebuje častejší oddych,

- žiak má ťažkosti v činnostiach vyžadujúcich integráciu viacerých psychických funkcií,
- pokyny je potrebné žiakovi viacnásobne opakovať,
- žiak je v neustálom pohybe (ide o tzv. psychomotorický nepokoj prejavujúci sa ako húpanie sa na stoličke, dupkanie nohou, klikanie perom a pod.),
- žiak má výrazné ťažkosti pri samostatnej práci,
- v prípade hypoaktivity sa u žiaka namiesto nepokoja prejavuje apatia, ťažkopádnosť, nemotornosť,
- žiak má pomalé pracovné tempo,
- častá komorbidita s vývinovými poruchami učenia u žiaka spôsobuje sťažené osvojovanie si nových informácií a školských zručností.

Vyššie uvedené prejavy v správaní spôsobujú, že školský výkon žiaka je často v nesúlade s jeho intelektovými schopnosťami. Svoje intelektové predispozície vinou spomínaných deficitov žiaci s hyperkinetickou poruchou nevedia využiť v edukačnom procese. Škola je prvou inštitúciou, v ktorej je dieťa posudzované, porovnávané a hodnotené na základe výkonnostných kritérií. Samotný status školáka je pre dieťa dôležitý, pretože predstavuje potvrdenie jeho vývinu v rámci normy a zaujatie vlastného miesta v spoločnosti. Pri dlhodobom neúspechu tak vzniká frustrácia a demotivácia vo vzťahu ku školským výkonom, pretože výsledky práce často nezodpovedajú miere úsilia, ktoré dieťa vynaložilo. Ak sa k týmto ťažkostiam pridružia aj osobnostné vlastnosti (ako napr. perfekcionistické rysy, úzkosť, nízka miera svedomitosti, emocionálna labilita, orientácia na výkon) alebo prehnané očakávania rodičov/ZZ a okolia dieťaťa, môžu deti reagovať na takúto dlhodobú záťaž psychosomatickými symptómami (poruchy spánku, bolesti hlavy, brucha a pod.) alebo trpieť úzkosťami či poruchami nálad. Nadmerná a dlhodobá frustrácia sa môže u dieťaťa s hyperkinetickou poruchou rozvinúť do nešpecifických porúch správania závažného charakteru. Včasná voľba vhodných intervencií pôsobí preto preventívne a bráni patologickému rozvoju symptómov a maladaptívneho správania u žiaka. Dôležitú úlohu tu zohráva dlhodobý charakter intervenčného pôsobenia a vzájomná spolupráca rodičov/ZZ, odborných zamestnancov (ďalej OZ) a PZ, prípadne lekára.

Dopady nešpecifických porúch správania na vzdelávanie

Nešpecifické poruchy správania vznikajú najmä na základe rozmanitých vonkajších faktorov, ktoré zahŕňajú najmä sociálne vplyvy, nevhodné výchovné pôsobenie zo strany rodiny, ale aj rôzne traumatizujúce udalosti. Ich dopady na proces vzdelávania je výrazný najmä v sociálnej oblasti, v kontakte s rovesníkmi a autoritami, čo sa v konečnom dôsledku prenáša aj do školských výsledkov, ktoré zvyčajne zaostávajú za ich kognitívnym potenciálom. Žiaci s prejavmi porúch správania zároveň nedokážu adekvátne rozvíjať svoj talent či nadanie.

Niektoré symptómy menej závažných nešpecifických porúch správania, tzv. dificity, môžu byť podobné ako pri hyperkinetickej poruche. Patria k nim zvýšená pohyblivosť, nedisciplinovanosť, nedbanlivosť pri plnení úloh, emočná labilita, nevhodné pracovné návyky, nezáujem o učenie a pod. Dieťa často upútava na seba neprimeranú pozornosť a nezriedka sa voči druhým správa agresívne slovne, ale aj fyzicky. Bez vhodných zásahov zo strany autorít môže takéto správanie prerásť do šikanovania, keď sa dieťa dostáva do roly agresora či, naopak, do roly obete.

So zvyšujúcou sa emocionálnou, sociálnou a kognitívnou zrelosťou dieťaťa môže maladaptívne správanie v ranom veku pri dlhodobom neriešení prerásť do závažnejších porúch správania. S tými sa stretávame najmä v období staršieho školského veku a v období dospievania. Ide o poruchy správania asociálneho až antisociálneho charakteru. Patria sem záškoláctvo, túlanie sa, vandalizmus, extrémizmus, drogové závislosti a pod. Pri týchto poruchách pozorujeme ešte výraznejší dopad na školský výkon dieťaťa a adolescenta. V kariérovom vývine a príprave na povolanie takéhoto dieťaťa je výrazným rizikom to, že dôjde k predčasnemu ukončeniu povinnej školskej dochádzky ešte na ZŠ. Zvyčajne v nižšom ročníku (ukončenie desaťročnej povinnej školskej dochádzky v 6., 7., 8. ročníku a vo

veku 16 rokov). Dieťa často nemá motiváciu pokračovať ďalej vo vzdelávaní, prípadne má obmedzenú ponuku škôl, na ktoré sa môže prihlásiť. To negatívne ovplyvňuje možnosť získať stredoškolské vzdelanie. V súvislosti s týmito prejavmi pozorujeme aj vplyv smerujúci k rozličným formám delikventného správania, pri ktorom už dochádza k porušovaniu právnych noriem, za ktoré dieťa či adolescent ešte nie je plne zodpovedný. Takéto správanie môže predstavovať začiatok kriminálneho spôsobu života v neskoršom veku. Poruchy správania disociálneho, asociálneho, antisociálneho charakteru môžu súvisieť aj s rozvinutím drogovej závislosti. V tom prípade je potrebná spolupráca s centrami zameranými na liečbu drogových závislostí. Osobnostný vývin u týchto detí a adolescentov považujeme za disharmonický a v budúcnosti môže viesť k rozvoju jednej z porúch osobnosti.

Dopady hyperkinetickej poruchy a nešpecifických porúch správania na sociálne vzťahy a emocionalitu

Symptomatológia **hyperkinetickej poruchy** má silný dopad nielen na školský výkon, ale aj socializáciu a celkový sebaobraz dieťaťa. Širšie sociálne vzťahy, ako aj vzťahy v rodine dieťaťa s prejavmi hyperkinetickej poruchy sú poznačené zvýšeným napätím a konfliktnosťou. Už od útleho veku sú tieto deti náročné na starostlivosť a výchovné vedenie vzhľadom na svoju nadmernú dráždivosť, nepravidelnosť denného režimu a nejasné prejavovanie potrieb. Rodičia/ZZ týchto detí sa preto často cítia vyčerpaní, objavujú sa u nich bolestné protichodné emócie voči vlastnému dieťaťu, za čo následne prežívajú pocity sklamaní, zlyhaní a nekompetentnosti. To môže viesť k narušeniu primárnych rodinných vzťahov a zároveň brániť vytvoreniu bezpečnej vzťahovej väzby. Podobne sú hyperaktívne deti vnímané i neskôr v rovesníckej skupine. Tam sa často stretávajú s ambivalentným prijatím alebo priamo odmietnutím. Vo vyššej miere zároveň čelia kritike a negatívnemu hodnoteniu. Pod vplyvom uvedených faktorov sa cítia osamelé a v niektorých prípadoch môžeme hovoriť až o deprivácii sociálneho kontaktu a potreby citovej akceptácie.

Podobné narušenie blízkych sociálnych väzieb nachádzame aj u detí s **nešpecifickými poruchami správania**. Vzhľadom na príčiny ich vzniku predpokladáme isté narušenia, konfliktnosť až disharmonický charakter rodinného prostredia. Prejavy porúch správania u detí môžu ďalej ťažkosti v rodinnom prostredí stupňovať. Prehľbujú sa napr. nehody medzi rodičmi/ZZ pri nejednotnom výchovnom prístupe, ambivalentné pôsobenie rodičov/ZZ, ale aj neadekvátne trestanie dieťaťa.

Ako ďalšie dopady hyperkinetickej poruchy a nešpecifických porúch správania na sociálne vzťahy v školskom prostredí môžeme uviesť:

- dieťa v triede nie je veľmi obľúbené, ocitá sa na okraji skupiny,
- v snahe zapadnúť do rovesníckeho kolektívu volí neefektívne stratégie, ako je napr. identifikácia s rolou „triedneho šaša“, ktorá dieťaťu prináša pozornosť a čiastočnú akceptáciu zo strany rovesníkov, na druhej strane však narúša vzťah s PZ,
- dieťa sa často dostáva do konfliktov so spolužiakmi,
- správanie dieťaťa je impulzívne,
- vzťah dieťaťa k dospelým býva sociálne disinhibovaný (nedodržia spoločenské normy),
- spôsob hry dieťaťa nie je pre rovesníkov prijateľný (agresivita, impulzivita, nedomyšlenie dôsledkov konania – vznik úrazov, konfliktov),
- sociálna nezrelosť, emocionálna labilita dieťaťa,
- nedostatok empatie a egocentrizmus dieťaťa vedú k sociálnej izolácii,
- potreba okamžitej spätnej väzby dieťaťa a pozornosti druhých,
- nízka frustračná tolerancia dieťaťa a s ňou spojená možnosť výskytu agresívneho správania.

Vyššie uvedené dopady hyperkinetickej poruchy a nešpecifických porúch správania v sociálnej a emocionálnej oblasti má negatívny dosah na osobnostný vývin dieťaťa a dospelievajúceho. Riziko predstavuje najmä poškodený sebaobraz spojený s negatívnym sebahodnotením. Tieto deti sa

vnímajú ako odmietané, menej šikovné, neschopné dosiahnuť úspech či naplniť očakávania okolia. V dôsledku častej zápornej spätnej väzby sa prežívajú ako nehodné lásky, pozornosti, ocenenia a trpia pocitmi viny. Sú citlivé na kritiku a často na ňu reagujú agresívne.

3. Špecifiká diagnostiky detí s uvedenou problematikou

Psychologická diagnostika

V rámci diagnostického procesu sa v prvom rade zameriava na identifikovanie faktorov vzniku maladaptívneho správania. Porozumenie príčinám, ktoré stoja za rozvojom porúch správania, následne umožní efektívne zacielenie ďalších intervencií. Tie sa budú odlišovať v prípade porúch správania v dôsledku endogénnych faktorov, ako je to v prípade hyperkinetickej poruchy a v prípade, že ide o poruchy správania vyvolané sociálnymi vplyvmi a výchovou (nešpecifické poruchy správania). Rovnako je dôležité mať na zreteli, že maladaptívne správanie môže vznikáť aj v dôsledku ťažkostí v duševnom zdraví (poruchy nálady, úzkostné poruchy) či v dôsledku ďalších diagnóz, ako sú napríklad poruchy autistického spektra. Úlohou diagnostického procesu je aj zistenie charakteru problémov žiaka. Je dôležité určenie oblastí jeho života, ktoré sú najviac zasiahnuté, a nastavenie takých intervencií, ktoré budú viesť k náprave problémov, zmierneniu dopadov na život dieťaťa a zlepšeniu školského výkonu. Diagnostika by sa mala zamerať aj na silné stránky dieťaťa, na ktorých sa dá stavať, a na oblasti, ktoré treba rozvíjať a podporovať. Nemala by byť cieľom sama osebe, ale skôr prostriedkom na ďalšiu odbornú činnosť (Mertin, Gillernová, 2010).

Úvodný kontakt, nadviazanie spolupráce s rodičom/ZZ a dieťaťom, je dôležitým momentom na vytvorenie pozitívneho podporujúceho vzťahu potrebného na optimálne riešenie problému, pre ktorý vyhľadali odbornú starostlivosť. Rodičia/ZZ detí s hyperkinetickou poruchou alebo nešpecifickými poruchami správania často prichádzajú do poradenského zariadenia pod tlakom okolia, resp. školy, v snahe riešiť disciplinárne problémy detí. Majú opakovanú skúsenosť s kritikou ich rodičovských zručností a prežívajú pocity zlyhania. To u nich zväčša vedie k obrannému postoj, ktorý môže brániť efektívnej pomoci. Podobné skúsenosti majú aj deti, ktoré sú v dôsledku maladaptívneho správania nezriedka odmietané a neprimerane kritizované. K samotnému psychologickému vyšetreniu sa môžu stavať negatívne a prejavovať aktívny odpor. Nadviazanie kvalitného kontaktu s rodičom/ZZ a dieťaťom už počas úvodného stretnutia je z tohto pohľadu podmienkou ďalšej spolupráce. Dôležité je preto vytvoriť akceptujúcu atmosféru, zdržať sa kritiky, vytvárania súdov a sústrediť sa na ponuku spolupráce.

Toto úvodné stretnutie realizuje OZ, ktorému bolo dieťa pridelené. Ten tiež zhodnotí, či má byť vedené ako spoločné stretnutie rodiča/ZZ a dieťaťa alebo oddelene. Pri rozhodovaní zvažuje viaceré faktory, ktoré môžu ovplyvniť kvalitu a množstvo získaných informácií. Výhodou spoločného stretnutia je možnosť sledovať interakciu medzi rodičom/ZZ a dieťaťom, ich vzájomnú kooperáciu, ale i prípadnú konfrontáciu. Naopak, nevýhodou je situácia, keď rodič/ZZ necitlivo kritizuje a zahanbuje dieťa pred OZ alebo rodič/ZZ či dieťa zatajuje dôležité informácie zo strachu pred prezradením. Vhodným riešením v takom prípade je vytvoriť pre rodiča/ZZ i dieťa priestor, keď môžu s OZ hovoriť i individuálne.

Jednou z výhod pri získavaní informácií je, ak obaja rodičia/ZZ prichádzajú do poradenského zariadenia spoločne. Poskytuje to možnosť lepšie zmapovať rodinné vzťahy, ale aj presnejšie identifikovať možné príčiny problémového správania dieťaťa. Spoločné stretnutie môže byť významným zdrojom informácií o rodine a celkovom fungovaní rodinného systému. Prispieva k prvotnej diagnostike vzťahov a komunikácie v rodine. OZ si všíma napríklad vyváženosť pozitívnych a negatívnych spätných väzieb medzi rodičmi/ZZ, ako aj smerom k dieťaťu, neverbálne prejavy a postoje k problému, ktorý sa snažia riešiť. Zaujímajú sa o motiváciu rodičov/ZZ a aj motiváciu dieťaťa

a ich očakávania od vzájomnej spolupráce. Zameriava sa aj na výchovné štýly v rodine a ich efektivitu pri dosahovaní rodičovských požiadaviek.

Dieťa na psychologické vyšetrenie môže prichádzať nedobrovoľne a nemá potrebu označené problémy riešiť. Ide najmä o žiakov s poruchami správania, ktorí majú ťažkosti so sebareflexiou, sebaaponímaním a s tendenciou obviňovať okolie z vlastného zlyhania v sociálnom kontakte. Súčasťou prvého kontaktu je zistenie dôvodov rodiča/ZZ alebo školy, ktorá dieťa odporučila do poradenského zariadenia. Dôležité sú aj potreby a očakávania dieťaťa. Tie nemusia vždy zodpovedať požiadavkám rodičov/ZZ a školy. Ak dieťa prichádza nedobrovoľne, OZ vyjadrí porozumenie jeho situácii, akceptuje jeho postoj, pomenuje situáciu, v ktorej sa nachádza, a ponúkne mu možnosť využiť túto situáciu aspoň na spoločné zistenie, čo treba robiť, aby sa vyhlo podobnej situácii v budúcnosti. Cieľom je získanie dieťaťa na aktívnu spoluprácu. OZ dieťa nepresviedča, skôr mu poskytuje informácie a zdôrazní jeho slobodu rozhodnúť sa spolupracovať. Akceptované je individuálne tempo každého dieťaťa.

Kvalita a efektivita ďalšej spolupráce súvisia s nadviazaním vzťahu so všetkými účastníkmi. Získanie klienta na spoluprácu v bezpečnom, empatickom, akceptujúcom prostredí výraznou mierou prispieva k ďalšej kooperácii. Rovnako ako poskytnutie porozumenia a ponuka pomoci riešenia ťažkostí. Dôkladný vstupný rozhovor vo veľkej miere podporuje vytvorenie pozitívneho vzťahu k rodičovi/ ZZ a k dieťaťu. Zároveň prispieva k správne nastaveniu ďalšej intervencie.

V rámci prvého kontaktu ide o **získanie informácií súvisiacich s problémom dieťaťa**. Sú to informácie vyplývajúce z fungovania dieťaťa v školskom, ale i domácom prostredí, prípadne v ďalších sociálnych skupinách (napr. mimoškolská činnosť). Rodič/ZZ prezentuje fakty o svojom dieťati, ktoré dostáva od PZ o jeho akademických, ale aj vzťahových ťažkostiach. Ak bolo dieťa odporúčané do poradenského zariadenia školou, OZ sa zameria aj na požiadavku školy a opis ťažkostí, ktoré poskytli PZ. Medzi najčastejšie problémy opisované rodičmi/ZZ, resp. školou patria výchovné ťažkosti súvisiace s porušovaním školského poriadku, ako aj zlyhávanie dieťaťa v študijných výsledkoch.

Anamnéza predstavuje dôležitý zdroj informácií. Získava sa najčastejšie písomnou formou prostredníctvom dotazníka alebo formou anamnestického rozhovoru s rodičmi/ZZ a učiteľmi.

Zdravotná anamnéza sa zameriava na graviditu, jej priebeh a pôrod, napr. či bola gravidita riziková, dieťa bolo narodené načas, narodené prirodzene alebo sekciou. Ďalej na raný motorický a rečový vývin dieťaťa, rytmus spánku a bdenia, prekonané závažné úrazy (najmä úrazy hlavy)/ochorenia/ operácie, dispenzarizáciu u iných odborníkov (alergiológia, oftalmológia, pedopsychiatria, neurológia, logopédia a pod.) a správy z posledných odborných vyšetrení. Zaujímame sa aj o prípadnú genetickú záťaž v rodine. Rané obdobie vývinu, najmä obdobie vzdoru a neskôr predškolské obdobie sú tiež významným ukazovateľom pri diagnostike porúch správania.

Školská anamnéza zahŕňa informácie o adaptácii jedinca v školskom prostredí vrátane predškolského zariadenia. OZ sa zameriava na okolnosti nástupu dieťaťa do ZŠ, úroveň jeho školskej spôsobilosti a adaptáciu na triedny kolektív. Dôležité sú aj údaje o školských výsledkoch, napr. ako si podľa rodiča/ ZZ dokáže dieťa osvojiť učivo, a aj to, ako prebieha domáca príprava. Pri zbieraní údajov zo školského prostredia je užitočné obrátiť sa na školu, ktorú dieťa navštevuje, a vyžiadať si pedagogické hodnotenie od triedneho učiteľa dieťaťa a OZ školy.

Rodinná anamnéza pozostáva z informácií o rodine dieťaťa. Koľko členov má rodina, s ktorou dieťa žije, či má súrodenca, aká je jeho súrodenecká pozícia, aké boli vzťahy s rodičmi/ZZ počas tehotenstva a po ňom, aké sú vzťahy so súrodencami (ako funguje/nefunguje rodinný systém), aká je sociálna situácia rodiny a iné špecifiká. Zisťujú sa predchádzajúce výchovné opatrenia, intervencie, prípadne spolupráca s odborníkmi, ktorú rodina už využila, a s akým výsledkom. Zameriava sa na

situácie dobrého fungovania dieťaťa i rodinného systému v minulosti, zisťuje záujmy dieťaťa a jeho predchádzajúce úspechy.

Testové metódy: Anamnestické údaje sú následne doplnené testovými metódami. Najčastejšie sú používané výkonové testy skúmajúce úroveň kognitívnych schopností, ďalej metódy (projektívne, dotazníkové) zamerané na diagnostiku osobnosti a afektivity, výchovných štýlov a charakteristík sociálneho prostredia. Výkonové testy sa v psychologickom vyšetrení realizujú väčšinou z dôvodu zistenia kognitívneho profilu dieťaťa s cieľom pomôcť v podobe odporúčaní pre edukačný proces. Pri zaťažení dieťaťa výkonovým testom je možné pozorovať aj vedľajšie prejavy, ktoré sa u dieťaťa objavujú (nedostatočná motivácia, neurotické prejavy, opozičné až agresívne správanie a pod.).

Konečnú diagnózu v prípade, že ide o poruchy správania podľa § 2 písm. o) školského zákona, stanovuje odborný zamestnanec poradenského zariadenia spravidla na podklade neurologického alebo psychiatrického vyšetrenia. Na základe odporúčaní lekára sa prípadne nastaví medikamentózna liečba. Pokiaľ prejavy maladaptívneho správania nie sú zvládnuteľné nastolenými opatreniami v školskom, rodinnom a poradenskom prostredí, odporučí lekár pobytovú liečbu (hospitalizáciu na pedopsychiatrickom alebo psychiatrickom oddelení, pedopsychiatrickú/psychiatrickú liečebňu, liečebno-výchovné sanatórium). Ďalšiu z možností predstavuje diagnostické centrum, resocializačné zariadenie, prípadne reedukačné centrum, kde môže byť dieťa, resp. dospievajúci umiestnený na základe žiadosti ZZ alebo rozhodnutia súdu.

Diagnostika detí s hyperkinetickou poruchou

Diagnózu zo skupiny hyperkinetických porúch stanovuje v klinickom prostredí pedopsychiater alebo detský neurológ zvyčajne po 6. roku veku. Jednotlivé prejavy sa však manifestujú už v ranom detstve. A ak je to potrebné, je možné diagnózu stanoviť aj pred nástupom do 1. roč. ZŠ. Diagnostika je založená na hodnotení príznakov správania dieťaťa vo viacerých prostrediach (rodina, školské zariadenie a pod.), na výsledkoch diagnostických metód a aj na posúdení anamnestických údajov získaných od rodičov/ZZ, PZ. Zároveň je podporená výsledkami neurologického a psychologického vyšetrenia. Z poradenskej praxe vyplýva, že deti s hyperkinetickou poruchou sú najčastejšie identifikované v školskom prostredí po nástupe do MŠ (v rámci povinného predprimárneho vzdelávania) alebo ZŠ. V niektorých výnimočných prípadoch prichádza dieťa na vyšetrenie už v predškolskom veku (okolo 3 rokov), zväčša v dôsledku vypuklých symptómov, ktoré sa nedajú pripísať detskej živosti a temperamentu. Väčšinou prichádza na podnet MŠ, ktorú navštevuje. Vyplýva to zo skutočnosti, že škola je pre dieťa prvé pevne štruktúrované a organizované prostredie s platnými pravidlami. Diagnostický proces u detí s podozrením na hyperkinetickú poruchu sa začína starostlivým zosnímaním anamnézy. Dôraz sa kladie na získanie informácií, ktoré môžu predstavovať rizikové faktory na vznik a rozvoj poruchy, ako sú: výskyt poruchy v rodinnej histórii, rizikové tehotenstvo, komplikácie pri pôrode (napr. hypoxia plodu), sťažená popôrodná adaptácia, prekonané ochorenia, úrazy a pod. Ďalej sú to údaje o psychomotorickom vývine dieťaťa. Ďalší krok v diagnostickom procese predstavuje pozorovanie príznakov v správaní dieťaťa. Nápadná je najmä zvýšená pohyblivosť, nestabilita dieťaťa, rýchle prechody medzi činnosťami, „povrchná“ hra bez hlbšieho skúmania hračiek spojená s rýchlou stratou záujmu a hľadaním nových podnetov. Taktiež impulzivita manifestovaná náhlou zmenou v správaní a celkovo zvýšený psychomotorický nepokoj.

U starších detí sa po nástupe do ZŠ k uvedeným symptómom pridružujú prejavy oslabenej pozornosti ako neschopnosť spracovať inštrukciu/zadanie učiteľa, neustále prerušovanie činnosti a obmedzená schopnosť pracovať samostatne. Pri individuálnom psychologickom a špeciálnopedagogickom vyšetrení detí s hyperkinetickou poruchou sa objavujú aj impulzivita, nedostatočná motivácia na prácu, psychomotorický nepokoj, nadmerná verbálna produkcia a ďalšie.

V diagnostickom procese sa preto OZ zameriava na zisťovanie úrovne pozornosti, mieru impulzivity

a hyperaktivity. V oblasti pozornosti je potrebné posúdiť jej charakteristiky, a to úroveň koncentrácie, tenacitu, schopnosť distribúcie a rozdelenia a vigilitu. V prípade podozrenia na prejavy nešpecifických porúch správania sa zisťuje prítomnosť sociálno-patologických faktorov v sociálnom prostredí dieťaťa.

Hlavnú časť diagnostického procesu predstavuje diagnostika kognitívnych funkcií (informácie o testových metódach sú v obsahovom štandarde Diagnostika kognitívnych schopností). Symptómy hyperkinetickej poruchy spôsobujú deficity vo viacerých oblastiach. Najmä v oblasti pozornosti, operačnej pamäti, krátkodobej sluchovej a vizuálnej pamäti, ako aj v oblasti psychomotorického tempa. Znížené bývajú i oblasti grafomotoriky a senzomotorickej koordinácie. Dôležitá je diagnostika intelektových schopností, ktoré sú u žiakov s hyperkinetickou poruchou veľmi často rozložené nerovnomerne. Okrem výkonových testov je možné použiť i dotazníky zamerané na posúdenie frekvencie výskytu prejavov hyperaktivity a impulzivnosti. Pri diagnostike osobnosti a afektivity sa OZ sústreďuje na prítomnosť známkov sociálnej a emocionálnej nezrelosti, ktoré sú pri tejto poruche častým sprievodným znakom. Na diagnostiku osobnosti je možné použiť osobnostné dotazníky (B-JEPI, BFI-2, HSPQ, EOD) alebo projektívne metódy ako Baum test, Hand test. Pri posudzovaní výchovných štýlov a porozumení dynamiky rodinných vzťahov sa možno oprieť o projektívne techniky ako Nedokončené vety, Kresba rodiny a začarovanej rodiny, Scénotest a pod. Z dotazníkových metód je dostupný ADOR Dotazník pre zisťovanie spôsobov výchovy v rodine. Vzhľadom na rýchlu unaviteľnosť a nízku výkonovú motiváciu dieťaťa je potrebné rozdeliť administráciu niektorého z náročnejších testov do dvoch rôznych termínov, aby získané výsledky boli validné.

Prejavy hyperkinetickej poruchy spôsobujú u žiakov aj ďalšie špecifiká pri podávaní výkonov.

V diagnostickom procese je potrebné ich zohľadniť. K typickým prejavom patria:

- rapídne klesajúci výkon po nástupe únavy centrálnej nervovej sústavy, prejavuje sa zvýšenou chybovosťou aj v jednoduchých položkách a viditeľným spomalením psychomotorického tempa,
- potreba opakovania inštrukcií k úlohám testu,
- psychomotorický nepokoj, ktorý má tendenciu časom narastať,
- nerovnomerne rozložený kognitívny profil,
- impulzívne reakcie, zvýšená chybovosť a napätie v písomnom prejave (prílišný tlak na písadlo, časté opravovanie, gumovanie a prepisovanie).

Symptómy hyperkinetickej poruchy ako nadmerná aktivita, zvýšená dráždivosť, nepokoj alebo impulzívne konanie nachádzame aj pri iných duševných poruchách alebo ako prejav narušenej adaptácie pri pôsobení nadmernej záťaže. Podobné je to aj v prípade zníženého kognitívneho výkonu či ťažkostí s koncentráciou pozornosti. V tomto zmysle je v rámci diagnostického procesu dôležité klásť dôraz aj na diferenciálnu diagnostiku.

U detí v predškolskom veku sa môžu tieto prejavy objavovať v súvislosti s odlúčením od matky a adaptáciou na predškolské zariadenie. Rovnako však môžu byť prejavom narušenej vzťahovej väzby. Ako nepokojné, nadmerne pohyblivé a neschopné zamerať pozornosť môže pôsobiť aj dieťa s poruchou autistického spektra. U detí staršieho školského veku a dospievajúcich sa v súčasnosti stretávame s ťažkosťami s koncentráciou a tenacitou pozornosti, ako aj s poklesom kognitívneho výkonu ako dôsledku nadmernej záťaže v súvislosti s pandemickou situáciou a dištančným vzdelávaním alebo s rozvojom úzkostnej a depresívnej symptomatiky. V rámci diferenciálnej diagnostiky je rovnako potrebné odlíšiť prejavy hyperkinetickej poruchy a ďalších duševných porúch, ako sú Tourettov syndróm, obsedantno-kompulzívna porucha, organické poškodenia mozgu (napr. epilepsia), poruchy zraku, sluchu a aj duševná zaostalosť. Rozvoj symptómov pripomínajúcich hyperkinetickú poruchu môže súvisieť aj s prežitím traumatickej udalosti a rozvojom posttraumatickej stresovej poruchy.

Diagnostika nešpecifických porúch správania

Príčiny vzniku nešpecifických porúch správania majú primárne exogénny charakter, i keď na ich vzniku sa môžu podieľať aj vrodené predispozície či dedičné faktory. Medzi tieto vonkajšie faktory patrí široké spektrum sociálnych vplyvov v širšom i blízkom okolí dieťaťa. Vzhľadom na to sa v diagnostike kladie dôraz najmä na anamnestické údaje (zdravotná, rodinná a školská anamnéza) a porozumenie zložitej vzťahovej dynamike v blízkom rodinnom prostredí klienta.

Prvé menej závažné prejavy nešpecifických porúch správania sa môžu objaviť už u detí v predškolskom veku. Do poradenského centra prichádzajú zvyčajne na odporúčanie MŠ. Diagnostický proces sa začína starostlivým zosnímaním anamnézy. Okrem informácií zo zdravotnej anamnézy sú nemenej dôležité i informácie o tom, ako boli a v súčasnosti sú uspokojované emocionálne a sociálne potreby dieťaťa, informácie o jeho sociálnom a rodinnom prostredí, kvalite vzťahov v rodine a taktiež prípadne udalosti, ktoré mohli negatívne ovplyvniť jeho vzťahovú väzbu. Sú to aj informácie o priebehu adaptačného procesu pri začlenení v predškolskom zariadení a prípadná pedagogická charakteristika. U starších detí sú užitočné údaje o zvládnutí prechodu z MŠ na ZŠ, o vzťahoch v rovesníckom kolektíve, o interakcii a kontakte s autoritami. Súčasťou diagnostického procesu je aj klinické pozorovanie a zhodnotenie schopnosti dieťaťa nadväzovať sociálny kontakt a posúdenie jeho kvality.

Pri posudzovaní štýlov výchovy v rodine a rodinného prostredia sa dá oprieť o viaceré diagnostické metódy. Príkladom je ADOR – dotazník rodičovského konania pre adolescentov (Schuldermann, Matějček, Říčan, T-102) alebo Dotazník na zisťovanie spôsobu výchovy v rodine pre deti od 8 do 12 rokov (Čáp, Čechová, T-117). Ďalej to sú rôzne projektívne metódy ako Kresba rodiny, Kresba začarovanej rodiny, Nedokončené vety, semiprojektívna metóda, ktorá spája funkcie dotazníka a projektívnej metódy, Test rodinných vzťahov (Anthony, Bene, Mádrová, T-210) a pod. Informácie o osobnosti získame prostredníctvom osobnostných dotazníkov, ako sú napr. B-JEPI Osobnostný dotazník pre deti (Eysenck, Krallová, Senka, T-21) a HSPQ Osobnostný dotazník pre mládež (Cattell, Balcar, T-88), a projektívnych testov, ako sú napr. Baum test, Test ruky HAND test (Wagner, Fridrich, Nociar, T-167) a Rozenzweigov obrázkový frustračný test pre deti (T-107), ktoré poskytnú celistvý pohľad na dieťa a jeho charakteristiky.

Na dotvorenie komplexného obrazu o maladaptívnych prejavoch v správaní žiaka je možné využiť štandardizovaný dotazník Diagnostika výskytu atypických prejavov sociálneho a školského správania (Mezera, Škeřík, T-184). Pozorovanie dieťaťa v prirodzenom školskom prostredí dopĺňa komplexnosť diagnostiky. Vhodné je využiť aj Connersovej škálu pre učiteľov CTQ (preložil a upravil Paclt a Šebek, 1998, in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) – hodnotí sa správanie v triede, zaradenie do skupiny spolužiakov, postoj k autorite, ako aj výkonnosť dieťaťa a zmeny správania v 4 kategóriách (poruchy správania, pasivita, napätie a úzkosť, hyperaktivita). Vzhľadom na to, že všetky ťažkosti a neúspechy v školskom prostredí môžu mať vplyv na sebaobraz dieťaťa, je niekedy užitočné doplniť diagnostiku aj o túto oblasť. Užitočné môže byť použitie napr. dotazníka SPAS – Dotazník sebaoponovania školskej úspešnosti (Matějček, Vágnerová, T-216).

V prípade nešpecifických porúch správania zohráva dôležitú úlohu dlhodobé poskytovanie intervencií. Dieťa by malo ostať v starostlivosti OZ určité obdobie, aby ten mal možnosť nadviazať s ním kvalitný poradenský vzťah a dôkladne pozorovať jeho správanie. Vstupná diagnostika by mala byť s odstupom času doplnená o rediagnostiku zameranú na zmeny spôsobené intervenčnými postupmi. Čas trvania maladaptívnych prejavov v správaní by mal byť dlhší ako 6 mesiacov (Train, 2001) z dôvodu vylúčenia adaptačných ťažkostí ako reakcie na nadmerný stres (napr. rozvod, narodenie druhého dieťaťa). V prípade zhoršovania a prehĺbovania ťažkostí je potrebné zvážiť spoluprácu s ďalšími odborníkmi (napr. pedopsychiater). V situácii, keď sa maladaptívne správanie dieťaťa ďalej prehĺbuje v smere patológie, prípadne sa rozvíjajú ďalšie symptómy (napr. porúch afektivity alebo

úzkosti), mal by OZ rodičovi/ZZ jasne odporučiť pedopsychiatrické vyšetrenie. U rodičov/ZZ sa často v tejto súvislosti stretávame s obavami zo stigmatizácie, ale i s nedôverou voči farmakologickej liečbe. Veľmi nápomocným v tejto situácii je rešpektujúci postoj OZ, vyjadrenie porozumenia a podpory, poskytnutie informácií, ale aj inšpirujúcich príkladov z praxe.

Samotný diagnostický proces by v prvom rade mal viesť k určeniu účinnej pomoci dieťaťu a k zlepšeniu kvality jeho života, či už ide o nešpecifické poruchy správania, alebo maladaptívne správanie vyplývajúce z hyperkinetickej poruchy. Potrebné je aj odlíšiť prejavy porúch správania od komorbídnych stavov, ako sú napr. zneužívanie návykových látok, úzkosti, depresie, posttraumatická stresová porucha, ktoré sa u detí s nešpecifickými poruchami správania a hyperkinetickou poruchou vyskytujú častejšie ako u bežnej populácie rovnakého veku. V prípade mladších detí môžu byť ťažšie diagnostikovatelné, avšak diferenciálna diagnostika je z hľadiska voľby efektívnych intervencií rozhodujúca.

Špeciálnopedagogická diagnostika detí s hyperkinetickou poruchou a nešpecifickými poruchami správania

Špeciálnopedagogické vyšetrenie dieťaťa sa podľa potreby realizuje z dôvodu zistenia miery vplyvu hyperkinetickej poruchy a nešpecifických porúch správania na základné školské zručnosti - pracovné tempo, výdrž pri práci, koncentráciu pozornosti alebo aj z dôvodu potvrdenia, resp. vyvrátenia prítomnosti vývinových porúch učenia.

Súčasťou špeciálnopedagogického vyšetrenia je zisťovanie zdravotných a vývinových charakteristík dieťaťa, pokiaľ tieto informácie nemáme k dispozícii z predchádzajúceho vyšetrenia. Na získanie informácií o vnímaní aktuálneho stavu dieťaťa od rodiča/ZZ je možné využívať napr. Connersovej škálu pre rodičov CPQ (preložil a upravil Paclt a Šebek, 1998, in Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) – hodnotia sa kategórie v zmysle porúch správania, úzkosti, impulzivity – hyperaktivity, poruchy učenia, psychosomatické problémy, perfekcionizmus, asociálne správanie, svalové napätie.

Ak dieťa navštevuje školu, významným zdrojom informácií je triedny učiteľ, PZ a jeho pedagogická diagnostika. Triedny učiteľ je pre žiaka významnou vzťahovou a zodpovednou osobou vo vzťahu k rodičom/ZZ, ako aj ďalším učiteľom, ktorí v danej triede učia a koordinujú výchovu a vzdelávanie.

Špeciálny pedagóg sa rovnako ako ostatní odborní zamestnanci môže vyjadrovať k požiadavkám na úpravu podmienok, metód, postupov, prístupov a k hodnoteniu vo výchove a vzdelávaní, ktoré je potrebné akceptovať pri vzdelávacom a výchovnom procese. Prispieva k optimálnemu dosahovaniu primeraného stupňa vzdelávania a socializácie. Na zistenie týchto potrieb v rámci diagnostiky je vhodné využiť štandardizované a neštandardizované testy.

Špeciálny pedagóg okrem vypracovania správy z diagnostického vyšetrenia poskytuje aj následnú špeciálnopedagogickú starostlivosť vo forme konzultácií a poradenstva pre rodičov/ZZ, učiteľov, asistentov učiteľa a ostatných OZ. Zároveň je nápomocným pri vytváraní individuálneho vzdelávacieho programu (ďalej IVP). Poskytuje reedukáciu a korekcie zistených deficitov.

Správa z diagnostického vyšetrenia

Správa z diagnostického vyšetrenia, ktorá má odporúčanú formu a obsah, obsahuje okrem anamnézy, priebehu vyšetrenia a výsledkov aj odporúčania pre výchovno-vzdelávací proces. Viac o obsahu a štruktúre správy z diagnostického vyšetrenia je uvedené v dokumente Diagnostika v zariadeniach poradenstva a prevencia a prostredí škôl v kapitole 6.9. Dieťa/ žiak sa v škole vzdeláva podľa školského vzdelávacieho programu. Ak ten nezodpovedá potrebám alebo schopnostiam dieťaťa/žiaka, tak sa vzdeláva podľa IVP. Odporúčania v správe sú podkladmi na vypracovanie IVP (§

7a zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon).

Odborný zamestnanec sa na základe výsledkov diagnostiky môže vyjadriť na účel poskytnutia podporného opatrenia. Vyjadří sa, ktoré podporné opatrenia pomôžu dieťaťu/žiakovi prekonať prekážky vo vzdelávaní a tým sa plnohodnotne zapájať do výchovy a vzdelávania a rozvíjať svoje vedomosti, zručnosti a schopnosti. Vo vyjadrení na účel poskytnutia podporného opatrenia určí aj potrebný rozsah podporného opatrenia. Katalóg podporných opatrení špecifikuje podporné opatrenia vo výchove a vzdelávaní podľa § 145a školského zákona.

Odporúčania týkajúce sa edukačného procesu sa v prípade hyperkinetickej poruchy zameriavajú na podporu udržania pozornosti žiaka, dodržiavanie pravidiel psychohygieny, prispôsobenie edukačného procesu potrebám dieťaťa (vzhľadom na zvýšenú unaviteľnosť CNS), pomoc dieťaťu zorganizovať si svoje prostredie a prácu na hodine, behaviorálne a relaxačné techniky smerujúce k redukcii výskytu nevhodných foriem správania. V prípade nešpecifických porúch správania ide o odporúčania vzťahujúce sa najmä na úpravu prostredia školy/triedy, zmenu v organizácii výchovy a vyučovania alebo vyučovacích postupov a aj učebného plánu a učebných osnov. Ďalšie z odporúčaní sú zamerané aj na potreby učebných a kompenzačných pomôcok a personálneho zabezpečenia. V závere správy sú uvedené aj pravidlá zavádzania pomôcok a odporúčaní do praxe, ako napr. zachovanie ich exkluzivity (nikto iný v triede ich nemá) a rešpektovanie habituačného procesu (pomôcky je potrebné po určitom čase obmieňať).

Špeciálny pedagóg u detí/žiakov v správe z diagnostického vyšetrenia môže uviesť aj to, či žiak bude edukovaný v špecifických vyučovacích predmetoch, ktoré budú pevnou súčasťou rozvrhu hodín, alebo bude vzdelávaný podľa IVP (ide podľa školského vzdelávacieho programu a IVP so zapracovanými odporúčaniami poradenského zariadenia s prihliadnutím na jeho zdravotné znevýhodnenie) a bude plniť obsah špecifických vyučovacích predmetov. Pri ich aplikácii je potrebné vychádzať zo stanoveného obsahu a z rámcového učebného plánu uvedeného v rámci Vzdelávacieho programu pre žiakov s poruchami správania a príslušného stupňa vzdelávania (primárne, nižšie stredné...). Obsah špecifických vyučovacích predmetov je daný aktuálnou úrovňou zistených deficitov a potrieb žiaka. Špecifický vyučovací predmet sa nehodnotí známkou a na vysvedčení sa uvedie „absolvoval“. IVP sa v priebehu školského roka vyhodnocuje a flexibilne upravuje a dopĺňa.

Na základe zistenia závažnosti zdravotného oslabenia žiaka a potreby pomoci sa prideluje stupeň funkčného obmedzenia. Stanovenie stupňa obmedzenia súvisí najmä s nastavením podmienok pri Monitore v 5. a 9. ročníku ZŠ a taktiež ako podklad pri príprave podmienok k maturitnej skúške. Funkčné obmedzenie je rozdelené do troch skupín. Pri poruchách aktivity a pozornosti a poruchách správania je 1. skupina – ľahký stupeň obmedzenia, predstavuje možnosť predĺženia času na vypracovanie testov maximálne o 25 %. Pokiaľ závažnosť poruchy spadá do 2. skupiny – stredný stupeň funkčného obmedzenia, vtedy pri poruchách aktivity a pozornosti sa čas predlžuje o maximálne 50 % a je možnosť upraviť testy podľa schopností žiaka. Pri poruchách správania sa poskytuje maximálne o 50 % viac času na splnenie úloh. 3. skupina – ťažký stupeň sa v uvedených prípadoch neurčuje (NÚCEM, 2021).

V prípade výrazných ťažkostí v správaní žiaka odporúča odborný poradenský zamestnanec aj edukáciu za prítomnosti pedagogického asistenta a určuje, na ktorých hodinách je jeho prítomnosť potrebná (percentuálne vyčíslenie úväzku asistenta učiteľa), (Smernica č. 55/2021, o postupe pri predkladaní požiadaviek na osobné náklady asistenta učiteľa pre žiakov so zdravotným znevýhodnením). Taktiež je možné cez podporné opatrenia v rámci IVP upraviť dochádzku žiaka. Ďalšou možnosťou je, že žiak s poruchou správania je vzdelávaný časť školského roka alebo celý školský rok v liečebno-výchovnom sanatóriu, reedukačnom alebo diagnostickom centre (§ 121-123 ods.3) zákona 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon), kde je aj hodnotený a klasifikovaný. Po ukončení pobytu sa vracia do kmeňovej ZŠ alebo strednej školy.

Výstupný rozhovor

Po vyhodnotení diagnostického procesu je zákonný zástupca oboznámený s výsledkom odborných vyšetrení. Spätnú väzbu o výsledkoch vyšetrení poskytuje rodičovi/ZZ psychológ z psychologického vyšetrenia, špeciálny pedagóg zo špeciálnopedagogického vyšetrenia. Na základe konziliárneho stretnutia s odborníkmi, ktorí dieťa vyšetrali, môže informácie rodičovi/ZZ poskytnúť aj koordinátor klienta. Počas tohto stretnutia je rodič/ZZ informovaný o všetkých zistených skutočnostiach súvisiacich s problémami dieťaťa. Rodič/ZZ je informovaný nielen o oslabeniach a nedostatkoch zistených diagnostickým procesom, ale najmä o silných stránkach, ktoré je možné využiť pri kompenzácii ťažkostí dieťaťa. Výsledky diagnostického vyšetrenia, ako i samotný výstupný rozhovor s rodičom/ZZ predstavujú začiatok spolupráce a sú základom pre ďalšie intervenčné pôsobenie.

Ak je u dieťaťa diagnostikovaná hyperkinetická porucha alebo nešpecifická porucha správania, je rodič/ZZ informovaný o možnostiach jeho vzdelávania. Okrem odporúčania súvisiacich s pomocou vo vzdelávacom procese je súčasťou tohto stretnutia aj ponuka iných možností intervencie, napr. vo forme poradenstva, terapie, reedukácie, korekcie správania, skupinovej intervencie zameranej na nácvik sociálno-psychologických zručností pre dieťa a aj pre rodiča/ZZ so zameraním na podporu pozitívneho vzťahu medzi rodičom/ZZ a dieťaťom a rodičovských zručností.

Vytvorenie spoločného (vzájomne podporovaného) postupu zákonného zástupcu, OZ a učiteľa pozitívne vplýva na správanie a osobnostný vývin dieťaťa. Formu a spôsob komunikácie s rodičom/ZZ dieťaťa je potrebné prispôbiť jeho špecifikám a zosúladiť očakávania, ktoré na neho kladieme v súvislosti s poskytovaním ďalších intervencií a jeho reálnymi možnosťami spolupráce. Príkladom môže byť spolupráca s rodičom/ZZ s nízkym intelektom, závislým od alkoholu, prípadne drog, alebo pochádzajúcim z prostredia s nízkym sociokultúrnym štandardom. V takom prípade treba zvoliť vhodný jazyk, ako i formu komunikácie a pri intervenciách zohľadniť aj sociálne poradenstvo a medzirezortnú spoluprácu napr. s Úradom práce, sociálnych vecí a rodiny (ďalej ÚPSVaR).

Okrem zákonného zástupcu je s výsledkami vyšetrenia oboznámené i dieťa. Formuláciu interpretácie obsahu vyšetrenia je nutné prispôbiť veku a vývinovej zrelosti dieťaťa. Konzultácia výsledkov by mala pozostávať z upozornenia na pozitívne kvality dieťaťa, mala by obsahovať aj informácie o edukácii, o možnostiach ďalšej pomoci (ponuka poradenstva, terapie alebo stimulačných programov), ako aj odporúčania a stratégie vedúce k zvládaniu ťažkostí. V neposlednom rade by mala obsahovať i spätú väzbu od klienta (jeho pohľad).

Diagnostika v školskom prostredí

Podnetom na diagnostiku v školskom prostredí pri prejavoch maladaptívneho správania môže byť pozorovanie rodiča/ZZ, učiteľa alebo spolužiakov.

Diagnostika v školskom prostredí je zameraná na prvotnú identifikáciu oblastí, ktoré neumožňujú dieťaťu/žiakovi optimálny priebeh vzdelávania, a môže slúžiť ako podklad ku komplexnej diagnostike v zariadeniach poradenstva a prevencie. Realizuje ju školský podporný tím (ŠPT) alebo školský OZ, ak škola nemá ŠPT, v úzkej spolupráci s PZ a pedagogickými asistentmi.

Cieľom diagnostiky v školskom prostredí je objektivizovanie aktuálneho stavu dieťaťa alebo žiaka a sledovanie jeho dynamiky v oblasti prežívania, správania, komunikácie a učenia sa. Súčasťou je aj monitorovanie možných vývinových rizík vyplývajúcich zo zdravotného stavu, z rodinného prostredia, rovesníckeho prostredia a zo širšieho prostredia a z iných individuálnych charakteristík či životných podmienok dieťaťa/žiaka. Služi ako nevyhnutný predpoklad na prípravu odborných činností v školskom prostredí a následné priebežné vyhodnocovanie ich efektivity.

Diagnostiku v školskom prostredí vykonáva školský psychológ alebo iný člen ŠPT za využitia prevažne klinických metód ako pozorovanie, rozhovor a analýza výtvorov dieťaťa/žiaka. Školský psychológ alebo iný člen ŠPT pôsobí v prirodzenom prostredí dieťaťa a má priamy prístup k celkovému fungovaniu dieťaťa v školskom a do istej miery v rodinnom prostredí. Pri svojej práci môže pozorovanie realizovať priamo v triede a získať pomocou ratingových a sociometrických nástrojov dôležité informácie o skupine detí/žiacov, o postavení dieťaťa/žiaka v skupine a jeho schopnosti kooperovať. Z rozhovoru so žiakom, prípadne s jeho rodičom/ZZ môže zistiť údaje o všeobecnom rozhlade dieťaťa, jeho záujmoch, úrovni reči a slovnej zásobe, o miere zapojenia sa v rodine aj v skupine rovesníkov, adaptačných ťažkostiach a pod.

Intervencie

V odbornej starostlivosti, v psychologickom a špeciálnopedagogickom poradenstve môžeme intervencie chápať ako akcie/kroky vykonané s cieľom dosiahnuť zmenu na úrovni jednotlivca, skupiny alebo prostredia. Ide o vopred plánovaný a systematický zásah, ktorý sleduje riešenie určitého problému.

Vo výchovno-vzdelávacom procese žiakov so špecifickými i s nešpecifickými poruchami správania sa kladie zvýšený dôraz na individuálny prístup s ohľadom na ich špecifické výchovno-vzdelávacie potreby. Základom úspešnej intervencie je nadviazanie pozitívneho emocionálneho vzťahu a porozumenia medzi učiteľom a žiakom.

Špecifické výchovno-vzdelávacie postupy a organizácia práce sa týkajú:

- úpravy prostredia a umiestnenia žiaka v triede;
- organizácie výchovno-vzdelávacej práce;
- organizácie vyučovania a práce žiaka;
- špecifických postupov učiteľa na vyučovaní;
- špecifických výchovných postupov;
- hodnotenia a klasifikácie správania a učebných výsledkov žiaka.

Špeciálnym režimom je možné symptómy hyperkinetickej poruchy a nešpecifických porúch správania výrazne ovplyvniť a zmierniť ich negatívne dopady na neskoršiu kvalitu života žiaka. Všeobecne môžeme povedať, že podmienkou úspešnej pomoci je, ak odporúčané intervencie sú komplexné a informovanosť a edukácia zamerané na všetky zúčastnené strany – žiaka, rodinu, ako aj školské a mimoškolské prostredie.

Efektívne intervencie musia vychádzať z dôkladného poznania príčinných faktorov, ktoré sa podieľajú na vzniku maladaptívneho správania a vedú k vzniku poruchy. Zároveň musia byť správne zacielené – zamerané na konkrétne dieťa a dlhodobé.

Dôležitá je včasná odborná starostlivosť, ktoré predstavujú prevenciu rozvoja závažných foriem maladaptívneho správania (asociálnej a antisociálnej). Dôraz je kladený na intervencie do rodinného prostredia a snahu zaangažovať pri riešení rodičov/ZZ, a aj na usmernenie ich výchovných postupov.

Multidisciplinárny prístup v poskytovaní odbornej starostlivosti

Aby sme dosiahli dobrý výsledok a aby navrhnuté opatrenia, ktoré sú potrebné na prekonanie znevýhodnenia žiaka s hyperkinetickou poruchou a nešpecifickými poruchami správania, boli účinné, je potrebná dlhodobá, komplexná a multidisciplinárna starostlivosť.

Multidisciplinárny prístup je zárukou, že koordinovaná spolupráca medzi odborníkmi pomôže dieťaťu získať maximálny možný úžitok s primeraným množstvom potrebných intervencií.

Vzdelávanie a výchova si vyžadujú koordinovaný tímový prístup. Pri riešení problémov dieťaťa a jeho najbližšieho sociálneho okolia je nevyhnutná spolupráca učiteľov so psychológom, špeciálnym pedagógom, s liečebným pedagógom a ďalšími OZ, ktorí sú buď zamestnancami školy, alebo poradenského zariadenia, a s inštitúciami a odborníkmi z ďalších rezortov, ale najmä s:

- rezortom školstva (školy navzájom – napr. prestupy žiakov, systém poradenstva a prevencie, špeciálne výchovné zariadenia (ďalej ŠVZ)),
- rezortom zdravotníctva (pediatri, pedopsychiatri, neurológovia a iní špecialisti),
- rezortom práce, sociálnych vecí a rodiny (ÚPSVaR, centrá pre deti a rodinu, centrá včasnej intervencie),
- rezortom spravodlivosti (napr. polícia, prokuratúra, Centrum pre medzinárodnoprávnu ochranu detí a mládeže),
- orgánmi miestnej samosprávy (školský úrad),
- organizáciami tretieho sektora (rôzne mimovládne neziskové organizácie zaoberajúce sa činnosťami v oblasti sociálnych služieb – napr. pomoc a podpora náhradných rodín, zdravotníctva – združenia pacientov s rovnakou diagnózou, organizácie zaoberajúce sa ochranou ľudských práv, vzdelávaním, osvetou a podobne).

Multidisciplinárny prístup v školách – školský podporný tím

Na výchove a vzdelávaní žiaka s hyperkinetickou poruchou a nešpecifickými poruchami správania v ZŠ sa podieľajú predovšetkým triedny učiteľ, ako aj ostatní vyučujúci žiaka, školský špeciálny pedagóg (ďalej ŠŠP)/liečebný pedagóg, školský psychológ, školský sociálny pedagóg a výchovný poradca alebo koordinátor prevencie. Pri akýchkoľvek prejavoch narušeného správania môže učiteľ alebo rodič/ZZ žiaka požiadať o pomoc OZ, ŠŠP školy. Rodičia/ZZ spolu s triednym učiteľom prekonzultujú s OZ problémy a prejavy v správaní žiaka, ako i dopad na jeho školský výkon a učebné výsledky či sociálne vzťahy v triede. OZ školy poskytuje poradenstvo rodičom/ZZ (napr. sanácia rodiny) a taktiež usmerňuje PZ školy.

V prípade potreby môže OZ poskytnúť odbornú starostlivosť v podobe individuálnych, prípadne skupinových intervencií (práca s celou triedou) podľa potrieb žiaka alebo navrhuje odbornú starostlivosť iného člena školského podporného tímu. Členovia ŠPT vedú rodičov/ZZ a ostatných PZ školy k využitiu všetkých možností školy a k vzájomnej spolupráci. V prípade, že nežiaduce správanie žiaka naďalej pretrváva a interné opatrenia školy sú nepostačujúce, je potrebné odporúčanie na ďalšie odborné vyšetrenie a starostlivosť v poradenskom zariadení alebo u iných odborníkov. ŠPT prepája OZ z poradenského zariadenia s PZ, vedením školy a inými zložkami na pomoc deťom či rodine. ŠPT poskytuje odborné činnosti poradenstvo, reedukáciu, aktivity na podporu pozitívnej klímy v triednom kolektíve.

Ak napriek ambulantnej starostlivosti a intervenciám závažné problémy v správaní pretrvávajú, je potrebná intenzívnejšia a dlhodobá starostlivosť, ktorú zabezpečujú ŠVZ (liečebno-výchovné sanatórium, diagnostické centrum, reedukačné centrum) formou krátkodobých reedukačných pobytov alebo aj dlhodobého umiestnenia v reedukačnom centre. Špeciálne výchovné zariadenia zabezpečujú výchovno-vzdelávaciu, psychologickú a psychoterapeutickú starostlivosť. V prípade dieťaťa, ktoré vyrastá v nevhodnom rodinnom či sociálnom prostredí, ktoré je priamym faktorom rozvoja jeho nešpecifických porúch správania, je pre efektívnu intervenciu dôležitá aj úzka spolupráca s ÚPSVaR a poskytnutie sociálneho poradenstva.

V prípade kombinácie hyperkinetickej poruchy a sekundárne vyvinutej poruchy správania je možné aj

umiestnenie v liečebno-výchovnom sanatóriu, ktoré poskytuje psychologickú, psychoterapeutickú a výchovno-vzdelávaciu starostlivosť predovšetkým žiakom s vývinovou poruchou učenia a žiakom s hyperkinetickou poruchou, najčastejšie s poruchou aktivity a pozornosti.

Škola sa v prípade pretrvávajúcich problémov v správaní žiaka môže obrátiť na miestny úrad jeho trvalého bydliska v súlade so zákonom č. 305/2005 o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele. Ak po opatreniach miestneho úradu nepríde k náprave správania dieťaťa, môže dať škola, rodič/ZZ žiadosť o spoluprácu na Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny, Oddelenie sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately.

Na úspešnejšie znovuzачlenenie dieťaťa, ktoré absolvovalo pobyt v špeciálnom výchovnom zariadení, je možné zvážiť aj spoluprácu s konkrétnym špeciálnym výchovným zariadením počas pobytu dieťaťa v ŠVZ alebo pred jeho ukončením. Kontakt triedneho učiteľa alebo niektorého člena školského podporného tímu formou osobnej návštevy alebo telefonicky s OZ ŠVZ môže lepšie pripraviť zamestnanca kmeňovej školy na príchod žiaka.

Po príchode dieťaťa je žiaduce, aby malo prideleného jedného zamestnanca kmeňovej školy (triedny učiteľ, člen ŠPT), ktorý nadviaže kontakt s rodičom/so ZZ, prípadne ho požiada o záverečnú správu z pobytu v ŠVZ s cieľom lepšie spoznať situáciu dieťaťa. Ak dieťa lepšie poznáme, môžeme mu lepšie rozumieť a cielenejšie mu pomôcť predchádzať relapsu porúch správania. Veľmi dôležitá je stále spolupráca s rodičmi/ZZ a so sociálnym kurátorom (najmä ak rodina nespolupracuje).

4. Nepriame intervencie

Za nepriame intervencie považujeme tie postupy, ktoré pomáhajú riešiť problémy v správaní bez toho, že sa pracuje priamo so žiakom. Na žiaka tieto postupy pôsobia sprostredkované, sú vykonávané v jeho prospech. Sekundárne môžu pozitívne pôsobiť aj na systém, v ktorom sa žiak nachádza – tak na rodinu (zákonných zástupcov a ďalších členov rodiny), ako aj na školu (triedny kolektív, učiteľa).

4.1. Nepriame intervencie zamerané na rodiča/ZZ dieťaťa

Empatický, citlivý prístup prispieva k podpore kooperácie, angažovanosti a ochote rodiča/ZZ spolupracovať pri nastavovaní intervenčných postupov. Pri poskytovaní informácií o diagnostickom závere je potrebné si uvedomiť, že pre rodiča/ZZ je niekedy ťažké prijať takéto informácie o svojom dieťati. OZ pomáha rodičovi/ZZ a podporuje ho pri zvládaní zistených skutočností. Rodič/ZZ je oboznámený s ďalšími postupmi, ktoré je potrebné realizovať na pomoc dieťaťu v školskom, rodinnom aj širšom sociálnom prostredí.

Poradenstvo poskytované rodičom/ZZ detí s hyperkinetickou poruchou a nešpecifickou poruchou správania predstavuje významný prvok v zabezpečení optimalizácie vývinu a predchádzaniu vzniku delikventného správania. Spočíva v implementácii stratégií a intervencií, ktoré pomáhajú ľahšie a efektívnejšie ovládať jednotlivé symptómy porúch správania. Zahŕňa v sebe edukáciu rodičov/ ZZ a zvyšovanie informovanosti o tejto poruche, aby poznali jej podstatu, symptómy a aj nácvik zmeny správania, stanovenie pravidiel a režimu, ktorý dieťaťu poskytuje štruktúru, stabilitu a predvídateľnosť. Rodičia/ZZ sú tí, ktorí nadobudnuté informácie a poznatky skúšajú, zavádzajú do každodenného života, aby pomohli dieťaťu zažívať úspech pri denných činnostiach. Poradenstvo pozostáva aj z rozpoznávania výchovných štýlov a možností efektívneho prístupu pri prejavoch problémového správania dieťaťa.

V prípade hyperkinetickej poruchy je výchova dieťaťa veľmi náročná. Vyžaduje si od rodiča/ZZ nesmiernu dávku lásky, trpezlivosti, pochopenia, tolerance a disciplíny. Rodič/ZZ musí byť v neustálej

pohotovosti, riešiť konflikty, ktoré sa uskutočnia nielen doma, ale aj v širšom sociálnom prostredí. Práca s deťmi s hyperkinetickou poruchou a ich výchova si vyžadujú spoluprácu školy, rodiny aj multidisciplinárneho tímu odborníkov (psychológ, psychiater, neurológ, učiteľ, špeciálny pedagóg, sociálny pedagóg atď.) participujúcich na výchove a vzdelávaní. Pri splnení týchto podmienok sa často podarí ťažkosti v správaní postupne odstrániť alebo aspoň zmierniť natoľko, že už nebránia v normálnom vzdelávacom i osobnostnom raste dieťaťa. Cieľom poradenstva pri týchto deťoch je predchádzať rozvoju porúch správania asociálneho až antisociálneho charakteru.

U detí s hyperkinetickou poruchou sa zvyšuje pravdepodobnosť výskytu porúch správania, a to práve vtedy, keď sú prítomné nepriaznivé sociálno-psychologické okolnosti, ako je napr. dysfunkčnosť rodinného prostredia.

Poradenstvo je rovnako potrebné zamerať aj na deti s nešpecifickými poruchami správania, u ktorých prevažujú vonkajšie príčiny vzniku a súvisia s výchovnými štýlmi alebo s problémovou rodinnou situáciou. Základ vzniku nešpecifických porúch správania je vo väčšine prípadov zapríčinený rodičovským správaním a je často dôsledkom nevhodného spôsobu výchovy. Spôsobom výchovy rozumieme konkrétne výchovné postoje, ktoré prevažujú v prístupe rodičov/ZZ k dieťaťu. Extrémne výchovné metódy (napríklad opakované telesné tresty, odmietanie alebo citový chlad) môžu narušiť duševné, ale aj telesné zdravie jedinca a následne vykazovať vyššiu tendenciu k problémovému správaniu.

Pri tomto type poradenstva môže byť nápomocná teória vzťahovej väzby. Typ pôvodnej vzťahovej väzby rodiča/ZZ vplyva na výchovu dieťaťa. Prínosná v poradenstve s rodičom/ZZ môže byť práca s jeho zdrojmi, rozvíjanie rodičovských zručností tam, kde je to možné, a budovanie bezpečného vzťahu s OZ. Dôležité je aj vyhýbanie sa obviňovaniu rodiča/ZZ. V mnohých prípadoch pomáha odporučiť rodičovi/ZZ vlastnú psychoterapiu.

Za rizikové výchovné vplyvy sa považuje aj perfekcionizmus zo strany rodičov/ZZ, ľahostajnosť, jednostrannosť, neprímeranosť výchovných nástrojov a postupov vzhľadom na vek a schopnosti dieťaťa, jeho preťažovanie, zanedbávanie atď. (Verešová et al., 2019). Získanie náhľadu na rodičovské správanie a dosiahnutie zmien adekvátnych potrebám dieťaťa prispieva k zníženiu, resp. eliminácii nevhodného správania.

Medzi základné podmienky kladnej výchovy patria najmä: láska rodičov/ZZ k dieťaťu, kladné citové vzťahy, rodičovská autorita, harmonické vzťahy medzi členmi rodiny, realistické výchovné postoje rodičov/ZZ voči deťom a správne rodičovské roly vo výchovnom pôsobení. Rovnako aj pozitívny príklad rodičov/ZZ, ale aj súrodencov, poriadok rodinného života a primerané požiadavky na konanie a správanie dieťaťa (Verešová et al., 2019).

Pozitívne vzťahy s rodičmi/ZZ sa môžu rozvíjať najmä spoločne stráveným príjemným časom (výlety, hry, rozhovory), pozitívnym ocenením detí a rešpektovaním osobnosti dieťaťa ako rovnocenného partnera. Pozitívne vzťahy medzi deťmi a rodičmi/ZZ podporujú u detí pocit istoty a zdravé sebavedomie, ktoré pôsobia preventívne voči poruchám správania.

Dysfunkčné rodiny sa pri deťoch s poruchami správania považujú za rizikový faktor vzhľadom na dosahovanie relevantných zmien. Ide najmä o rodiny s výrazne narušenými vzťahmi, s častými hádkami, hostilitou a agresiou, v ktorých sa vyskytuje zanedbávanie základných potrieb dieťaťa, užívanie drog u rodinných príslušníkov atď. Poradenstvo je tu veľmi náročné, spolupráca často nedostatočná. V uvedených prípadoch je nevyhnutné spolupracovať so samosprávou, s ÚPSVaR, resp. ak situáciu nie je schopný rodič/ZZ zvládnuť ambulantnou starostlivosťou, je potrebné odporučiť pre dieťa pobyt v liečebno-výchovnom sanatóriu, pobyt v Centre pre deti a rodiny a pri závažnejších poruchách správania aj diagnostické alebo reedukačné centrum.

4.2. Skupinové aktivity s rodičom/so zákonným zástupcom

Skupinová forma práce s rodičom/so ZZ zahŕňa edukačné, preventívne, nácvikové aktivity, ktoré môžu mať formu prednášok, diskusie alebo svojpomocnej skupiny. Prispievajú k získavaniu informácií o problematike, symptomatológii, možnostiach efektívnych výchovných postupov a zároveň vytvárajú priestor na emocionálne vyjadrenie a zdieľanie ťažkostí s inými účastníkmi skupiny s podobnými problémami.

Rodiny detí s hyperkinetickou poruchou sa často postupne dostávajú do sociálnej izolácie, pretože dieťa veľakrát niečo zničí, rozbije, prípadne je impulzívne a ubližuje iným deťom. Vzťahy s rodinnými známymi, priateľmi a mnohokrát aj so širšou rodinou sa zhoršujú. Rodičia/ZZ sa stretávajú s kritikou svojej výchovy, pretože okolie pripisuje správanie ich dieťaťa nedostatkom v ich rodičovských zručnostiach. Pre rodičov/ZZ detí s hyperkinetickou poruchou je preto spoločné zdieľanie ťažkostí veľmi pomáhajúce a často na skupinových stretnutiach nadviažu rodinné priateľstvá, ktoré im umožnia dostať sa z izolácie.

Dôležité sú aj tréningy rodičovských zručností zamerané na nácvik zmien vo výchovnom pôsobení, identifikovanie problémových situácií, podporu interakcie medzi rodičom/ZZ a dieťaťom, zvládanie behaviorálneho bodového systému, ale aj vlastného emocionálneho prežívania, stresu súvisiaceho s náročnou výchovou dieťaťa a porozumenie jeho potrebám (napr. filiálna terapia v predškolskom a mladšom školskom veku).

Výhodou je, ak poradenské zariadenie disponuje OZ, ktorí majú adekvátne vzdelanie zamerané na rodinnú terapiu, resp. tréningové formy skupinovej práce. Cielenými intervenciami môžu prispieť k optimalizácii narušeného rodinného systému, posilneniu rodičovských kompetencií a eliminácii nevhodných výchovných vplyvov.

4.3. Starostlivosť o žiaka prostredníctvom vzájomnej spolupráce ZŠ a rodiča/ZZ

Prvou osobou, ktorá najčastejšie poukáže na prejavy maladaptívneho správania u dieťaťa, je pedagóg. Učiteľ si všimne, že správanie žiaka nezodpovedá normám bežnej populácie. Zároveň využíva svoje pedagogické schopnosti na odstránenie ťažkostí dieťaťa. Učiteľ má možnosť v školskom prostredí pedagogickou diagnostikou poskytnúť informácie, ktoré súvisia s problémovým fungovaním jedinca v edukačnom a vo výchovnom procese. Nadviazanie spolupráce triedneho učiteľa s rodičom/ so ZZ a jeho citlivý, empatický, akceptujúci prístup pri informovaní o zistených problémoch dieťaťa prispieva k včasnej pomoci. Zároveň pomáha predchádzať vývinu výraznejších osobnostných problémov. Napomáha dieťaťu aj v tom, aby sa nestalo terčom výsmechu v triednom kolektíve, a zabraňuje demotivácii pri školských výkonoch, aby dieťa nehľadalo únikové nevhodné kompenzačné aktivity (odmietanie plnenia úloh, vzdor, agresívne prejavy atď.). Táto kooperácia prispieva aj k rýchlemu poskytnutiu ďalšej odbornej činnosti.

Spolupráca PZ, rodičov/ZZ, ŠPT, OZ poradenských zariadení podporuje optimálne začlenenie dieťaťa do školského procesu a zabraňuje rozvoju závažnejších porúch správania.

4.4. Nepriame intervencie prostredníctvom školy

Nepriame intervencie, keď sa pracuje v prospech dieťaťa/žiaka, sú potrebné aj v školskom prostredí. Poradenské zariadenia:

- poskytujú metodickú pomoc, vedenie a usmernenie PZ a OZ škôl,

- navrhujú postupy a metódy práce na vyučovaní, úpravu formy a rozsah vzdelávania a pod.,
- odporúčajú spôsob komunikácie, nastavenie pravidiel a hraníc pre žiaka s dôsledkami pri ich nedodržaní,
- odporúčajú, ako žiaka hodnotiť a klasifikovať,
- pomáhajú pri modifikácii prístupov, metód a foriem práce ako pomoc deťom/žiakom pri riešení ich problémov v správaní,
- informujú a vzdelávajú PZ v oblasti porúch správania (objasňujú príčiny, dôsledky a typické prejavy porúch správania u detí/žiakov),
- poskytujú individuálne konzultácie pre PZ a OZ školy týkajúce sa konkrétnych detí/žiakov a prejavov porúch správania v edukačnom procese,
- poskytujú konzultácie k správe z diagnostického vyšetrenia pre deti/žiakov, ktorí boli vyšetrení v poradenskom zariadení,
- poskytujú konzultácie k tvorbe a realizácii IVP u detí/žiakov s poruchami správania.

Dieťa/žiak sa v škole vzdeláva podľa školského vzdelávacieho programu. Ak ten nezodpovedá potrebám alebo schopnostiam dieťaťa/žiaka, tak sa vzdeláva podľa IVP. IVP je v súlade s odporúčaniami zariadenia poradenstva a prevencie (§ 7a zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon)).

PZ poverený riaditeľom školy vypracuje IVP v spolupráci so ŠŠP, pedagogickým asistentom a OZ školy a po konzultácii so ZZ.

Cieľom tejto nepriamej intervencie je uľahčiť edukáciu žiakovi, zabezpečiť podporu vo výchove a vzdelávaní rodičom/ZZ, ale aj ostatným PZ, ktorí sa na starostlivosti o dieťa podieľajú.

Individuálne konzultácie sa realizujú aj po skupinovej depistáži zameranej na prevenciu porúch správania/šikanovania a iných sociálno-patologických javov u detí/žiakov v škole.

Spolupráca školy a poradenského zariadenia pri riešení porúch správania sa realizuje aj formou informácií o fungovaní dieťaťa v škole poskytnutím pedagogického hodnotenia, ktoré obsahuje výsledky pozorovania typických prejavov správania sa dieťaťa/žiaka v škole, jeho reakcií na usmernenie, zákazy, príkazy (napr. verbálna a fyzická agresia, ignorovanie príkazov, pokračovanie v činnosti bez prerušenia a pod.), vzťahu k spolužiakom a sociálneho postavenia v triednom kolektíve. Ide aj o pozorovanie prístupu k plneniu si školských povinností, spolupráce s rodičmi/ZZ, ako aj o informácie o jeho aktuálnom prospechu a názor PZ na ďalšiu edukáciu dieťaťa/žiaka (návrhy na redukciiu rozsahu vzdelávania, vzdelávanie za prítomnosti pedagogického asistenta, vzdelávanie v ŠVZ).

OZ poradenského zariadenia môžu podporiť riešenie problému dieťaťa/žiaka s hyperkinetickou poruchou a nešpecifickými poruchami správania aj prostredníctvom spolupráce školy a rodiny formou pravidelných stretnutí na pôde školy alebo v poradenskom zariadení. Plánované stretnutia môžu byť aj súčasťou prehodnocovania nastavenia IVP. Výsledkom stretnutí je navrhnutie konkrétnych opatrení s cieľom pomôcť dieťaťu/žiakovi a PZ v edukačnom procese a pravidelný monitoring v zmysle účinnosti/neúčinnosti prijatých opatrení. Zo stretnutí je vhodné urobiť krátku zápisnicu, ktorá obsahuje, na čom sa prítomní dohodli, aké konkrétne opatrenia smerom ku škole alebo smerom k domácej príprave a fungovaniu v rodine boli navrhnuté. Zápisnicu prítomní podpíšu a dostanú k dispozícii kópiu, originál je založený do osobného spisu dieťaťa/žiaka alebo IVP. Výstupom zo stretnutia môže byť podpora priamej intervencie pre dieťa/žiaka vo forme spolupráce so ŠŠP, školským psychológom alebo sociálnym pedagógom.

4.5. Nepriame intervencie prostredníctvom triedy

Žiak s hyperkinetickou poruchou a nešpecifickými poruchami správania je súčasťou triedneho kolektívu, v ktorom môžeme najčastejšie sledovať prejavy jeho maladaptívneho správania. Intervencie podporujúce optimálne fungovanie jedinca v týchto podmienkach ovplyvňujú celkovú spokojnosť PZ, rodičov/ZZ, spolužiakov a aj samotného žiaka. Odborná spôsobilosť PZ na rozpoznávanie prvotných prejavov maladaptívneho správania u dieťaťa a poznanie metód a postupov jeho zvládania výraznou mierou prispievajú k začleneniu do kolektívu. Úlohou PZ v spolupráci s vedením školy je vytvorenie bezpečného prostredia, klímy v triede, aby všetci žiaci boli zapojení do rozvoja sociálnych zručností. Trieda môže mať miesto, kde nielen deti s maladaptívnym správaním, ale aj všetky ostatné budú mať možnosť zvládať svoje neadekvátne emocionálne prejavy (relaxačný priestor). PZ sa delia v rámci vyučovacieho procesu o informácie súvisiace s prosociálnym správaním, empatiou, so zvládaním konfliktných situácií. Monitorujú správanie a skupinovú atmosféru v triednom kolektíve, aby včas zasiahli pri zmenách vo vzťahoch a podporovali konštruktívne riešenie konfliktných situácií.

Za podporné metódy prispievajúce k pozitívnej atmosfére považujeme jasnú štruktúru dňa, včasné informovanie o možných zmenách najmä v mladšom školskom veku, vytvorenie triednych rituálov a signálov medzi dieťaťom s hyperkinetickou poruchou a nešpecifickými poruchami správania a PZ. Dieťa tak nadobúda pocit istoty, že je pri ňom niekto, kto mu pomôže jeho problémy zvládať (napr. učiteľ sa dohodne s dieťaťom, že mu pozornosť venuje položením ruky na plece atď.). Pokiaľ symptómy poruchy dieťaťa vyžadujú pomoc asistenta učiteľa, je dôležitá vzájomná spolupráca medzi ním a PZ, aby v situáciách, keď žiak potrebuje individuálny prístup, mohol s dieťaťom pokračovať vo vyučovacom procese a poskytnúť mu potrebnú intervenciu.

Ak dieťa absolvovalo napr. pobyt v ŠVZ, pred jeho návratom do bežnej triedy kmeňovej školy je vhodné realizovať s triednym kolektívom nepriamu intervenciu formou primárnych preventívnych programov. Minimum sú 3 stretnutia v rozsahu 2 vyučovacích hodín realizovaných OZ školy alebo poradenského zariadenia. Zamerané sú na rozvoj sociálnych zručností, vzťahov, podporenie pozitívnej sociálnej klímy, ako aj na rozvoj efektívnych spôsobov komunikácie, prevenciu vzniku šikany a pod. Cieľom je pripraviť kolektív na príchod dieťaťa/žiaka s poruchami správania. Dôležitá a žiaduca je v tejto oblasti spolupráca triedneho učiteľa a jeho priama účasť pri realizácii programu OZ. Predchádzame výraznejším ťažkostiam v edukácii a sekundárne aj prípadnému vzniku sociálno-patologických javov v triede.

Pri týchto aktivitách je veľmi dôležité venovať pozornosť najmä vytváraniu pozitívnej triednej atmosféry, aby žiaci vracajúci sa do bežného kolektívu nemali pripísanú negatívnu nálepku. Cieľom by malo byť úspešnejšie znovuzачlenenie dieťaťa, ktoré absolvovalo pobyt v špeciálnom výchovnom zariadení.

Užitočnou môže byť aj práca s triedou vo forme preventívnych aktivít zameraných na zlepšovanie sociálnej klímy, sociálnych zručností, ale aj prevenciu šikanovania v triede, v ktorej je žiak s hyperkinetickou poruchou alebo nešpecifickou poruchou správania aktuálne vzdelávaný. Najmä žiaci s hyperkinetickou poruchou sa môžu stať obeťami, ale aj agresormi šikanovania.

Jednou z dôležitých podmienok, ktoré škola musí zabezpečiť, je aj fyzická bezpečnosť problémového žiaka, jeho spolužiakov, ale aj PZ. Je vhodné mať vypracovaný bezpečnostný plán školy zameraný na riešenie obzvlášť ohrozujúcich a emocionálne vypätých konfliktných situácií, pokiaľ v triede sú začlenení žiaci, ktorých správanie vykazuje prvky agresie, násilia atď.

4.6. Bezpečnostný plán v konfliktných a ohrozujúcich situáciách v školskom prostredí

Pri deťoch s hyperkinetickou poruchou a nešpecifickou poruchou správania sa môžeme stretávať s prejavmi impulzívnych reakcií sprevádzaných afektívnymi výbuchmi hnevu alebo agresívnym správaním voči sebe, spolužiakom, ale aj PZ. Agresívne prejavy môžu mať aj formu ničenia majetku. V opísaných situáciách je vhodné, aby škola disponovala bezpečnostným plánom. Plán špecifikuje spoluprácu a rozdeľuje kompetencie PZ, ŠPT, ale aj samotných žiakov pri zvládnutí ohrozujúcej situácie. Zahŕňa kompetencie poverených žiakov, napr. rozdelenie zodpovednosti pri udržaní disciplíny v triede, pokiaľ PZ musí upokojovať žiaka s agresívnymi atakmi, privolanie ďalšieho PZ atď. Pri takýchto situáciách je nevyhnutné poznať postup zvládania dieťaťa v kríze, ktorý zahŕňa zabezpečenie jeho biologických potrieb, pokojného a bezpečného prostredia. Potrebné je, aby žiaci boli oboznámení s uvedeným plánom, čo prispieva k zvyšovaniu pocitu bezpečia žiakov v školskom prostredí. Primárnou úlohou povereného pracovníka je pomôcť dieťaťu, adolescentovi upokojiť sa a zároveň zaručiť bezpečie ostatných žiakov. Dôležitá v tomto pláne je aj spolupráca s lekármi, resp. rýchlou zdravotnou pomocou, ktorá môže byť privolaná v prípade silného emocionálneho ataku spojeného s ohrozením žiaka alebo okolia. Bezodkladne po opísaných postupoch je potrebné informovať rodiča/ZZ.

5. Priame intervencie

Za priame intervencie považujeme postupy, v ktorých sa na školách alebo v poradenských zariadeniach pracuje priamo so žiakom. Ide o priamy kontakt a odborné pôsobenie/zásahy s cieľom vyvolať potrebné zmeny. Môžu byť realizované individuálnou alebo skupinovú formou. Je dobré si uvedomiť, že intervenčné pôsobenie je často prítomné už v diagnostickej fáze poradenskej práce.

5.1. Prevencia porúch správania v spolupráci s poradenským zariadením

Prevencia problémového správania predstavuje systém stratégií a intervencií, ktoré majú predchádzať výskytu, prehĺbovaniu, šíreniu a recidíve porúch správania a zároveň zmierniť ich existujúce formy a prejavy a pomáhať riešiť ich dôsledky.

Realizuje sa v školskom prostredí alebo v priestoroch poradenských zariadení. Na základe cieľov je zameraná na začlenenie dieťaťa do skupiny, podporu pozitívnej klímy v triednom kolektíve, zvládanie konfliktných situácií aj posilňovanie pozitívnych modelov správania. Prevencia zameraná na rizikové správanie predchádza zneužívaniu návykových látok, šikanovaniu a pod. Každá škola má vytvorený svoj plán prevencie orientovaný na predchádzanie vzniku sociálno-patologických javov.

Univerzálna prevencia predstavuje podporné opatrenia v triednom kolektíve vytvárané PZ pracovníkmi školy, resp. ŠPT v spolupráci s OZ poradenských zariadení. Zameriavajú sa na nastavenie jasných pravidiel v triednom kolektíve, motivačné odmeňovacie systémy, sledovanie skupinovej atmosféry, rozpoznávanie triednych rolí, rozvoj skupinovej dynamiky a celkové zisťovanie klímy triedy. Využívajú sa štandardizované, ale aj neštandardizované dotazníky, ankety (napr. sociometrické ratingové metódy – SORAD, Škála rizikového správania žiaka, „Hádaj kto“, postojové škály atď.). Posilňujú sa stratégie rozvoja sociálnych zručností detí na riešenia konfliktných situácií. Dôležité je aj zameranie na kooperáciu a podporu prosociálneho správania. Triednické hodiny môžu napomáhať k vytváraniu pozitívnej skupinovej atmosféry. Súčasťou prevencie je monitorovanie detí s nevhodným, nedisciplinovaným správaním, hyperkinetickou poruchou a detí z dysfunkčného

rodinného prostredia. Uvedené prispieva k skorému zachyteniu rozvíjajúcej sa poruchy správania.

Včasné zaradenie dieťaťa s diagnostikovanými poruchami správania (špecifickými i nešpecifickými) do preventívnych programov prispieva k znižovaniu rizika vývinu závažných foriem delikventného správania.

Prevenia v školskom prostredí pre žiakov v kategórii ŠVVP v ZŠ môže byť realizovaná aj formou špecifických vyučovacích predmetov „Prevenia sociálno-patologických javov“ a „Terapeuticko-korekčné cvičenia pre žiakov s poruchami správania“. Predstavujú súčasť špeciálnopedagogickej podpory v rámci vzdelávacej oblasti. V školskom prostredí sú realizované školským psychológom, špeciálnym, sociálnym pedagógom v spolupráci s OZ poradenských centier.

Skupinové preventívne aktivity a programy selektívnej prevencie rizikového správania sú zamerané na deti a adolescentov, u ktorých je nebezpečenstvo rozvoja porúch správania. Využívané metódy a techniky prispievajú k nácviku sociálno-psychologických zručností, k efektívnemu zvládaniu konfliktných situácií, hostility, agresie a k predchádzaniu záškoláctvu. Pozostávajú z komplexného formovania osobnosti žiaka na základe rozvoja jeho sociálnych a komunikačných kompetencií. Ciele programov zamedzujú rozvoju asociálneho až antisociálneho správania. Používané metódy sú zamerané na sebazpoznanie, sebauvedomenie, emocionálne prežívanie, copingové stratégie na zvládania stresu, upevňovanie sociálnych zručností a podporu vlastnej reziliencie. Na dosiahnutie cieľov programu sa využívajú techniky sociálneho učenia, arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie a relaxačné techniky (progresívna relaxácia, autogénny tréning atď.). Realizované sú OZ poradenských zariadení. Využívajú sa programy, ktoré sú overené, akreditované (Srdce na dlani, Cesta atď.), ale aj cielene vytvorené na základe vedeckých poznatkov a skúseností pre potreby členov skupiny. Tieto programy sa môžu využívať aj ako univerzálna prevencia porúch správania so zaradením detí celej populácie.

Súčasťou indikovanej prevencie je nastavenie reedukácie, korekcie, terapie pri nevhodných spôsoboch správania a pomoc pri začlenení dieťaťa/adolescenta do bežného sociálneho prostredia. Úlohou prevencie je predchádzanie recidíve problémového správania v tomto prostredí. Prevenciu, resp. intervenciu pri zlyhaní ambulantnej starostlivosti zabezpečujú ŠVZ.

5.2. Poradenstvo pre deti s hyperkinetickou poruchou a nešpecifickými poruchami správania

Do poradenských centier prichádzajú deti s hyperkinetickou poruchou a nešpecifickými poruchami správania na základe žiadosti zákonného zástupcu, zástupcu zariadenia alebo poručníka, ak ide o neplnoleté dieťa, žiadosti orgánu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, žiadosti riaditeľa školy, ktorú dieťa navštevuje, alebo ním povereného PZ alebo OZ alebo na základe vlastného podnetu dieťaťa (§ 2 vyhlášky 24/2022 Z.z. o zariadeniach poradenstva a prevencie). Centrá poradenstva a prevencie poskytujú najmä psychologické, špeciálnopedagogické a sociálne poradenstvo pre deti a ich zákonných zástupcov. Poradenstvo môže byť poskytované OZ aj v rámci ŠPT na základe odporúčaní OZ poradenských zariadení.

Cieľom poradenstva je poskytnúť klientovi v bezpečnom prostredí priestor na sebareflexiu a výmenu informácií, rád a postupov, ktoré mu môžu pomôcť v snahe vyrovnať sa s ťažkosťami, s ktorými za OZ prichádza. Formu poradenstva volí OZ poradenského centra na základe charakteru ťažkostí klienta a vzhľadom na klinický obraz poruchy. Pri niektorých poruchách súvisiacich s problémami so socializáciou jedinca je prvotne vhodnejšie individuálne poradenstvo (pre dieťa je jednoduchšie sústrediť sa pri práci vo dvojici).

Vhodné je spoločne s dieťaťom a jeho rodičmi/ZZ hľadať podporné zdroje v zmysle sociálnej opory v jeho prirodzenom prostredí. Napríklad v primárnej a širšej rodine, medzi rovesníkmi, v škole (pedagógovia aj spolužiaci), v širšej komunite – na úrovni obce (napr. aj cez možnosti pre deti – ihriská, podujatia, súťaže, rozvoj záujmovej činnosti) alebo v susedských vzťahoch. Dobré je, ak má dieťa pozitívny vzťah v zmysle sociálnej opory s dospelým mimo rodiny (napr. tréner, učiteľ, kňaz). Rozvíjanie záujmovej činnosti je veľmi dôležitým preventívnym prvkom, v ktorom je potrebné rodinu podporovať.

Skupinová forma poradenstva sa osvedčuje najmä pri starších deťoch a pri špecifických problémoch, ktoré sekundárne vyplývajú z diagnózy hyperkinetickej poruchy alebo nešpecifickej poruchy správania. Výhodou skupinového poradenstva je zdieľanie skúseností a skupinová dynamika, ktorá sama osebe pôsobí korektívne. Nevýhodou sú zvýšené nároky na realizáciu poradenskej skupiny na OZ.

5.3. Psychologické poradenstvo

Najčastejšími dôvodmi príchodu do centra poradenstva a prevencie zo strany klientov s hyperkinetickou poruchou alebo nešpecifickými poruchami správania bývajú: osobnostný rast a rozvoj potenciálu dieťaťa, pomoc pri redukcii nevhodných foriem správania, zvládanie impulzivity a prejavov hyperaktivity, poradenstvo pri problémoch v učení a riešenie osobných problémov klienta (ťažkosti v emocionálnej a sociálnej oblasti). Základom poradenstva je vytvorenie vzťahu poradca – klient. Na základe kvality tohto vzťahu sa odvíja úspešnosť poradenského procesu a dosiahnutie cieľov, ktoré si klient spoločne s poradcom stanovili.

Pri poradenstve pre deti s poruchou hyperaktivity a poruchami správania OZ zohľadňuje symptómy a problémy vyplývajúce z diagnózy. Frekvencia stretnutí sa odvíja od závažnosti problému, s ktorým klient prichádza, bežný rámec je jedno stretnutie týždenne. V poradenstve môže psychológ zvoliť postupy a metódy, ktoré vyplývajú z rôznych psychologických prístupov. Najčastejšie realizované v poradenstve pre deti s nešpecifickými poruchami správania je poradenstvo vychádzajúce z kognitívno-behaviorálneho prístupu. V súčasnosti je považované za jednu z najefektívnejších metód na redukcii symptomatológie hyperkinetickej poruchy a nešpecifických porúch správania. Poradenstvo vychádzajúce z kognitívno-behaviorálneho prístupu môže využívať aj rôzne techniky používané v terapii.

Užitočné môže byť využitie individuálnej psychológie (A. Adler) a jej koncept chybných cieľov správania a logických dôsledkov. Využíva sa aj na človeka zamerané poradenstvo (C. Rogers) s dôrazom na prácu s emóciami a s hranicami, s cieľom zlepšenia sebaregulácie a hľadania sociálne únosných spôsobov vyjadrenia emócií.

Pri poradenskej práci s mladšími deťmi sú využívané hlavne projektívne metódy práce, ale aj prvky hrovej terapie, muzikoterapie, arteterapie a motivačné rozhovory.

5.4. Špeciálnopedagogické poradenstvo

V prípade kombinácie poruchy správania s vývinovými poruchami učenia, poruchami pozornosti alebo iným zdravotným znevýhodnením prebieha špeciálnopedagogické poradenstvo v kombinácii s reedukáciou a zameriava sa na oblasti sekundárneho zdravotného znevýhodnenia. Napr. pri vývinových poruchách učenia ide o rozvíjanie špecifických funkcií a individuálnu logopedickú intervenciu, ktorými pomáhame žiakovi kompenzovať jeho problémy v čítaní, písaní alebo počítaní. Cieľom špeciálnopedagogickej reedukácie je podporiť rozvoj špecifických funkcií žiakov, sociálnu a edukačnú adaptáciu a integráciu žiakov s poruchami správania do edukačného procesu bežnej ZŠ.

Ďalej zároveň odstrániť alebo aspoň zmierniť narušenie individuálnych schopností a eliminovať edukačné nedostatky, ktoré z toho vyplývajú. Poradenské a reedukačné postupy sú realizované aj špeciálnym pedagógom v poradenskom zariadení. Špeciálny pedagóg prispieva aj ponukou štýlov učenia na efektívnu prípravu na vyučovanie.

5.5. Sociálnopedagogické poradenstvo

Sociálnopedagogické poradenstvo predstavuje súčasť priamej intervencie poskytovanej deťom s hyperkinetickou poruchou/nešpecifickými poruchami správania. Súvisí s nadviazaním spolupráce klienta s OZ. Disponuje viacerými metódami a postupmi, ktoré pomáhajú pri riešení problémového správania dieťaťa. Poradenstvo je zdrojom informácií o probléme, spôsoboch správania s ním súvisiacich. Klarifikácia je metóda zameraná na rozumovú analýzu problému, v rámci ktorého OZ objasňuje klientovi rôzne aspekty jeho spôsobov riešenia náročných situácií a tým podporuje náhľad a sebareflexiu pri neadekvátnych prejavoch správania. Poradenstvo poskytuje ventiláciu problémov, ťažkostí, prispieva k porozumeniu a povzbudzovaniu pri vlastnej neistote, frustrácii, nízkom sebahodnotení vznikajúcom v dôsledku nezvládania svojich emócií a reakcií okolia. OZ klientovi poskytuje pocit bezpečia, kde môže hovoriť otvorene o svojich ťažkostiach a bude mu poskytnuté empatické akceptujúce prostredie.

Reedukácia, korekcia, nácvik sociálnych zručností pre deti s hyperkinetickou poruchou a nešpecifickými poruchami správania.

Dôkladná diagnostika hyperkinetickej poruchy a nešpecifických porúch správania prispieva k vytvoreniu intervenčného plánu, stanoveniu cieľov na zabezpečenie reedukácie, korekcie, terapie poruchy a tým prispieva k lepšiemu fungovaniu dieťaťa v rodinnom, školskom aj v širšom sociálnom prostredí. Významný je multidisciplinárny prístup vychádzajúci z potrieb dieťaťa. Úspešnosť navrhovaných intervencií si vyžaduje komplexný plán, stratégie reedukačného procesu s pravidelnou kontrolou pokroku dieťaťa. Postupy sú upravené na základe spätných väzieb od rodičov/ZZ a PZ.

Odborné činnosti pre deti s problémovým správaním pomáhajú predchádzať rozvoju/prehĺbeniu závažných porúch správania, resp. disharmonickému vývinu osobnosti a napomáhajú začleneniu dieťaťa do prirodzeného prostredia. Cieľom je využívať potenciál detí, aby čo najlepšie zvládali vzdelávacie a výchovné požiadavky, a podporovať ich osobnostný rozvoj.

V prípade hyperkinetickej poruchy je potrebné vychádzať z jej symptomatológie, ktorá podľa viacerých odborníkov zasahuje najmä do piatich oblastí fungovania jedinca. Sú to kognitívne funkcie, motoricko-percepčná oblasť, afektívna labilita, impulzivita, sociálna maladaptácia. Samozrejme, nie každé dieťa vykazuje všetky symptómy. Hlavným cieľom je zmena kvality týchto ťažkostí, ktoré vplývajú na dysfunkčnosť jedinca v sociálnych vzťahoch. Ako metódy sú využívané tréning kognitívnych schopností a sociálnych zručností.

Na základe diagnostických výsledkov sú reedukácia a korekcia zamerané na korigovanie oslabených kognitívnych funkcií a tiež motoricko-percepčných schopností jedinca, rovnako aj na posilnenie oslabených čiastkových funkcií mozgu, najmä pracovnej pamäti, sluchového, zrakového vnímania, priestorovej orientácie a pozornosti dieťaťa. Stimulačné programy napomáhajú k zvládaniu a ku korekcii uvedených ťažkostí dieťaťa (napr. HYPO – špecifický program pre deti s poruchami aktivity a pozornosti, programy zamerané na zrakové, sluchové rozlišovanie atď.).

Ďalšie oblasti, ktoré je potrebné rehabilitovať, sú impulzivita a oslabené exekutívne funkcie mozgu, ktoré riadia správanie jedinca. Práve tieto funkcie zodpovedajú za slabé pracovné tempo, neadekvátne vnímanie času, neschopnosť plnenia plánov a stanovovania priorít. Tým sa bežné veci, ako sú pobalenie pomôcok do školskej tašky, sebaobslužné činnosti, večerné zaspávanie, upratovanie

svojich vecí, ale aj počúvanie a plnenie úloh stávajú ťažko splniteľné. Reeducácia spočíva vo vytváraní stratégií podporujúcich deti k samostatnosti. Využívajú sa spôsoby vytvárania pravidelných pracovných postupov – rituálov napomáhajúcich k organizovaniu času, pracovných plánov, časových harmonogramov na splnenie úloh, vytváranie vizuálne čistého prostredia, ktoré pomáha dieťaťu organizovať si pracovné prostredie (napr. matematické pomôcky sú v žltom obale, slovenský jazyk v zelenom obale atď., veci sú rozdelené v pracovných boxoch...). Nápomocné sú pre dieťa kontrolné zoznamy, rozvrhy hodín v rámci dňa. Jedným zo spôsobov reeducácie hyperaktívneho správania je systematické posilňovanie žiaduceho správania v bežných podmienkach formou bodového systému. Dieťa je vedené k podpore autoregulácie vlastného správania. V rámci individuálnej, ale aj skupinovej práce s dieťaťom je potrebné zamerať sa na rôzne postupy podporujúce sebaštruktúru, sebasledovanie, sebahodnotenie, stratégie zamerané na problém, hranie rolí. Pomocou sociálneho učenia, nácviku sociálnych zručností sa podporuje pozitívny sebaobraz a adaptívnejšie vzorce správania. Pri deťoch s hyperkinetickou poruchou často sledujeme emocionálnu labilitu a zníženú frustračnú toleranciu, pretože pri oslabených vôľových schopnostiach často tieto deti zažívajú neúspech v školskom prostredí, čo sa odráža aj na ich sebavnímaní, sebahodnotení, sebaaprijímaní a vytváraní celkového negatívneho sebaobrazu. Impulzívne a agresívne prejavy v správaní spôsobujú, že dieťa sa častejšie dostáva do konfliktných situácií v sociálnom kontakte. Nácvik sociálnych zručností – konštruktívne riešenie konfliktných situácií, efektívna interpersonálna komunikácia – prispievajú k zvládaniu týchto situácií a podpore pozitívneho sebavedomia a sebavnímania. Copingové stratégie zvládania stresových situácií prispievajú k zvyšovaniu frustračnej tolerancie, psychickej odolnosti dieťaťa.

Psychické napätie týchto detí/žiakov je veľmi vysoké, preto je potrebné rozvíjať aj zručnosti súvisiace s uvoľňovaním nahromadeného napätia a podporovať u nich záujmové aktivity smerujúce k pravidelným fyzickým aktivitám. Nácvik špecifických relaxačných cvičení (autogénny tréning pre deti, progresívna relaxácia atď.) má svoj význam a prispieva k lepšiemu zvládaniu nahromadeného stresu a aj emocionálne vyhrtených situácií. Vyššie uvedené aktivity prispievajú k odbúraniu nahromadeného napätia a vedú k podpore sebaovládania, sebakontroly. Zároveň učia deti/žiakov, ako sa rýchlo uvoľniť i v každodenných životných situáciách a opäť sa aktivizovať.

V prípade nešpecifických porúch správania dominuje u detí a adolescentov sociálna neprispôsobivosť, ktorá prispieva výraznou mierou k zlyhaniu jedinca v užšom, ale aj širšom sociálnom prostredí. Tieto deti a dospelávajúci majú problémy v sociálnych vzťahoch, konflikty s rovesníkmi, absentujú u nich pozitívne kamarátske vzťahy, čo negatívne vplýva na začlenenie v triednych kolektívoch. Dôsledkom tohto stavu sú časté fyzické a verbálne agresívne reakcie. Schopnosť spolupráce, vzájomnej pomoci je veľmi nízka. Preto je dôležité zamerať sa aj na tréning kooperácie, podporu zručností efektívnej komunikácie a na identifikáciu a podnecovanie prosociálneho správania v triednych kolektívoch.

Reeducácia využíva techniky, ktoré pomáhajú deťom a adolescentom objaviť silné stránky ich „ja“ a podporujú zdravé sebavedomie. Deti len zriedkavo chápu príčinu svojich ťažkostí. Preto je potrebné pomenovať príčiny, prejavy ťažkostí a viesť klientov k identifikácii ich osobných ťažkostí a skúseností prispievajúcich k ich zvládaniu. Zúžený je aj pohľad na seba z hľadiska vhodnosti či nevhodnosti vlastného správania a schopnosť sebareflexie. Rozširovanie zručností v tejto oblasti podporuje rozmanitejšie, alternatívne a tiež prosociálne spôsoby správania.

Získavanie týchto zručností je možné realizovať individuálnym, ale aj skupinovým tréningom.

Najefektívnejšia je kombinácia obidvoch uvedených foriem práce s jedincom.

Pri poruchách správania primárne exogénneho charakteru je potrebné pri zostavovaní reedukačného plánu vychádzať z prejavov problémového správania, ktoré dieťa vykazuje. Prioritne je vhodné sa zamerať na elimináciu vonkajších príčin problémového správania.

Na základe diagnostiky a poznania špecifik konkrétneho dieťaťa, ako aj situácie, v ktorej sa dieťa nachádza, sa vytvoria postupy poskytujúce podporu, nácvik zvládania bežných situácií súvisiacich so školskými povinnosťami a s fungovaním v rodinnom systéme. Pre staršie deti sú vhodné metódy motivačných rozhovorov, vytváranie kontraktov a stanovenie výhod, odmien za prejavy žiaduceho správania. Redukujeme nevhodné formy správania a ponúkame formou sociálneho učenia, tréningu nácvik nových, efektívnych spôsobov reagovania. Nápomocné sú techniky sociálno-psychologických tréningov s rozvíjaním konkrétnych sociálnych zručností, ako sú sociálna percepcia, interpersonálna komunikácia, kooperácia v skupine, zvládanie konfliktných situácií, vyrovnávanie sa so stresovými situáciami – copingové stratégie, relaxácia a asertívne správanie.

Špecifická a náročná je reedukácia pri jedincoch, ktorých porucha správania vykazuje prvky asociálneho až antisociálneho správania. Cieľ spočíva v zmenách nevhodných prejavov správania metódou motivačných rozhovorov, podporou zmien v životnom štýle, nácvikom nových spôsobov správania a poskytovaním pomoci pri začlenení do zdravého kolektívu rovesníkov. Častým problémom v týchto prípadoch je najmä to, že tieto deti nezriedka pochádzajú z dysfunkčného rodinného prostredia, ktoré im neposkytuje dostatočnú oporu. Prvotný krok predstavuje zameranie sa na podporu dieťaťa a rodiny, pričom je možné spolupracovať s rôznymi organizáciami zameranými na sociálne poradenstvo či sanáciu rodiny. Pokiaľ sa situáciu nedarí stabilizovať, vhodným riešením je odporúčaná inštitucionalizovaná reedukačná starostlivosť s komplexným resocializačným programom.

5.6. Terapia pre deti s hyperkinetickou poruchou a nešpecifickými poruchami správania

Cieľom terapie je psychoterapeutickými, liečebnopedagogickými alebo socioterapeutickými metódami dosiahnuť nápravu psychického stavu a psychických funkcií klienta. Terapia najčastejšie nadväzuje na odborné činnosti v poradenskom zariadení alebo ŠVZ.

V oblasti psychoterapie hyperkinetickej poruchy a nešpecifických porúch správania sa používa najmä kognitívno-behaviorálna psychoterapia, ktorá môže mať individuálny alebo skupinový charakter. Skupinovo môže ísť o nácvik sociálnych zručností, tréning vizuomotorickej koordinácie všetkých sensorických vstupov a školských schopností. Cieľom je používať alternatívne nové vzorce správania.

Individuálna KBT psychoterapia pracuje pomocou zisťovania spôsobov vnímania a prejavov správania, učí klientov uvedomiť si, čo spúšťa ich príznaky. Pomocou alternatívnych stratégií riešenia problémov sa vytvárajú nové spôsoby správania. Cieľom týchto postupov je spochybníť negatívne pohľady na budúcnosť, zbaviť sa pocitu „bez nádeje“ a zlepšiť motiváciu.

Najčastejšie používané behaviorálne techniky zamerané na zmiernenie prejavov nežiaduceho správania sú technika Analýzy ABC a technika Pozitívne posilňovanie. Technika Analýza ABC vychádza z predpokladu, že vo väčšine prípadov je správanie ovplyvnené predchádzajúcimi udalosťami (čo sa dialo pred nežiaducim správaním) a nasledujúcimi udalosťami (čo sa dialo po nežiaducom správaní). Cieľom tejto techniky je prostredníctvom zmeny predchádzajúcich alebo nasledujúcich udalostí dosiahnuť zmenu vo frekvencii výskytu nežiaduceho správania. Technika Pozitívne posilňovanie stavia na nasledujúcich krokoch:

- čo najdetailnejšie opísať dieťaťu správanie, ktoré od neho očakávame,
- vysvetliť dieťaťu dôsledky žiaduceho správania, aby vedelo, čo a za akých podmienok dostane,
- odmeniť žiaduce správanie, aby dieťa uverilo, že sa mu to môže podariť,
- nereagovať (do rozumnej miery) na nežiaduce správanie,

- pomôcť dieťaťu dosiahnuť správne správanie (nevystavovať dieťa situáciám, v ktorých pravdepodobne neuspeje) (Munden, Arcelus, 2008).
- Kognitívne techniky, ako napr. samoinštruktážne tréningy, sú pravdepodobne najpoužívanějšími kognitívnymi terapeutickými prístupmi využívanými pri psychologickej liečbe hyperkinetickej poruchy.
- Skladajú sa z viacerých techník ako kognitívne modelovanie, autoevaluácia a samo-posilňovanie. Terapia pomáha mladému človeku vyvinúť si plánovitý a reflektívny spôsob uvažovania a správania tak, že ho učí, ako používať reflektívny, systematický, na cieľ zameraný prístup k rôznym úlohám a k riešeniam problémov. Stratégie učenia zvyčajne v sebe zahŕňajú samoinštruktážne schémy spolu s postupmi „krok po kroku“ a niekedy aj fyzicky prítomné nápovede a pripomienky.
- Psychodynamický prístup vychádza z predpokladu, že niektoré symptómy hyperkinetickej poruchy správania sú do istej miery výsledkom raných životných skúseností. Terapia umožňuje dieťaťu odhaliť svoje pocity, myšlienky a skúsenosti bez toho, aby mu hrozilo nebezpečie, že nahnevá rodičov (Munden, Arcelus, 2008).
- Problémové správanie, ktoré napĺňa diagnostické kritériá hyperkinetickej poruchy správania, vyžaduje terapeutické úsilie rôznych odborníkov vedúce k zmenšeniu, zmierneniu alebo odstráneniu problému. Existuje niekoľko terapeutických postupov ako Adlerovská terapia, kognitívna terapia, rodinná terapia, systemická terapia, socioterapia, multisystemická terapia a pod.
- Nasledujúce metódy sa využívajú ako psychoterapeutické, socioterapeutické a liečebnopedagogické metódy pri práci s deťmi s hyperkinetickou poruchou a nešpecifickými poruchami správania.
- Pri deťoch v predškolskom a mladšom školskom veku sa využíva terapia hrou, ktorá predstavuje prirodzený prostriedok sebaujadrnenia dieťaťa. Dieťa má možnosť aktívne preskúmať, prehrať svoje skúsenosti, emocionálne spracovať svoje prežívanie. Prispieva k redukovaniu vzdorovitých prejavov v správaní, zvládnutiu hnevu, agresie, ale aj strachu a úzkosti.
- Významné je aj využívanie arteterapie a muzikoterapie pri zvládnutí problémového správania dieťaťa. Obidve tieto terapeutické metódy prispievajú k pozitívnemu odreagovaniu prežívaných pocitov a emocionálne vypätých situácií. Pomáhajú dieťaťu aj adolescentovi zvládať frustrácie súvisiace s nezvládnutým správaním a so spoločenským aj vzdelávacím zlyhaním. Získavanie pozitívneho hodnotenia v terapeutickom procese využívaním rôznych umeleckých techník ako maľba, kresba alebo modelovanie prispieva aj k podpore pozitívneho sebaobrazu jedinca. Muzikoterapia má pozitívny vplyv jednak na proces relaxácie – uvoľnenia vnútorného napätia dieťaťa, ale aj zažívanie spolupatričnosti pri skupinovej činnosti a možnosti niekam patriť a byť akceptovaný.
- Za pozitívny a efektívny terapeutický prístup pri deťoch s hyperkinetickou poruchou/nešpecifickými poruchami správania je považovaný prístup zameraný na riešenie (napr. Kids skills). Je to jeden zo spôsobov, ako pomáhať deťom a adolescentom prekonávať ich problémy, a to pozitívnym, podporujúcim spôsobom. Jedinec sa učí využívať vlastné zdroje naučeného správania na zvládanie a nácvik nových zručností pri prekonávaní problémových situácií. Veľmi významným faktorom prispievajúcim k efektívnosti každého terapeutického prístupu je vytvorenie kvalitného, bezpečného a dôveryhodného vzťahu s dieťaťom a rodičom/ZZ.

6. Príklad z praxe

Šimon bol žiakom ZŠ vo väčšom meste. Navštevoval triedu s 24 žiakmi, vo vzdelávaní dosahoval veľmi dobré výsledky. V druhom ročníku sa začalo u neho objavovať konfliktné správanie (urážal spolužiacky, pri dohadovaní sa nebol ochotný nikdy ustúpiť, bral spolužiakom osobné veci a tak ich zámerne provokoval), ktoré od bežných konfliktov prerastalo postupne k zhoršeniu jeho vzťahov v triednom kolektíve. **Triedna učiteľka** v rámci **triedneho kolektívu** v participácii s deťmi zaviedla triedne pravidlá, mediovala konfliktné situácie, občas hovorila so Šimonom aj individuálne, aby mu pomohla reflektovať, aké má jeho správanie dosah na jeho vzťahy.

V treťom ročníku požiadala o pomoc **školskú psychologičku**, ktorá sa zúčastnila pozorovaní na vyučovaní, konzultovala ďalší postup s triednou učiteľkou, zapojila do riešenia matku. Uskutočnila **orientačnú diagnostiku** rodinných vzťahov a sociálneho a emocionálneho vývinu. Ukázalo sa, že rodičia sa rozvádajú a Šimon začal byť konfliktný aj v rodinnom prostredí. **Poradenstvo matke** sa týkalo najmä toho, ako riešiť domáce konfliktné situácie a ako urobiť situáciu napriek veľkej zmene pre Šimona bezpečnou a predvídateľnou.

Na konci tretieho ročníka sa situácia v triednom kolektíve nezlepšovala, škola sa rozhodla požiadať o pomoc Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie (ďalej **CPPPaP**). V zmysle **selektívnej prevencie** pracovali dvaja OZ s triednym kolektívom. Zo sociogramu vyplynulo, že Šimon začal byť z kolektívu vylučovaný, ani počas stretnutí pri práci v skupine s ním nikto nechcel ísť do trojice, deti hodnotili jeho správanie prehnane negatívne aj v situáciách, keď nebol konfliktný. Šimon zase mal tendenciu nezapájať sa, sabotovať niektoré aktivity, pokaziť skupine výsledok práce. Práca s triednym kolektívom sa sústredila na zlepšovanie atmosféry v triede, efektívne riešenie konfliktov, nácvik „Ja výroku“ a pozitívneho hodnotenia žiakov medzi sebou. Po 8 stretnutiach sa situácia v triede mierne zlepšila.

OZ s CPPPaP navrhli zapojiť Šimona aj do **terapeutickej skupiny** v CPPPaP s cieľom pracovať s emóciami, ktoré mu spúšťali rovesnícke vzťahy. Šimon sa na prvom stretnutí predstavil pod iným menom a týmto menom sa nechal osloviť celé trvanie skupiny. Ukázalo sa, že počas therapeutickej skupiny sa jeho konfliktné fungovanie vôbec neobjavilo, akoby si chcel vyskúšať inú rolu. Vzhľadom na pozitívnu spätnú väzbu, ktorú v skupine na svoje prosociálne správanie dostával, ho vedel neskôr preniesť aj do správania vo svojej triede.

Vzhľadom na to, že rozvod v rodine sa vďaka psychologickému vyšetreniu v CPPPaP ukázal byť významným faktorom, ktorý vplýval na zvýšenie Šimonovej úzkosti vo vzťahoch, matke bola odporúčaná **filiálna terapia**. Cieľom bolo podporiť bezpečný vzťah s primárnou vzťahovou osobou, ktorý bol pod vplyvom rozvodovej situácie narušený.

Vo štvrtom ročníku Šimonove konfliktné správanie v rodine aj škole vymizlo. Vďaka včasnému zachyteniu a systematickej a multidisciplinárnej spolupráci aj so zapojením rodiča jeho problémové správanie neprerástlo do porúch správania.

7. Literatúra

HERETIK, A. sr. – HERETIK, A. jr. et al. 2007. Klinická psychológia. Nové Zámky: Psychoprof, ISBN 978-80-89322-00-8.

KOHOUTEK, R. 2007. Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy. Brno: Mu, ISBN 978-80-210-4434-0.

LEVČÍKOVÁ, M., et al. 2013. Žiak s poruchami správania v základnej a strednej škole. Metodicko-informatívny materiál. Bratislava: Štátny pedagogický ústav, číslo: 2013-3982/16490:4-914

MAJZLANOVÁ, K. 1998. Poruchy správania u detí predškolského veku. Bratislava: Humanitas, ISBN 80-967890-4-X.

MERTIN, V. – GILLERNOVÁ, I. 2010. Psychologie pro učitelky mateřské školy. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-627-8.

MUNDER, A. – ARCELUS, J. 2008. Poruchy pozornosti a hyperaktivita. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-430-4.

POKORNÁ, V. 2010. Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-817-3.

ŘÍČAN, P. – KREJČÍŘOVÁ, D. et al. 2006. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1049-5.

STAŇOVÁ, Z. et al. 2017. Návrh minimálnych diagnostických štandardov pre vývinové poruchy učenia, poruchy aktivity a pozornosti a narušenú komunikačnú schopnosť. Bratislava: Štátny pedagogický ústav.

SVOBODA, J. 2014. Agresie a agresivita v předškolním a mladším školním věku. Praha: Portál, ISBN 978-80-2620-603-3.

TRAIN, A. 2001. Nejčastější poruchy chování dětí. Praha: Portál, ISBN 80-7178-503-2. Usmernenie k prihlasovaniu žiakov so zdravotným znevýhodnením na maturitnú skúšku, 2021, Bratislava: NÚCEM.

VEREŠOVÁ, M. – TOMŠÍK, R. 2019. Rizikové správanie dospelievajúcich a výchovné štýly v rodine. Nitra: UKF.

VLADOVÁ, K. et al. 2017. Aplikácia vzdelávacích programov pre žiakov so zdravotným znevýhodnením a všeobecným intelektovým nadaním. Bratislava: Štátny pedagogický ústav, ISBN 978-80-8118-196-2.

Vzdelávací program pre žiakov s poruchami správania pre primárne vzdelávanie, nižšie stredné vzdelávanie, nižšie stredné odborné vzdelávanie, úplné stredné všeobecné vzdelávanie, úplné stredné odborné vzdelávanie. Bratislava: Štátny pedagogický ústav, schválené MŠVVaŠ SR, číslo 2017/10217-4:G0, platnosť 01. 09. 2017.

Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

ZELINA, M. 2011. Problémy s problémami v správaní detí a mládeže. Prevencia, č. 2, s. 3-8.