

Odborné činnosti poskytované deťom/žiakom s emočnými poruchami v detstve a v dospelosti

Autori: Mgr. Anton Kalina
Mgr. Monika Reitšpís

Hodnotitelia: PhDr. Dušan Grúň
Mgr. Daniela Husovská, PhD.
Mgr. Eva Krupová

Recenzentka: PhDr. Timea Valachová, PhD.

Obsah

1. Úvod do problematiky	3
1.1. Psychosomatika: Psychické problémy súvisiace s fyziologickými ťažkosťami a so somatickými faktormi	3
1.2. Psychické problémy vyvolané úzkosťou a stresom	7
1.3. Afektívne poruchy	11
2. Dopady na vzdelávanie	16
3. Diagnostika	18
3.1. Diagnostika v školskom prostredí	19
3.2. Komplexné psychologické vyšetrenie	20
3.3. Diferenciálna diagnostika psychických porúch	24
4. Nepriame intervencie	24
4.1. Nepriame intervencie prostredníctvom rodiča	24
4.2. Skupinové aktivity s rodičom/so zákonným zástupcom	25
4.3. Nepriame intervencie prostredníctvom školského prostredia	26
4.4. Nepriame intervencie prostredníctvom triedneho kolektívu	27
5. Priame intervencie	28
5.1. Individuálna krízová intervencia	28
5.2. Poradenstvo	28
5.3. Kariérové poradenstvo	28
5.4. Psychoterapia	29
5.5. Prevencia	29
6. Príklad z praxe	30
7. Literatúra	32

1. Úvod do problematiky

Psychický vývin dieťaťa je komplexným procesom prebiehajúcim na mnohých úrovniach. Ak sa na ceste vývinu objavia prekážky, môže sa u dieťaťa prejaviť emočná porucha rôznorodého charakteru. Tento štandard sa venuje psychosomatickým ťažkostiam u detí, úzkostným a afektívnym poruchám v detskom veku. Práve s týmito tromi okruhmi ťažkostí sa totiž v praxi stretávame najčastejšie. Skupina psychosomatických ťažkostí sa týka prejavov psychického stresu na úrovni telesného prežívania a správania. Úzkostné poruchy sú charakterizované výskytom nadmernej neprimerane dlho trvajúcej úzkosti, ktorá zasahuje do bežného fungovania dieťaťa v škole i mimo nej. Afektívne poruchy sa prejavujú neodkloniteľným poklesom nálady, sebadevalváciou a beznádejou v myslení, taktiež spomalením psychomotorického tempa a nezaujmom o činnosti, ktorým sa dieťa predtým venovalo rado.

Psychické problémy, s ktorými sa u detí stretávame, môžu mať rôznu mieru závažnosti. Aj keď ťažkosti nespĺňajú kritériá určitej diagnózy, dieťaťu môžu spôsobovať ťažkosti pri socializácii, učení či v iných oblastiach prispievajúcich k duševnej pohode. Aj v tomto prípade je užitočné dieťaťu poskytovať priame alebo nepriame intervencie a pomáhať mu naučiť sa tieto ťažkosti adaptívne zvládať.

Niektoré psychické problémy sa môžu u detí vyskytovať súčasne, pomerne často sa môžeme stretnúť so súčasným výskytom úzkostných aj afektívnych príznakov; poruchy príjmu potravy alebo poruchy spánku sú nezriedka sprevádzané poklesom nálady a výskytom úzkostnej symptomatiky. Zvládaniu úzkostných príznakov je často potrebné venovať sa aj pri poruchách ako ADD, ADHD či pri poruchách autistického spektra.

Téma psychických porúch presahuje do oblasti klinickej psychológie a psychiatrie. Odborní zamestnanci poradenského zariadenia aj ŠPT preto potrebujú v rámci svojich kompetencií ovládať základné informácie aj z týchto oblastí. Je pre nich tiež dôležité kvôli multidisciplinárnej spolupráci poznať systém zdravotnej starostlivosti.

1.1. Psychosomatika: Psychické problémy súvisiace s fyziologickými ťažkosťami a so somatickými faktormi

Každá choroba má svoju biologickú, duševnú a spoločenskú zložku. Rozoznáme ich v rôznej miere pri akomkoľvek ochorení, existuje však skupina porúch, pri ktorých do popredia vystupuje prepojenie všetkých týchto zložiek – psychosomatické ochorenia. Nejde o jasne vymedzenú skupinu ochorení. Tento pojem slúži ako opisná skratka pre tie prípady, keď duševné alebo duševne sprostredkované vplyvy majú podstatný podiel na vyvolaní poruchy, ktorá sa prejavuje predovšetkým v oblasti telesných štruktúr alebo funkcií (Balcar in Říčan, Krejčířová, 2006).

Čím je jedinec mladší, tým menej je uňho diferencované prežívanie a schopnosť vyrovnávať sa so záťažovými situáciami, čo spôsobuje, že je náchylnejší prejavovať problémy z jednej z oblastí bio-psycho-sociálneho zvládania v druhej. Deti sú teda omnoho viac ako dospelí náchylné prejavovať problémy zo psychickej alebo sociálnej sféry v telesnom prežívaní. Je u nich obzvlášť dôležité prijať fakt, že ide o skutočné fyzické ťažkosti (nie o žiadne neurotické sťažnosti, hypochondriu alebo simuláciu), ktoré majú korene somatické aj psychické a sociálne. Choroba sa teda rozvíja v súvislosti s ťažkosťami dieťaťa napríklad doma alebo v škole, má však aj reálne telesné prejavy.

Keďže psychosomatické ochorenia súvisia s tým, ako dieťa prežíva seba a svoje okolie, je pri liečení týchto ochorení dôležité pracovať nielen s telesnými ťažkosťami, čo zabezpečuje lekár, ale aj s dieťaťom a jeho prostredím, teda intervenčne vplývať aj na psychické a sociálne faktory súvisiace so vznikom ochorenia. Preto je okrem lekára potrebné zapojiť aj psychológa a prostredníctvom neho aj iných odborných a pedagogických zamestnancov školy, rodinu a spolužiakov.

Balcar (in Říčan, Krejčířová, 2006) hovorí o skupine telesných ochorení, v rámci ktorej nachádzame výrazný vplyv duševného diania pomerne často a vo väčšej miere. Je pri nich teda nenahraditeľný psychosomatický prístup – podľa tohto autora sa ťažko pri zisťovaní príčinných súvislostí zaobídeme bez psychologickkej, individuálnej a rodinnej diagnostiky a pri ich liečbe bez psychoterapie. Radíme sem:

- záchvatové ochorenia, zvlášť kolapsovú stavu a svalové kŕče bez plnej straty vedomia;
 - poruchy termoregulácie (chronické subfebrílie a febrilné stavy);
 - poruchy cievnej dynamiky, obzvlášť migrenózne bolesti hlavy;
 - poruchy funkcie rečového ústrojenstva, menovite koktavosť;
 - poruchy látkovej výmeny podmienené patologickým správaním vo vzťahu k prijímaniu potravy (F50: mentálna anorexia, bulímia a obezita);
 - záchvatové ochorenia dýchacieho ústrojenstva (priedušková astma a psychogénny kašeľ);
 - poruchy funkcie tráviaceho ústrojenstva, u detí hlavne nešpecifické bolesti brucha;
 - poruchy vylučovania bez hrubej nervovej alebo organickej patológie (enuréza, enkopréza, niekedy aj preháňanie alebo zápchy);
 - ochorenia kože, najmä atopický ekzém a bradavice.
- V širšom zmysle môžeme do tejto kategórie ochorení zaradiť aj:
- neorganické poruchy spánku (F52);
 - tikové poruchy.

Psychické problémy súvisiace so somatickými faktormi sú zjednodušene povedané spôsobené transformáciou emocionálnych konfliktov do fyzickej podoby. Príliš silný, často sa opakujúci alebo dlhotrvajúci stres pôsobí na stav a vývin osobnosti svojou zážitkovou stránkou a na stav a vývin organizmu svojou fyziologickou stránkou (Balcar in Říčan, Krejčířová, 2006). Čím je dieťa mladšie, tým ľahšie je zaplavené negatívnymi emóciami, ktoré sa prejavujú aj na úrovni telesných pochodov, pretože má ešte veľmi úzky repertoár psychických obrán na ich zvládnutie. Psychosomatické ochorenia dnes patria u detí medzi jedny z najčastejších psychických porúch a zasahujú do všetkých oblastí ich fungovania.

Ako je zrejmé z výpočtu ochorení patriacich do tejto kategórie, mnohé z nich sa vôbec nenachádzajú medzi poruchami psychiky a správania medzinárodnej klasifikácie porúch (MKCH-10), ale sú zaradené medzi telesnými ochoreniami. Na ich diagnostike a liečbe sa musí podieľať multidisciplinárny tím zložený minimálne z lekárov a zo psychológov. Pri niektorých z týchto ochorení je psychosociálna zložka odbornou verejnosťou vnímaná výraznejšie, tie sa v MKCH-10 nachádzajú medzi poruchami psychiky a správania. Sem radíme:

- poruchy príjmu potravy (F50),
- neorganické poruchy spánku (F51),
- tikové poruchy (F95)
- a iné poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania (F98).

Poruchy príjmu potravy sú charakterizované narušením alebo ohrozením zdravia alebo existencie dieťaťa v súvislosti so stravovaním. Medzi najznámejšie poruchy príjmu potravy patrí **mentálna**

anorexia, prejavujúca sa zámernou stratou hmotnosti, ktorú dieťa kontroluje a udržiava. Medzi príznaky patrí obmedzovanie stravy, nadmerné cvičenie alebo užívanie diuretík či laxatív. Ďalšou poruchou z tejto kategórie porúch je **mentálna bulímia**, charakterizujú ju striedajúce sa epizódy prejedania a intenzívnej kontroly hmotnosti, v rámci ktorej dieťa prijatú potravu zámerne dávi alebo vylučuje pomocou laxatív. Okrem dvoch spomínaných porúch do tejto kategórie patrí aj prejedanie alebo dávenie, spojené s inými psychickými poruchami.

Ďalšou kategóriou ťažkostí, ktoré súvisia so somatickými faktormi, sú **neorganické poruchy spánku**. Tie sa stávajú samostatnou diagnózou, ak v klinickom obraze prevládajú ich príznaky. Pre neorganické poruchy spánku je charakteristické, že ich nezapríčinili somatické, ale emočné faktory. Do tejto kategórie patrí **neorganická insomnia**, prejavujúca sa nedostatočnou kvalitou a kvantitou spánku, **neorganická hypersomnia**, definovaná nadmernou ospalivosťou alebo záchvatmi spania, **neorganické poruchy spánkového rytmu**, teda striedanie epizód insomnie a parasomnie a **somnambulizmus**. Ten charakterizuje zmenený stav vedomia, v ktorom sa kombinujú známky spánku a bdelosti, známy ako námesačnosť. Napokon sem patria **nočné hrôzy** a **nočné mory**, ktoré charakterizujú epizódy paniky alebo úzkosti spojené s vytrhnutím sa dieťaťa zo spánku alebo so snovou činnosťou v prvej tretine spánku.

Tikové poruchy zahŕňajú prejavy tikov. Tik je definovaný ako pohyb, ktorý dieťa/žiak nedokáže ovládať. Môže sa vyskytovať ako jednoduchý alebo komplexný tik, ktorý je spojením viacerých prejavov. Pri tikoch sa vyskytuje nutkanie vykonať daný pohyb a po jeho vykonaní prichádza úľava. Tiky môžu byť svalové alebo vokálne, pričom ich produkcia je neúčelná a nutkavá. Medzi často sa vyskytujúce tiky môžeme zaradiť žmurkanie, mykanie určitou skupinou ohraničeného svalstva, tvárové prejavy grimás, smrkanie, oddrhanie a ďalšie. Medzi časté komplexné tiky patria napr. udieranie, skákanie, opakovanie určitých slov, koprolália (chorobné nutkanie používať vulgárne výrazy) alebo palilália (chorobné nutkanie opakovať slová alebo vety). Tikové poruchy môžu byť prechodné, chronické alebo kombinované vokálno-motorické.

Poslednou skupinou ťažkostí, ovplyvňujúcou somatické faktory, sú **poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania**. Ide o pomerne heterogénnu skupinu, ktorej spoločným znakom je vznik v období detstva. Zahŕňa **neorganickú enurézu**, ktorú charakterizuje mimovoľné pomočovanie atypické vzhľadom na vek dieťaťa, a aj **neorganickú enkoprézu**, teda vôľové alebo mimovoľné vyprázdňovanie stolice na miestach, ktoré nie sú na defekáciu vhodné vzhľadom na vek a sociálne prostredie dieťaťa. Medzi ďalšie poruchy vznikajúce v detskom veku patria **stereotypné pohyby**, najčastejšie spojené s mentálnym poškodením, **jachtavosť** a **ponáhľavá reč**.

K psychickým problémom súvisiacim s fyziologickými ťažkosťami a so somatickými faktormi môžeme zaradiť aj **automutiláciu – sebapoškodzovanie**. Tá nie je samostatne zaradená do systému MKCH-10, ale vzhľadom na jej kauzalitu a spojitosť s fyziológiou je dôležité ju v kategorizácii spomenúť. V MKCH- 10 sa automutilácia zaraďuje medzi úmyselné sebapoškodenie/samovraždu (X60-X84), čo sa ďalej delí na intoxikácie rôzneho druhu (X60-X69) a sebapoškodenia rôzneho druhu (X70-X84). V rámci tohto delenia však sebapoškodzovanie nie je rozoznané od samovrážd. Prevalencia sebapoškodzovania na Slovensku zahŕňa až 29,5 % žiakov, je teda pomerne častým javom (Démuthová, Václaviková, 2019).

Hlavné príčiny rozvoja psychosomatických porúch v detstve a dospievaní

Vznik psychických ťažkostí spojených so somatickými faktormi je podobne ako iné ochorenia podmienený biologicky, psychologicky alebo sociálne, väčšinou je to kombinácia týchto faktorov. Existuje viacero psychosomatických teórií, sú rozpracované rôzne koncepcie s rozličným dôrazom, v každej sa však za základný faktor považuje nejaká porucha zvládania emócií, pretože práve emócie

majú súčasne zložku fyziologickú (biologickú) a aj psychologickú (prežívanie a správanie). Psychosomatické ochorenia postihujú prevažne orgánové sústavy s autonómym riadením. Ide hlavne o narušenie činnosti kardiovaskulárneho, gastrointestinálneho, respiračného a neurologického systému. Za narušenie ich činnosti je zodpovedné narušenie spolupráce medzi sympatikom a parasympatikom (Kariková, 2011).

V rámci psychologických prístupov je základom vzniku psychosomatických ťažkostí konverzia, teda symbolizácia konfliktov do reči tela. V nej je vyjadrené potláčané emocionálne napätie. Najnebezpečnejšie sú také emócie, ktoré dieťa z nejakého dôvodu nemôže prejavíť naplno a tým ich odreagovať, vybiť ich energiu. Práve brzdenie prirodzených prejavov emócií na telesnej úrovni často spôsobuje neurohormonálnu nerovnováhu podieľajúcu sa na vzniku telesných ťažkostí. Tento fakt pravdepodobne vysvetľuje, prečo sa psychosomatické ochorenia častejšie vyskytujú u detí traumatizovaných alebo vzťahovo deprimovaných.

Sociálny prístup predkladá ako kauzalitu na vznik psychosomatických ťažkostí primárne vzťahy dieťaťa, sekundárne celostný životný štýl jedinca. Za najdôležitejšie bývajú považované rodinné vzťahy dieťaťa, hlavne spôsob interakcií v rodine. Napríklad nadmerné nároky na dieťa vyvolávajú citové preťaženie a vnútorný konflikt. Ak sa dieťa nemôže (z rôznych dôvodov) prejavíť, vzrastá pravdepodobnosť vzniku psychosomatickej poruchy.

Charakteristika špecifík psychosomatických ochorení z hľadiska vývinových období

Somatické ťažkosti v priebehu života dieťaťa/žiaka často súvisia najmä so sociálnym zázemím (v rodine a škole) a zdravým sebedomím. Sociálne vzťahy sú budované od útleho detstva, pričom v batolivom období dochádza k postupnej separácii dieťaťa. V prípade sociálnej deprivácie alebo, naopak, nadmernej zaplavujúcej starostlivosti o dieťa môže uňho dôjsť ku konfliktu dvoch základných potrieb: potreby bezpečia a potreby nezávislosti (sebapresadenia). Konflikt medzi týmito dvoma potrebami sa prejavuje nabudením na telesnej úrovni, no dieťa si ho často neuvedomuje (Kariková, 2011).

Batoľa (1 – 3 roky)

V batolivom období začína dieťa systematicky testovať, čo môže a nemôže ovplyvniť. Podkladom na vznik psychosomatických ťažkostí sa v batolivom veku môže stať konflikt medzi túžbou dieťaťa osamostatňovať sa a túžbou okolia (najčastejšie matky), aby dieťa od nej ostalo závislé. Problémy sa môžu prejavovať bolesťami (najčastejšie sú opisované tzv. koliky – bolesti brucha) alebo ekzémami. Je však dôležité podotknúť, že nie každá bolesť súvisí so stresom dieťaťa.

Predškolský vek (3 – 6 rokov)

V čase predškolského veku sa sociálny okruh ľudí u detí rozšíri a tým dáva podklad na možnosť rozvoja neuspokojivých alebo patologických vzťahov. Deti v predškolskom veku zväčša ešte stále nie sú schopné vyjadrovať svoje prežívanie slovami. Ak majú psychické ťažkosti, často sa manifestujú na telesnej úrovni – napríklad bolesťami hlavy a brucha, ktoré sa zvyrazňujú v určitých situáciách. Dôležité je dôkladné vyšetrenie ťažkostí – somatických aj psychologických faktorov, ktoré sa na ich rozvoji môžu podieľať. V predškolskom veku to môžu byť obavy spojené s návštevou predškolského zariadenia (pocit dieťaťa, že je rodičmi opustené; závisť dieťaťa smerom k mladšiemu súrodencovi, ktorý ostáva s rodičom doma, strach z pani učiteľky alebo niektorého spolužiaka, ťažkosti v adaptácii).

Mladší školský vek (6 – 10 rokov)

V období školského veku sa dieťa dostáva do novej sociálnej roly žiaka a spolužiaka, na čo sa musí adaptovať. Deti s tým môžu mať z rôznych dôvodov problém. Ak sa dlhodobo nerieši, môže sa prejavovať vo forme psychosomatických ťažkostí. Dôležité je, ako na nové roly reagujú vzťahové osoby dieťaťa. Nástup do školy a nároky s tým spojené môžu pre dieťa predstavovať záťaž na rôznych úrovniach. Dieťa sa učí orientovať v novom spoločenskom prostredí medzi spolužiakmi a učiteľmi (sociálna úroveň) a zároveň musí zvládať nový typ úloh (úroveň kognitívnej/intelektovej náročnosti).

Na rozvoji psychosomatických ťažkostí sa nemusí podieľať iba nástup do školy a s ním spojené nároky. Zdrojom môžu byť aj ťažkosti v domácom prostredí (konfliktný vzťah rodičov, rozvod a s ním spojená zmena životného rytmu dieťaťa, súperenie so súrodencom, smrť blízkeho a podobne).

Puberta a adolescencia (11 – 18 rokov)

Obdobie puberty a adolescencie je typické hľadaním identity, osvojovaním si nových hodnôt, zvýšeným nárokom na svoj vzhľad, potrebou zapadnúť a zároveň sa odlišovať. Dochádza k výrazným zmenám po psychickej aj fyzickej stránke, čo môže byť predpokladom rôznych ťažkostí. V tomto veku sa napríklad veľmi často rozvíjajú poruchy príjmu potravy a iné poruchy spojené s narušeným sebaobrazom.

Ďalším kritickým obdobím je vek 15 – 18 rokov. Konflikt identity sa môže v období adolescencie prehĺbiť, pretože jedinec sa začína intenzívne zaoberať vlastným vzhľadom, ale aj svojimi kompetenciami. Osobnosť sa ďalej formuje, rovnako pokračuje vyčleňovanie sa z primárnej rodiny. Ďalším z dôvodov vzniku ťažkostí v období adolescencie je postupné experimentovanie v oblasti intímnych vzťahov. V prípade neúspechu pri tomto objavovaní sa môže prehĺbiť už existujúci alebo vytvoriť úplne nový nevedomý konflikt, ktorý sa môže prejavovať v somatickej sfére.

1.2. Psychické problémy vyvolané úzkosťou a stresom

Psychické problémy vyvolané úzkosťou a stresom výrazne zasahujú do osobného, rodinného a školského života detí. Často sú reakciou dieťaťa na predpokladanú alebo reálnu hrozbu a psychickú záťaž. V súčasnosti patria k najčastejším psychickým problémom detí. Prevalencia úzkostnej symptomatológie v populácii slovenských detí je 20 – 25 %. Prevalencia diagnostikovaných úzkostných porúch je 3,8 %, v Európskej únii 5,4 % (Grajcarová, 2020). V roku 2019 sa na Slovensku liečilo na neurotické a somatoformné poruchy 25,5 % obyvateľstva. Tieto poruchy majú v diagnostikovaní prvenstvo vo viacerých vekových kategóriách, počnúc vekom 15 rokov, pričom viac postihujú ženskú časť populácie. Trend výskytu spomínaných porúch na Slovensku rapídne stúpol po roku 2008 (Bražinová, Mastelová, Krajčovičová, 2013; Národné centrum zdravotníckych informácií, 2020).

Stres je forma psychickej záťaže, pri ktorej sa v ľudskom organizme mobilizuje energia na jej zvládnutie. Patologický je chronický stres, ktorý vyvoláva stavy depresie, beznádeje, chronickej únavy alebo úzkosti (Račková, 2010).

Úzkosť je negatívny psychický stav, ktorý je sprevádzaný predtuchou hrozby v budúcnosti. Táto obava nie je viazaná na žiadny konkrétny objekt. Strach na rozdiel od úzkosti je viazaný na určitý objekt. Úzkosť a strach sa na fyziologickej úrovni prejavujú veľmi podobne, deti ich preto často nevedia odlišovať a musia sa to s pomocou dospelých naučiť (Plhánková, 2003; Heretik, Heretik et al., 2007).

Úzkosť a strach patria medzi normálne a adaptívne vývinové fenomény, ktoré za normálnych

okolností signalizujú hroziace nebezpečenstvo (Krejčířová, 2006). Keď sa však ich prežívanie vinou stresu stáva chronickým, dochádza k zvyšovaniu a fixovaniu úzkostnej reakcie. Tá sa stáva neprimeranou okolnostiam a vedie k výrazným ťažkostiam v živote dieťaťa. Ak je úzkosť reakciou na každodenné životné situácie alebo náročnejšie životné udalosti, pričom dieťa je schopné vyrovať sa s ňou bez potreby odbornej intervencie, ide o úzkostné príznaky. Ak je úzkosť závažná a vo vysokej miere, pričom tak nepriaznivo vplýva na každodenný život dieťaťa, že je potrebná odborná starostlivosť, ide o úzkostnú poruchu (Lader, Uhde, 2006).

Krejčířová (in Řičan, Krejčířová, 2006) zdôrazňuje, že zvýšená miera úzkosti je pre niektoré vývinové obdobia príznačná. Súvisí to s emočným a kognitívnym rozvojom dieťaťa. Je prirodzené, že osemmesačné dieťa prežíva separačnú úzkosť. Rovnako je v batolacom veku typické, že deti majú strach z cudzích ľudí a pri kontakte s nimi potrebujú podporu blízkych osôb. V predškolskom veku sa naplno rozvíja detská fantázia, hovoríme o tzv. magickom myslení, čo je živnou pôdou pre množstvo strachov (hmyz, zvieratá, strašidlá atď.). Ak tieto strachy nie sú posilňované, postupne prirodzene vymiznú. Problémom sa môžu stať, ak ich dospelí potvrdzujú a tým fixujú. Ak chceme deti naučiť zvládať strach, je dôležité učiť ich to postupne, nie prežívaním hrôzy. V mladšom školskom veku sa u detí prejavuje vzhľadom na pochopenie tohto pojmu strach alebo fascinácia zo smrti. Môžu sa potom obávať číhajúceho nebezpečenstva. Všetky tieto strachy však postupne zvyknú vymiznúť.

Úzkosť sa stáva nadmernou vtedy, keď je príliš silná, pretrváva, zasahuje do každodenného fungovania dieťaťa a brzdí jeho vývin. V predškolskom období sa môže prejavovať ako porucha príjmu potravy alebo spánku (nočné mory a desy), zlozvykmi ako obhrýzanie nechťov, cucanie palca, trhanie vlasov a podobne. V neskoršom veku sa úzkostné poruchy prejavujú podobne ako u dospelých.

V klasifikačnom systéme MKCH-10 sú psychické problémy vyvolané úzkosťou, strachom a stresom definované ako neurotické stresom podmienené poruchy. Sú označené kódmi F40-. Táto klasifikácia zahŕňa:

- fóbicko-anxiózne poruchy (F40),
- iné úzkostné poruchy (F41),
- obsedantno-kompulzívnu poruchu (F42),
- reakciu na ťažký stres a adaptačné poruchy (F43),
- disociatívnu a konverznú poruchu (F44),
- somatoformné poruchy (F45).

Do tejto klasifikácie možno zahrnúť aj separačnú úzkostnú poruchu, ktorá je v MKCH-10 označená kódom F93. Sem radíme:

- školskú fóbiu a separačnú úzkosť (F93.0),
- sociálnu úzkostnú poruchu (F93.2).

Pri **fóbicko-anxiózných** poruchách sa úzkosť prejavuje v špecifických situáciách, ktoré dieťa/žiak subjektívne vníma ako nebezpečné. Dieťa/žiak sa potom týmto situáciám vyhýba alebo ich prežíva so zvýšeným pociťovaním úzkosti. Medzi príznaky týchto porúch patrí napr. búšenie srdca, sťažené dýchanie, strach zo smrti, strach zo straty sebaovládania a iné.

Agorafóbia je jednou zo skupín fóbií, ktoré sú špecifické strachom z hromadnej dopravy, davov ľudí, pobytu mimo domova alebo pobytu v otvorených či uzavretých priestranstvách. Deti/žiaci trpiaci agorafóbiou sa vyhýbajú situáciám, v ktorých môže byť úzkosť vyvolaná, aby neboli úzkosti vystavení, alebo môžu na vyrovnávanie sa s agorafobickými situáciami požadovať sprievod.

Sociálne fóbie sú charakteristické úzkosťou spojenou so sociálnymi interakciami, pri ktorých sa dieťa/žiak obáva kritiky ostatných. Deti/žiaci sa najčastejšie vyhýbajú situáciám, v ktorých by mohli dôjsť k ich hodnoteniu inými. Často sa táto fóbia spája s nízkou sebadôverou a charakterizujú ju príznaky ako výrazná hanblivosť, červenanie sa, tréma, trasenie rúk a iné.

Špecifické fóbie sú obmedzené na konkrétne situácie alebo objekty. Rozlišujú sa podľa podnetu, ktorý úzkosť vyvoláva: konkrétne zviera (napr. pavúky, hady, psy), prírodné prostredie (napr. búrky, výšky, voda), krv alebo zranenie (napr. ihly, lekárske procedúry), situácie (napr. lietadlá, výťahy, uzavreté priestory) alebo iné podnety (napr. postavy v kostýmoch, situácie, ktoré môžu viesť k duseniu). Tento podnet vyvoláva úzkosť, ktorej sa dieťa/žiak snaží buď vyhnúť, alebo ju pri vystavení tomuto podnetu silno prežíva.

Hlavným príznakom **iných úzkostných porúch** je prejav úzkosti, ktorý nie je špecificky viazaný na žiadnu konkrétnu situáciu alebo objekt. Môže zahŕňať aj ďalšie príznaky, ktoré sú sekundárne.

Panická porucha je špecifická nepredvídateľnými záchvatmi paniky, ktoré nie sú viazané na konkrétnu situáciu. Tieto panické ataky sa počas svojho trvania stupňujú a vrchol dosahujú v priebehu niekoľkých minút. Medzi príznaky, ktoré počas ataku dieťa/žiak prežíva, patria napr. nadmerné potenie, trasenie, búšenie srdca, sťažené dýchanie, strach, nevoľnosť, závraty, derealizácia alebo depersonalizácia a iné. O panickú poruchu ide v prípade, že aspoň jeden atak počas jedného mesiaca vyvoláva strach spojený s ďalším atakom alebo zmenu správania vzťahujúcu sa na atak (prípadne oba uvedené).

Porucha s generalizovanou úzkosťou zahŕňa dlhotrvajúce prežívanie úzkosti, ktorá nie je viazaná na konkrétnu situáciu. Medzi príznaky patrí nervozita, podráždenosť, unaviteľnosť, svalové napätie, poruchy spánku alebo ťažkosti so sústredením.

Zmiešaná úzkostná a depresívna porucha je definovaná prítomnosťou príznakov charakteristických pre úzkosť aj depresiu, pričom žiadny z príznakov neprevažuje.

Hlavným príznakom **obsedantno-kompulzívnej poruchy** je opakované striedanie fáz obsesívnych myšlienok a kompulzívnych činov. Obsesie predstavujú opakujúce sa myšlienky, ktoré sú neodbytné, neželané a vyvolávajú úzkosť. Aby boli tieto myšlienky neutralizované, dieťa sa ich snaží zmierniť opakujúcim správaním, ktoré musí byť striktné dodržané – kompulzie (napr. umývanie rúk, modlenie sa a iné). Ak si dieťa neodbytnosť obsesí a kompulzií uvedomuje, jeho prežívanie úzkosti sa ešte zvyšuje. Vyjsť z tohto začarovaného kruhu je niekedy mimoriadne náročné.

Reakcia na ťažký stres a adaptačné poruchy. Vznik týchto ťažkostí je spojený s reakciou dieťaťa/žiaka na ťažký stres alebo pretrvávajúcu traumu.

Akútna stresová reakcia je prechodná, trvá iba niekoľko hodín alebo dní, čo sa môže líšiť aj v závislosti od osobnosti dieťaťa/žiaka. Medzi príznaky patria zúženie vedomia a pozornosti, ktoré môže byť nasledované disociatívnym stuporom alebo hyperaktivitou. Okrem toho sú prítomné aj psychické a fyziologické príznaky typické pre úzkosť. Po odznení príznakov môže byť na celú reakciu čiastočná alebo úplná amnézia.

Posttraumatická stresová porucha je oneskorenou alebo dlhšie trvajúcou reakciou na stresovú situáciu, ktorá je mimoriadne nebezpečná (napr. vystavenie smrti, sexuálnemu násiliu a iné). Medzi príznaky tejto poruchy patria opakované spomienky, stresujúce sny, flashbacky, intenzívna duševná nepohoda, emočné otupenie, stráňenie sa činnosťami, ľuďmi alebo situáciami, ktoré môžu pripomenúť traumu, nespavosť, depresia a iné.

Adaptačné poruchy sú reakciou organizmu na závažné zmeny v živote dieťaťa/žiaka. Pretrvávajú

stresu, ktorý takáto zmena spôsobila, je sprevádzané zmenami nálady, depresivitou, zhoršením výkonnosti a ťažkosťami v sociálnom fungovaní dieťaťa/žiaka.

Disociatívna a konverzná porucha je charakterizovaná čiastočnou alebo úplnou stratou normálnej integrácie medzi spomienkami, uvedomením si vlastnej identity, pocitov a ovládaním telesných pohybov. Ich výskyt je často spojený s traumatizujúcou udalosťou. Symptóm často symbolicky vyjadruje emočný konflikt alebo pokus o jeho zvládnutie či rozriešenie.

Spoločnou črtou **somatoformných porúch** je opakované dožadovanie sa lekárskeho vyšetrenia aj napriek negatívnym nálezom. Ak sú prítomné somatické príčiny, ich povaha a rozsah nezodpovedá príznakom. Medzi tieto poruchy patria somatizované poruchy, hypochondrická porucha, somatoformná autonómna dysfunkcia a perzistujúca somatoformná bolesťová porucha. Trpiaci jedinec sa obáva o svoje zdravie a svoje ťažkosti napriek lekárskeým záverom vníma ako telesne podmienené, spočívajúce vo fyzickom ochorení jedného alebo viacerých orgánov či orgánových sústav inervovaných autonómny (vôľou neovládateľným) nervstvom. U detí sa so somatoformnými poruchami stretávame veľmi zriedkavo, omnoho častejšie trpia psychosomatickými poruchami, pri ktorých je lekárskeým vyšetrením potvrdená aj somatická príčina ťažkostí, no zároveň je zrejme, že na vzniku poruchy sa podieľajú aj psychologické alebo sociálne faktory. Ak sa u nich somatoformná porucha vyskytne, nie je jej hlavným prejavom dožadovanie sa lekárskeho vyšetrenia, skôr sa snažia vyhnúť záťažovým situáciám (návšteva školy, krúžkov a podobne).

Separáčna úzkostná porucha patrí medzi emočné poruchy so začiatkom špecifickým pre detstvo. Je definovaná úzkosťou z odlúčenia, ktorá je neprimeraná vývinovému stupňu dieťaťa. Medzi príznaky patria nepohoda pri odchode z domova alebo od blízkych osôb, nadmerné obavy zo straty osôb, nadmerné obavy z udalostí, ktoré môžu blízke osoby postihnúť, neochota odísť od osôb, byť sám alebo spať mimo osôb, na ktoré je dieťa naviazané, nočné mory s témou odlúčenia alebo telesné príznaky spojené s odlúčením. Rozvíja sa častejšie u detí, ktoré sa stretli so stratou nejakej blízkej osoby. Je dôležité odlíšiť separáčnu úzkostnú poruchu od školskej fóbie, keď sa dieťa skutočne neobáva odlúčenia od rodičov, ale špecifických situácií alebo konfliktov v škole.

Príčiny vzniku úzkostných porúch

Pôvod a príčiny psychických problémov vyvolaných úzkosťou a stresom sú multifaktoriálne a vysvetľované rôznymi biologickými, psychologickými a sociologickými teóriami. Biologické prístupy vysvetľujú úzkostnú symptomatológiu zvýšenou produkciou špecifických metabolitov, predovšetkým nadprodukciami katecholamínov. Psychologické prístupy vychádzajúce zo psychoanalýzy vysvetľujú úzkosť ako reakciu na strach z pudov vymykajúcich sa kontrole alebo ako reakciu na cenzúru superega. V neopsychoanalytických prístupoch sa úzkosť presúva od intrapersonálneho konfliktu k interpersonálnym konfliktom. Zdrojom úzkosti je strach z neuspokojenia základných potrieb dieťaťa vzťahovými osobami v jeho detstve. Behaviorálne prístupy chápu úzkosť ako reakciu človeka na neschopnosť vyrovnáť sa so záťažovou situáciou. Ak sa úzkosť neeliminuje pomocou zvládacích mechanizmov, úzkosť pretrváva. V humanistickej a existenciálnej psychológii je úzkosť považovaná za sprievodný jav sebaaktualizácie. Ak nie je osobný rast dostatočne napĺňaný, úzkosť pretrváva a nadobúda patologické formy. Podľa sociologických prístupov úzkosť u detí/žiakov pramení zo sociálnej frustrácie a imitácie úzkostných prejavov rodičov.

Aj výskum sa venuje skúmaniu príčin vzniku úzkostných porúch. V súčasnosti sa potvrdzuje vplyv genetických faktorov (úzkostné poruchy sú častejšie pozorované v rámci rodín) spolu s vplyvom škodlivých zážitkov a ťažkostí v ranom detstve, ktoré predisponujú k väčšej náchylnosti na rozvinutie emočných porúch. Sú známe a opísané okruhy v mozgu zodpovedné za reakcie strachu a úzkosti. U

Ľudí s úzkostnou poruchou alebo vysokou úzkostnosťou boli pozorované zvláštnosti, zmeny (najmä v amygdale a prednej mozgovej kôre). Tieto časti výraznejšie reagovali na podnety a dá sa predpokladať, že vďaka tomu sú títo ľudia náchylnejší vnímať častejšie vo svojom okolí ohrozenie (Cape et al., 2011).

Prežívanie úzkosti a stresu z vývinového hľadiska

Batoľa

Zdroj úzkosti, strachu a stresu sa v priebehu života dieťaťa mení. V dojčenskom a batolivom období sú separačná úzkosť a strach z cudzích ľudí úplne prirodzené. Ustúpiť by mali do konca tretieho roku života dieťaťa (Krejčířová in Říčan, Krejčířová, 2006). Mierne formy strachu z nových situácií a zo všetkého neznámeho spolu so záujmom o všetko nové sú u detí rovnako ako u dospelých adaptívne. Príčinou nadmernej úzkosti, strachu a stresu v tomto období môžu byť rozpory medzi potrebami a očakávaniami dieťaťa, ich uspokojovanie, nesprávny nácvik hygienických návykov, nevhodné reakcie rodičov pri negativistických prejavoch dieťaťa, nevyrovnaný postoj rodiča k dieťaťu, prípadné odlúčenie alebo odchod rodiča od dieťaťa, napätie a konflikty v rodinnom prostredí.

Predškolský vek

Predškolský vek, typický bohatou detskou fantáziou a magickým myslením, je obdobím, v ktorom sa u väčšiny detí rozvíja veľa prechodných obáv, strachov až fóbií, ktoré rýchlo vznikajú a zanikajú. Objavuje sa napríklad strach z tmy, niektorých zvierat a zo zdravotnej starostlivosti. Napriek ich prechodnosti vznikajú rôzne trvalé formy fóbií práve v tomto období. Príčinou úzkosti, strachu a stresu v tomto období môže byť separácia dieťaťa od matky zaradením dieťaťa do materskej školy.

Mladší školský vek

Ďalším kritickým obdobím je vek 8 – 10 rokov, v ktorom dieťa/žiak už rozumie pojmu smrť a jej univerzálnej nezvratnosti. Typické sú obavy z tmy a možného ohrozenia života. Príčinou úzkosti, strachu a stresu v tomto veku môže byť problematická adaptácia žiaka v školskom prostredí, neprimerané požiadavky na žiaka zo strany rodičov a pedagógov alebo problematické vzťahy pedagóga so žiakom.

Puberta a adolescencia

V staršom školskom veku je prežívanie úzkosti a strachu najčastejšie spojené so školským výkonom, skúšaním a s klasifikáciou. Príčinou úzkosti, strachu a stresu v tomto veku môžu byť aj zmeny rodinných vzťahov, problematické vzťahy s rovesníkmi, sociálny neúspech a rozličné fyzické nedostatky žiaka (aj tie, ktoré zodpovedajú nie realite, ale presvedčeniu dieťaťa). V období adolescencie nastupujú najčastejšie obavy zo sociálneho kontaktu, zlyhania v interpersonálnych vzťahoch, z nadmernej anticipácie nepriaznivých budúcich udalostí a zo seberealizácie. Príznaky prežívania úzkosti a strachu sa v týchto vekových obdobiach líšia len veľmi málo.

1.3. Afektívne poruchy

Psychické problémy spojené so zmenami emócií a nálad môžu významne zasiahnuť do všetkých oblastí života dieťaťa. Do tejto skupiny porúch zaraďujeme poruchy s depresívnym, manickým alebo so zmiešaným (manicko-depresívnym) obrazom. Možnosť rozvoja afektívnej poruchy u detí bola v minulosti podceňovaná. Na detstvo sa pozeralo ako na obdobie bezstarostnosti, stav vývoja ega podľa klasickej psychoanalýzy neumožňoval rozvoj depresívneho prežívania (Krejčířová, 2006). Dnes

už vieme, že aj u detí v predškolskom alebo školskom veku sa môžu vyskytovať také závažné poruchy, že ich je možné klasifikovať ako depresiu, v zriedkavejších prípadoch ako mániu či ako manicko-depresívnu poruchu. Prevalencia depresívnej poruchy u detí je 0,5 – 2,5 % a u adolescentov sa pohybuje medzi 5 až 8 % (Trebatická, Šuba, Surovcová, 2017). V školskom prostredí sa však relatívne často stretávame aj s deťmi, ktorých stav ešte nenapĺňa diagnostické kritériá afektívnej poruchy, no majú v tejto oblasti ťažkosti, ktorých obchádzanie by mohlo mať vplyv na ich pocit spokojnosti v živote, ako aj na školský výkon.

Klinický obraz afektívnej poruchy, najčastejšie depresie, býva u detí podobný ako v dospeljej populácii, avšak častejší je u nich výskyt ťažkostí na telesnej úrovni (psychosomatizácia) či regresia na nižšiu vývinovú úroveň. V období adolescencie je klinický obraz podobný ako v prípade dospeljej populácie.

V tomto obsahovom štandarde je najviac priestoru venovaného práci s dieťaťom s depresiou či poklesom nálady ešte nespĺňajúcim kritériá depresívnej poruchy. Mánia, bipolárna porucha či iné poruchy emócií a nálad sa u detí vyskytujú zriedkavejšie a bývajú také závažné, že ich v akútnej fáze riešia zdravotnícki pracovníci.

Je dôležité, aby diagnostika afektívnych porúch prebehla v ranom štádiu ochorenia a dieťaťu sa tak čo najskôr dostala adekvátna pomoc a podpora. Skorá diagnostika a pomoc dieťaťu zvyšujú šancu, že nebude trpieť dlhodobými problémami, sú aj profylaxiou suicidálneho správania. Ak rozvoj psychických ťažkostí dieťaťa súvisí s dianím v jeho najbližšom okolí, je dôležité, aby sa pracovalo nielen s dieťaťom, ale aj s týmito spúšťačmi (dianím v rodine, medzi spolužiakmi a podobne). Môže tak dôjsť k úprave psychického stavu dieťaťa a aj k rozvoju adaptívnych zvládacích stratégií a zdrojov. Ak by sa so spúšťačmi nepracovalo, šanca na úpravu stavu je veľmi nízka a veľmi pravdepodobne by došlo k fixácii neadaptívnych zvládacích stratégií či k suicidálnemu pokusu.

Emócie sú prirodzenou súčasťou života, informujú nás o kvalite nášho prostredia – či už vonkajšieho, alebo vnútorného. Sú akýmsi subjektívnym zážitkom pohody alebo nepohody vo svete. Skladajú sa z troch vzájomne prepojených komponentov:

1. Subjektívne prežívanie – pozitívne alebo negatívne ladenie citu.
2. Správanie – pozorovateľný prejav emócií, napríklad mimika, gestikulácia a podobne.
3. Prejav na telesnej úrovni – emočný náboj sa odzrkadľuje v neurohormonálnej aktivite organizmu, ktorý ovplyvňuje množstvo telesných procesov (dýchanie, srdcový rytmus, svalové napätie, imunitné reakcie a podobne). Tento mechanizmus je zodpovedný za telesné ťažkosti spojené s afektívnymi poruchami.

Prejavy emočných porúch môžeme pozorovať na všetkých týchto troch úrovniach.

Spomedzi spomenutých ťažkostí sa u detí v predškolskom a školskom veku najčastejšie stretávame s depresiou. Depresia je pojem, ktorý v laickom ponímaní neoznačuje len samotné psychické ochorenie, ale často len určitý prejav, napríklad jednotlivito sa vyskytujúci stav rozladenia pri inak normálnom prežívaní dieťaťa či silne prežívaný smútok. V tomto ohľade je dôležité odlišovať subjektívne vyjadrenia detí od reálne rozvinutej depresie, no zároveň nepodceňovať a nebagatelizovať vyjadrený smútok.

Odlíšenie depresie od smútku či prechodného poklesu nálady, s ktorými sa deti bežne stretávajú, sa deje predovšetkým na základe posúdenia trvania, hĺbky a vplyvu na každodenné fungovanie dieťaťa. Smútok či prechodný pokles nálady pominú a nemajú zásadnejší vplyv na bežný život či sebahodnotenie dieťaťa. Ak je však smútok patologickej hĺbky, trvá dlhšie ako niekoľko týždňov a neustupuje po väčšinu dní, zasahuje do schopnosti dieťaťa fungovať v bežných aktivitách, v škole,

vo vzťahoch s rovesníkmi, uvažujeme o rozvoji depresie.

Na komplexnej úrovni je depresia definovaná ako súbor príznakov prejavujúcich sa na emocionálnej, kognitívnej, motorickej, motivačnej, fyziologickej a endokrínnej úrovni (Hautzinger, 2000). Za jej základné prejavy považujeme:

- smutnú náladu – strata záujmu a radosti z bežných činností, pocit smútku, beznádeje, podráždenosť,
- poruchy príjmu potravy (obvykle nechutenstvo, ale môže sa vyskytnúť aj prejedanie sa),
- poruchy spánku,
- pohybový útlm alebo, naopak, agitovanosť,
- apatiu, stratu záujmu,
- únavu, stratu energie,
- stratu pocitu vlastnej hodnoty alebo neprimerané pocity viny,
- zhoršenie kognitívnych funkcií (napríklad nesústredenosť),
- úvahy o smrti, suicidálne myšlienky (Krejčířová, 2006).

Pojem mánia je podobne ako pojem depresia laickou verejnosťou niekedy mylne chápaný len ako prejav, teda extrémne veselá nálada. Na komplexnej úrovni mánia predstavuje spojenie špecifických psychosomatických, emocionálnych, kognitívnych a motorických zmien (Heretik, 2007).

Pri diagnostike a klasifikácii vychádzame z 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH- 10), v ktorej aktuálne nie sú definované špecifické diagnostické kritériá porúch nálad v detskom a adolescentnom veku. V klasifikačnom systéme MKCH-10 sú psychické problémy spojené so zmenami emócií a nálad zahrnuté v kategórii afektívnych porúch, označených kódmi F30-F39. Do tejto klasifikácie patria:

- manická epizóda (F30),
- bipolárna afektívna porucha (F31),
- depresívna epizóda (F32),
- recidivujúca depresívna porucha (F33),
- pretrvávajúce afektívne poruchy (F34) a
- iné afektívne poruchy (F38), nezodpovedajúce diagnostickému obrazu porúch F30 – F34.

Medzi psychické poruchy spojené so zmenami emócií a nálad môžeme zahrnúť aj zmiešané poruchy správania a emočné poruchy, ktoré sú v MKCH-10 označené kódom F92.

Medzi **manické epizódy** patrí hypománia, mánia bez psychotických príznakov a mánia so psychotickými príznakmi. **Hypománia** je charakterizovaná miernym zvýšením nálady, aktivity a energie, ktoré sa prejavuje na sociálnej a kognitívnej úrovni, no len zriedka sa vystupňuje natoľko, aby zasahovalo do školskej, rodinnej alebo sociálnej oblasti dieťaťa. **Mánia bez psychotických príznakov** sa prejavuje kolísaním nadnesenej nálady až do nekontrolovateľného vzrušenia. Takáto mánia u detí/žiakov už vedie aj k ťažkostiam v sociálnej sfére, pretože sebahodnotenie dieťaťa/ žiaka a jeho výrazná rozptýlenosť vedie k strate sociálnych zábran. Dieťa sa prejavuje velikášsky, jeho viera vo vlastné schopnosti je natoľko neprimeraná, že sa môže vystavovať riziku bez toho, aby si uvedomovalo nebezpečenstvo. Jeho plány do budúcnosti sú nerealisticky nadnesené, čo dieťa nevníma, rovnako ako spätnú väzbu od okolia. Môže sa prejavovať aj nadbytok energie, znížená potreba spánku, nepokoj. Napriek prežívanej miere nabudenia nie je dieťa schopné sústrediť sa a vydržať pri jednej úlohe. **Mánia so psychotickými príznakmi** sa od vyššie opísanej mánie líši v tom, že sú u dieťaťa/žiaka prítomné aj floridné psychotické prejavy – bludy alebo halucinácie. Tie sa najčastejšie týkajú vlastných schopností (dieťa je napríklad presvedčené, že je predurčené dokázať veľké veci, a to pomocou svojich špeciálnych schopností).

Bipolárna afektívna porucha je charakterizovaná striedaním epizód mánie s depresiou. Prítomné môže byť celé spektrum závažnosti – od hypománie po mániu bez alebo so psychotickými príznakmi pre manickú epizódu a miernu, strednú až hlbokú depresiou bez alebo so psychotickými príznakmi pre depresívnu epizódu.

Depresívne epizódy sa prejavujú zhoršením nálady a znížením aktivity a energie dieťaťa/ žiaka. Prítomné môžu byť aj somatické príznaky, medzi ktoré patrí napr. znížená chuť do jedla, strata hmotnosti, strata záujmov alebo narušenie spánkového rytmu. Charakteristická je aj strata sebadôvery a pri ťažkej depresívnej epizóde sú prítomné suicidálne myšlienky alebo činy. Podľa množstva prežívaných príznakov a ich závažnosti sa rozlišuje epizóda ľahkej, stredne ťažkej a ťažkej depresie bez psychotických príznakov alebo so psychotickými príznakmi, pri ktorej halucinácie či bludy nemusia zodpovedať nálade dieťaťa/žiaka. Epizódy ťažkej depresie môžu byť život ohrozujúce vinou suicidálnych tendencií, dehydratácie alebo hladovania.

Pri **recidivujúcej depresívnej poruche** sa objavujú epizódy depresie od ľahkej až po ťažkú depresívnu epizódu so psychotickými príznakmi. Charakteristické pre recidivujúcu depresívnu poruchu je absentovanie manických epizód. Tie sa môžu vyskytovať len v miernej forme, najčastejšie po nástupe účinku antidepressívnej liečby. Riziko, že sa u detí/žakov objaví manická epizóda, nemôže byť nikdy vylúčené, ani po prežití veľkého množstva depresívnych fáz.

Pretrvávajúce afektívne poruchy sa prejavujú dlhotrvajúcimi príznakmi hypománie alebo depresívnej epizódy, ale na ich samostatnú diagnostiku nie sú dostatočne hlboké. Pre **cyklotýmiu** sú charakteristické epizódy depresie a hypománie, ktoré nie sú dostatočne hlboké, aby oprávňovali diagnózu afektívnej bipolárnej poruchy. Tá sa však z cyklotýmie môže po čase vyvinúť. **Dystýmia** je charakterizovaná chronicky skľúčenou náladou, ktorá pretrváva niekoľko rokov, ale jej epizódy nie sú dostatočne hlboké a dlhé na diagnostikovanie ľahkej alebo inej formy depresívnej poruchy.

Zmiešané poruchy správania a emočné poruchy sa prejavujú kombináciou neadekvátneho sociálneho správania so zjavnými depresívnymi príznakmi. Správanie dieťaťa/žiaka môže byť asociálne, agresívne alebo vzdorovité.

Hlavné príčiny rozvoja emočných porúch v detstve a dospelosti

Príčiny rozvoja psychických porúch spojených so zmenami emócií a nálad sú vysvetľované multifaktoriálnymi teóriami. Na vzniku sa podieľajú biologické, psychologické a sociálne faktory. Biologické prístupy vysvetľujú vznik afektívnych porúch dysbalanciou viacerých systémov transmitterov, primárne narušením neurotransmisie noradrenalínu a sérotonínu. Tie negatívne pôsobia aj na funkciu neuroendokrinných systémov, hlavne na funkciu osi hypotalamus – hypofýza – nadobličky a osi hypotalamus – hypofýza – štítna žľaza. Psychologické príčiny vzniku afektívnych porúch sú orientované na špecifiká osobnosti dieťaťa. Predpoklad vzniku afektívnych porúch je vyšší u detí, ktorých osobnostné aspekty sú definované introverziou, emocionálnou nestabilitou, sklonom k úzkostnému reagovaniu, plachosťou (ani súčasný výskyt všetkých týchto črt však nemusí znamenať, že u dieťaťa sa rozvinie afektívna porucha). Za sociálne príčiny podieľajúce sa na vývine afektívnych porúch považujeme predovšetkým rizikové rodinné prostredie, absentujúcu bezpečnú vzťahovú osobu, prípadne vzťahovú osobu s nepriateľským vzťahom k dieťaťu (osoba, ktorá by mala pre dieťa predstavovať bezpečný prístav, mu, naopak, ubližuje), vzťahovú osobu s ambivaletným vzťahom k dieťaťu (prejavuje sa pre dieťa nepredvídateľne a dieťa nevie, čo od nej očakávať, čím sa pre ňu stáva ohrozujúcou) a vzťahovú osobu s duševným ochorením. Do tejto kategórie spúšťačov radíme aj chronický stres či jednorazové traumatické udalosti.

Charakteristika špecifik afektívnych porúch z hľadiska vývinových období

Psychické problémy súvisiace so zmenami emócií a nálad sa môžu vyvíjať už od útleho detstva. Predpokladá sa, že čím skorší je nástup psychického ochorenia, tým viac sa na ňom podpisuje genetická predispozícia/vrodená zraniteľnosť.

Dojča

Už u dojčiat sa depresívne prejavy môžu rozvinúť najmä ako dôsledok nedostatku láskavej starostlivosti, zanedbávania alebo týrania. Deti veľmi citlivo reagujú na absenciu vzťahovej osoby (najčastejšie matky) alebo odlúčenie od nej. Spočiatku vkladajú množstvo energie do pritiažnutia pozornosti a vzбудenia reakcie, no po čase prestanú, sťahujú sa do seba, ich prejav sa utlmuje. Práve z tohto dôvodu sa s apatickým, rezignovaným dieťaťom najčastejšie stretáme v ústavných zariadeniach, kde nemá výhradnú vzťahovú osobu. Iným dôvodom rozvoja poruchy nálady u dojčiat môže byť nadmerná alebo nedostatočná stimulácia alebo extrémne či opakované neuspokojovanie biologických potrieb a potreby bezpečia.

Za kritické sa považuje aj obdobie okolo ôsmeho mesiaca veku dieťaťa. V tomto čase vrcholí separačná úzkosť a strach z cudzích ľudí. Separácia dojčiat od matky môže spôsobiť hlbokú emočnú ujmu. Kritický je v tomto ohľade aj vek okolo 16. – 18. mesiacov.

Batoľa

V batolivom veku môže po separácii dôjsť k regresu vo vývine v sociálnej, motorickej i kognitívnej oblasti. U detí môžeme pozorovať stratu chuti do jedla, zhoršenie spánku, stratu záujmu o hru, spomalenie rozvoja reči, pohybových schopností, zhoršenie hygienických návykov. Celkovo môže byť prejav utlmený alebo aj nadmerne negativistický.

Predškolský vek

V predškolskom veku je ešte iba malá časť detí schopná vyjadrovať svoje prežívanie slovami. Ak majú psychické ťažkosti, môžu sa manifestovať najmä na telesnej úrovni – napríklad bolesťami hlavy a brucha, ktoré sa zväzňujú v určitých situáciách. V tomto prípade je pred diagnostikovaním poruchy nálady dôležité rovnako ako u dospelých dôsledne vylúčiť somatické príčiny bolesti. U detí v predškolskom veku môžeme pozorovať napríklad aj nesústredenosť, stratu zvedavosti a kreativity, striedanie nálad, odmietanie sociálneho kontaktu či elektívny mutizmus.

Mladší školský vek

Schopnosť verbalizovať svoje prežívanie sa postupne rozvíja, deti už môžu byť schopné opísať pocity smútku, bezcennosti, viny či iné ťaživé pocity spojené s poklesom sebavedomia. Rovnako sa však ešte stále hojne vyskytujú somatické ťažkosti bez zistenej príčiny, najmä gastrointestinálne ťažkosti. U detí sa môžu objaviť aj poruchy spánkového rytmu, stravovania či neorganická enuréza alebo enkopréza. Prvým varovným príznakom je však často zhoršený školský výkon, strata záujmu o učenie, nesústredenosť.

Puberta a adolescencia

Kolísanie nálad je pre obdobie dospievania typické. Je však dôležité nepodceniť ho a dokázať ho odlíšiť od rozvíjajúcej sa poruchy nálady. Klinický obraz poruchy nálady je už v tomto veku podobný dospelým. Môžeme pozorovať výrazný pokles nálady, únavu, negatívny sebaobraz, obavy z budúcnosti, zväznené prežívanie úzkosti alebo apatiu, beznádej, ktoré môžu viesť až k suicidálnym

úvahám alebo konaniu. V dôsledku týchto symptómov niekedy pozorujeme sekundárny abúzus psychoaktívnych látok alebo promiskuitné správanie.

2. Dopady na vzdelávanie

Psychické problémy akéhokoľvek druhu do veľkej miery ovplyvňujú všetky sféry života dieťaťa, nevynímajúc ani prostredie školy. Výchovu a vzdelávanie žiaka sťažujú nielen symptómy, ale aj dôsledky psychických ťažkostí, ako je pocit vyčlenenia z kolektívu, zhoršenie komunikačných zručností, pocit odlišnosti a iné.

Psychické poruchy sa prejavujú v mnohých oblastiach fungovania dieťaťa:

Emócie a nálada: V tejto oblasti je pozorovateľná zmena často najmarkantnejšia, zmeny na žiakovi môžu pozorovať učitelia aj spolužiaci. Čím je dieťa mladšie, tým väčšia je pravdepodobnosť, že sa psychické ťažkosti budú prejavovať aj na telesnej úrovni alebo budú telesnými ťažkosťami úplne prekryté. Avšak depresia a úzkostné poruchy sa so zvyšujúcim sa vekom budú častejšie prejavovať poklesom nálady, znížením sebadôvery, pocitmi viny alebo hanby, nihilizmom pri pohľade do budúcnosti, niekedy zvýšenými obavami o seba alebo druhých. Dieťa sa na vyučovaní začne menej prejavovať, utiahne sa do seba. Môžu byť na ňom pozorovateľné známky úzkosti ako tras, červenanie, dýchavičnosť, slabý očný kontakt, utiahnutý telesný postoj či neschopnosť prehovoriť pred autoritou alebo kolektívom rovesníkov. Pri niektorých úzkostných ťažkostiach dieťa zaplavuje komunikačný priestor svojimi sťažnosťami alebo obavami. Pri mánii je, naopak, nálada nadnesená, sebadôvera neprimerane vysoká, dieťa je bezstarostné, zaujaté svojimi plánmi. Niekedy možno pozorovať osciláciu ladenia od poklesu po nadnesenie. Striedanie nálad je v určitej miere prirodzené, pozornosť však učitelia a odborní zamestnanci musia zbystriť vtedy, keď u žiaka zaznamenajú preňho netypickú úroveň nálady.

Motorika: Pohyb dieťaťa s depresiou, úzkosťou alebo so psychosomatickým ochorením je najčastejšie pomalý, bez energie, dieťa sa ľahko vyčerpá, nevládze toľko ako pred rozvojom ťažkostí. Žiak s mániou je, naopak, motoricky nepokojný, má ťažkosti počas vyučovania obsedieť na svojom mieste, cíti sa plný energie. Motorický nepokoj prejavujúci sa neschopnosťou obsedieť však môže byť aj prejavom zaplavujúcej úzkosti, s ktorou si dieťa nevie poradiť.

Správanie: Žiak, ktorý prežíva nadmernú úzkosť alebo stres, je na vyučovaní často neistý, nesústredený, roztržitý, neprimerane sebakritický, nemotivovaný alebo apatický. To má vplyv na zhoršenie jeho vzdelávacích výsledkov.

Žiaci s problémami vyvolanými úzkosťou, strachom a stresom sa často vyhýbajú školskému prostrediu z dôvodu obavy z nových situácií, zo strachu z ohrozenia, neschopnosti sústrediť sa, strachu z názorov iných ľudí alebo z ich prítomnosti.

Somatické prejavy: U detí sa často prejavujú psychosomatické ťažkosti. Stres a nepohoda sa manifestujú napríklad ako bolesti brucha či iných orgánov, migrény, kŕče, nespavosť. Tento mechanizmus sa podieľa na mnohých absenciách a návštevách lekára s cieľom nájsť príčiny vysvetľujúce somatické ťažkosti.

Kognitívne procesy: Prejavy na rôznych úrovniach (únava, svalová slabosť, spavosť alebo problémy s gastrointestinálnym systémom) vo veľkej miere ovplyvňujú kognitívnu oblasť, najmä vo forme ťažkostí s pozornosťou, ale aj pamäťou, čo má za následok zhoršenie vzdelávacích výsledkov žiaka. Dieťa s depresiou, úzkostnou alebo so psychosomatickou poruchou často trpí spomalením psychomotorického tempa, čo ovplyvňuje jeho výkonnosť, nedarí sa mu držať krok s ostatnými

deťmi. Jeho výkonnosť sa znižuje kvantitatívne aj kvalitatívne. Zlyháva v písomných zadaniach, ktoré sú limitované časom. Vplyv psychických ťažkostí sa výrazne prejavuje v rozsahu celého trívia – písanie, čítanie, počítanie. Koncentrácia a tenacita pozornosti sú narušené, dieťa pôsobí, akoby sa nedokázalo na nič sústrediť. Môžeme pozorovať denné snenie, ale aj apatiu a odmietanie sústrediť sa na učenie, pretože sa mu to vidí márne a bezvýznamné. Prejavuje sa aj zhoršenie vstiepivosti do pamäti a neschopnosť vybavovať si už naučený materiál, čo pôsobí, akoby dieťa stratilo aj vedomosti, ktoré už malo osvojené. Môže ísť o tzv. depresívnu pseudodemenciu. Jej dôvodom nie je organické poškodenie centrálnej nervovej sústavy, ale neschopnosť podať svojim schopnostiam primeraný výkon v dôsledku oslabenia vôle a poklesu nálady. Oslabená je aj flexibilita myslenia, myšlienkové procesy sú rigidné, pretože zdroje energie sú obmedzené. Myslenie je stereotypné a nedôsledné. Tento pokles je, našťastie, na rozdiel od skutočnej demencie zvrátiteľný, odznieva spolu s ústupom emočných ťažkostí.

Hoci to môže vyznievať prekvapivo, kognitívne procesy sú u dieťaťa s mániou narušené podobne ako u dieťaťa s depresiou alebo úzkosťou, prílev energie sa neprejaví vo zvýšení výkonu, pretože dieťa robí množstvo chýb, nie je schopné koncentrovať sa na svoj výkon. Myšlienkový trysk a zvýšené sebahodnotenie často ovplyvňujú chod vyučovacieho procesu, učitelia môžu mať ťažkosti takéto dieťa usmerniť.

Dopady psychických porúch na kognitívne procesy, najmä v oblasti koncentrácie a tenacity pozornosti, sa môže javiť ako ADD alebo ADHD. Je dôležitá správna diferenciálna diagnostika týchto prejavov, aby dieťa dostalo adekvátnu pomoc.

Exekutívne funkcie: Oslabená je aj schopnosť plánovať svoje činnosti či inhibovať neželané impulzy. Dieťa s depresiou alebo úzkosťou nemá na riadenie svojich mentálnych procesov dostatok energie a kapacity. Dieťa s mániou je v plánovaní nedôsledné, nie je schopné dodržiavať požadované postupy, jeho stratégie sú skratkovité a nesystematické. Učitelia a odborní zamestnanci si všimnú zhoršenie organizácie práce dieťaťa, neschopnosť zabrzdiť sa v automatickom správaní, či už počas vyučovania, alebo počas prestávok v kontakte so spolužiakmi.

Vôľa: Napriek laickému presvedčeniu, že dieťa so psychickými ťažkosťami by sa malo snažiť pracovať na zlepšení svojho stavu, je táto možnosť obmedzená. Vôľové schopnosti sú rovnako ako mnohé iné schopnosti narušené a ich zlepšenie prichádza až veľmi pozvoľna.

Prejavy v sociálnej oblasti: Dieťa so psychickými ťažkosťami sa často začne vyhýbať spoločenskému kontaktu, neprejavuje záujem o spolužiakov a často sa tiež odťahuje od tých, ktorí si na ňom zmenu všimnú a snažia sa mu pomôcť. Dieťa s depresiou sa často považuje za zlé, nehodné záujmu a lásky druhých, bezcenné, neužitočné, hlúpe alebo nejakým spôsobom poškodené, nemá potrebu rozvíjať vzťahy, občas sa dokonca cíti previnilo, ak mu niekto venuje pozornosť. Niekedy však existuje osoba, ktorá s ním stále dokáže udržať kontakt. Môže ňou byť rovesník, rodič, výnimočne aj niekto z odborných alebo pedagogických zamestnancov. Dieťa s úzkostnou poruchou môže mať zo sociálneho kontaktu nadmerné obavy, môže sa zvýšene obávať najmä strápenia sa, neschopnosti prehovoriť, nevhodného správania a následného výsmechu. V sociálnych vzťahoch sa môže správanie úzkostných detí prejavovať vyhýbaním sa určitým osobám, sociálnym situáciám, skreslením sociálnej percepcie, zúžením sociálnej interakcie. Dôsledkom je vyhýbanie sa škole a skúšaniam pred celou triedou, odmietanie práce v skupine, niekedy záškoláctvo. Problém vymeškávania školskej dochádzky v prípade žiakov so somatickými ťažkosťami nemusí byť spôsobený iba sociálnou úzkosťou. Môže byť aj výsledkom hanby alebo aktuálneho zhoršenia fyzického stavu dieťaťa. Ďalším z dôvodov sa môže stať oslabenie imunity, ktoré sa s niektorými psychickými problémami spája.

Rizikové správanie a sebaškodovanie: V staršom školskom veku môžu emocionálne ťažkosti viesť k nadužívaniu alkoholu, tabaku alebo iných psychoaktívnych látok, čo tiež negatívne vplyva na

výchovný a vzdelávací proces žiaka. Za rizikové správanie možno považovať aj epizódy hladovania alebo prejedania sa, ktoré môžu súvisieť s poruchami nálad alebo príjmu potravy.

Veľmi dôležité je všímať si aj sebapoškodzovanie v zmysle rezania sa, pálenia sa, prepichovania kože, škrabania sa až do krvi, bitia sa či iného. Deti cez ne môžu prejavovať hlbokú bolesť, ktorú nedokážu uvoľniť inak ako ublížením si, na čo organizmus reaguje vylučovaním opioidov. Cez tento mechanizmus si dieťa aspoň chvíľkovo uľaví od emočného utrpenia. Pedagogickí alebo odborní zamestnanci by mali na túto možnosť myslieť, ak pozorujú, že dieťa nosí aj v teplom období dlhé oblečenie, na telesnú výchovu sa prezlieka tak, aby ho ostatní nemohli vidieť, má nápadne často škrabance alebo iné poranenia, ktoré môže zľahčovať („Poškriabala ma mačka“ atď.).

3. Diagnostika

Diagnostika psychických problémov u detí je vzhľadom na variabilitu príznakov náročnejšia ako u dospelých. Identifikácia týchto ťažkostí je však vzhľadom na potrebu intervencie nevyhnutná. Vzhľadom na náročnosť ich presnej diagnostickej identifikácie je dôležité uplatňovať viaceré diagnostické prístupy a využívať rôzne zdroje diagnostických informácií. V školskom prostredí realizuje školský psychológ orientačnú diagnostiku pozostávajúcu z rozhovoru a administrácie dotazníkov, prípadne projektívnych techník. V poradni realizuje psychológ komplexné psychologické vyšetrenie. Výsledkom komplexných vyšetrení, ktoré dieťa/žiak absolvuje, je správa z diagnostického vyšetrenia. Dieťa/žiak a rodič/ZZ sú o výsledkoch vyšetrenia a možnosti ďalšej poskytovanej odbornej starostlivosti informovaní v osobnom rozhovore. Záver z vyšetrenia má obsahovať informácie, ktoré vytvoria čo najpresnejšiu predstavu o špecifikách dieťaťa/žiaka/študenta, vplyv individuálnych ťažkostí na jeho výkony a taktiež má zachytiť a poukázať na silné a slabé stránky dieťaťa/žiaka/študenta. 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.

Anamnestický a diagnostický rozhovor

Primárnym zdrojom informácií je anamnestický a diagnostický rozhovor s dieťaťom alebo jeho zákonným zástupcom. Optimálne je informácie získavať od dieťaťa a zároveň od jeho zákonného zástupcu, vhodné je získať informácie aj z prostredia školy (napr. od triedneho učiteľa).

Anamnestický rozhovor má za cieľ identifikovať životné udalosti a predispozície, ktoré by mohli mať vplyv na psychické ochorenie. V prípade detí predškolského veku ho preto vedíme s rodičmi, u detí v mladšom školskom veku a starších získavame informácie od dieťaťa samotného i od jeho rodičov či iných zákonných zástupcov. Sledujeme, koľko informácií vie o sebe samotné dieťa, a ktoré informácie sme museli získať od rodičov. Pýtame sa na priebeh tehotenstva (zistujeme napríklad výskyt užívania alkoholu v tehotenstve, či bolo dieťa chcené, ako matka tehotenstvo prežívala, akú mala podporu v okolí, aké ochorenia počas tehotenstva prekonala, alebo či sa vyskytli nejaké komplikácie...), pôrod a popôrodné ťažkosti, zdravotné ťažkosti a úrazy, závažné rodinné udalosti, ktoré by mohli mať vplyv na dieťa. Často je užitočné pýtať sa postupne na jednotlivé životné obdobia, pretože pri všeobecnej otázke na celý doterajší život dieťaťa môžu rodičia opomenúť z ich pohľadu nevýznamné udalosti či záležitosti pre nich každodenné, no z nášho pohľadu potenciálne dôležité.

Pri diagnostikovaní psychických problémov je potrebné primárne poznanie podrobnej osobnej, rodinnej, sociálnej a zdravotnej anamnézy dieťaťa. Pri zisťovaní anamnézy je nutné zameranie na interpersonálne vzťahy dieťaťa/žiaka, či už v rodine, školskom prostredí, ale aj širšom sociálnom okruhu.

V anamnestickom rozhovore sa snažíme identifikovať rizikové faktory podieľajúce sa na zvýšenom riziku rozvoja úzkostnej, afektívnej alebo psychosomatickej poruchy. Medzi tie radíme:

- výskyt duševného ochorenia v rodine dieťaťa (genetická predispozícia),
- nestabilné domáce prostredie a konflikty v ňom,
- nepriaznivú ekonomicko-sociálnu situáciu rodiny,
- absenciu bezpečnej vzťahovej osoby,
- problémy vo vzťahoch s rovesníkmi,
- zmeny v živote dieťaťa (sťahovanie, rozvod rodičov, choroba alebo úmrtie niekoho blízkeho, hospitalizácia dieťaťa alebo vzťahovej osoby),
- zhoršenú adaptáciu na predškolské a školské zariadenie,
- výsmech alebo šikanu,
- týranie,
- sexuálne zneužívanie,
- sociálnu izoláciu,
- dlhodobo oslabenú schopnosť zvládať stres,
- traumatické udalosti v anamnéze.

Nezabúdame ani na identifikáciu protektívnych faktorov, pretože tie nám môžu pomôcť pri ďalšej práci s dieťaťom:

- stabilné domáce prostredie,
- záujmové aktivity,
- bezpečná vzťahová osoba v rodine a/alebo škole,
- dobrý priateľ,
- vnútorná sila,
- doteraz využívané copingové stratégie.

V diagnostickej časti rozhovoru sa zameriavame na zachytenie aktuálnej symptomatiky. Jasne odlišujeme aktuálny stav a zachytávame zmenu oproti bežnému fungovaniu. Niektoré deti sú napríklad prirodzene hlbavé, a tak hlbavosť nemusí byť symptómom depresie, zatiaľ čo iné deti sú prirodzene extrovertné a aktuálna hlbavosť už môže byť interpretovaná ako symptóm. Pri jednotlivých ťažkostiach zisťujeme aj ich hĺbku a dĺžku ich trvania, čo nám môže pomôcť posúdiť závažnosť ťažkostí. Rozhovor vedíme dieťaťu zrozumiteľným jazykom, s prihliadnutím na vek a kultúrne špecifické aspekty. U mladších detí môžeme rozhovor viesť hravou formou, ťažkosti ilustrovať na hračkách (bábikách alebo plyšových hračkách). V rozhovore s pedagogickými a odbornými zamestnancami v škole sledujeme ich postrehy týkajúce sa prejavov dieťaťa počas vyučovacích hodín a prestávok.

Pedagógovia a odborní zamestnanci školy majú možnosť pozorovať príznaky nadmernej úzkosti, strachu alebo stresu počas vzdelávacieho procesu. Pedagóg si môže všimnúť rôzne fyziologické alebo psychické príznaky nadmernej úzkosti, strachu alebo stresu u žiaka, napr. tras, dýchavičnosť, červenanie, nadmerné potenie, poruchy reči, neschopnosť prerušiť vykonávanú rutinnú činnosť, nutkavé opakovanie činností, roztržitosť, nervozitu, zjavnú únavu, záchvaty hnevu alebo výrazné emocionálne zmeny.

3.1. Diagnostika v školskom prostredí

Podnetom na psychologické vyšetrenie možného rozvoja psychickej poruchy v školskom prostredí môže byť pozorovanie rodiča, učiteľa alebo informácie od spolužiakov. Rodič sa môže so psychológom podeliť o obavy o dieťa, pretože si na ňom všimne zmeny, napríklad časté sťažnosti na

somatické ťažkosti (bolesti hlavy alebo brucha), nechúť dieťaťa chodiť do školy, apatiu, pokles nálady, zvýšenú mieru úzkosti či iné. Učiteľ si môže počas vyučovania všimnúť únavu, neschopnosť dieťaťa sústrediť sa, apatiu, niekedy však aj nadmernú podráždenosť, melanchóliu. O takýchto pozorovaných zmenách môžu referovať aj spolužiaci dieťaťa.

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 (ďalej ŠPT) alebo školský OZ, ak škola nemá ŠPT, v úzkej spolupráci s pedagógmi 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 iných individuálnych charakteristík či zo životných podmienok dieťaťa/žiaka. Slúži ako nevyhnutný predpoklad na prípravu odborných intervencií 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 rodinnom prostredí. Pri svojej práci môže pozorovanie realizovať priamo v triede a získať pomocou ratingových a sociometrických nástrojov dôležité informácie o skupine detí/žiakov, o postavení dieťaťa/žiaka v skupine a jeho schopnosti kooperovať. Z rozhovoru so žiakom, prípadne jeho rodičom môže zistiť údaje o prežívaní dieťaťa, o jeho nálade, zvládaní stresu, jeho záujmoch, o miere zapojenia sa v rodine aj v skupine rovesníkov, o jeho rovesníckych vzťahoch.

3.2. Komplexné psychologické vyšetrenie

Komplexné diagnostické vyšetrenie v poradenskom zariadení má poskytnúť informácie a opis relevantných kognitívnych, osobnostných, rodinných, sociálnych a zdravotných aspektov prežívania a správania dieťaťa, ktoré sú nevyhnutné na diagnostický a diferenciálno-diagnostický obraz psychických problémov a následnú formuláciu intervenčných a podporných opatrení.

Komplexné diagnostické vyšetrenie žiaka so psychickými problémami je realizované v poradenskom zariadení. Zamiera sa predovšetkým na diagnostiku osobnostných, emocionálnych, kognitívnych asociálnych aspektov jeho psychického vývinu. Tie odhaľujeme pomocou rozhovoru, projektívnych techník, výkonových testov a dotazníkov.

Dôležitá je vhodná kombinácia diagnostických metód. Diagnostický a anamnestický rozhovor tvoria základnú úvodnú časť poskytujúcu priestor pre nadviazanie vzťahu a aj pozorovanie dieťaťa. Psychológ si už v tejto časti môže vytvárať hypotézy o dlhodobých osobnostných charakteristikách dieťaťa, jeho aktuálnom stave a jeho príčinách. Tie potom overuje použitím výkonových testov, projektívnych techník a dotazníkov.

Projektívne techniky

Diagnostiku emocionálnych ťažkostí je vhodné doplniť o projektívne metódy. Oproti dotazníkom majú tú výhodu, že dieťa sa pri nich nemôže štylizovať do podľa neho žiaduceho obrazu, pretože mu nie je jasné, aké informácie z nich ťažíme, zatiaľ čo v prípade dotazníkov je to často zrejmé. Na zmapovanie vnútorného sveta a identifikáciu aktuálneho emocionálneho stavu dieťaťa môžu byť použité:

- Kresba ľudskej postavy (T-76),
- Kresba stromu,
- Kresba rodiny,
- Kresba začarovanej rodiny,
- Dom – strom – osoba,
- TAR: Test apercepce ruky (T-167),
- TAT: Tematický aperpečný test,
- ROR: Rorschachov test (T-39),
- LKD: Lüscherova klinická diagnostika (T-171),
- CATO (T-106),
- Nedokončené vety,
- Projektívne interview (T-93),
- Rodinná doska,
- Test rozprávok (T-307),
- Asociačný experiment (T-159),
- Test ruky (T-167),
- Bar-Ilan semiprojektívny test,
- Sémantický výber,
- Scénotest a ďalšie.

V praxi sa osvedčuje najmä práca s kresbovými projektívnymi technikami, v ktorých možno hodnotiť prejav dieťaťa a stvárnenie kresby (snaha dieťaťa alebo povrchnosť pri kreslení, množstvo investovanej energie, uvoľnenie alebo napätie pri kresbe, primeranosť stupňa vývoja kresby a pod.), ako aj obsahové ukazovatele (niektoré prvky sa využívajú ako indikátory emočných ťažkostí, ktoré je však nutné overiť aj inými metódami).

Ako vhodné sa javia aj verbálne projektívne techniky, pri ktorých sa prejavujú presvedčenia detí o sebe, druhých a všeobecne o svete. Administrácia niektorých je časovo náročná a vyžaduje príslušné vzdelanie (TAT, ROR), niektoré sú však výpovedné a zároveň časovo nenáročné (Test nedokončených viet).

Komplexné informácie o motivácii, konfliktoch, postojoch a vzťahoch dieťaťa poskytuje Projektívne interview.

Dotazníky

Pre vznik a rozvoj emocionálnych ťažkostí sa ukazujú ako významné predovšetkým aspekty introverzie a emocionálnej instability osobnosti dieťaťa. Ďalšími dôležitými osobnostnými vlastnosťami, ktoré môžu indukovať vznik emocionálnych ťažkostí, sú úzkostlivosť, vzťahovačnosť, iritabilita, nízka frustračná tolerancia, vysoká intenzita vnútorného prežívania, nízka rezistencia voči emociogénnym podnetom, vzťahovačnosť a ďalšie. Avšak ani všetky z týchto charakteristík vyskytujúce sa u dieťaťa naraz nemusia znamenať, že dieťa trpí psychickým ochorením. Prítomnosť psychickej poruchy je u dieťaťa potvrdená na základe hodnotenia a posúdenia aktuálneho stavu, nie osobnostných charakteristík.

Pri administrácii dotazníkov myslíme na to, že ich cieľ je najmä u starších detí ľahko čitateľný, ponúkajú teda množstvo priestoru na sebaštylizáciu, bagatelizáciu alebo, naopak, agravovanie ťažkostí. Aj zachytenie takýchto javov má však diagnostický význam.

Na vyšetrenie osobnostných charakteristík sa používajú:

- osobnostný dotazník pre deti B-J. E. P. I.: Junior Eysenck Personality Inventory (T-21),

- osobnostný dotazník pre deti CPQ: Children's Personality Questionnaire (T-79),
- osobnostný dotazník pre mládež HSPQ: HighSchool Personality Questionnaire (T-88),
- osobnostný dotazník KUD (T-20),
- osobnostný dotazník DOPEN (T-61),
- 16 PF: 16-faktorový osobnostný dotazník (T-23),
- TE-ZA-DO: temperamentovo zameraný dotazník (T-104),
- dotazník SPARO (T-261),
- dotazník BAROM (T-262),
- dotazník SUPSO (T-264),
- dotazník VAPO: Vlastnosti a prejav osobnosti (T-305),
- NEO FFI: päťfaktorový osobnostný inventár,
- Osobnostný dotazník pre deti (T-79),
- MMPI: Minnesotský multifázový osobnostný inventár (T-151),
- PROS: Profil osobnosti (T-255),
- KSAT: Škála klasického strachu, sociálne-situačnej anxiety a trémy (T-85),
- ŠAD: Škála na meranie úzkosti a úzkostlivosti u detí (T-164),
- STAI: Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti (T-161),
- CMAS: Children's Manifest Anxiety Scale,
- Inventár potrieb (T-206),
- SPAS: Dotazník sebapoňatia školskej úspešnosti detí (T-216),
- DMV: Dotazník motivácie k výkonu (T-161),
- FOD: Freiburský osobnostný dotazník (T-169),
- Rogersov dotazník prispôsobivosti pre deti (T-47),
- 8SG: Dotazník 8 stavov (T-147),
- STAS: Škály na meranie hnevливosti a nahnevanosti (T-135) a iné.

Dotazníky je všeobecne potrebné používať až vtedy, keď sme si istí, že dieťa je schopné porozumieť ich položkám a vyplňaniu. Pri opise vlastnosti osobnosti na prvom stupni ZŠ je možné využiť B-J. E.P.I., CPQ, u starších detí HSPQ, 16PF, NEO FFI, KUD.

Na zachytenie depresívnej symptomatiky sa používa CDI [dotazník má nesprávne vypočítané normy (Kovács), vyhodnocovať ho preto možno iba kvalitatívne], pri úzkostných prejavoch KSAT, STAI, CMAS.

Pri niektorých ťažkostiach je vhodné diagnostiku doplniť o metódy zisťujúce postoj dieťaťa k vlastnému telu. Na to sa využíva napr.:

- Rosenbergova škála sebahodnotenia,
- Rohnerova škála sebahodnotenia dieťaťa,
- Dotazník spokojnosti s telom,
- Dotazník zisťujúci rizikové správanie vo vzťahu k vlastnému telu a iné.

Na rozvoji psychických ťažkostí sa môžu podieľať aj narušené vzťahy. Na zisťovanie vzťahov dieťaťa je možné využiť štandardizované metódy, ktoré sa zameriavajú na rodinné alebo rovesnícke vzťahy. Na skúmanie vzťahov dieťaťa v rodine, ale aj v širšom sociálnom okruhu môžu byť administrované:

- ICL: Interpersonal Checklist (T-113),
- SIPO: Dotazník interpersonálnych hodnôt (T-265),
- Dotazník DUSIN – Postoje a prežívanie (T-266),
- Bellov dotazník prispôsobivosti (T-46),
- Dotazník na zisťovanie spôsobu výchovy v rodine (T-17),

- Test rodinného zázemia (T-101),
- Test rodinných vzťahov (T-210),
- FES-R: Škála rodinného prostredia (T-199) a iné.

Tie sa orientujú na interakčný vzťah k rôznym sociálne exponovaným kontextom dieťaťa/žiaka. Na preskúmanie sociálnych vzťahov v triede je vhodná administrácia metód:

- SORAD: Socio-metrický ratingový dotazník (T-118),
- DSA: Dotazník sociálnej akceptácie (T-203),
- diagnostika výskytu atypických prejavov sociálneho a školského správania (T-184).

Výkonové testy

Na predikciu vzdelávacích ťažkostí dieťaťa/žiaka sa využívajú diagnostické nástroje zisťujúce úroveň všeobecných rozumových a parciálnych schopností. Medzi najpoužívanejšie patria:

- WISC-III-SK: Wechslerov inteligenčný test pre deti III,
- IST – 2000 R: Amthauerov test štruktúry inteligencie,
- ISA: Analýza štruktúry inteligencie (T-309),
- WJIE II: Test kognitívnych schopností Woodcock-Johnson,
- K-ABC: Kaufman Assessment Battery for Children,
- S-B IV. revízia: Stanford-Binetov test (T-35).

Medzi kognitívne oblasti najviac ovplyvnené psychickými ťažkosťami dieťaťa patria najmä pozornosť a pamäť. Pri zisťovaní miery týchto dispozícií je nutné si uvedomiť, že znížené výsledky môžu svedčiť o prejave aktuálnej mentálnej výkonnosti, nie o skutočnej kognitívnej kapacite. Využitie môžu byť metódy:

- Číselný štvorec (T-3),
- Číselný obdĺžnik (T-81),
- TMT: Test cesty (T-41),
- Test koncentrácie pozornosti (T-52),
- DRČ: Disjunktívny reakčný čas (T-66),
- BOPR: Bourdonov test (T-78),
- TOMAL: Test of memory and learning,
- PTU: Pamäťový test učenia (T-95),
- BVRT: Bentonov test vizuálnej retencie a ďalšie.

Výkonové testy zaraďujeme iba v prípade podozrenia, že na zhoršenom prospechu sa môžu podieľať aj iné faktory ako emocionálne ťažkosti. Administrácia výkonových testov pre dieťa s emočnou poruchou v akútnej fáze predstavuje značnú záťaž a môže prispieť k ďalšiemu prehĺbeniu nespokojnosti so sebou, pocitu hanby či neschopnosti. Pri rozhodovaní o ich administrácii je dôležité zvážiť toto riziko.

Celkový obraz o psychických ťažkostiach dieťaťa a ich primárnu alebo sekundárnu súvislosť so školskými výkonmi je možné zisťovať aj pomocou analýzy výsledkov školskej činnosti, napr. hodnotením kresieb žiaka, jeho školských dokumentov a iných. Pri interpretácii výsledkov je nevyhnutné vychádzať zo špecifik ontogenetického vývinu a odlíšiť bežné prejavy správania od disharmonického vývinu dieťaťa.

Odborný zamestnanec sa na základe výsledkov diagnostiky vyjadrí na účel poskytnutia podporného opatrenia. Vyjadrí 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.

3.3. Diferenciálna diagnostika psychických porúch

V prípade podozrenia na rozvoj závažnej psychickej poruchy (najmä poruchy vyžadujúcej medikáciu) navrhuje odborný zamestnanec vyšetrenie klinickým psychológom, prípadne lekárom, pedopsychiatrom, ktoré v prípade potreby môže byť doplnené o neurologické a endokrinologické vyšetrenie.

Psychologické vyšetrenie vykonané v škole alebo poradenskom zariadení by v rámci diferenciálnej diagnostiky malo podrobne opísať a odlíšiť spúšťače psychických ťažkostí, ich prejavy, ako aj vplyv na emocionálny život a správanie dieťaťa. Z výsledkov diferenciálnej diagnostiky je nutné v spolupráci odborných a pedagogických zamestnancov spolu s lekármi stanoviť vhodné intervenčné stratégie.

Z hľadiska diferenciálnej diagnostiky je tiež dôležité, že v niektorých prípadoch môže nápadný prejav žiaka znamenať problémy v rodine (alkoholizmus alebo iné závislosti, fyzické či emocionálne týranie, prípadne zanedbávanie dieťaťa alebo blízkeho rodinného príslušníka, sexuálne zneužívanie a pod.). V tomto prípade je niekedy potrebná aj spolupráca s orgánmi sociálnoprávnej ochrany detí. Podľa zákona o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon č. 305/2005 Z. z.) platí, že ak má ktokoľvek, nielen zamestnanec školy, podozrenie, že starostlivosť o dieťa je zanedbávaná alebo že sú porušované jeho práva a ohrozený zdravý psychický, fyzický a sociálny vývoj, musí to oznámiť, a to aj anonymne. Orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately situáciu preverí a podľa zistení prijme opatrenia.

V rámci diferenciálnej diagnostiky je potrebné myslieť aj na to, že niektoré prejavy (napríklad zhoršený intelektový výkon a nesústredenosť) môžu súvisieť aj s inými ťažkosťami, napríklad ADD či ADHD. Je preto dôležitá podrobná anamnéza a porozumenie ťažkostiam. Psychológ pri tom myslí na to, že u dieťaťa sa môže v dôsledku neschopnosti vyrovnávať sa s ADD či ADHD sekundárne rozvinúť duševná porucha v zmysle depresie alebo úzkosti, ale porucha pozornosti môže byť „iba“ symptómom duševnej poruchy (v tomto prípade nebola u žiaka prítomná pred nástupom afektívnej symptomatológie).

4. Nepriame intervencie

Medzi nepriame intervencie zaraďujeme tie, ktoré vykonávajú odborní zamestnanci školy alebo poradenského zariadenia s cieľom zvýšiť efektivitu priamych intervencií. Zapojenie rodičov, pedagógov alebo spolužiakov môže zvýšiť šancu na úspešné zvládnutie emočných ťažkostí dieťaťa.

4.1. Nepriame intervencie prostredníctvom rodiča

Školský psychológ alebo psychológ v poradenskom zariadení už pri prvom diagnostickom rozhovore s rodičmi nadväzuje vzťah, aby ich prostredníctvom mohol pôsobiť na dieťa samotné. Na základe získaných informácií môže rodičov edukovať o možnostiach liečby a iných intervencií, odporučiť ďalšiu odbornú starostlivosť o dieťa. Môže im poskytnúť kontakty na zdravotnícke zariadenia alebo iné odborné pracoviská. Rodičov oboznamuje s možným vplyvom ťažkostí na osobný, rodinný a sociálny život dieťaťa a ponúka im možnosti spolupráce na základe závažnosti jeho psychického stavu.

V rámci nepriamych intervencií je žiaduce, aby psychológ, ale aj iní odborní zamestnanci školy a poradenských zariadení edukovali rodičov v oblasti efektívnej komunikácie s dieťaťom, ventilácie emócií, akceptácie emocionálnych prejavov, porozumenia príčin zmien emocionálneho prežívania a nálad dieťaťa, vytvárania a posilnenia stabilných a vrúcnych rodinných vzťahov. Rodičia by mali byť oboznámení s dôležitosťou rozhovorov zameraných na aktuálne prežívanie ich dieťaťa a efektívne riešenie konfliktných a záťažových rodinných situácií. Pre dieťa s emocionálnymi ťažkosťami je podstatné, aby s ním rodičia trávili dostatočné množstvo času a venovali sa aktivitám, ktoré sa podieľajú na zdravom psychickom vývine ich dieťaťa, pričom musia dbať na aktuálny stav dieťaťa (rozhovory, hrové aktivity či spoločenské aktivity v čase, keď dieťaťu nespôsobia úzkosť a iné).

V prípade, že psychológ zistil, že psychické ťažkosti dieťaťa súvisia s nedostatkom sebavedomia, edukuje rodičov o možnostiach podpory jeho upevňovania. Vysvetľuje im, ako dieťa zdravým spôsobom podporovať (balansovanie medzi prílišnou kritickosťou a hyperprotektivitou), zrkadliť v stabilnom vzťahu a vytvárať mu priestor na sebarealizáciu.

Psychológ v škole alebo poradenskom zariadení môže rodičov edukovať aj o dôležitosti sledovania začínajúcich príznakov psychických ťažkostí dieťaťa pre prípad, že by mali tendenciu sa opakovať. Môže ich poučiť o prvých, nenápadných prejavoch depresie, mánie, úzkosti, porúch príjmu potravy či iných. Môže s nimi prebrať aj spôsoby, ako s dieťaťom o jeho ťažkostiach komunikovať, ako je podstatné, aby boli k dieťaťu úprimní, no zároveň rešpektujúci a podporujúci.

Odborní zamestnanci školy alebo poradne, najmä psychológ, by sa mali s rodičmi pravidelne stretávať a informovať sa o tom, ako rodičia dieťa vnímajú, či si na ňom všímajú zmeny, a viesť ich k premýšľaniu nad tým, aby hľadali vlastné spôsoby pomoci dieťaťu. V rodinách s dieťaťom so psychickým ochorením sa rodičia často navzájom obviňujú, sebaobviňujú a cítia sa zneistení, čo sa týka ich rodičovských schopností. Dieťa so psychickými ťažkosťami však potrebuje stabilných rodičov, je preto vhodné ich sebadôveru podporiť. Jednou z ciest podpory dieťaťa je preto práve práca s rodičmi. Tá môže byť najmä u mladších detí v prípade problematickej výchovy alebo patogénnej vzťahovej väzby dôležitejšia ako práca so samotným dieťaťom.

Ak odborný zamestnanec usúdi, že je dôležité, aby rodič sám dostal adekvátnu starostlivosť (všíma si na ňom známky psychických ťažkostí), môže ho podporiť vo vyhľadaní pomoci pre seba samého – psychologickú, psychoterapeutickú, psychiatrickú či inej. Môže mu poskytnúť zoznam psychológov, psychoterapeutov, psychiatrov v danej oblasti, prípadne ho nasmerovať na organizácie poskytujúce podporu (IPčko, Liga za duševné zdravie či iné linky podpory).

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, svojpomocnej skupiny. Prispievajú k získavaniu informácií o problematike psychických porúch, symptomatológii, možnostiach efektívnych výchovných postupov a zároveň vytvárajú priestor na emocionálne vyjadrenie a porozprávanie sa o ťažkostiach s inými účastníkmi skupiny s podobnými problémami.

Dôležité sú aj tréningy rodičovských zručností zamerané na nácvik zmien vo výchovnom pôsobení, identifikovanie problémových situácií, podporu interakcie medzi rodičom a dieťaťom, podporu emocionálnej regulácie dieťaťa, zvládanie 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. Je možné spolupracovať aj s neziskovými organizáciami, ku ktorým môžeme rodičov odosielať (OZ Návrat, Liga za duševné zdravie), alebo s inými odborníkmi špecializujúcimi sa na prácu s rodinou (napríklad referáty poradensko-psychologických služieb pri ÚPSVaR).

Na Slovensku, prípadne v Česku sú dostupné tieto osvedčené programy na vzdelávanie a tréning rodičov: P.E.T. Výchova bez porazených (Gordon), Filiálna terapia – tréning rodičovských zručností (Landreth), Efektívne rodičovstvo (Dinkmeyer a McKay), Rešpektovať a byť rešpektovaný (Kopřiva, Kopřivová, Nováčková, Nevolová), Program pozitívneho rodičovstva, tzv. Triple P. Inšpirovať sa pri zostavovaní tréningov rodičovských zručností možno aj z programu Kruh bezpečného rodičovstva (Hoffman, Cooper, Powell), ktorý vyšiel knižne.

4.3. Nepriame intervencie prostredníctvom školského prostredia

Na zvládnutí afektívnych porúch sa v školskom systéme podieľajú odborní aj pedagogickí zamestnanci. Prepája ich školský psychológ tak, aby bolo zabezpečené adekvátne vzdelávanie žiaka. V spolupráci so školským špeciálnym pedagógom pracuje na vyhotovení individuálneho výchovno-vzdelávacieho plánu. Pedagógov vedie k tomu, aby primerane poznali relevantné aspekty, ktoré môžu pôsobiť na výchovno-vzdelávací proces žiaka so psychickými problémami. Žiak so psychickými problémami nesmie byť vystavovaný sociálnemu tlaku prostredníctvom vynútenej sociálnej expozície a v prípade výskytu šikanovania v triede musí pedagóg situáciu bezodkladne riešiť (podľa smernice č. 36/2018 k prevencii a riešeniu šikanovania detí a žiakov v školách a školských zariadeniach MŠ SR).

Odborní zamestnanci motivujú pedagógov, aby s nimi pri riešení výchovných a vzdelávacích problémov aktívne spolupracovali. Vedú pedagógov vzdelávajúcich žiakov so psychickými problémami k poskytovaniu primeranej emocionálnej podpory a k nastaveniu primeraných vzdelávacích požiadaviek v období, keď žiak nie je schopný pre svoje ťažkosti podávať adekvátny výkon. Tu môže byť dôležité edukovať pedagógov o prekážkach vo vzdelávaní, ktoré žiakovi spôsobujú jeho psychické ťažkosti. Medzi tieto prekážky patrí napr. oslabená pozornosť, psychomotorický útlm a ospalosť spôsobená medikáciou, zvýšená intrapsychická tenzia pri práci pred triedou, vyhýbanie sa skupinovým aktivitám, nižšia frustračná tolerancia a ďalšie. Poznanie osobnej, rodinnej, zdravotnej a sociálnej anamnézy dieťaťa môže pedagógovi pomôcť efektívne s ním pracovať. Je dôležité, aby pedagóg v kontakte s dieťaťom alebo jeho rodičmi pracoval iba s informáciami, ktoré od nich získal on sám. Odborní zamestnanci, najmä psychológ, sú viazaní mlčanlivosťou a o nadobudnutých informáciách by s pedagógmi nemali hovoriť – mohli by stratiť dôveru dieťaťa alebo jeho rodičov, čo by nepriaznivo ovplyvnilo poradenský alebo terapeutický proces. OZ podávajú pedagógom všeobecné informácie, vysvetľujú súvislosti a dosah psychickej poruchy tak, aby u nich podporili porozumenie žiakovi.

Psychológ a školský podporný tím vedie pedagógov k tomu, aby boli vnímaví, empatickí a prístupní spätnej väzbe od žiakov a ich rodičov. A taktiež k tomu, aby vo výchovno-vzdelávacom procese podporovali žiaka pozitívnym hodnotením jeho vzdelávacieho úsilia. Počas triednických hodín, pri ranných kruhoch alebo v školskom klube môžu realizovať aktivity zamerané na zvyšovanie sebavedomia a korekciu vzťahov v triednom kolektíve, napr. na podporu spolupráce, tolerance, empatie a iných oblastí.

Školský špeciálny pedagóg v spolupráci s pedagogickými, odbornými zamestnancami a rodičmi pracuje na metodike rozvoja vzdelávania žiaka so psychickými problémami. Priebežne hodnotí

efektivitu vzdelávania (napríklad na základe vykonávania hospitácií v triede žiaka) a upravuje podľa aktuálnych potrieb jeho individuálny výchovno-vzdelávací plán. Na základe odporúčaní z poradenského zariadenia, priamej komunikácie so žiakom a na základe odporúčaní ostatných odborných zamestnancov vytvára školský špeciálny pedagóg pre pedagogických zamestnancov individuálny výchovno-vzdelávací plán, v ktorom sú zahrnuté odporúčania na zmenu alebo úpravu vzdelávacích foriem.

Sociálny pedagóg sa zameriava na identifikáciu sociálnych potrieb žiaka a na analýzu jeho sociálnych vzťahov. V spolupráci so školským psychológom sa zameriava na zlepšovanie sociálnej atmosféry v triede žiaka a na prevenciu sociálno-patologických javov. Zároveň aktívne spolupracuje s rodičmi žiaka, ktorým poskytuje odborné poradenstvo, týkajúce sa sociálnych a rodinných aspektov života žiaka.

Školský podporný tím je v prípade potreby metodicky usmerňovaný poradenským zariadením, ktoré mu ponúka aj vzdelávanie a supervíziu v oblasti práce s deťmi a adolescentmi so psychickou poruchou.

4.4. Nepriame intervencie prostredníctvom triedneho kolektívu

V rámci nepriamej intervencie vykonáva školský psychológ alebo sociálny pedagóg aj psychosociálnu diagnostiku v triednom kolektíve žiaka. Vykonaním sociometrie je možné zmapovať postavenie žiaka so psychickými problémami v triede.

Je dôležité, aby školský psychológ v spolupráci s pedagógmi zabezpečil medzi spolužiakmi porozumenie ťažkostiam, ktoré dieťa, má a podporil súčinnosť triedy pri ich zvládaní. Primeraná sociálna akceptácia dieťaťa so psychickými problémami prispieva k seba prijatiu a k eliminácii jeho sociálnych ťažkostí. Akceptáciu žiaka v kolektíve dosahuje predovšetkým psychoedukáciou a zážitkovými skupinovými aktivitami, ktorých cieľom je zvýšiť empatiu, schopnosť porozumenia a prijatia spolužiaka trpiaceho duševnými problémami. Môže na to využiť rôzne preventívne programy pracujúce s prijímaním odlišností (u menších detí napr. Zippyho kamaráti, Kozmo a jeho dobrodružstvá, Druhý krok, u žiakov na druhom stupni programy podporujúce toleranciu a prijímanie inakosti či programy zamerané na duševné zdravie, zdravý životný štýl a konkrétne ťažkosti ako spracovanie smútku, napríklad Komunikujeme nenásilne).

Dôležité sú aj odborné aktivity zamerané na prevenciu rizikového správania v skupine žiakov, napr. na prevenciu šikanovania alebo v prípade starších žiakov na prevenciu užívania psychoaktívnych látok, prevenciu porúch príjmu potravy, prevenciu sebapoškodzovania a prevenciu sexuálneho zneužívania.

Existuje aj možnosť zriadiť pevnú alebo elektronickú schránku dôvery (ak v škole alebo v triede doteraz nefungovala), kde žiaci môžu anonymne opísať svoje prípadné ťažkosti, prípadne oznámiť, ak si myslia, že má ťažkosti ich spolužiačka alebo spolužiak.

Školský psychológ by mal tiež myslieť na to, aby v prípade záťažových potenciálne traumatizujúcich situácií (ako napríklad samovražda spolužiaka, dopravná nehoda...) vykonal alebo sprostredkoval v triednych kolektívoch krízovú intervenciu. V prípade záťažových období (ako napríklad pandémie covidu-19) je vhodné myslieť na detekciu potenciálne ohrozených detí – zúskostnených, trpiacich obavami, poklesom nálady či inými ťažkosťami, ktoré môžu, ale nemusia spĺňať kritériá psychickej poruchy a vyžadujú si intervenciu.

5. Priame intervencie

Za priame intervencie označujeme tie, ktoré využívame pri práci so samotným dieťaťom s cieľom vyvolať želanú zmenu. Radíme sem poradenstvo, terapiu a prevenciu.

5.1. Individuálna krízová intervencia

V prípade rozvoja akútnych ťažkostí je žiakovi poskytnutá na pôde školy alebo v CPP individuálna krízová intervencia s cieľom stabilizácie a vytvorenia krátkodobého plánu zvládania. Odborný zamestnanec do nej často prizýva aj ZZ dieťaťa, aby sa uistil, že oň bude adekvátne postarané.

5.2. Poradenstvo

Poradenstvo definujeme ako činnosť, pri ktorej vystupuje psychológ alebo iný odborný zamestnanec (napríklad liečebný alebo sociálny pedagóg) ako odborník, ktorý dieťaťu poskytuje podporu a sprevádzanie pri riešení aktuálnych ťažkostí, zameriava sa na prítomnosť a budúcnosť, zvládnutie konkrétnych ťažkostí pomocou konkrétnych postupov. Môže byť zamerané napríklad na redukciu psychickej tenzie, ktorá sa pri afektívnych poruchách často vyskytuje. Odborný zamestnanec dieťa sprevádza nácvikom relaxačných techník ako Jacobsonova progresívna relaxácia, Schultzov autogénny tréning či rôzne imaginačné cvičenia. Poradenstvo zároveň môže byť zamerané na zvládanie negatívnych emócií, posilnenie sebahodnotenia, povzbudenie pozitívnych záujmov. Môže ísť aj o rozvoj sociálnych zručností, komunikácie, získavanie nových sociálnych kontaktov a zvládanie záťažových situácií. Niekedy ide jednoducho o poskytnutie priestoru, ktorý môže dieťa využívať tak, ako ono samo podľa seba potrebuje. V poslednom prípade hovoríme o podpornom poradenstve. Na všetky tieto činnosti využíva odborný zamestnanec predovšetkým rozhovor, pri mladších deťoch hrovú alebo tvorivú činnosť. Môže sa oprieť aj o prácu s terapeutickými kartami či inými projektívnymi technikami, využívať postupy multisenzorickej terapie, terapie hrou a expresívne terapie.

Odborný zamestnanec poskytuje žiakovi emocionálnu podporu a vytvára bezpečný priestor na prácu s celou škálou emócií. Ak však ťažkosti žiaka prekračujú jeho kompetencie, neustále sa opakujú alebo prehlbujú bez dosiahnutia poradenského cieľa, odosiela žiaka do starostlivosti iného odborného zamestnanca kompetentného vykonávať psychoterapiu (psychológa alebo iného odborného zamestnanca so psychoterapeutickým výcvikom, prípadne klinického psychológa – psychoterapeuta).

5.3. Kariérové poradenstvo

Kariérový poradca na základe identifikácie aktuálnych profesijných záujmov žiaka predkladá žiakovi a zákonnému zástupcovi reálne možnosti ďalšieho štúdia/práce vzhľadom na aktuálny psychický stav, resp. kompenzáciu psychickej poruchy, ako aj na možný relaps emocionálnych ťažkostí. Pri zvýšených nárokoch môže aj u žiaka s dostatočnými predpokladmi na vybrané štúdium/profesiou dôjsť k prehĺbeniu ťažkostí a riziku zlyhania, prerušenia alebo predčasného ukončenia štúdia. Kariérový poradca informuje o náročnosti štúdia/profesie a možnostiach doplnenia vzdelania. Informuje dieťa a jeho rodičov/ZZ o prípadnom individuálnom pláne, môže tiež odporučiť návštevu školy s menším kolektívom žiakov, vysvetlí špecifiká jednotlivých študijných odborov tak, aby si dieťa vybralo ten, ktorý vníma ako primerane náročný. Konečná voľba je na žiakovi a jeho rodičoch/ZZ, čo kariérový poradca zdôrazňuje. Možnú recidívu ochorenia hodnotí výhradne psychiater alebo klinický psychológ.

5.4. Psychoterapia

Psychoterapia sa od poradenstva odlišuje dôrazom na emócie a prežívanie, jej fokusom je okrem prítomnosti a budúcnosti aj minulosť a jej vplyv na aktuálne ťažkosti. Viac ako poradenstvo sa okrem riešenia zameriava aj na porozumenie ťažkostiam (vhlád), korektívnu emočnú skúsenosť (zmenu v oblasti emočného prežívania), niekedy aj na zmenu v oblasti správania. Emočná korektívna skúsenosť je práve u detí veľmi podstatná, pretože prejavy psychických ťažkostí, ktoré majú, často súvisia s nespracovanými emočnými záťažami, ktorým ešte nemajú kapacitu veľmi porozumieť. Pri práci najmä s mladšími deťmi teda nekladíme až taký dôraz na porozumenie ako práve na emočné spracovanie (abreakcia a emočná korekčná skúsenosť), ktoré možno sprostredkovať cez spontánne aktivity s dieťaťom, hru, arteterapeutické, muzikoterapeutické a dramaterapeutické postupy, ale aj cez hrovú terapiu, sandplay a podobne. Deti sú často v bezpečnom vzťahu schopné svoje zážitky spracovávať na symbolickej úrovni.

Odborný zamestnanec vykonávajúci psychoterapiu s dieťaťom pracuje systematicky dlhodobo pomocou techník konkrétneho prístupu, ktorý má dôkladne osvojený, alebo pracuje pod supervíziou odborníka v určitom smere (hlbinná, kognitívne-behaviorálna, humanistická, existenciálna, integratívna, systemická, proces orientovaná terapia či iné).

Terapia psychických problémov často spočíva v kombinácii psychoterapie s farmakoterapiou. Dieťaťu sa teda niekedy dostáva starostlivosť aj mimo školského prostredia. Diferenciálnu diagnostiku psychických problémov vykonáva pedopsychiater, často v spolupráci s detským klinickým psychológom. S výsledkom komplexnej diagnostiky majú byť oboznámení všetci pedagogickí, odborní a zdravotnícki zamestnanci, ktorí sa podieľajú na procese odbornej starostlivosti o dieťa, ak s tým súhlasí dieťa samotné a súhlasia aj jeho zákonní zástupcovia. Je veľmi dôležité, ako školské alebo poradenské zariadenie zaobchádza s informáciami získanými o dieťati. Prístup musí byť citlivý a v súlade s etickými a morálnymi pravidlami. Samotnému dieťaťu má byť tiež primeranou formou vysvetlené, aké informácie, s kým a z akého dôvodu boli o ňom zdieľané.

5.5. Prevencia

V rámci univerzálnej prevencie sa so žiakmi pracuje na rozvoji sociálnych kompetencií, efektívnej komunikácie, zdravého sebedomia, podpore zdravých vzťahov v triednom kolektíve a ďalších. Slúžia na to preventívne programy ako Zippyho kamaráti, Kozmo a jeho dobrodružstvá, Akí sme a Komunikujeme nenásilne. Univerzálna prevencia je uplatniteľná už v kolektívoch mladších žiakov.

V rámci selektívnej prevencie sa pracuje predovšetkým s deťmi v období puberty a adolescencie, pretože práve u nich existuje zvýšené riziko rozvoja psychických porúch. Volí sa forma edukácie, diskusie a zážitkových aktivít. Cieľom aktivít je oboznámiť žiakov s problematikou duševného zdravia, predchádzať rizikovému správaniu, poruchám príjmu potravy, sebaublížovaniu a suicidálnemu správaniu, ako aj prevencia vzniku duševných porúch, destigmatizácia duševných porúch, podpora duševného zdravia a zdravého životného štýlu, zvládanie stresu a psychohygienu. Žiaci sú zároveň edukovaní o možnostiach pomoci v prípade prežívania emočných ťažkostí.

Ako príklad uvádzame preventívny program Ligy za duševné zdravie pre stredoškolačkov. Liga za duševné zdravie realizovala v rokoch 2007 – 2012 na mnohých stredných školách Program emočného vzdelávania stredoškolačkov. Preventívny program sa skladal z 2 vzdelávacích modulov: „Som v pohode. A ak nie...?“ a „Nikto nie je dokonalý...“.

Pilotnú fázu absolvovalo vyše 360 stredoškolských študentov. Pri evaluácii programu sa podarilo preukázať efektivitu programu vo všetkých sledovaných oblastiach, menovite: v znížení faktora

suicidality a vo významnom zvýšení viacerých konkrétnych vedomostí o duševnom zdraví a duševných poruchách a tiež stratégiách získania odbornej pomoci (Liga za duševné zdravie, link z 9. 12. 2021).

Informácie by mali byť žiakom dostupné v rámci primárnej komplexnej prevencie na školách. Za základné možno považovať tieto témy:

- zvládanie stresu, psychohygiena,
- duševné zdravie a duševná choroba,
- rizikové sexuálne správanie,
- sexuálne zneužívanie,
- užívanie psychoaktívnych látok
- poruchy príjmu potravy,
- úzkosť a depresia,
- psychosomatika,
- pomoc v prípade psychických ťažkostí.

Za špecifickú možno považovať tému sebapoškodzovania a samovražedného správania. Oboznamovať žiakov podrobne o tejto problematike sa považuje za rizikové. Informácie by mohli viesť k tomu, že si takéto správanie budú chcieť vyskúšať zo zvedavosti, no napokon sa u nich prejaví v patologickom miere. Z tohto dôvodu sa preventívne aktivity na túto tému nerealizujú v rámci univerzálnej prevencie, ale iba pri vybraných žiakoch, prípadne triedneho subsystemu, ktorý je považovaný za rizikový alebo uňho existuje podozrenie, že k rizikovému správaniu dochádza. Žiak alebo skupina žiakov môže napríklad dostať informáciu o internetovej poradni IPčko.sk, kde pracuje tím pripravený pomôcť im cestou online chatu alebo telefonicky v prípade potreby zvládnuť rizikové správanie, vytvára pre nich rôzne zvládacie stratégie (napr. Krabíčka bezpečia).

Preventívne aktivity alebo programy realizujú členovia školského podporného tímu, odborní zamestnanci poradenského zariadenia alebo aj rôzne občianske združenia (napr. OZ Integra, OZ Profkreatis, OZ Mládež ulice, Liga za duševné zdravie, Koordinačno-metodické centrum pre prevenciu násilia na ženách, OZ Anabell).

6. Príklad z praxe

Soňa, 17 ročná študentka strednej školy, prišla so svojou mamou do centra poradenstva a prevencie na odporúčanie psychiatra. Bolo to po mesiaci od prepustenia z dvojmesačného pobytu na psychiatrickej klinike. Hospitalizovaná bola pre sebapoškodzujúce správanie a suicidálne myšlienky, prepustená so záverom: epizóda ťažkej depresie s automutilačným správaním a so suicidálnymi myšlienkami na pozadí osobnosti s hraničnými rysmi.

Soňa bola pri prepustení nastavená na medikamentóznou liečbu a odporučená do ambulantnej psychiatrickej liečby. Okrem toho pravidelne navštevovala individuálnu aj skupinovú terapiu, kde jej bola poskytnutá dostatočná odborná starostlivosť.

Pre hospitalizáciu mala prerušené štúdium, ani po ukončení hospitalizácie nechodila do školy. Podľa informácií od matky sa Soňa snažila ráno vstať a ísť do školy, rána však pre ňu bývali z hľadiska jej depresie najnáročnejšie. Mama na odporúčanie psychiatra, u ktorého bola jej dcéra v ambulantnej starostlivosti, netlačila a nechala ju doma. Z uvedeného dôvodu nemohla byť v škole klasifikovaná.

Cieľom odbornej starostlivosti v centre poradenstva a prevencie bolo zorientovať sa v súčasných potrebách klientky a v tom, ako jej pomôcť zaradiť sa naspäť do vyučovacieho procesu na strednej

odbornej škole.

V rámci diagnostiky boli zozbierané anamnestické údaje a informácie od triednej učiteľky a výchovnej poradkyne.

Prvé stretnutie s klientkou bolo venované nadviazaniu vzťahu. Klientka sa zo začiatku javila anxiózne, bola nesmelá, uzavretá. Viac odpovedala na otázky, než by sama konverzáciu rozvíjala. Po prvom stretnutí sa viditeľne uvoľnila a bola schopná spolupracovať v testových situáciách.

Bolo uskutočnené **psychologické a špeciálno-pedagogické vyšetrenie** zamerané na diagnostiku intelektu a úroveň čitateľských schopností a písomného prejavu. Cieľom bolo posúdiť, ako nastaviť očakávania zo školy tak, aby na Soňu nebol vyvíjaný prílišný tlak, a ako nastaviť priame intervencie.

Záver vyšetrenia preukázali, že aktuálny intelektový výkon klientky sa nachádza v strednom pásme priemeru a úroveň čitateľských zručností a písomného prejavu je podľa špeciálno-pedagogických kritérií profilovaná v rámci normy. Bolo zjavné, že ťažká medikácia priamo negatívne vplývala na pozornosť a krátkodobú pamäť, rýchlosť spracovania informácií a celkového psychomotorického tempa klientky.

Na základe odborných vyšetrení a po konzultácii so psychiatrom **špeciálny pedagóg odporučil klientku evidovať ako žiaka chorého a zdravotne oslabeného** (s dg. F32.2 epizóda ťažkej depresie bez psychotických príznakov; F60.31 hraničná porucha osobnosti).

Odporúčanie **centrum poradenstva a prevencie konzultovalo aj so školou**, kde sa so psychológom a špeciálnym pedagógom stretlo vedenie školy, triedna učiteľka klientky a výchovná poradkyňa spolu s rodičmi klientky. Výsledkom stretnutia bolo dohodnutie individuálnych podmienok vzdelávania, ktoré klientka vo svojom vtedajšom psychickom stave potrebovala, aby mohla úspešne ukončiť 3. ročník SOŠ. Z každého predmetu pedagógovia určili podmienky klasifikácie a splnenia úloh, ktoré musela klientka odovzdať vypracované z domu, prípadne, ak sa cítila lepšie, mohla prísť aj do školy, kde bola po dohode individuálne skúšaná. Všetky **individuálne potreby dieťaťa boli zapracované do IVVP**, tento plán vypracovala škola v spolupráci so špeciálnym pedagógom centra poradenstva a prevencie, psychológom a psychiatrom, ktorí mali klientku v spoločnej starostlivosti.

Psychológ poskytoval **matke poradenstvo**, pri ktorom sa zameril na odporúčania zo správ z vyšetrenia. Tieto odporúčania boli konzultované s odborníkmi, ktorí mali dieťa v starostlivosti mimo rezortu školstva (terapeut – psychológ a psychiater). Odporúčania sa ďalej týkali hlavne prístupu rodičov k Soni v rámci domácej prípravy do školy – ako sa učiť, kedy a za akých podmienok, čo možno spraviť pre zlepšenie jej psychického stavu, ako k nej pristupovať pri učení sa alebo v rámci bežného fungovania v spoločnej domácnosti a pod. Stretnutia boli zamerané aj na rozvoj a nácvik komunikačných zručností – techniky nenásilnej komunikácie podľa Marshalla Rosenberga.

Individuálne poradenstvo psychológ poskytoval aj klientke. Postupy boli pravidelne konzultované so psychológom – terapeutom. Poradenstvo bolo zamerané najmä na záležitosti týkajúce sa výchovno- vzdelávacieho procesu – prekonávanie ranných depresívnych stavov, ako pracovať s nepríjemnými pocitmi týkajúcimi sa školy, ako a kde hľadať zdroje.

Klientka naďalej pravidelne navštevovala **individuálnu aj skupinovú terapiu** mimo centra poradenstva a prevencie.

V rámci **práce s triednym kolektívom** bola uskutočnená triednická hodina s učiteľkou a výchovnou poradkyňou, ktorá študentom vysvetlila situáciu klientky a jej potreby. Klientka mala vybudovanú dobrú pozíciu v rámci triedneho kolektívu, a teda nebolo potrebné robiť cielenú dlhodobú intervenciu. Spolužiaci boli ku klientke ústretoví a nápomocní, ich pozitívny postoj a vzťah ku

klientke hral kľúčovú úlohu v jej nasledujúcich pokusoch o návrat do dennej formy štúdia.

Vzhľadom na to, že išlo o klientku s pomerne ťažkými psychiatrickými diagnózami, bolo potrebné intenzívne komunikovať a spolupracovať so všetkými odborníkmi, ktorí mali Soňu doposiaľ v starostlivosti. Všetky kroky a odporúčania, ktoré boli uvedené v správach z vyšetrení, vypracovanie IVVP a konzultácie s vyučujúcimi klientky, boli konzultované so psychiatrom aj psychológom – terapeutom, ktorí ju mali vo svojej starostlivosti už pri jej príchode do centra poradenstva a prevencie. Kľúčová bola aj spolupráca so školou, vďaka ktorej sa podarilo Soni nastaviť individuálne podmienky vzdelávania a mohla úspešne dokončiť tretí ročník SOŠ.

Soňa úspešne dokončila 3. ročník. Vo štvrtom ročníku chodila striedavo do školy a plnila si svoje povinnosti študentky z domu v rámci individuálneho vzdelávania. Hospitalizovaná už nebola, chodila pravidelne na stretnutia individuálnej aj skupinovej terapie. Naďalej je vedená v ambulantnej liečbe u psychiatra a medikovaná.

7. Literatúra

BALCAR, K. 2006. Psychologické aspekty psychosomatických poruch v detsťví a dospívání. In: Říčan, P., Krejčířová, D. et al. 2006. Detská klinická psychologie. Praha: GradaPublishing.

BRAŽINOVÁ, A. - MASTELOVÁ, D. - KRAJČOVIČOVÁ, L. 2013. Epidemiológia duševných porúch v Slovenskej republike v rokoch 2001 – 2010. In: Jurkovičová, J., Štefániková, Z. (Eds.), Životné podmienky a zdravie (62 – 66). Zborník vedeckých prác. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR.

CAPE, J., et al. „Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary and CommunityCare. National ClinicalGuideline No. 113.“ 2011.

DÉMUTHOVÁ, S. - VÁCLAVIKOVÁ, I. 2019. Rozdiely v motivácii k sebapoškodzovaniu u adolescentov so suicidálnymi pokusmi a bez nich. In Démuthová, S., Baranovská, A. (Eds.), Kondášove dni 2019 (24 – 34). Trnava: Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave.

GRAJCAROVÁ, L. 2020. Duševné zdravie a verejné financie. Diskusná štúdia. Dostupné na: www.finance.gov.sk/uhp.

HAUTZINGER, M. 2000. Depresia. Trenčín: Vydavateľstvo F.

HERETIK, A., - HERETIK, A. et al. 2007. Klinická psychológia. Nové Zámky: PSYCHOPROF.

HOFFMAN, K. - COOPER, G. - POWELL, B. 2018. Kruh bezpečného rodičovstva. Trenčín: Vydavateľstvo F.

KARIKOVÁ, S. 2011. Psychické poruchy v detstve a dospievaní. Vydavateľ: Pedagogická fakulta Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici. 166 s. ISBN: 978-80-554-0417-2.

KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. Emoční poruchy a poruchy chování v detsťví a v dospívání. In: Říčan, P., Krejčířová, D. et al. 2006. Detská klinická psychologie. Praha: Grada Publishing.

LADER, M. H. - UHDE, T. W. 2006. Fast Facts: Anxiety, Panic and Phobias. Oxford: Health Press Limited.

Liga za duševné zdravie: Projekt emočné vzdelávanie stredoškóľakov. Dostupné na: <http://dusevnezdravie.sk/project/emocne-vzdelavanie-stredoskolakov/>. [9. 12. 2021.]

Medzinárodná klasifikácia chorôb. 2021. Dostupné na: <http://data.nczisk.sk/old/infozz/mkch/mkch-10/cast0500.pdf>.

PLHÁKOVÁ, A. 2003. Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia.

Psychiatrická starostlivosť v Slovenskej republike 2019. 2020. Dostupné na: http://data.nczisk.sk/statisticke_vystupy/Psychiatricka_starostlivost/Psychiatricka_starostlivost_v_SR_2019_Sprava_k_publikovanym_vystupom.pdf

RAČKOVÁ, M. 2010. Mentálne zdravie a stres. In Grenčíková, A. Grenčík, M. (Eds.). Zdravie ako základný predpoklad rozvoja ľudského potenciálu (139 – 145). Zborník príspevkov z medzinárodného seminára konaného 21. a 22. januára 2010 v Podhájskej. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka.

TREBATICKÁ, J. - ŠUBA, J. - SUROVCOVÁ, A. 2017. Súčasný pohľad na depresiu v detstve a adolescencii. Psychiatrická prax, 18 (3). 95 – 99.