

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

magisterské kombinované štúdium
2011 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCA

Jaroslava Mikulovská

Integrácia detí a mládeže s poruchami správania

Praha 2012

Vedúci diplomovej práce: PhDr. Jana Španková, PhD.

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined Studies
2011 - 2012

DIPLOMA THESIS

Jaroslava Mikulovská

**Integration of children and adolescents with behaviour
disorders**

Prague 2012

The diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Jana Španková, PhD.

Vyhlásenie

Vyhlasujem, že predložená diplomová práca je mojím pôvodným autorským dielom, ktoré som vypracovala samostatne. Všetky literárne a ďalšie zdroje, z ktorých som pri spracovaní čerpala, v práci riadne citujem a sú uvedené v zozname použitej literatúry.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici.

V Prahe dňa 15.3.2012

Jméno autora/ky

vlastnoruční podpis

Pod'akovanie

Touto cestou sa chcem srdečne poďakovať PhDr. Jane Špankovej, PhD., za jej ústretový prístup, ochotu, cenné pripomienky a rady, ktoré mi poskytovala pri písaní mojej diplomovej práce.

Anotácia

Diplomová práca sa zaoberá integráciou detí a mládeže s poruchami správania. Cieľom práce je priblížiť pojem integrácia, vhodné terapeutické prístupy pre deti a mládež s poruchami správania a ich začlenenie do spoločnosti. Práca je rozdelená do dvoch častí, teoretickej a praktickej. Teoretická časť sa skladá zo štyroch kapitol. Úvodné kapitoly nás oboznamujú s pojmom integrácia a poruchy správania, s ktorými sa v praxi najčastejšie stretávame. Ďalej charakterizujeme metódy terapie v praxi. Záver teoretickej časti venujeme voľbe povolania a výberu stredných škôl. Druhá praktická časť sa zaoberá zisťovaním účinnosti dobrovoľných diagnostických pobytov v Krízovom stredisku v Prievidzi. Dotazníkovým šetrením sme získali informácie od sociálnych kurátorov, ktorí odporučili klientov na dobrovoľný diagnostický pobyt do Krízového strediska v Prievidzi. Prieskumná časť obsahuje aj kauzistické príbehy, ktoré som získala pri výkone svojej práce.

Kľúčové slová

dotazník, integrácia, kazuistika, krízové stredisko, poruchy správania, syndróm ADD/ADHD, spoločnosť, stredná škola, terapia, začlenenie.

Annotation

This diploma work deals with integration of children and adolescents with behaviour disorders. The goal of this graduation theses is to bring near the terms integration, the suitable therapeutic approaches for children and youth with behaviour disorders and to learn these children and adolescents how to integrate into the society. This work is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part contains four chapters. The initial chapters acquaint us with terms integration and disruptive behaviour in praxis used the most. In this diploma work there are the further methods of therapy characterized and described. The end of the theoretical part is devoted to the job choice and the choice of secondary schools. The second practical part deals with effectiveness of voluntary diagnostic stayings in Crisis center in Prievidza. The information was obtained by inquiry, which was made with social probation officers, who recommended to the clients to go through voluntary diagnostic staying in Crisis center in Prievidza. The research part also consists of the causal stories, with which I meet during doing my occupation.

Key words

answer sheet, integration, casuistic, crisis centre, behaviour disorders, syndrom ADD/ADHD, society, secondary school, therapy, integration into.

OBSAH

ÚVOD	8
------------	---

TEORETICKÁ ČASŤ

1. HISTÓRIA A VYMEDZENIE POJMU INTEGRÁCIA.....	10
1.1 Podmienky integrácie.....	11
1.2 Školská integrácia.....	12
1.3 Formy a smery školskej integrácie.....	13
1.4 Výhody a nevýhody školskej integrácie.....	15
2. PORUCHY SPRÁVANIA.....	18
2.1 Klasifikácia porúch správania.....	18
2.2 Syndróm ADD, ADHD.....	20
2.3 Nadaný žiak s poruchou správania.....	24
2.4 Príčiny ADHD.....	25
2.4.1 Vnútorne príčiny porúch správania.....	27
2.4.2 Vonkajšie príčiny porúch správania.....	29
2.5 Najčastejšie sa vyskytujúce poruchy správania.....	31
3. TERAPIA.....	39
3.1 Arteterapia.....	39
3.2 Muzikoterapia.....	42
3.3 Animoterapia.....	43
3.4 EEG biofeedback /neurofeedback.....	44
3.5 Terapia hrou.....	45
3.6 Dramatoterapia.....	46
3.7 Biblioterapia.....	47
4. SPRÁVNA VOĽBA POVOLANIA.....	50
4.1 Vedomosti a informácie o rôznych povolaniach.....	51
4.2 Typy stredných škôl.....	53
4.3 Vzdelávanie žiakov s poruchami správania v strednej škole.....	54
4.4 Začlenenie do spoločnosti.....	55

PRAKTICKÁ ČASŤ

5. Prieskum.....	58
5.1 Prieskumný problém, ciele a stanovenie hypotéz.....	58
5.2 Prieskumné metódy.....	60
5.3 Charakteristika prieskumnej vzorky.....	60
5.4 Interpretácia výsledkov prieskumu.....	61
5.5 Analýza a interpretácia výsledkov prieskumu metódou dotazníka.....	63
5.6 Kazuistiky.....	70
6. Odporúčania pre prax.....	82
ZÁVER	84
ZOZNAM POUŽITEJ SLOVENSKEJ LITERATÚRY A PRAMEŇOV.....	86
ZOZNAM POUŽITEJ ZAHRANIČNEJ LITERATÚRY A PRAMEŇOV.....	89
ZOZNAM TABULIEK A GRAFOV.....	91
ZOZNAM PRÍLOH	92

ÚVOD

Existujú deti, ktoré než aby šli jasne vyznačenou danou cestou, radšej to zoberú cez prekážky - chodia po obrubníkoch, lezú cez plot, na stromy, kľudne prejdú kaluž. Chovajú sa spôsobom, ktorý v ich okolí vyvoláva pozornosť. Najskôr si s takýmito deťmi začnú lámať hlavu ich rodičia, potom tieto „neposedné“ deti prídu do školy. Obvykle sú bystré a všímavé, ale pretože trpia nadmerným množstvom energie, začne sa im hovoriť „neposlušné“ deti. Poruchy správania ich vedú k negatívnej odchýlke od normy, nastáva proces konfrontácie so skutočnosťou, že sa stávajú žiakmi so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami a s možnosťou vzdelávať sa formou školskej integrácie. Problematika porúch správania je veľmi zložitá a jej riešenie si vyžaduje veľké úsilie všetkých zainteresovaných. Veľmi dôležitá je včasná diagnostika a na jej základe zvolený čo najefektívnejší spôsob vzdelávania. Nie vždy sa však dá tento problém vyriešiť v školskom prostredí, stáva sa, že daná forma vzdelávania nemá požadovaný výsledok a vtedy je potrebné dieťa umiestniť do špecializovaného zariadenia.

Témou mojej diplomovej práce je „Integrácia detí a mládeže s poruchami správania“. Dôvod je profesionálny – pracujem ako asistentka učiteľa v základnej škole v Bánovciach nad Bebravou. So žiakmi, ktorí sú integrovaní na základe porúch učenia a správania sa denne stretávam a pretože sa touto problematikou zaoberám hlbšie, spracovanie mojej diplomovej práce bolo pre mňa ideálnym spojením.

Cieľom mojej diplomovej práce je poskytnúť ucelený pohľad na túto oblasť, priblížiť pojem integrácia, vhodné terapeutické prístupy pre deti a mládež s poruchami správania a ich začlenenie do spoločnosti.

Diplomová práca je štruktúrovaná do dvoch častí: teoretickej a praktickej. V teoretickej časti sa zaoberáme definíciami a prístupmi k integrácii a k poruchám správania a ich klasifikácii. Približujeme poruchy správania, s ktorými sa v praxi najčastejšie stretávame. Záver tejto časti venujeme voľbe povolania a výberu stredných škôl.

Prieskumnú časť sme zamerali na zisťovanie účinnosti dobrovoľných diagnostických pobytov v Krízovom stredisku v Prievidzi. V prieskume sme použili niekoľko metód: obsahovú analýzu textu, dotazník, ktorým sme získali informácie od sociálnych kurátorov, ktorí odporučili klientov na dobrovoľný diagnostický pobyt. Práca je doplnená kauzistickými príbehmi, ktoré vychádzajú z mojej praxe z Krízového strediska v Prievidzi, kde som pracovala ako pomocná vychovávateľka.

Pri písaní mojej diplomovej práce som použité informácie čerpala z odbornej literatúry a časopisov, z internetových zdrojov, z rozhovorov so sociálnymi kurátormi, psychológmi a ďalšími odborníkmi pracujúcimi v rovnakej oblasti.

Po spracovaní a zovšeobecnení výsledkov prieskumu v záverečnej časti diplomovej práce navrhujeme odporúčania, ktoré by sme zaviedli do praxe ako súčasť modernej didaktiky do všetkých stupňov škôl s cieľom rozvoja pozitívnych medziľudských vzťahov.

Predpokladáme, že mojou diplomovou prácou bližšie objasníme možné príčiny porúch správania a získané informácie a poznatky budú cenným prínosom pre laikov a širokú verejnosť.

„Nikto sa nerodí pre seba, všetci sa rodia pre ľudskú spoločnosť a kto jej podľa svojich síl nepomáha, ukazuje sa byť nehodným toho, aby mu pomáhali iní.“

J. A. Komenský

1. HISTÓRIA A VYMEDZENIE POJMU INTEGRÁCIA

Začiatky diskusie o integrovanom vzdelávaní siahajú do USA, kde v roku 1954, rodičia dosiahli súdne rozhodnutie, ktoré umožnilo rozumovo postihnutým deťom právo na vzdelanie v majoritnej spoločnosti.

Taktiež v ekonomicky vyspelých krajinách v 60. a 70. rokoch dvadsiateho storočia silnel tlak profesionálnych organizácií, rodičovských a občianskych iniciatív na podporu postihnutých detí pri uplatňovaní ich občianskych práv a slobôd a to bez rozdielu. V USA bol v roku 1975 prijatý zákon o vzdelávaní pre všetkých postihnutých, ktorý im zabezpečuje vzdelávanie v „čo najmenej obmedzujúcom prostredí“.

V Európe ako prví začali s integráciou vo Švédsku, Dánsku, Fínsku, Holandsku. V Spolkovej krajine Nemecko sa pomerne dlho neuplatňoval jednotný prístup k postihnutým deťom. Až po roku 1994 sa spolkové krajiny v Nemecku dohodli na spoločnom postupe pri integrovanom vzdelávaní postihnutých detí a mládeže. Vypracovali model úspešne fungujúcej integrácie, v ktorom za základné podmienky pokladajú:

- pozitívnu motiváciu a postoje učiteľov k integrácií,
- vytváranie individuálnych flexibilných učebných plánov,
- využívanie individuálnych schopností a možností detí,
- profesionalitu a odbornú pripravenosť učiteľov, prepojenie teórie s praxou,
- neustálu sebareflexiu učiteľa i ostatných zainteresovaných, kde sa hľadajú príčiny neúspechu, vypracovanie nových postupov,
- spolupráca s rodičmi.

V súvislosti so zmenami spoločnosti a demografickými zmenami sa po roku 1989 začalo aj u nás s vypracovaním legislatívy pre integrované vzdelávanie. Je však

potrebné podotknúť, že už aj pred uvedeným obdobím fungovala integrácia aj u nás v rozličných podobách.

Pomerne často sa stretávame s pojmom integrácia, ktorý sa uplatňuje či už hovoríme o vedách o človeku, ekonomických profesiách, právnych ale i politických oblastiach. Tento všeobecný pojem sa v jednotlivých oblastiach upresňuje, bližšie a presnejšie špecifikuje.

Integrácia je spojenie častí v jeden celok, scelenie, ucelenie a zjednotenie. Pojem integrácia pochádza z latinského *integer*, čo znamená neporušený, t.j. úplné zapojenie postihnutého jedinca do spoločnosti zdravých ľudí, vo výchove a vzdelávaní, v pracovnom uplatnení i v spoločenskom živote. Postihnutý jedinec sa tým stáva plne samostatným a nezávislým, subjektívne sa vyrovnáva so svojim postihnutím.

V oblasti pedagogiky a špeciálnej pedagogiky sa manipuluje a narába s pojmom v súvislosti so žiakmi so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami – integrácia (socializácia postihnutých jednotlivcov).

Integrácia so sebou priniesla veľké výhody pre uvedomelejšiu, aktívnejšiu i plodnejšiu účasť na komunitnom spoločnom podielaní sa v živote intaktných jednotlivcov a jednotlivcov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. V súčasnosti je celá filozofia integrácie postavená na princípe ich spoločného spolunažívania. Nejde o splynutie oboch skupín, či prispôsobenie sa postihnutým, cieľom je spolužitie a vzájomné rešpektovanie, hľadanie nových ciest, ktoré by ukázali, že žiaci so špeciálnymi poruchami sú schopní dobrých výkonov. Ak učiteľ dokáže ich schopnosti odhaliť, môže ich využiť k prospechu ostatných žiakov.

Cieľom integrácie je využiť plný potenciál, byť celkom zapojený v školskom spoločenstve a úspešne prechádzať do dospelosti.

1. 1 Podmienky integrácie

Za integrovaného žiaka, výlučne však na základe písomného vyjadrenia sa poradenského zariadenia, vyplývajúceho z odbornej špeciálnopedagogickej diagnostiky, považujeme podľa Chudého (2006, s. 17):

- žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, ktorý bol do bežnej školy (základnej, strednej) prijatý na základe písomného vyjadrenia detského integračného

centra, alebo špeciálnopedagogickej poradne a po diagnostických vyšetreniach vykonaných poradenským zariadením,

- žiaka s vývinovými poruchami učenia a správania, sa považuje za integrovaného aj na základe písomného vyjadrenia žiadosti zákonných zástupcov, písomného vyjadrenia zariadenia špeciálnopedagogického poradenstva.

Rozhodnutie o prijatí integrovaného žiaka do základnej alebo strednej školy vydáva riaditeľ školy po dôkladnom oboznámení sa s diagnózou a prognózou žiaka, po prerokovaní s pedagógmi, ktorí budú žiaka vzdelávať, po prerokovaní v pedagogickej rade školy a po zabezpečení nevyhnutných odborných-personálnych podmienok. Škola v spolupráci so školským špeciálnym pedagógom alebo zariadením špeciálno-pedagogického poradenstva pred prijatím žiaka vytvorí podmienky na integrované vzdelávanie žiaka, úpravu triedy a školy, prípadne ďalšie požiadavky na zabezpečenie požadovanej úrovne integrovanej výchovy a vzdelávania žiaka. Škola zodpovedá a v spolupráci so školským špeciálnym pedagógom alebo zariadením špeciálno-pedagogického poradenstva zabezpečuje, aby u integrovaných žiakov neprichádzalo k bezdôvodnému znižovaniu požiadaviek a aby nároky kladené na žiaka boli v súlade s jeho možnosťami. Pri hodnotení alebo klasifikácii prospechu a správania integrovaného žiaka sa prihliada na možnosti žiaka vyplývajúce z jeho diagnózy.

1. 2 Školská integrácia

Školská integrácia zastrešuje výchovu a vzdelávanie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v triedach bežných škôl. Školská trieda je prostredím mimo rodiny, v ktorom žiak prežíva určité obdobie svojho života. Škola a učitelia by mali vytvoriť takú atmosféru a klímu v triede, ktorá by pozitívne ovplyvnila úroveň sociálnej integrácie žiaka. Úlohou školy nie je pretvoriť jednotlivcov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami na „normálnych“, ale pomôcť im nadobudnúť tú zrelosť, ktorej sú schopní. Prebudiť v nich život, nielen ich kontrolovať, programovať a ovládať, ale práve naopak, pomôcť im otvoriť sa, rozvinúť sa a povzbudzovať ich, aby rástli vo svojom rytme.

Žiaci so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami sú integrálnou súčasťou mladej populácie a rovnako majú právo dosiahnuť vhodné vzdelanie. Žiak je poškodzovaný, ak mu škola nemôže, alebo nedokáže zabezpečiť úpravu podmienok, obsahu, foriem, metód a prístupov vo výchove a vzdelávaní, ktoré vyplývajú z potrieb jeho zdravotného znevýhodnenia, alebo jeho vývinu v sociálne znevýhodnenom prostredí. Rovnako je žiak poškodzovaný, ak učiteľ nepozná a nerealizuje potrebnú špeciálnopedagogickú starostlivosť. Žiak so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami má právo na individuálny prístup vo výchove a vzdelávaní rešpektujúci jeho schopnosti a zdravotný stav, na vyučovanie pedagógom s odbornou a pedagogickou spôsobilosťou, na výchovu a vzdelávanie v bezpečnom a zdravom prostredí, na úctu k svojej osobe a na zabezpečenie ochrany proti fyzickému a duševnému násiliu. Výkonom práv integrovaného žiaka nemôžu byť obmedzené práva ostatných účastníkov výchovno-vzdelávacieho procesu.

Medzi povinnosti rodičov, ako zákonných zástupcov integrovaného žiaka sú pravidelné konzultácie problematiky vzdelávania integrovaného žiaka s triednym učiteľom, so školským špeciálnym pedagógom, prípadne so zariadením špeciálno-pedagogického poradenstva.

Pred rozhodnutím o začlenení žiaka do bežnej triedy je potrebné vždy zvážiť, či sú vytvorené všetky podmienky potrebné pre jeho úspešnú školskú integráciu, ďalšiu terapeutickú starostlivosť a jeho osobnostný rozvoj na dosiahnutie primeraného stupňa vzdelania a primeraného začlenenia do spoločnosti.

Do kategórie žiakov so ŠVVP patrí:

- 1) žiak so zdravotným znevýhodnením:
 - a) žiak so zdravotným postihnutím,
 - b) žiak chorý alebo zdravotne oslabený,
 - c) žiak s vývinovými poruchami učenia,
 - d) žiak s poruchou správania,
- 2) žiak zo sociálne znevýhodneného prostredia,
- 3) žiak s nadaním.

1. 3 Formy a smery školskej integrácie

V súčasnosti sa školská integrácia môže uskutočňovať viacerými spôsobmi. Chudý (2006, s.17) uvádza, že žiaci so zdravotným postihnutím môžu plniť školskú dochádzku tromi spôsobmi:

- v špeciálnej základnej škole, v špeciálnej strednej škole, v odbornom učilišti, v praktickej škole,
- v špeciálnej triede základnej školy, v špeciálnej triede strednej školy,
- v bežnej triede základnej školy, v bežnej triede strednej školy.

Pre integrované vzdelávanie v špeciálnych triedach v základných školách a v stredných školách platia rovnaké predpisy a pravidlá ako pre výchovu a vzdelávanie v špeciálnych školách príslušného typu.

Pri forme individuálnej integrácie za individuálne integrovaného žiaka so ŠVVP považujeme ak:

- 1) je evidovaný v špeciálno-pedagogickej poradni, alebo v detskom integračnom centre,
- 2) žiaka so špecifickými poruchami správania, môže sa evidovať aj v pedagogicko-psychologickej poradni, ak táto mu zabezpečuje ďalšie špeciálno-pedagogické služby,
- 3) má vyplnený Návrh na prijatie žiaka so ŠVVP so špeciálno-pedagogickou, psychologickou diagnostikou, v prípade návrhu na školskú integráciu žiaka so ŠVVP správy obsahujú aj písomné vyjadrenie poradenského zariadenia k školskej integrácii žiaka.

Pri individuálnej integrácii sú žiaci so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami zaraďovaní do tried a výchovných skupín s ostatnými žiakmi školy a sú vzdelávaní podľa individuálneho výchovno-vzdelávacieho programu, pričom učebné osnovy a výchovné postupy sú prispôbené ich potrebám.

Vo všeobecnosti môžeme určovať viaceré integračné formy, ktoré sa osvedčili v krajinách, kde s integračnými procesmi začali omnoho skôr ako u nás. Je vhodné, aby sme určité formy, mohli modifikovať na naše podmienky a tak urýchlili tento proces.

V súčasnosti rozlišujeme dva smery integrácie: asimilačný a koadaptačný.

Asimilačný smer chápe integráciu ako problém samotných postihnutých. Hodnotový systém a správanie intaktnej populácie sú vzorom a normou pre postihnutých jedincov.

Integrácia chápaná koadapčným smerom je spoločenský problém intaktných aj zdravotne postihnutých. Je vzťahom partnerstva, do ktorého prispieva každá zo zúčastnených strán. V našich podmienkach prevláda viac asimilačný smer integrácie. Realizácia koncepcie školskej integrácie postihnutých žiakov predpokladá akceptovať novú filozofiu vzdelávania postihnutých, to znamená hodnoty, vízie, ako sú otvorenosť, rôznorodosť, participácia, kooperatívnosť a relexia. Ďalej využívať legislatívny systém zabezpečujúci flexibilný, otvorený prechod z jedného typu školy do druhého tak na úrovni základného, stredného ako i vysokého školstva.

1. 4. Výhody a nevýhody integrácie

Integrované vzdelávanie chápeme ako spoločné učenie postihnutých aj intaktných jedincov. Integratívny prístup vo vzdelávaní chápe človeka ako biologicky, psychicky a sociálne integrovaného jednotlivca. Pritom je potrebné poukázať na to, že každý jednotlivý človek existuje so svojimi individuálnymi predpokladmi, schopnosťami, v rámci istého prostredia spoločnosti. Hlavným cieľom a zmyslom integrovaného vzdelávania je rozvíjanie individuality, pozitívneho sebahodnotenia, osvojenie si rozhodujúcich pracovných procesov a celkovej nezávislosti jedinca.

Každé dieťa s postihnutím má právo navštevovať najbližšiu školu a získavať informácie a poznatky jemu prispôsobenými prístupmi a metódami. Škola okrem potrebného materiálneho zabezpečenia vytvára aj tzv. „vzdelávacie prostredie“ - pozitívnu sociálnu klímu, v ktorom je každé dieťa prijímané a vítané so svojimi odlišnosťami telesného, zmyslového, mentálneho, etnického či kultúrneho charakteru.

Integrácia so sebou prináša aj rôzne pozitívne a negatívne aspekty vzdelávania. Prostredníctvom školskej integrácie je možné bližšie špecifikovať jej výhody, ktoré ukázali dlhodobé skúsenosti. Jednou z významných výhod integrácie je, že postihnuté dieťa žije v bezpečnom rodinnom a školskom prostredí a tak sa neustále musí vyrovnávať s prekážkami, ktoré mu toto prostredie stavia do cesty. Keďže nie je izolované (ako v prípade vzdelávania v špeciálnej škole), musí si zvyknúť na tieto

prekážky a ťažkosti prekonávať. Pri integrovanom spôsobe vzdelávania dieťa nie je izolované od rodinných príslušníkov a citové väzby dôležité pre jeho osobnostný vývoj sú zachované. Postihnuté dieťa má možnosť nadväzovať priateľské vzťahy so zdravými deťmi, postihnutí žiaci imitujú správanie svojich zdravých spolužiakov a zlepšujú sa sociálne vzťahy medzi nimi. Spoločná výchova a vzdelávanie podporuje u postihnutých detí rozvoj samostatnosti a sebadôvery, lepšie sa u nich vyvíja pocit vlastného JA, ľahšie akceptujú svoje poruchy a dokážu sa presadiť v skupine. Zdraví žiaci nevnímajú postihnutie svojich spolužiakov ako niečo zvláštne, naučia sa ho akceptovať. Zvyšuje sa ich empatia a rozvíja tolerancia. Žiaci sa naučia navzájom akceptovať a tolerovať.

Ďalšou výhodou, ktorú treba spomenúť je aj väčší výber povolání a všestrannejšia príprava pre budúcnosť postihnutých detí. Integrovaný spôsob vzdelávania je oveľa lacnejší, keďže si nevyžaduje vysoké finančné náklady na budovanie špeciálnych telocviční, jedální a podobných zariadení.

Povedľa týchto svetlých stránok nechýbajú ani tie. Prostredníctvom školskej integrácie je možné poukázať aj na jej nedostatky. Ako nevýhoda integrácie sa najčastejšie uvádza nevyhovujúca odborná spôsobilosť učiteľov, keďže v integrovaných triedach zvyčajne učia pedagógovia bez špeciálnej prípravy. Preto je dôležitá prítomnosť špeciálneho pedagóga v bežnej škole, s ktorým bežný učiteľ môže spolupracovať, prípadne konzultovať problémy, ktoré sa v rámci pedagogického procesu vyskytnú. Bežná škola má tiež obmedzené možnosti poskytovania špeciálnych pomôcok, učebníc, didaktických materiálov. Do úvahy prichádzajú aj obavy rodičov nepostihnutých detí. Medzi ďalšie argumenty proti integrácii sa uvádzajú: rýchlejšie sa učiaci žiaci sú brzdení, postihnuté deti sú preťažené spoločným zaškolením a niekedy sa môžu u postihnutých detí prejaviť napr. zhoršenie v správaní, ktoré môžu narušiť výchovno-vzdelávací proces.

Súčasný trend vzdelávania postihnutých smeruje k školskej integrácii, čo však neznamená zrušenie špeciálnych škôl. Časť špeciálnych škôl, ktoré sú u nás na veľmi dobrej úrovni, zostane aj po prechode na integráciu v prevádzke, pretože nie je možné integrovať všetky postihnuté deti.

Celkovo sa ukazuje, že integrácia je, alebo môže byť pre niektoré postihnuté deti, nadmernou záťažou. A tak aj tu platí, že síce integrovať, ale len vtedy, resp. len natoľko, nakoľko je to naozaj v prospech jednotlivého postihnutého dieťaťa.

2. PORUCHY SPRÁVANIA

Často počujeme hlavne medzi rodičmi skloňovať výraz: „On nie je nevychovaný, on je len hyperaktívny.“ Niekedy sa toto slovo používa naozaj neuvážene a na kamuflovanie výchovných prešľapov. Kde však skutočne je hranica medzi nezvládnutým dieťaťom a dieťaťom nezvládnutelným bežnými výchovnými prostriedkami? Koľko detičiek skutočne potrebuje „iné pedagogické metódy“ a kedy už myslieť na problém?

Najčastejšie zakazujeme deťom televíziu, počítače a mobilné telefóny, akoby to bola tá najhodnotnejšia vec, ktorej zákaz na dieťa zapôsobí. Niektorí rodičia zakazujú deťom chodiť von, takže dieťa potom nemá možnosť ani si pobehať, ani sa stretnúť s kamarátmi. A keď to všetko nepomáha (a ono to naozaj veľa nepomáha, alebo len krátkodobo), rodičia sa ľahko dostávajú k poslednému výchovnému prostriedku - k telesnému trestu. Snaha „vytláčať“ z dieťaťa nepokoj, nepozornosť a agresivitu a nastoliť pokoj, pozornosť a poslušnosť, prípadne ešte ďalšie dobré vlastnosti, rastie s mierou surovosti dieťaťa zachovať si svoju najhoršiu podstatu. Prirodzene, že telesné tresty u nepokojných detí vôbec nezapôsobia. Krátkodobo síce môžu potlačiť poruchy správania, ale z dlhodobého hľadiska stav dieťaťa ešte viac zhoršujú. V dieťati sa zvyšuje napätie, strach z trestu, celkový pocit nepríjemnosti, čo zasa len posilňuje a zvyšuje už predtým aj tak vysokú hladinu nepokoja a nesústredenosti. Opakované telesné tresty však majú ešte ďalšie účinky – vôbec nie len vedľajšie. Fyzické tresty ako prejav priamej agresivity rodičov signalizujú dieťaťu odobratie lásky, vzbudzujú v ňom pocit príkoria, spôsobujú mu bolestné útrapy a vyvolávajú v ňom pocity krivdy.

Určiť, či dieťa trpí nejakou poruchou, je zložitý proces a uskutočňujú ho len dobre fundovaní odborníci. Deti s poruchami správania bývajú diagnostikované a vedené psychiatrami, psychológmi, psychoterapeutmi, liečebnými a špeciálnymi pedagógmi. V podmienkach školy je pre ne typické, že nie sú zvládnutelné bežnými pedagogickými metódami, často bývajú medikamentózne vedené v najťažších prípadoch umiestňované do ústavnej starostlivosti.

2. 1 Klasifikácia porúch správania

Poruchy správania sú súborom odchýlok v oblasti jednotlivca, ktorý nerešpektuje normy správania na úrovni zodpovedajúcej jeho veku a jeho rozumovým schopnostiam - opakovane a dlhodobo porušuje sociálne normy. Dôležité je rozlíšiť či ide o jednorázové, krátkodobé porušenie noriem, alebo maladaptívne správanie, ktoré sa objavilo v rámci adaptačných reakcií ako napríklad zmena prostredia, školy, zmena v rodinnom prostredí. Poruchy správania sú komplexnou problematikou, ktorou sa zaoberajú viacerí autori a definujú ich z rôznych hľadísk.

M. Hejdiš (2009) uvádza, že človek si uvedomuje seba samého na základe vlastného prežívania, spoločnosť však vníma a posudzuje človeka podľa jeho vonkajších prejavov správania a reagovania. Správanie človeka je ovplyvňované tým, ako vníma svoje sociálne postavenie v skupine a spoločnosti, stáva sa súčasťou prostredia, pričom medzi jednotlivcom a sociálnym prostredím sa vytvárajú spoločenské vzťahy, prebieha vzájomné ovplyvňovanie procesmi zložitých interakcií.

J. Průcha, E. Walterová a J. Mareš (2003) definujú poruchy správania ako prejavy správania detí a mládeže, ktoré nerešpektujú ustálené spoločenské normy.

Z. Michalová (2004, In Hejdiš, M., 2009) diferencuje poruchy správania identifikované u jednotlivcov v širšom zmysle na :

a) špecifické poruchy správania, ktoré vznikajú pôsobením endogénnych a exogénnych faktorov na podklade existujúceho a dokázateľného oslabenia a zmien v centrálnom nervovom systéme (organický podklad) v zmysle neurologického postihnutia. Jedná sa o ťažkosti, ktorých príčinou je hyperaktivita, neschopnosť sebakontroly a sebaovládania, alebo závažné narušenie pozornosti.

b) nešpecifické poruchy správania, tieto zastrešujú skupinu symptomaticky podobnú skupine špecifických porúch správania, ale bez organického podkladu, pričom špecifická porucha správania za nesprávneho sociálneho pôsobenia môže byť základom vzniku nešpecifickej poruchy správania.

Podľa D. Krejčířovej (In Seidler, P., Kurincová, V., 2004) možno poruchy správania definovať ako opakujúci sa trvalý (v trvaní najmenej 6 mesiacov) vzorec disociálneho, agresívneho a vzdorovitého správania, ktoré porušuje sociálne normy a očakávania primerané veku dieťaťa. napr. krádeže, bitky, opakované klamstvá, záškoláctvo, krutosť voči ľuďom a zvieratám, úteky z domova.

Medzinárodná klasifikácia chorôb, ktorá sa zaoberá poruchami správania z klinického hľadiska, diferencuje viacero podtypov porúch správania a zahŕňa:

- 1) poruchu správania vo vzťahu k rodine (F91.0),
- 2) nesocializovanú poruchu správania (F91.1),
- 3) socializovanú poruchu správania (F91.2),
- 4) opozičnú vzdorovitú porucha (F91.3),
- 5) iné poruchy správania (F91.8),
- 6) poruchu správania nešpecifikovanú (F91.9).

Poruchy správania môžu byť aj sprievodnými znakmi iných ochorení. V tejto súvislosti je potrebné spomenúť aj poruchy osobnosti. Prejavujú sa poruchami vo viacerých oblastiach citov, myslenia, vôle, konania a pudov. Poruchy osobnosti ale nie sú psychické choroby v pravom slova zmysle.

V. Hort (2000) ich definuje ako pretrvávajúce, hlboko v štruktúre osobnosti zabudované vlastnosti a prejavy, ktoré sa manifestujú neprimeranými reakciami na najrôznejšie osobné a sociálne situácie.

Š. Vašek a kol. autorov (2003) k tejto téme dopĺňajú, že sa zvyčajne prejavujú v záťažových situáciách, keď vplyvom súhry vonkajších podnetov vyvrcholí povahová črta nejakým neprimeraným a neobvyklým činom. Poruchy správania s telesnými prejavmi, ktoré uvádza Š. Vašek a kolektív autorov (2003) :

- *poruchy prijímania potravy* - strach o vlastný vzhľad (obdobie puberty), môže viesť k experimentovaniu s rôznymi diétami, alebo odmietaniu niektorých výživných jedál – anorexia, alebo dôjde k prejedaniu sa – bulímia,
- *enuréza* - najčastejším príznakom je pomočovanie, v dobe, keď dieťa bolo schopné byť už suché, objavuje sa ako dôsledok zvýšeného stresu alebo nejakej traumatickej udalosti,
- *enkopréza* – ako dôsledok vplyvu stresu alebo úzkosti, či traumatického zážitku,
- *poruchy spánku*,
- *sebapoškodzovanie*.

2. 2 Syndróm ADD, ADHD

V odbornej literatúre väčšina autorov (Lesný, 1989; Třesohlavá, 1993; Bajo, 1994; Train, 2001; Munden - Arcelus, 2006) za najvýznamnejšie považuje oblasti uvedených symptómov pri ADD, ADHD. Učitelia v školskej praxi zvyčajne však neberú do úvahy symptómy vyplývajúce z týchto porúch. Tie majú totiž často za následok negatívne hodnotenie žiaka vo výchovno - vzdelávacom procese.

Najčastejšie sa vyskytujúce poruchy správania, ktoré nevznikajú na základe nevhodného sociálneho pôsobenia:

- ADD s prevažujúcim deficitom pozornosti,
- ADHD s prevažujúcim deficitom hyperaktivity a impulzivity,
- ADHD ako kombinovaný typ,
- ADHD s agresivitou,
- ADHD bez agresivity.
- ODD (Oppositional Defiant Disorders) opozičné chovanie.

Stanovenie diagnózy ADD, ADHD zvyčajne uskutočňuje neurológ, alebo pedopsychiater. Psychológ, učiteľ, špeciálny pedagóg často diagnostikujú symptómy poruchy. Poruchy pozornosti (ADD) a poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) nepovažujeme za vyliečiteľné poruchy, ale ich úprava je možná. Najlepším spôsobom je včasná diagnostika a na ňu nadväzujúca reedukácia, terapia a liečba a v neposlednom rade špeciálnopedagogický a špecifický psychologický prístup.

ADD (Attention Deficit Disorder) - porucha pozornosti s prejavmi spojenými s nedostatočným sústredením (Munder, A. - Arcelus, J., 2006). Obidva termíny ADHD a ADD sa často používajú ako synonymá, ale vzťahujú sa na rôzne, hoci veľmi podobné, pravdepodobne príbuzné ochorenia.

ADD - jednotlivec s poruchou pozornosti v oblasti narušenia, alebo oneskorenia vývinu všetkých jej zložiek, ale s normálnou úrovňou aktivizácie (bez prítomnosti známk hyperaktivity). Symptómy sa prejavujú pred dosiahnutím siedmeho roku života súčasne na dvoch miestach – škola, domáce prostredie. Učitelia uvádzajú tzv. denné snenie, pomalosť pri prevádzaní kognitívnych operácií, zvýšenú unaviteľnosť a obtiaže v nadväzovaní sociálnych kontaktov. V školskom prostredí sa vyskytujú ťažkosti predovšetkým v zameraní pozornosti na informačný proces a v schopnosti regulovať príjem podnetov a koordinovať ich spracovanie. Pozornosť je vedomé sústredenie mysle na jeden alebo viac cieľov, je úzko spojená so záujmom. Žiaci

venujú pozornosť tomu, o čo majú záujem, nie tomu, o čo má záujem učiteľ. Úlohou učiteľa je sústrediť pozornosť na vyučovaný predmet. Je dobré spolupracovať s obrazotvornosťou žiakov, využívať rôzne ilustrácie, klásť otázky, ale tiež si dať pozor, aby sa z vyučovania nestala len zábava, pri ktorej sa žiaci pobavia, ale nič sa nenaučia. V dôsledku narušenia pozornosti dieťa často reaguje neadekvátne a neriadi sa pokynmi authority. Je preto nutné venovať im veľkú pozornosť, hlavne dievčatám, ktoré nie sú na prvý pohľad hyperaktívne, impulzívne alebo násilné, ale ktoré ostávajú v tichosti nepovšimnuté, pretože majú citelne obmedzenú schopnosť sústrediť sa.

ADHD (skratka vznikla s názvu Attention Deficit Hyperactivity Disorder, prvý krát použitý v USA), je vývinová porucha charakteristická veku dieťaťa neprimeraným stupňom pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Ťažkosti sú chronické a nemožno ich vysvetliť na základe neurologického, senzorického, motorického, mentálneho postihnutia, alebo emočných problémov. Deficity sú evidentné v rannom detstve, aj keď sa môžu zmiernovať s dozrievaním CNS, pretrvávajú v porovnaní s jedincami v bežnej populácii takého istého veku. Ťažké sú často spojené s neschopnosťou dodržiavať pravidlá správania a vykonávať opakovane dlhšiu dobu určité pracovné výkony. V odbornej literatúre sa uvádza, že syndróm ADHD sa môže vyskytovať v kombinácii s inými poruchami, napr. s poruchami učenia. Musíme však podotknúť, že toto tvrdenie nie je jednotné, niektorí autori uvádzajú, že poruchy sa vyskytujú nezávisle na sebe, aj keď majú mnoho spoločných sa prejavov. Jeden z výskumov realizovaných v USA potvrdil, že ADHD sa môže vyskytovať spoločne s dyslexiou (porucha čítania).

Hyperaktivita - nadmerné nutkanie k pohybu, k aktivite, ktorá je neúčelná a nezmyselná. Jednotlivec je svojím spôsobom bezbranný voči vedľajším rušivým podnetom, pričom pudenie k aktivite nedokáže ovládať. Hyperaktívne deti často majú poruchu vlastnej identity: chýba im jasný a pevný pocit samých seba, svojej vlastnej „ohraničenosti“ od okolia. Často majú pocit prázdnoty a nudy a preto sa chytajú rôznych náhodných podnetov. Tieto deti sa cítia vrhnuté do sveta, v ktorom nemajú takmer nijaký väčší a trvalejší úspech. Hoci svojou rozumovou schopnosťou môžu byť v šiestich rokoch zrelé na školu, ich citový a sociálny vývin čiastočne uviazol niekde v predškolskom, alebo mladšom školskom veku. U hyperaktívnych detí sa často stretávame s primitívnou, nerozvinutou, alebo už narušenou emotivitou. Trpia

nedostatkom bežných detských radostí. Nevedia sa napríklad plne tešiť z hry, odbiehajú od hry k iným podnetom. Svoju činnosť nedokončia, len málo vecí ich zaujme a keď aj, tak len krátkodobo. Blízkeho kontaktu sa niekedy bránia agresívnou reakciou a svoje správanie ani sami nechápu. Je pre ne frustráciou, v ktorej reagujú zlostne. Podobne sa správajú aj vtedy, keď nemôžu okamžite uspokojiť svoje momentálne potreby. To platí nielen o práci v škole, ale tiež o praktických schopnostiach, motorických zručnostiach (napríklad naučiť sa plávať, alebo bicyklovať), tiež pri učení sa komunikačných zručností (zapojenie dieťaťa do konverzácie a do skupinových aktivít). Často majú vrozenú schopnosť naučiť sa tieto zručnosti, ale nedokážu sa sústrediť tak dlho, aby boli schopní preniknúť do problému a zvládnuť ho. Pokiaľ im nepomôžeme udržať pozornosť tak dlho, ako je potrebné nie sú schopní sami problém zvládnuť.

Cena za neschopnosť koncentrovať sa môže byť značná a to nielen v zmysle vzdelávania a úspechu v škole, ale tiež v schopnosti viesť normálny šťastný život s rodinou a priateľmi.

Medzi prejavy hyperaktivity možno zaradiť:

- mimovoľné pohyby rúk, nôh, neustále otáčanie sa,
- neschopnosť zotrvať na jednom mieste, keď je to očakávané,
- neschopnosť relaxovať,
- reagovanie nadmernou, neprimeranou a zbytočnou komunikáciou,
- tendencia byť v neustálom pohybe aj v situáciach kedy je to nevhodné,
- nedokázanie sa v tichosti venovať práci, alebo voľno-časovým aktivitám.

Impulzivita – jednotlivец nie je schopný ovládať a prispôbiť svoje správanie konkrétnej situácii, má tendenciu konať a rozprávať bez premyslenia dôsledkov svojho správania. Vnucuje sa ostatným skákaním do reči a potrebou reagovať okamžite na všetko, často nedokončí jednu činnosť a pustí sa do druhej. Jeho impulzivnosť je viazaná na aktuálne podnety, spočíva v neschopnosti korigovať vlastné reakcie na tieto podnety a následky vlastného konania. Tieto deti majú v škole často problémy s primeraným správaním sa, keďže mnohé z nich sú impulzívne, netrpezlivé, náladové, nekludné, ich reakcie sú prudké. Na hodinách vyrušujú, pretože sa nedokážu dlhšie sústrediť a udržať pozornosť. V správaní sa voči svojim spolužiakom im buď chýba odstup a vrhajú sa im okolo krku, alebo sú naopak plaché,

samotárske a pasívne. Niektoré ani nie sú schopné nadväzovať sociálne vzťahy a kontakty, čo ich frustruje.

Impulzivnosť charakterizujú nasledovné príznaky:

- a) odpovedanie skôr ako bola položená otázka,
- b) neschopnosť počkať, kým na neho príde rad (skupinové hry),
- c) nevhodné prerušovanie a zasahovanie do komunikácie iných (skákanie do reči),
- d) nadmerná komunikácia bez ohľadu na spoločenské zvyklosti.

ADHD s agresivitou sa blíži k opozičnému správaniu. Charakteristická je nesnášanlivosť, hádavosť, nedostatok sebaovládania, časté antisociálne správanie (krádeže, bitky). Rodinné prostredie býva dysfunkčné. Jednotlivci sa v skupinovej aktivite usilujú hľadať senzáciu, predvádzať sa a pocítiť prevahu. Obtiaže vyžadujú intenzívnu starostlivosť viacerých odborníkov, medikamentóznú liečbu. Čím neskôr sa začne s uplatňovaním intervenčných techník, tým menšia je nádej na zlepšenie. Problémy v správaní niekedy vedú k odobraní dieťaťa od rodiny.

Termín **ODD** sa u nás doposiaľ nepoužíval, aj keď by sa celý rad detí s týmto správaním našlo. Ich charakteristickou vlastnosťou je extrémna fyzická agresivita, dominuje strata prispôsobivosti, nadpriemerná neznášanlivosť, hádavosť, oslabená sebakontrola, opakované odmietanie plnenia požiadaviek dospelých. Veľmi často vykonávajú činnosť, ktorá obťažuje ostatných, sú zlomyselní a mstiví. Táto skupina má veľa spoločných vlastností s ADHD, predovšetkým poruchy vnímania a utvárania seba samého. V skupine ADHD je približne 60% detí s ODD.

2. 3 Nadaný žiak s poruchou správania

Nadaný žiak, ktorý nie je dostatočne stimulovaný, prejavmi správania sa môže podobáť na žiaka trpiaceho syndrómom ADHD. Odlíšiť problémy vzniknuté nesprávnym výchovno-vzdelávacím pôsobením školy k nadanému žiakovi, od problémov správania súvisiacich so syndrómom ADHD je veľmi obtiažne. Obzvlášť náročné je identifikovať a zároveň nastoliť vhodný program pre rozvoj nadaného žiaka s ADHD. Nadaní žiaci, ktorí sa potýkajú s poruchou správania priamo s týmto syndrómom, vytvárajú každý osobitne jedinečný vzorec prejavov správania.

Každý jedinec sa vyrovnáva s neúspechmi individuálne. Časté negatívne hodnotenie dokonca aj v situáciách, ak jedinec vyvinul námahu, aby požiadavky splnil, spôsobujú negatívne vnímanie seba samého. Považujú sa za neschopných alebo za nepochopených, pretože cítia, že majú požadované vedomosti a nebolo im umožnené pre nich vhodným spôsobom prezentovať ich. Mať vedomosti a pritom byť negatívne hodnotený spôsobuje frustrácie, ktoré vyvolávajú negatívne odchýlky v správaní a emocionálnom prežívaní. Nedocenenie, nedostatok pozitívneho vnímania z okolia, dokonca nespravodlivé negatívne hodnotenie môže vyvolať napríklad:

- úplnú stratu motivácie prezentovať sa,
- vytváranie si izolácie od spoločnosti,
- úniky pred možným zlyhaním a nespravodlivosťou,
- zľahčovanie a popieranie neúspechov s vytváraním si vlastnej nereálnej predstavy o sebe,
- teatrálnym prejavom, ktorým upútava pozornosť okolia a snaží sa vzbudiť záujem o svoju osobu.

Nadaný žiak s ADHD nemusí pozitívne reagovať na všetky postupy, odporúčané vo výučbe bežných detí s ADHD. Napríklad vyučovanie po sekvenciách, dávkovanie podnetov v malých krokoch môže spôsobovať ešte väčší nepokoj dieťaťa v dôsledku podstimulácie.

2.4 Príčiny ADHD

Je bežné, že sa nám malé deti zdajú byť „hyperaktívne“. Úroveň pohybovej aktivity u všetkých detí rastie do troch rokov ich veku. Po 3. roku sa pohybová aktivita znižuje. U niektorých nepokojných detí je veľké podozrenie, že ich nepokoj má dedičný pôvod. Stane sa, že rodič rozpoznáva u dieťaťa také isté ťažkosti, aké mal v detstve sám. Na častú otázku rodičov „po kom to dieťa je“, týmto pádom máme vlastne odpoveď. Je však otázne, či z takéhoto zistenia vyplýva pre rodiča i pre dieťa vôbec nejaká výhoda. Zvyčajne sa nevie, čo sa dedične prenieslo a čo vyvoláva nepokoj. Predpokladajme, že dieťa mohlo zdediť silné pudové založenie. Jeho organizmus vyrába veľké množstvo energie, ktorú jeho psychický systém nestačí usmerňovať a regulovať. Vzniká nadbytočné napätie, ktoré nachádza ventil v

nepokojnom, impulzívnom a nesústredenom správaní. Iný variant zdedeného sa netýka pudového potenciálu, ale spomaleného, alebo defektného vývinu regulujúceho JA. Zaostáva napríklad vývin vnímania, rečového usmerňovania činnosti, nežiadúcim smerom sa vyvíjajú vôľové vlastnosti (teda funkcie dôležité pri vykonávaní činností, ktoré vedú k bližším vzdialenejším cieľom). Významnú rolu teda hrá genetická dispozícia. Podľa Biedermana (in Davidson, Neale, 2001, s. 423) je u rodičov s ADHD 50% pravdepodobnosť, že ich deti budú trpieť podobnými príznakmi. Čo je skutočne zdedené nie je presne známe, ale predpokladajú sa zmeny v štruktúre a fungovaní mozgu. Horšie výkony v neuropsychologických testoch zamerané na výkonnosť funkcie frontálneho laloku (inhibícia chovania) ukazujú na vzťah určitých partií mozgu k spomínaným problémom.

Súčasný výskum, rovnako ako výskumy v päťdesiatych rokoch 20. storočia upozorňujú na rolu toxínov z vnútorného prostredia a to predovšetkým na aditíva v potravinách a nikotín. Neskoršie štúdiá na zvieratách ukázali, že chronická prítomnosť nikotínu zvyšuje uvoľňovanie dopamínu v mozgu a spôsobuje hyperaktivitu. Ďalší autori zistili, že nikotinizmus matky ovplyvňuje dopamínový systém vyvíjajúceho sa plodu a vyúsťuje v nedostatok inhibície a ADHD.

Psychologické teórie predpokladajú, že hyperaktivita je podmienená súčasným spojením dispozície k tomuto správaniu a spôsobom výchovy. Ak je dieťa s dispozíciami k nadmernej aktivite, pohyblivosti, náladovosti stresované netrzeplivým a nedotknuteľným rodičom, nemôžu sa utvárať správne vzory správania a komunikácie. Dieťa nespĺňa očakávania rodičov, je stále karhané, ich kontakty väčšinou končia rôznou úrovňou nezhôd. Nevhodné vzory správania sa u dieťaťa stabilizujú, dieťa nie je schopné plniť požiadavky školy a dostáva sa do konfliktu so školským poriadkom. Je nepochybné, že tieto príčiny hrajú určitú rolu vo vývoji obtiaží, ale nemožno ich považovať za dostatočné. Majú určitý podiel na posilňovaní negatívneho chovania, frekvencie a intenzite nežiadúcich prejavov.

Otázka hyperaktivity v ontogenetickom vývoji nie je jednoznačne riešiteľná. Niektoré deti už od útleho veku vykazujú celý rad problémov charakteristických pre ADHD a sú skúškou trpezlivosti a vychovávateľského umenia pre rodičov. Vo viacerých prípadoch obtiaže vymiznú a dieťa sa vyvíja v súlade s normami, inokedy pretrvávajú celý školský vek až do dospelosti. Dospelí väčšinou dosahujú nižšiu

socioekonomickú úroveň a menia zamestnanie častejšie, než je bežné. (Davidson, Neale, 2001, s. 422)

Ako uvádza K. Turček (2003) dozrievanie osobnosti je dlhodobým, komplikovaným procesom, ktorý je ovplyvňovaný mnohými faktormi – na jednej strane genetickými a organickými (biologickými) danosťami a na strane druhej vplyvmi vonkajšieho prostredia, sociálnymi interakciami, ale najmä sociálnym prostredím. Ak sa niektoré z uvedených faktorov u konkrétneho jednotlivca uplatnia výraznejšie, naruší sa tým plynulosť a súmernosť vývinu a tá sa prejaví najmä znížením sociálnej adaptácie v najširšom zmysle slova.

Príčiny vzniku porúch správania vymedzuje aj V. Hudáčková a kolektív autorov (2001) a uvádzajú, že poruchy správania sú dôsledkom určitej konštelácie a vzájomného pôsobenia vnútorných a vonkajších faktorov, ktoré neúčinkujú u všetkých jednotlivcov rovnako intenzívne, čoho dôsledkom je rôzny stupeň a smer porúch správania.

2.4.1 Vnútorné príčiny porúch správania

Vnútorné príčiny porúch správania podľa V. Hudáčkovej a kol. autorov (2001) tvorí skupina dedičných faktorov v podobe zvýšenej pripravenosti, vnímavosti organizmu voči patologickým podnetom až po priame dedičné sklony k asociálnemu a antisociálnemu konaniu. Ďalej sem patrí skupina psychologických a biologických faktorov (pôsobenie ranej detskej skúsenosti, temperamentové tendencie, znížená úroveň rozumových schopností, disharmonický vývin osobnosti) a všetky nedostatočne kompenzované hendicapy i najmenšej intenzity.

K vnútorným faktorom priraduje S. Kariková (1996) *dispozičné faktory*, kam patria *genetické faktory*, *konštitučné faktory* - temperament, niektoré vlastnosti nervových procesov, *faktor veku* - vývoj dieťaťa a prebieha v určitých fázach, ktoré je treba poznať, aby sme mohli rozlíšiť odchýlky a prípadnú patológiu v detskom veku, *prenatálne faktory* - za najrizikovejšie sa pokladá neofetálne obdobie, v ktorom sa tvoria jednotlivé orgány, *faktor pohlavia* – výskumné štúdie poukazujú na to, že mužský organizmus je „vnímavejší“ voči nepriaznivým vplyvom rôznych činiteľov.

D. Krejčířová a P. Říčan (2006) vymedzili päť základných príčin psychologicky podmienených porúch správania:

- 1) porucha správania ako prejav hľadania náhradného uspokojenia pri opakovanej frustrácii,
- 2) poruchy správania súvisiace s emocionálnou depriváciou,
- 3) poruchy správania, ktoré vznikajú na báze disharmonického vývoja osobnosti,
- 4) externalizačný typ poruchy adaptácie, tzv. volanie o pomoc,
- 5) poruchy správania ako prejav iných závažnými psychických porúch (napr. schizofrénia, depresia a pod.)

K endogénnym príčinám podľa C. Határa (2007), ktorý sa prikláňa k názoru M. Zelinu (2005, 2001) a G. Porubskej (2005) patrí: narušenie autoregulácie žiaka, narušenie motivačného systému jeho osobnosti.

M. Vágnerová (1999) uvádza, že dispozície k vzniku porúch správania sú multifaktoriálne. K vnútorným determinantom priraduje genetické dispozície. Za rizikový faktor považuje hlavne: dráždivosť, impulzivitu, znížený sklon k úzkostnému prežívaniu. Takáto dispozícia sa prejavuje u detí hlavne na úrovni temperamentu. Ďalším vnútorným determinantom je oslabenie, resp. porucha CNS a to hlavne na báze perinatálneho a perinatálneho poškodenia. U detí so syndrómom hyperaktivity, po úrazoch hlavy, pri niektorých epilepsiách, je riziko týchto prejavov vyššie.

Za psychologické faktory, ktoré vplyvajú na správanie sa považuje nasledovné:

- *elementárne psychické podnety* – náhle pôsobenie intenzívneho podnetu (zľaknutie), najmä u malých detí to môže viesť k vzniku rôznych neurotických prejavov,
- *psychické traumy* – strata blízkej osoby, havária,
- *psychická vyčerpanosť* – stresové situácie, u detí to môže byť obdobie uzatvárania známkok, vysvedčenie, preťažovanie,
- *náročné životné situácie* – rozvod rodičov, prechod na iný typ školy, zmena bydliska,
- *konfliktné situácie* – šikanovanie v škole, zosmiešňovanie,
- *psychické indukcie* – nepriaznivé ovplyvnenie inou osobou.

C. Határ (2007) je toho názoru, že práve vnútorné predpoklady jednotlivca a vplyv nesprávnej výchovy alebo pôsobenia sociálno-patologických faktorov majú za následok poruchy správania rôzneho stupňa a druhu.

2.4.2 Vonkajšie príčiny porúch správania

K vonkajším príčinám, ktoré môžu vo veľkej miere ovplyvniť správanie jednotlivca C. Határ (2007) zaraďuje rodinné, školské, mimoškolské, ale aj širšie spoločenské prostredie, (gangy, kulty, sekty kontrakultúry, média...).

Rodinné prostredie je prvým najdôležitejším citovým formovateľom dieťaťa. Dieťa z rodiny preberá nielen vzorce správania, ale aj hodnoty, ktoré rodina uznáva, preto veľmi záleží na tom ako rodina funguje, vzájomne komunikuje a aké hodnoty sú pre ňu určujúce. Od rodiny spoločnosť vždy očakávala napĺňanie určitých stanovených funkcií, čím bude prispievať k prežitiu samotnej spoločnosti.

V. Kurincová (2004) uvádza delenie rodín z hľadiska napĺňania základných funkcií na:

- *funkčné* - uvedené funkcie sa plnia,
- *afunkčné* - v ktorých sú napr. obmedzené možnosti prežívania lásky s dieťaťom, či slabo zastúpené niektoré oblasti podnetov a kultivácie dieťaťa,
- *dysfunkčné* - podľa Z. Helusa (1988) môžu pôsobiť negatívne vplyvy rodičov až takej intenzity, že dieťa musí byť umiestnené v inštitúcii náhradnej rodinnej starostlivosti (In Seidler, P., Kurincová, V., 2004)

P. Seidler a V. Kurincová (s. 129, 2004) uvádzajú, že „klasická definícia rodinu označuje za základnú bunku spoločnosti. A tak ako v biologickom organizme môže byť poškodený či vážne ohrozený celý organizmus pri poruchách a poraneniach jednotlivých buniek, tak aj v ľudskej spoločnosti je jej úspešné bytie či nebytie determinované úrovňou týchto intímnych ľudských štruktúr.“

Rodinným prostredím, ktoré môže viesť k poruchám správania detí a mládeže sa zaoberali O. Matoušek a A. Kroftová (1998, In Seidler, P., Kurincová, V., 2004). Poruchy správania dávajú do vzťahu s depriváčnym syndrómom (chýbajúca matka, resp. iná blízka osoba na vytvorenie bezpečnej väzby), s chladným rodičovským správaním a nesprávne chápanou disciplínou v rodine. Za rizikovú považujú slabú kontrolu dieťaťa rodičom a nevhodné riešenie konfliktov v rodine.

Podľa S. Karikovej (1996) dieťa trpiace depriváčnym syndrómom psychicky trpí, postráda pocit istoty a bezpečia. Počas svojho vývinu prechádza rôznymi výchovnými frustráciami, na ktoré môže reagovať rôznym spôsobom – agresivitou, depresiou, neuroticizmom, často sa prejavujú suicidálne tendencie.

Do kategórie vonkajších príčin, ktoré negatívne ovplyvňujú správanie podľa C. Határa (2007) môžeme zaradiť tiež neadekvátne trávenie voľného času, vplyv rovesníckych skupín, masmédií, vplyv deštruktívnych kultov, sekt a samozrejme aj samotné školské prostredie, môže byť zdrojom nevhodného správania.

Voľný čas je významným vonkajším činiteľom, v prípade, že je vhodne využitý, organizovaný a rodičmi kontrolovaný, je pravdepodobné, že dieťa bude rozvíjať svoje schopnosti, ale v prípade, že je jeho využitie nesprávne dieťa sa môže dostať do problémov, ktoré sa budú veľmi ťažko riešiť. S využitím voľného času úzko súvisí využívanie masovokomunikačných prostriedkov. Veľkú časť vzorcov správania preberajú deti od hrdinov z televíznych obrazoviek a z počítačových hier. Často sa stáva, že deti sledujú v televízii všetko čo sa vysielá, bez ohľadu na vhodnosť, či nevhodnosť. Podľa C. Határa (2007), keď deti trávia neprimerane veľa času sledovaním televízie, dochádza k otupovaniu ich emocionálneho vedomia, čoho dôsledkom je agresivita a afektívne poruchy.

M. Vocílka, K. Weisserová (1987/88 In Turček, K., 2003) sú presvedčení, že rodičia si často neuvedomujú svoj nedostatočný vplyv na výchovu detí a nedostatok času, ktorý im venujú. Čím je menšia autorita rodiča, tým väčší je vplyv skupiny rovesníkov. Mladí ľudia, ktorí neuznávajú a nenašli žiadnu autoritu v živote, ju hľadajú u takého jednotlivca, ktorý im imponuje. Za uznávané znaky považujú odvahu vzoprieť sa autorite, obratnosť, hrubú fyzickú silu, pohrdanie normami a hodnotami všeobecne uznávanými vo svete dospelých. Násilie, ktoré vzniká v skupinách sa často prejavuje na športových podujatiach. Typickým príkladom sú futbalové zápasy. So skupinovou agresívnou aktivitou sa stretávame aj pri ničení cudzieho majetku (hroby na cintorínoch), čím si zrejme krátia svoj voľný čas. Pri týchto aktivitách ide najmä o to, aby si v skupine dokázali kto je lepší, kto dokáže urobiť väčšiu škodu, očakávajú väčšie uznanie v partii.

M. Rosenbach (2003, In Határ, C., 2007), ktorého inšpiroval Seifried vymedzil komplex rizikových faktorov, ktoré môžu podmieňovať vznik agresívneho a narušeného správania:

- nedostatok spánku a nedostatočné resp. nesprávne stravovacie návyky,
- podceňovanie a preceňovanie detí vo výchovno-vzdelávacom procese,
- nedostatok podpory a pozornosti zo strany rodiny a rodičov,

- príliš prehnaná starostlivosť a kladenie neprimeraných požiadaviek na výkon detí zo strany rodičov,
- často sa meniace životné podmienky a tzv. improvizujúca rodinná výchova, v ktorej absentujú jasné pravidlá,
- rodinné krízy a konflikty, zneužívanie detí, rozvod rodičov,
- choroba a závislosť niektorého z rodičov,
- problémové tehotenstvo, počas ktorého boli užívané lieky, alkohol, tabak, prípadne aj drogy,
- nedostatočný resp. žiadny prívod kyslíka počas pôrodu,
- konflikty s učiteľmi a so spolužiakmi.

Z predchádzajúceho textu nám vyplýva, že jestvuje široké spektrum príčin, ktoré môžu viesť k vzniku sociálno-patologických javov či porúch správania a emocionalita u detí a mládeže. Pri ich eliminácii ako uvádza M. Hejdiš (2008) existujú prístupy, ktoré vychádzajú z poznania, že rizikové faktory sa na seba nabaľujú. Niektoré negatívne prejavy v správaní sú výsledkom prepojenia rizikových faktorov, pozornosť je nutné upriamiť predovšetkým na oblasť prevencie.

V. Nývltová (2008) uvádza, že pre vznik psychického narušenia je podstatné v akej miere sa bude rizikový faktor na jej vzniku podieľať. Rozhodujúca je: *intenzita pôsobenia rizikového faktora, dĺžka pôsobenia rizikového faktora, fáza ontogenetického vývinu, v ktorom faktor pôsobí.*

Treba však ešte pripomenúť jednotný názor viacerých odborníkov z oblasti pedagogiky, psychológie a sociológie, ktorí konštatujú, že človek sa rodí s určitými predispozíciami a závisí od vplyvu prostredia, či sa tieto budú alebo nebudú ďalej rozvíjať (Határ C., 2007).

2. 5 Najčastejšie sa vyskytujúce poruchy správania

Poruchy správania sú všeobecný pojem pre správanie, ktoré sa vymyká určitej spoločenskej norme. Za najčastejšie sa vyskytujúce poruchy správania s ktorými sa v praxi stretávame považujeme:

- klamstvá, záškoláctvo, úteky a túlanie, krádeže, šikanovanie, toxikománia a iné závislosti, včasná sexualita.

Klamstvá sú podľa M. Vágnerovej (1999) spôsobom úniku z osobne nepríjemnej situácie, ktorú dieťa nevie riešiť inak. Dieťa v školskom veku už vie rozlíšiť čo je klamstvo a tiež si je vedomé, že klamať sa nemá. Keď klame aj za týchto okolností, chce dosiahnuť niečo, na čo nemá nárok, alebo nedokáže ovládnuť potrebu klamať. Zvláštnou kategóriou sú klamstvá, ktoré sú zamerané na dosiahnutie osobného prospechu, alebo sú zamerané na ublíženie inej osobe, väčšinou bývajú spojené s ďalšími negatívnymi prejavmi a osobnostnými vlastnosťami (egoizmus, necitlivosť).

L. Višňovský (1998) poukazuje na epizodické klamstvo (obránné, účelové a pod.), ktoré môže byť aj reakciou na nesprávne výchovné pôsobenie. Fázové klamstvo sa objavuje v puberte i adolescencii ako výmysel hrdinstva, výnimočnosti. Pri chronickom klamstve býva príčinou úspech epizodických i fázických klamstiev.

Záškoláctvo - o záškoláctve hovoríme vtedy, keď dieťa úmyselne vynecháva školskú dochádzku.

P. Seidler, a V. Kurincová (2004) prezentujú názory odborníkov a to J. Eliota (2002), ktorý kladie veľký dôraz na odlišenie záškoláctva od odmietania školy. Hodnotí to skôr ako školskú fóbiu a uvádza, že záškoláctvo obyčajne nesúvisí s väčšími psychologickými problémami. Podľa I. Emmerovej (2008) ide o porušenie jedného zo základných pravidiel, ktoré vymedzujú rolu žiaka, pretože jeho povinnosťou je chodiť do školy.

Podľa J. Hvozdíka (1986) príčina záškoláctva je v konfliktných situáciách v škole, strach zo skúšania, šikanovania, alebo túžba vyskúšať niečo nové, zakázané.

D. Krejčířová (1995) upozorňuje na fakt, že čím mladšie dieťa sa dopúšťa záškoláctva, úteku alebo túľania, tým signalizuje vážnejšiu poruchu osobnosti, alebo patológiu rodiny.

I. Emmerová (2008) za najčastejšie príčiny záškoláctva považuje: nezvládanie učiva, strach zo školy a zo skúšania, strach zo šikanovania, neistota v prítomnosti druhých detí, snaha vyhnúť sa nepríjemnostiam, málo podnetné rodinné prostredie, túžba po dobrodružstve, nátlak rovesníckej skupiny, nástup do školy po dlhšej chorobe a rekonvalescencii, adaptačné problémy spojené s prechodom na iný typ školy.

Túľanie - K. Turček (2003) uvádza názory J. Hádlika, M. Holeňovej (1971) a O. Kondáša (1977) na popis túľania ako jednu z protestných foriem reakcie na ťaživú

rodinnú situáciu. Možno hovoriť o predispozícii k potulkám, jedná sa o povahy uzavreté a plaché, introspektívne, ktoré ťažko znášajú aj menšie denné nepríjemnosti. Podľa Fischera osobitú skupinu túlavých detí tvoria deti s erotickým vzťahom k dospelaj osobe, ktorá ich pohlavne zneužívala, a zvykli si využívať výhody, ktoré im to poskytuje.

K. Turček (2003) J. Langmeier a Z. Matejček pripomínajú, že mnohé z túlavých a záškoláckych detí vo svojom vývoji dlhodobo trpelo emočnou karenciou. Úteky bývajú reakciou na subjektívne neriešiteľné situácie, neskôr pristupuje k uvedeným motívom aj sklamanie z lásky.

M. Vágnerová (1999), ktorá sa tiež zaoberá útekmi a túlaním uvádza, že útek sa môže interpretovať ako určitý variant únikového správania. Svoj problém dieťa rieši útekmi z prostredia, keď sa mu zdá ohrozujúce a nie je schopné zvládnuť situáciu vhodnejším, zrelším spôsobom. Podľa autorky existujú rôzne formy útekov, ktoré majú nie len odlišný prejav, ale aj odlišnú motiváciu.

a) *reaktívne, impulzívne úteky* - sú skratovou reakciou na nezvládnuteľnú situáciu doma, alebo v škole, útek je signálom zúfalstva, alebo varovaním, dieťa sa spravidla chce domov vrátiť, takýto útek môže byť ojedinelý a po vyriešení problémov sa už neopakuje,

b) *chronické úteky* - sú plánované a pripravované, vyplývajú z dlhodobých problémov, niekedy majú presný cieľ, napr. osobu, ku ktorej dieťa uteká, väčšinou sa dieťa nechce vrátiť, s podobnými útekmi sa stretávame u detí s narušených a dysfunkčných rodín,

c) *túlanie* - je charakteristické dlhotrvajúcim opustením domova, ktoré väčšinou nadväzuje na úteky, je výrazom nedostatočnej citovej väzby k ľuďom a k zázemiu, ktoré je natoľko dysfunkčné, že na ňom dieťaťati nezáleží, alebo ho dokonca odmieta, u dospievajúcich je riziko, že sa pre nich túlavý spôsob života stane návykom, že nebudú schopní stabilného zamestnania a postupne skončia ako bezdomovci.

Krádeže – krádežou jednotliviec prejavuje odvahu, chce získať obdiv kamarátov, určité výhody v partii a pod. (Višňovský L., 1998).

Krádež je zámerné privlastnenie si cudzieho majetku neprípustným spôsobom a bez vedomia majiteľa, delia sa na epizodické, alebo aj fázové (kleptománia).

M. Vágnerová (1999) zdôrazňuje, že spôsob krádeže je pri posudzovaní závažnosti poruchy správania veľmi podstatný. Menší význam majú neplánované

príležitostné krádeže, najmä u mladších detí, je to výsledok impulzívnej reakcie, nezvládanej aktuálnej potreby vlastniť nejakú vec, ktorá sa im páči. Za závažnejší signál poruchy socializácie možno považovať plánované a vopred premyslené krádeže, ktoré sa obyčajne vyskytujú až v staršom školskom veku. Tento typ krádeže je často spojený s ďalšími variantmi poruchového správania a za najzávažnejšie sú považované opakované krádeže v partii.

S. Fischer (In Turček, K., 2003) rozdeľuje krádeže detí a ich príčiny do niekoľkých skupín: ojedinelé krádeže plynúce z náhlej túžby niečo vlastniť, krádeže vyvolané zlým príkladom, krádeže z hladu (môžu byť znovu aktuálne), nepriaznivá pozícia v kolektíve vyvoláva úsilie zavďačiť sa ukradnutými predmetmi iným deťom a získať si ich tak, motív vlastniť a používať ukradnutý predmet, návykové krádeže u detí z rodín s nízkym morálnym štandardom, osobnostné črty – nezdržanlivosť, impulzivnosť, nutkavé správanie.

Šikanovanie - tisíce detí prichádza denne do školy so strachom z fyzických útokov, posmeškov, ponižovania. Tieto deti sa často vracajú zo školy s poškodenými vecami, s potrhávaným oblečením či nevysvetliteľnými modrinami (Kolář, M., 2005).

Pre obeť šikanovanie predstavuje častokrát aktuálne ohrozenie psychického aj somatického zdravia. Nebezpečným dlhodobým dôsledkom je predovšetkým možnosť zafixovania skúsenosti tak v prípade agresora a jeho obeť, ako aj ostatných detí, ktoré boli svedkami šikanovania. Šikanovanie je vždy záležitosťou celej skupiny a dôsledkom je deformácia sociálnych vzťahov, hierarchie rol a postojov k normám. Za značný problém pri riešení tejto problematiky považuje M. Vágnerová (1999) spoločenskú toleranciu šikanovania a jeho bagatelizovanie.

P. Říčan (2010) definuje šikanovanie ako ubližovanie niekomu, kto sa nemôže adekvátne brániť. O šikanovaní hovoríme vtedy, keď ide o opakované konanie, ale výnimočne môžeme za šikanovanie označiť aj jednorázové veľmi závažné konanie, kde je hrozba opakovania. K výrazným negatívam patrí aj záľudnosť takéhoto konania, pretože môže ísť o úplne obyčajnú, bežnú skupinu detí na prvý pohľad bezproblémovú a iniciátormi nie sú chorí sadisti, ale obyčajní chlapci a dievčatá (Kolář, M., 2005).

Ak pedagóg zistí, že žiak je šikanovaný, je viac ako dôležité venovať pozornosť varovným signálom, a začať tento problém urgentne, ale vhodne riešiť.

Podľa P. Řičana (2008) existuje niekoľko príznakov, ktoré rozdeľuje na: *priame* (posmešné poznámky, prezývky, nadávky, ponižovanie, neoprávnená kritika, výčitky, príkazy, údery a kopance, ktoré dieťa nevracia, bitky, v ktorých jeden z účastníkov je viditeľne slabší) a *nepriame* (dieťa nemá žiadneho kamaráta, počas prestávok vyhľadáva prítomnosť učiteľa, zhoršuje sa jeho školský prospech, niekedy náhle, často sa sťažuje na bolesti brucha a hlavy, často hlási stratu osobných vecí, na toaletu chodí cez vyučovanie a ďalšie). V prípade, že sa proces šikanovania nezastaví včas, môže dôjsť k veľmi nebezpečným dôsledkom, pretože sa jedná o proces, ktorý sa vyvíja.

M. Kolář (2005) vo svojej knihe uvádza niekoľko štádií:

- 1) *štádium*: zrod ostrakizmu – ide o mierne prevažne psychické formy násillia, kde sa okrajový člen necíti dobre, to znamená, že je neoblúbený a neuznávaný,
- 2) *štádium*: fyzická agresia a zvyšovanie manipulácie - dôvodom vzniku bývajú hlavne dve príčiny, ktoré sa vzájomne podmieňujú, a to náročné situácie (keď v skupine stúpa napätie, neoblúbení žiaci začínajú slúžiť ako ventil) a druhou príčinou je zoskupenie zväčša v jednej triede niekoľkých výrazne agresívnych asociálnych jednotlivcov (od samého začiatku používajú násillie na svoje uspokojovanie),
- 3) *štádium*: kľúčový moment – vytvorenie jadra, to znamená, že v tomto momente sa už rozhoduje, či sa počiatočné štádium dostane do štádia pokročilého, už je vytvorená skupina agresorov, ktorí spolupracujú a systematicky šikanujú svoje obete,
- 4) *štádium*: väčšina skupiny prijíma normy agresorov, činnosť jadra agresorov môže bez odporu pokračovať v prípade, že nie je v skupine silná pozitívna podskupina,
- 5) *štádium*: totalita alebo dokonalé šikanovanie, čo znamená, že normy agresorov sú prijaté všetkými, celá skupina je rozdelená na dve podskupiny, a to na agresorov – otrokárov a ich obete – otrokov.

C. Határ (2007) popisuje, že detskí agresori sa v posledných ročníkoch základnej školy často zhoršujú v prospechu a stávajú sa členmi pochybných skupín, v dospelosti majú oveľa viac konfliktov so zákonom než ostatné deti. Ak sa nám podarí správne podchytiť a zastaviť agresiu žiakov ešte v detskom veku, znížime tým riziko ich kriminalizácie v dospelosti.

Toxikománia – J. Varmuža (2001, s.6) uvádza definíciu odborníkov WHO, ktorí ju definovali ako: „stav *periodicky sa opakujúcej alebo chronickej intoxikácie človeka* ,

pričom je tento stav vyvolaný opakovanou aplikáciou prírodnej alebo syntetickej drogy a škodí samotnému jednotlivcovi i celej spoločnosti“.

K. Turček (2003) uvádza, že alkoholizmus a zneužívanie nealkoholových návykových látok majú istú podobnú charakteristiku najmä vo vyvolávajúcich faktoroch, ku ktorým patrí: neusporiadané výchovné prostredie v dysfunkčných, rozvrátených či rozvedených rodinách so sprevádzajúcou frustráciou a konfliktami, štruktúra osobnosti, kedy mladí toxikomani inklinujú k nezávislosti, sú orientovaní na seba a svoje problémy, okolitý svet ich nezaujíma, odmietajú hodnoty týkajúce sa všetkých ľudí a spoločnosti.

Posúdením rizikových faktorov, motivácie a príležitosti kontaktovať sa s drogou rozoznávajú Chvíla a E. Vengřínová (1989, In Turček, K., 2003) štyri základné typy osobnosti, inklinujúce k zlyhaniu: *výrazne extrovertní jednotlivci s dominantnými črtami* (ašpirujúci na rolu „hviezdy“ v skupine), *výrazne submisívni* (skôr introvertní jednotlivci i inferiorným intelektom a s vysokou dimenziou závislosti), *zanedbávané deti s nízkym intelektom a s dlhodobými poruchami správania*, *deti s vysokou dispozíciou k apetencii k droge* (stretnutie s drogou je pre ne hlbokým zážitkom a stáva sa im osudné).

E. Komárik (1998) tvrdí, že závislosť na drogách spravidla nevzniká okamžite, rozvíja sa v štyroch štádiách:

- 1) experimentovanie s drogami
- 2) pravidelné, ale nie príliš časté užívanie
- 3) denné zaujatie drogou
- 4) závislosť

Väčšina toxikomanov nie je ochotná priznať závislosť na droge a odmieta liečenie. Postoje dieťaťa k užívaniu drogy možno ovplyvňovať ešte v začiatkoch, kým sa nevyvinula závislosť, postoj toxikomana k závislosti sa zväčša zmení ako dôsledok krízy.

Patologické hráčstvo - patrí k ďalšiemu typu návykov. Podľa K. Turčeka (2003) sa prejavuje dlhodobo a často sa opakujúcimi epizódami hráčstva, pokračuje aj napriek nepriaznivým účinkom na samotného hráča a jeho rodinu. Týmto dochádza k narušeniu vzťahov, zanedbávaniu školských či pracovných povinností, k finančných stratám, k vecným hodnotám, kradnutiu doma, odnášaniam cenných vecí do záložní a

pod. K najčastejším formám patria hracie automaty, hranie kariet, návštevy kasín, športové a iné stávky.

Patologické hráčstvo sa podľa MKCH-10 zaraďuje medzi návykové a impulzívne poruchy, nejedná sa teda o závislosť.

K. Nešpor (2000) uvádza, že patologické hráčstvo sa podobá závislostiam v niektorých rysoch: zhoršená sebakontrola, zanedbávanie iných oblastí života, intenzívne nutkanie k hre.

Podobné vlastnosti ako hazardné hry majú podľa K. Turčeka (2003) počítačové hry a videohry, a to aj v prípade, keď pri nich nejde o peniaze. K týmto návykom môžeme priradiť aj nadmerné používanie mobilných telefónov a surfovanie po internete.

Včasná sexualita – problematika tejto oblasti predstavuje osobitný druh porúch správania. M. Kučera (1963) popisuje, že v niektorých prípadoch sa rozvíja dokonca sexuálna promiskuita, ktorá môže byť určitými vonkajšími faktormi formovania smerom do prostitučného správania, príp. vydierania súvisiaceho so sexualitou (In Turček, K., 2003).

D. S. Everstin a L. Everstine (In Turček, K., 2003) zastávajú názor, že detské neadekvátne sexuálne správanie je následkom, nie príčinou sexuálneho útoku. Podľa A. Bentovima (1998, In Turček, K., 2003) má sexuálne zneužívanie rozdielny vplyv na chlapcov a rozdielny vplyv na dievčatá. Spomienky a okolnosti pripomínajúce násilie a zneužívanie, sa na chlapcoch prejavuje tak, že sa identifikujú so svojim trýzniteľom a sami týrajú alebo zneužívajú iných a tak trauma u chlapcov stimuluje agresívne a dominantné správanie. Väčšinou je sprevádzané sexualizáciou spojenou s úsilím nájsť niekoho, kto môže doslovne prevziať ich vlastnú traumy, kto im pripomína ich vlastnú bezmocnosť a môže byť prinútený prežiť ich pocity namiesto nich. Sexuálne uspokojenie, získanie pocitu moci a citovej blízkosti dosahujú zameraním sa na niekoho mladšieho a slabšieho. Zneužívané dievčatá reagujú naproti tomu spôsobom typickým pre obeť, to znamená, že si vytvárajú o sebe negatívne úsudky a bojujú s nimi tak, že sebapoškodzujú, prepadajú anorexii, citovo sa viažu na svojho agresora, nachádzajú si nevhodných partnerov, alebo začínajú žiť promiskuitne.

Sexuálna promiskuita je považovaná za formu sociálnej narušenosti, ktorá sa prejavuje sexuálnym stykom s mnohými partnermi bez výberu, ale nie je totožná s prostitúciou a nejde pri nej o zárobkovú činnosť, aj keď neskôr k prostitúcii viesť môže. Za príčiny podmieňujúce jej vznik sa skôr považuje nedostatok citových väzieb a túžba po láske, snaha o dosiahnutie citovej pohody, rovnako však aj akási pomsta zo sklamaní. U mladých mužov táto narušenosť vyplýva často z túžby dokázať sám sebe sexuálnu výkonnosť (Komárik, E., 1998).

K negatívnym faktorom, ktoré prispievajú k rozvoju včasnej sexuality patrí podľa Ľ. Višňovského (1998) erotická explózia, ktorá nastala v súvislosti so spoločenskými zmenami a snahami vyrovnáť sa západným krajinám, to znamená: uvoľnenie časopiseckej, knižnej, filmovej produkcie. Nie je to však rozhodujúce, ale pozornosť treba hľadať vo výchove ako rodinnej, tak i školskej.

Pripájame sa k názoru Ľ. Višňovského (1998), že ťažkosti so sexualitou nie sú ojedinelé a prejavujú sa v rôznych oblastiach: pornografie, pornolalie, masturbácie, prostitúcie, homosexuality i exhibicionizmu. Ojedinelé nie sú ani prípady znásilnení. Z predchádzajúceho textu vyplýva, že prejavov porúch správania je veľa a každý prejav si vyžaduje špecifické riešenie. Horšie je, že málokedy sa vyskytujú osamotene, väčšinou sa vzájomne kombinujú.

3. TERAPIA

Terapia znamená liečbu a vo vlastnom slova zmysle sa zameriava na príznaky, alebo príčinu vzniku ochorenia, alebo poruchy, takže sa používa príslušné označenie vo forme symptomatická alebo kauzálna terapia. Tento pojem sa používa vo farmakologickej liečbe, prípadne v liečbe psychologickými prostriedkami psychoterapia. Pojem liečba sa v pedagogike nepoužíva často, no patrí do nej vďaka druhu pedagogického pôsobenia.

V spojení s prostriedkom lieči nielen hudba, nielen slovo, nielen hudobný nástroj, hudobné dielo, ale aktívne konanie človeka so zameraním na posilnenie úcty k sebe, prekonávanie seba, podpora kladných stránok dieťaťa a využitie jeho potenciálu na jeho rozvoj.

Terapia je teda proces, pri ktorom prevláda snaha vrátiť postihnutému jedincovi jeho stav do pôvodnej rovnováhy, alebo aspoň minimalizovať negatívny dopad ochorenia na jeho existenciu, zdravie, sociálne zaradenie a plnohodnotný život v spoločnosti.

3. 1 Arteterapia

Arteterapia je diagnostická i terapeutická metóda, ktorá pomáha deťom i dospelým. Pojem arteterapia pochádza z latinčiny, pričom „art“ alebo „artis“ preložíme ako umenie. Z tohto slova vznikol pojem „therapeia“ čo znamená - liečba umením. Pre splnenie svojho cieľa využíva prostriedky, ktorými sú kresba, maľba, modelovanie, sochárstvo, grafika či tvorba masiek. J. Pogády ju vo svojej knihe o použití detskej kresby v diagnostike a liečbe charakterizuje ako: „...*predovšetkým terapeutické využitie výtvarnej činnosti.*“ Nie všetci odborníci ju však spájajú len s výtvarným umením. Mnohí pod pojmom arteterapia rozumejú liečbu rôznymi druhmi umenia. Štefan Vašek si myslí, že: „arteterapia sa stotožňuje s pojmom kultúrna terapia, v ktorej ide o uplatňovanie viacerých umeleckých výrazových prostriedkov v liečbe (hudby, dramatizácie a pod.)“

Bez ohľadu na presné vymedzenie arteterapie, jej cieľ zostáva stále rovnaký- pomáhať tam, kde slová nemôžu, alebo nedokážu pomenovať to, čo trápi dušu, alebo telo

človeka. Arteterapia sa úspešne využíva pri diagnostike psychických a fyzických ťažkostí a liečbe najrozličnejších ochorení, pretože: „*umenie je zvláštne a krásne tým, že sa v ňom nedá klamať.*“ (A. P. Čechov)

Využitie arteterapie je naozaj široké, dokáže analyzovať povahové rysy človeka. Podieľa sa na vnútornom obohatení človeka, jeho vzdelávaní a rozvoji. Správne aplikovanie arteterapie uvoľní stres. Pre mnohých je táto metóda vďačným relaxačným prostriedkom. Rovnako dobre sa uplatňuje pri liečbe ľudí s psychickým alebo telesným postihnutím. Pri svojej činnosti ju využívajú psychológovia, vychovávatelia, sociálni i rehabilitační pracovníci. Nesmieme zabudnúť na jej pozitívne účinky pri procese nadobúdania nových informácií.

Arteterapiu využívajú odborníci pri komunikácii s deťmi v predškolskom a ranom školskom veku, pretože navodiť slovný prejav neznámeho a dieťaťa je často veľmi ťažké. Kresba či maľba dokáže vypovedať to, čo je ukryté hlboko v detskej dušičke. Detský obrázok je malým umeleckým dielom. Ako povedal Eugène Jonesco: „Umelecké dielo je výrazom tajomnej skutočnosti, ktorú sa človek pokúša povedať iným...“

Arteterapia u detí patrí medzi základné komunikačné prostriedky, je spôsobom ich sebavyjadrenia. Existujú metódy arteterapie, ktoré pomáhajú deťom s poruchami reči, sluchu, problémami v učení a v správaní, ale aj zdravotnými ťažkosťami. „Liečba umením“ zahŕňa prostriedky, ktoré dokážu pomôcť týraným a zneužívaným deťom alebo dospievajúcim toxikomanom. Významné uplatnenie má arteterapia v štádiu dospievania, keď sa mladý človek stretáva s problémami hľadania seba samého, či odmietaním autorít. Pre detský vek je charakteristické, že dieťa nedokáže prostredníctvom verbálnej komunikácie vyjadriť to, čo vie prostredníctvom hry, kresby alebo pohybu. Drvivá väčšina terapeutov sa stotožňuje s názorom, že deti dokážu prostredníctvom výtvarných dielok vyjadriť svoj vnútorný svet.

Známa terapeutka Benderová uvádza viacero dôvodov využitia arteterapie, spomeňme si aspoň niektoré: nadviazanie kontaktu s deťmi, ktoré nevedia verbálne komunikovať, sú príliš citlivé alebo autistické, zníženie agresivity alebo sexuálneho napätia u detí, pri skupinovej terapii dieťa nadobúda sebavedomie, cíti sa obdivované a obľúbené, pochopenie sveta mentálne postihnutých detí, nahliadnutie do nevedomých sfér detského bytia, ktoré si bežne neuvedomuje resp. nevie ich vyjadriť.

Často pri diagnostike a terapii detí nestačí len samotné využitie arteterapie. Preto sa táto metóda kombinuje s autogénnym tréningom (u starších detí), terapiou hrou, liečbou prostredníctvom rôznych bábok, psychogymnastikou alebo psychodrárou.

U detí s poruchami správania prichádza najčastejšie na rad kresba s názvom „ Moja rodina“. Deti dokážu prostredníctvom takejto kresby veľa vypovedať o členoch svojej rodiny i jeho postavení v nej. Často kreslia zvieratá, ktoré sú podľa nich plnohodnotným členom rodiny. Ak dieťa v tejto téme zobrazí predovšetkým nábytok a nie ľudské postavy, svedčí to o nedostatočnom fungovaní rodiny resp. o neplnení jej skutočného poslania. V niektorých prípadoch deti na obrázku jasne nakreslia konflikty, ktorých sú svedkom v bežnom živote (hádky rodičov, bitky a pod.). Deti s úzkostnými poruchami, alebo poruchami správania dokážu vyjadriť svoje úzkostné pocity práve prostredníctvom kresbičky. Rovnako aj deti, ktoré majú problémy v škole, vedia svoje pocity jasne preniesť na papier. Kreslia konkrétne konflikty prebiehajúce v škole i doma.

Diagnostika prostredníctvom kresby prináša informácie o vnútornom svete dieťaťa a dáva možnosť porozumieť mu. Keď poznáme problém a ťažkosti svojho dieťaťa, môžeme mu pomôcť účinnou liečebnou terapiou.

Ciele arteterapie sa podľa M. Liebmanovej (1984, In Šicková – Fabrici, J., 2002) všeobecne diferencujú na:

- **individuálne** - kde patrí: uvoľnenie, sebavnímanie, sebahodnotenie, vizuálne a verbálne usporiadanie zážitkov, sloboda pre experimentovanie, rozvoj fantázie, celkový rozvoj osobnosti a iné.
- **sociálne** - kde zaraďujeme: vnímanie a prijatie iných ľudí, vyjadrenie uznania ich hodnote, nadviazanie kontaktov, zapojenie sa do skupiny a kooperáciu, komunikáciu, spoločné riešenie problémov, pochopenie vzťahov, vytváranie sociálnej opory.

J. Šicková - Fabrici (2002) je toho názoru, že arteterapia je s úspechom aplikovaná hlavne u detí, ktoré majú špecifické problémy ako sú: slabý prospech v škole, poruchy pozornosti, alebo iné problémy so správaním, emocionálne problémy.

Arteterapia býva často využívaná nielen na liečenie ale aj na diagnostiku. Je veľkým pomocníkom pri odhaľovaní syndrómu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa. Podľa J. Šickovej - Fabrici (2002) sa informácie a správy, ktoré často nie sú

dostupné cez verbálnu komunikáciu vyplavia na povrch cez výtvarnú reč. Výtvarná expresia môže byť kľúčovým faktorom v úspešnej arteterapeutickej intervencii.

Kresba môže byť prvým krokom k prelomeniu bariéry mlčania o traumatickom zážitku. Veľmi dôležité je, aby terapeut vytvoril atmosféru dôvery a istoty.

3. 2 Muzikoterapia

Muzikoterapia je použitie hudby na dosiahnutie terapeutických cieľov - upravovanie, udržiavanie a zlepšovanie mentálneho a fyzického zdravia. Je to aplikovanie hudby tak, aby prinieslo vhodnú zmenu v správaní .

Pedagogická muzikoterapia je zameraná na ovplyvňovanie procesov učenia, komunikácie a sociálnej integrácie. Zlepšuje kognitívnu funkčnosť (vnímanie, pamäť, pozornosť) a telesnú funkčnosť (podpora pohybu a podpora reči) organizmu. Jej ťažiskom je rozvíjanie osobnosti, senzomotorických a sebaobslužných zručností a zlepšenie sociálnej integrácie ľudí s mentálnym, telesným, alebo zmyslovým postihnutím.

Podľa S. Solárika (2008) z užšieho hľadiska môžeme hovoriť o terapeutickom prístupe, ktorý využíva hudbu na liečebné ovplyvnenie psychických, somatických či iných psychofyziologických porúch. Techník psychofyzikálneho uvoľňovania je v súčasnosti mnoho. Medzi najznámejšie techniky relaxácie patrí:

1) *Jacobsonova technika progresívnej relaxácie* - je založená na nácviku uvoľnenia svalstva všetkých častí tela. Cieľom je nacvičiť vedomé ovládanie svalového napätia pri telesnom odpočinku a tým dosiahnuť odpočinok centrálnej nervovej sústavy.

2) *Mariščukov relaxačný tréning* - využíva známy princíp svalovej relaxácie na vypracovanie pohybových návykov zameraných na odstránenie mimovoľného napätia svalstva, ktoré vzniká v dôsledku pôsobenia stresových činiteľov (Solárik, S., 2008).

3) *Schultzov autogénny tréning* - základné princípy autogénneho tréningu sú dva: relaxácia a koncentrácia.

- *Relaxácia* - uvoľnenie svalstva - umožňuje navodiť duševný pokoj a súčasne upokojiť a zharmonizovať aj činnosť vnútorných orgánov.
- *Koncentrácia* - predstavuje bezvýhradné sústredenie sa na určitú predstavu, ktorá potom ovplyvňuje organizmus.

4) *Machačova relaxačno - aktivačná metóda* - spája relaxáciu s prvkami aktivácie.

Hudbou rozvíjané schopnosti priaznivo vplyvajú na socializáciu jedinca, prispievajú k jeho citovému obohateniu a zlepšujú školské výsledky. Hudba má v sebe silu udržať mentálne zdravie jedinca, a pokiaľ došlo k jeho oslabeniu aktivizovať rezervné fondy organizmu a naštartovať v ňom samoliečiace procesy pôsobiace motivačne k nájdeniu východísk z aktuálnych problémov.

Muzikoterapia je teda liečebná metóda, ktorá sa pokúša pomocou hudby priaznivo ovplyvniť psychický a fyzický stav človeka. Individuálna reakcia je síce rôzna, ale na mnohých z nás hudba pôsobí veľmi dobre.

3. 3 Animoterapia

Animoterapia je liečenie pomocou zvierat (z angl. animal - zviera, podľa iných názorov z lat. anima – duša.) Využíva pozitívne pôsobenie zvierat'a na emocionálne a fyzické zdravie človeka.

Špeciálnymi metódami animoterapie sú:

- hipoterapia - terapia s použitím koní,
- canisterapia - terapia s použitím psov,
- felinoterapia - terapia s použitím mačiek.

Vedci zatiaľ presne nevedia, akým spôsobom kontakt so zvierat'om ovplyvňuje ľudský organizmus. Domnievajú sa, že citový vzťah k zvierat'u pomáha uvoľňovať interferón, ktorý posilňuje imunitný systém a endorfíny, ktoré zvyšujú prah bolesti. Liečivé pôsobenie zvierat'a do značnej miery súvisí s empatiou, nepodmieneným rešpektom a láskou, ktorú sú zvieratá schopné prejaviť. Uspokojenie týchto potrieb, v kombinácii s dotykom živej bytosti pomáha uviesť pacienta do lepšieho duševného stavu. Podľa ľudí veriacich v parapsychológiu tiež údajne dochádza k interakcii energetických polí pacienta a zvierat'a.

Možno vyčleniť dve základné kategórie terapeutických zvierat:

Asistenčné zvieratá - sú individuálne vycvičené na vykonávanie príkazov, alebo na prácu pre nejakú osobu so špecifickým problémom. Ide napríklad o vodiacich psov.

Terapeutické zvieratá - sú integrálnou súčasťou liečebného procesu pre jednotlivca, alebo skupinu jednotlivcov s rovnakým problémom.

Animoterapia v zahraničí, najmä v USA, tvorí rovnocennú súčasť psychoterapie. U ťažko chorých pacientov, ktorých primárnym problémom nie je psychický problém (onkologickí, postoperačné stavy, ...) sa prostredníctvom hladenia zvierat a verbálnou i nonverbálnou komunikáciou so zvieratom, aktivujú vnútorné zdroje, urýchljuje sa rekonvalescencia pacientov a klesá ich chorobnosť. Zvieratá sú našimi spoločníkmi a svojou prítomnosťou nám spríjemňujú život. Pre tých, ktorí majú doma nejakého zvieracieho miláčika, je to iste aj záľuba. Jednoducho, zvieratá k nášmu životu patria.

Vďaka animoterapii dochádza k rozvoju sociálneho cítenia, k podpore verbálnej i neverbálnej komunikácie, ďalej tiež k rozvoju hrubej aj jemnej motoriky. Okrem toho animoterapia pomáha zlepšiť koncentráciu a pamäť a nezanedbateľné sú účinky na psychickej úrovni - teda pozitívny vplyv na psychiku človeka.

Či už liečivej sile zvierat veríme, alebo nie, pravdou ostáva, že u mnohých pacientov, ktorí s animoterapiou majú skúsenosti došlo naozaj k zlepšeniu stavu a zvieracia terapia mala u nich výborné výsledky. Výhodou je okrem iného aj to, že takáto terapia nemá žiadne vedľajšie nežiaduce účinky a nemôže nám teda uškodiť, môže len pomôcť.

3.4 EEG biofeedback /neurofeedback/

Je metóda, ktorá umožňuje reguláciu mozgovej aktivity pomocou EEG zariadenia a špeciálneho počítačového softvéru. Dieťa je počas tréningu pohodlne usadené pred monitorom, na ktorom beží počítačová hra. EEG zaznamenáva elektrickú aktivitu mozgu pomocou viacerých elektród, umiestnených na rôznych miestach na hlave dieťaťa. Mozgová aktivita sa vo vybranej oblasti zobrazuje do parametrov počítačovej hry, ktoré podávajú spätnú informáciu o aktuálnom ladení či rozladení mozgových vĺn. Žiadúca aktivita mozgu je prostredníctvom úspechu v hre posilňovaná tak dlho, kým si dieťa spôsob regulácie zapamätá a osvojí, takže dochádza k normalizácii patologickej mozgovej aktivity. Každé tréningové sedenie trvá 30 - 45 minút. Dominantná symptomatológia u každého dieťaťa určuje, ktoré oblasti mozgu budú stimulované, ako aj potrebný počet tréningových sedení. Prostredníctvom opakovaného tréningu sa dieťa naučí udržať požadované vzory mozgovej aktivity v

rámci žiadúcich hraníc, pričom dosiahnuté zmeny sa prirodzene a nevedome prenášajú aj do fungovania dieťaťa mimo tréningovej situácie. Dieťa sa takto učí aktívne kontrolovať a ovládať svoje výkony pomocou signálov z vlastného tela.

Neurofeedback vykazuje vynikajúce výsledky pri terapii problémov, ktoré sa bežne vyskytujú u našich žiakov - poruchy pozornosti, hyperaktivita a iné poruchy správania, vývinové poruchy učenia, nedostatočná kontrola afektivity a impulzivity, enuréza, oneskorený psychomotorický vývin v rôznych zložkách, neurologické poruchy a získané poškodenia mozgu, autizmus.

Neurofeedback terapia je účinná pri liečbe širokého spektra porúch a ochorení. U našich detí je indikovaný predovšetkým v nasledovných oblastiach:

- narušenie komunikačnej schopnosti - akcelerácia rečového vývinu, zlepšenie komunikačných schopností po formálnej aj obsahovej stránke,
- rozvoj kognitívnych funkcií - poruchy pozornosti, pamäťové funkcie, myslenie, učenie, predstavivosť, percepcia,
- rozvoj školských zručností, terapie špecifických vývinových porúch učenia,
- kontrola aktivity a impulzivity - u hyperaktívnych detí, zmena smerom k väčšej kontrole správania dieťaťa, zníženie aktivity dieťaťa, skľudnenie, schopnosť relaxovať, kontrola psychomotorického tempa,
- kontrola afektivity - lepšia schopnosť ovládať svoje emocionálne reakcie, redukcia funkčných symptómov, v oblasti emotivity a správania
- epilepsie,
- poruchy spánku - nespavosť, ťažkosti so zaspávaním, nočné desy, námesačnosť,
- úzkostné poruchy,
- enuréza (pomočovanie).

EEG biofeedback tréning je hravý, bezbolestný a nemá žiadne nežiadúce vedľajšie účinky. Vedie k zvyšovaniu sebavedomia dieťaťa a jeho aktivity pri zvládaní vlastných problémov - tento druh terapie motivuje dieťa prebrať zodpovednosť pri riešení svojich problémov, keďže úspech závisí z prevažnej časti od vlastnej aktivity dieťaťa. Prirodzený je prenos získaných zručností aj mimo terapeutickú situáciu.

3.5 Terapia hrou

Tento druh terapie je u detí a mládeže s poruchami správania veľmi vhodný a účinný, najmä z toho dôvodu, že je u detí veľmi obľúbený. V hre sa odrážajú skúsenosti dieťaťa, jeho postoje, city, túžby i obavy, osobné psychické obsahy najmä emócie. Hra je prostriedkom na ich reálne spracovanie, čím sa umožňuje zmena. Hra je aj prirodzenou činnosťou, ktorou dieťa vstupuje do interakcie so svetom. Má význam pre vývin poznávacích funkcií, ale aj rozvoj spontánnosti a tvorivosti. Prispieva k vyjadrovaniu a vývinu emócií, ale aj utváraniu vzťahu k sebe a k iným ľuďom. Je dôležité rozlišovať hru ako spôsob, ktorým sa dieťa prejavuje, a hru ako modelovú situáciu, pri ktorej dochádza precvičovaniu a tréningu sociálnych zručností.

Podľa Ginnot (1966) pri terapii hrou má dieťa voľnosť konania a reagovania, potláčania alebo vyjadrovania, prijímania alebo odmietania (In Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J., 2000). Hra okrem sebvýjadrenia má význam komunikatívny, je prostriedkom interakcii medzi deťmi alebo terapeutom, ktorý zachováva zdržanlivý postoj, nedáva návody k správaniu ani nekritizuje. Dieťa hrou môže vyjadriť svoje problémy a nanovo ich spracovať. Tým môže zvládnuť svoje pocity frustrácie, napätia a neistoty, čoho dôsledkom je zmena správania. Táto forma terapie je najvhodnejšia vo vekovej skupine 4 -8 rokov pri počte tri až šesť detí v skupine (Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J., 2000). Hračky sa vyberajú tak, aby sa primerane veku a schopnostiam stimuloval mentálny a senzomotorický vývin dieťaťa. V hre sa s dieťaťom nacvičujú rôzne situácie, pričom je neskôr schopné prijať fiktívne vyriešenie situácie za svoje a tým vnútorne rásť. U starších detí sa využívajú spoločenské, športové hry alebo psychohry.

Terapiu hrou možno využiť aj u dospelých pacientov. Pozorovaním dieťaťa pri hre sa tiež môže pomôcť stanoviť diagnózu, hlavne ak odmieta komunikovať. Terapiu hrou možno využiť aj pri fyzických ochoreniach, pri nich psychické uvoľnenie a radosť z hry pomáhajú mobilizovať vnútorné zdroje organizmu.

3. 6 Dramatoterapia

Môžeme ju definovať ako zámerné použitie dramatických, divadelných postupov pre dosiahnutie terapeutického cieľa symptomatickej úľavy, duševnej a fyzickej integrácie a osobného rastu (Valenta, M., 2007).

Analogická s dramatickou výchovou je špeciálna dramatická výchova, v ktorej cieľovou skupinou sú osoby vyžadujúce špecifický prístup, ktorý sa odráža v špeciálnom výbere metód, prostriedkov a napokon aj v prístupe k aktérom diania (Majzlanová, K., Škoviera, A., Fudaly, P., 2004). Takáto výchova zohľadňuje osobitosti človeka (obmedzenie, problémy, handicap) s cieľom rozvoja všetkých zložiek osobnosti.

Podľa A. Škovieru (1978) dramatické hry a improvizácie v rovine terapeuticko – reedukačnej môžu plniť funkciu:

- a) v socializácii dieťaťa, dieťa je akceptované skupinou a skupina ho núti zbavovať sa individualizmu,
- b) v odreagovaní stavov napätia a agresie,
- c) v sublimácii spoločensky neakceptovateľných foriem správania,
- d) v sebapoznávaní dieťaťa, ktoré môže konfrontovať vlastné postoje s postojmi ostatných členov skupiny,
- e) v korigovaní vlastných postojov a v učení sa novým postojom, v identifikácii s vhodným vzorom,
- f) vo vytváraní odolnosti voči negatívnym vonkajším vplyvom,
- g) v odstránení schématizmu v správaní, v overovaní si úspešnosti či neúspešnosti svojho správania v modelových situáciách,
- h) v posilňovaní vlastného sebavedomia, v adekvátnom sebahodnotení (In Majzlanová, K., 2004).

3. 7 Biblioterapia

Biblioterapiu chápeme z hľadiska špeciálnej a liečebnej pedagogiky ako zámerné, systematické a cieľavedomé liečebno-výchovné pôsobenie jednotlivými zložkami literárneho prejavu na postihnutých, narušených, ohrozených a chorých jednotlivcov, kde cieľom je istý pozitívny efekt. Najčastejšie uvádzanými biblioterapeutickými cieľmi sú: urýchlenie adaptácie na novú životnú situáciu, odvrátenie pozornosti od vlastných problémov, vzbudenie nových záujmov, stimulácia k uzdraveniu, seberealizácia, kompenzácia a saturácia potrieb, zmena postojov a hodnôt, riešenie problémov, rozvoj divergentného myslenia, zvládnutie životných kríz a iné.

Rozlišujeme: *individuálnu, skupinovú a hromadnú biblioterapiu.*

Individuálna forma je zameraná na jednotlivca a využíva sa pri riešení konkrétneho problému, ktorý je z nejakého dôvodu vhodnejšie riešiť individuálne.

Vhodnou a najvyužívanejšou formou je skupinová biblioterapia. V skupine sa vytvárajú priaznivé podmienky pre prekonanie emocionálnej izolácie, navodzuje snahu vzájomného pochopenia.

Menej ako skupinová a individuálna forma sa využíva hromadná forma biblioterapie.

Ďalším účinným spôsobom ako pozitívne ovplyvniť správanie narušených jednotlivcov je sociálno-psychologický výcvik. S. Hermochová (In Solárik, S., 2008) ho definuje ako určitý systematicky plánovaný prístup na ovplyvňovanie správania sa narušených jedincov. Podľa J. Kožnára (In Solárik, S., 2008) sa používa na rozvoj schopností a osvojenia si nových spôsobilostí vo vzťahu a postojoch, ktoré ľudia voči sebe aktívne zaujímajú.

Ciele sociálno-psychologického výcviku sú: zlepšenie sociálnych spôsobilostí, prehĺbenie sebapoznania, osvojenie si schopnosti empatie, akceptácie, kongruencie, uvedomenie si odozvy vlastného správania u druhých ľudí a optimalizácia vlastnej autoregulácie správania.

Prostriedky výchovnej činnosti so zameraním na sociálno-psychologický tréning:

- hra a jej výchovné využitie,
- ciele činností - práca, spoločenské hry, riešenie praktických problémov zo života,
- umelecké činnosti - pasívne aj aktívne (Solárik.S., 2008).

K nápravám porúch správania ako špeciálno-pedagogickému procesu sa vyjadruje M. Hejdiš (2009), ktorý uvádza, že nápravný proces sa skladá z troch fáz - *prevencia, intervencia, rehabilitácia.*

Pod pojmom prevencia si M. Hejdiš (2009) predstavuje predchádzanie zdravotnému alebo sociálnemu narušeniu jednotlivca, alebo jeho spoločenských vzťahov. Podľa autora prevencia tvorí prvú fázu špeciálno-pedagogického procesu a realizuje sa rôznym spôsobom a v rôznych zariadeniach.

Zvyčajne sa delí na:

- *primárnu prevenciu* - jej úlohou je predchádzať vzniku poruchy, realizuje sa v školách, v centrách pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie,

- *sekundárnu prevenciu* - ak už porucha správania vznikne, zameriava sa na jej nezhoršovanie a jej pozitívnu korekciu. Realizuje sa formou ústavnej alebo ochrannej výchovy, alebo iných opatrení, o forme ktorých môže rozhodnúť súd,
- *terciálnu prevenciu*, ktorá je zameraná na predchádzanie opätovnému vzniku poruchy.

Problematikou cielenej intervencie sa zaoberá V. Vojtová (2008 In Hejdiš, M., 2009), ktorá o nej hovorí ako o určitom druhu podpory dieťaťa s problémovým správaním. Jej cieľom je prerušenie, zastavenie a zmena nežiadúceho správania.

Rehabilitácia je považovaná za poslednú tretiu fázu práce s deťmi s poruchami správania a jej cieľom je podľa M. Hejdiša (2009), začlenenie jednotlivca s poruchami správania do spoločnosti. Autor z hľadiska vychovávateľnosti, vzdelávateľnosti a socializácie rozoznáva tieto stupne:

- integrácia, znamená plnohodnotné zapojenie sa do aktivít vo svojom prirodzenom prostredí, bez dozoru a dohľadu,
- adaptácia znamená, že jednotlivcovi napriek aktivitám vo svojom prirodzenom prostredí hrozí riziko návratu k predchádzajúcim modelom správania,
- internácia, naznačuje možnosť dohľadu nad jednotlivcom vo svojom prirodzenom prostredí s vysokou mierou recidívy nežiadúcich modelov v správaní.

4. SPRÁVNA VOĽBA POVOLANIA

Voľba povolania je jedným zo závažných krokov v živote jednotlivca s postihnutím a nemala by byť ponechaná náhode, pretože z nej vyplýva jeho budúca sociálna pozícia, spoločenská prestíž a prevažujúci životný štýl, spojený s preferenciou určitých hodnôt, záujmov a smerovaní.

V školstve predstavuje prepracovaný systém, v ktorom participujú odborníci z viacerých odvetví. Hlavnú rolu v tomto systéme zohrávajú činitelia profesijnej orientácie, ako je výchovný poradca, školský špeciálny pedagóg, ale aj pracovníci poradenských zariadení. Ich úlohou je odporúčenie vhodnej a všestranne vyhovujúcej profesie. Toto odporúčenie musí počítať s požiadavkami štúdia, ako aj s nárokmi na výkon tohto povolania v praxi (Vágnerová, 2001).

V kompetencii výchovného poradcu je posilňovanie významu kariérneho poradenstva ako nástroja zosúlad'ovania profesionálnych želaní a kompetencií žiakov. V spolupráci s vedením školy, s triednymi učiteľmi výchovný poradca vypracuje koncepciu a postup zverejní na nástenke. Na informovanie žiakov spolu s vyučujúcim učiteľom výpočtovej techniky venuje priestor práci so stránkami ŠVS na internete, s programom ako napr. Sprievodca svetom povolaní, Doklady a Proforient. Podľa záujmu sa žiaci 9. ročníka zúčastňujú na dňoch otvorených dverí na stredných školách, pod vedením výchovnej poradkyne môžu tiež absolvovať počítačový test napr. Cesta k povolaniu. Výchovný poradca zabezpečuje poradenskú, metodickú a informačnú pomoc žiakom a ich zákonným zástupcom o možnostiach štúdia na SŠ, ktoré umožňujú získať reálnejšie predstavy o budúcom povolaní. Ich poskytovanie je jednou z dôležitých poslání profesionálnej orientácie. Ak si uvedomíme, že žiak s poruchami správania v čase profesionálnej orientácie a následnej voľby povolania je psychicky, ale i sociálne nie celkom zrelý, je jednoznačné, že výchovný poradca, špeciálny pedagóg a triedny učiteľ majú pre voľbu povolania mimoriadne zodpovedné poslanie. Toto poslanie spočíva v sústavnom poznávaní individuálnych predpokladov jedinca pre profesionálnu prípravu, v poskytovaní výstižných informácií o profesiách, o ktoré žiak javí záujem, o cieľavedomom vedení k sebapoznávaniu a k sebahodnoteniu tak, aby reálne odhadoval svoje predpoklady na želanú profesiu.

Osobitný význam má včasné rozpoznanie možných kontraindikácií, ktoré by mohli čiastočne, alebo úplne znemožniť profesionálnu prípravu, či uplatnenie sa v určitých povolaniach. Predovšetkým tu ide o zdravotné požiadavky (napr. alergie sú kontraindikáciou pre celý rad pracovných činností, kde sa môže vyskytovať kontakt s alergénom - látkou vyvolávajúcou alergiu - u maliarov, natieračov s ktorými syntetickými farbami a pod.), alebo závraty pri prácach, ktoré sa vykonávajú vo výškach a pod.

Podľa požiadaviek zákonných zástupcov výchovný poradca sprostredkuje v spolupráci so školským špeciálnym pedagógom psychologické vyšetrenie 9. ročníka k voľbe povolania, následne zabezpečí zber informácií o záujme žiakov pre SŠ a odoslanie prihlášok na stredné školy v určených termínoch.

4. 1 Vedomosti a informácie o rôznych povolaniach

K tomu, aby profesijný vývin prebiehal uspokojivo je potrebné byť neustále informovaný o svete práce. Miera profesijnej informovanosti je jedným s kritérií hodnotenia kariérnej kompetentnosti.

Mnoho študentov s poruchami správania nemá o všetkých profesiách dostatok adekvátnych informácií. Ich predstavy bývajú mnohokrát nepresné, skreslené a nesprávne, často ovplyvnené názormi spolužiakov a médií. Motivácia k určitej voľbe je v období dospievania často ovplyvňovaná inými potrebami ako v dospelosti, napríklad väčším dôrazom na sociálnu atraktívnosť určitej profesie (modelka, letecký mechanik), prijateľnosť štúdia tohto oboru (nevyučuje sa tu matematika), alebo spoločnou voľbou s kamarátom (všetci ideme spoločne na jednu školu).

Otázka motivácie k štúdiu, prípadne k danému študijnému odboru je rovnako dôležitá ako otázka vedomostí, schopností, alebo zručností. Ak študent nie je dostatočne motivovaný k štúdiu, jeho úspešnosť môže byť ohrozená. Vo väčšine prípadov konkrétne povolanie vyžaduje okrem schopností pre dobrý výkon a motivácie k štúdiu, aj určité špecifické osobnostné vlastnosti. Z uvedeného dôvodu je potrebné pri záujme žiaka použiť aj test osobnosti (najčastejšie dotazník, škály a projektívne testy).

Najjednoduchším spôsobom posúdenia motivácie je poznanie záujmov študenta. Pri rozhovore s ním môžeme pozorovať, ktorým činnostiam sa venuje pravidelne a dlhodobo, pri akých činnostiach trávi najviac voľného času.

Predbežný profesijný záujem, alebo voľba ďalšieho štúdia vyplýva z dvoch rôznych motivačných tendencií (Vágnerová, 2001):

- z emocionálnych potrieb, záujmov a prianí, to znamená z toho čo by jednotlivec chcel, keby nebol niečím limitovaný,
- z racionálnej úvahy o svojich možnostiach a limitoch, teda z akceptácie takej varianty, ku ktorej má jednotlivec prijateľné predpoklady a ktoré sú pre neho zároveň dosiahnuteľné.

Profesijné vedomie študentov pre výber stredných škôl predstavuje jedno z rozhodujúcich kritérií hodnotenia celkovej profesijnej kariérnej kompetentnosti mladistvých.

Ako vhodné diagnostické prostriedky je možné odporučiť (Hřebíček, 2002):

- analýzu dlhodobých študijných výsledkov v jednotlivých vyučovacích predmetoch,
- riadený rozhovor,
- účelové slohové práce zamerané na profesijne orientačnú tematiku (napríklad: „Čo viem o svojom obľúbenom povolání, „Aké povolanie sa mi páči, „Čím chcem v živote byť“ a podobne),
- testy profesijnej informovanosti (napríklad: Test profesijných vedomostí).

Cieľom diagnostiky v oblasti profesijnej voľby je identifikovať a potvrdiť správnosť a prijateľnosť voľby jednotlivca, prípadne odporučiť vhodnejšiu variantu. Vhodná profesionálna príprava je základným predpokladom pre pracovnú integráciu jedinca do spoločnosti. Údaje zo širšieho sociálneho prostredia reprezentovaného školou sú významným zdrojom informácií o študentovi a zároveň predstavujú dôležité kritérium profesijnej voľby.

Analýza školského prospechu je dôležitá z niekoľkých hľadísk. Je ukazovateľom všeobecných schopností a prístupu študenta k výučbe, poskytuje informácie o pravdepodobnosti prijatia na štúdium, je významná pri hľadaní špecifických oblastí možného študijného, alebo profesijného zaradenia. Školský prospech nemusí poskytovať jednoznačne validné informácie o schopnostiach študentov, ale je

informáciou o jeho svedomitosti, pracovitosti, systematickosti, alebo konformite. V tomto období môže mať význam hlavne postoj k hodnotám presadzovaným dospelými (Kucharská, 2002). Jednou z hodnôt je aj hodnota vzdelanosti.

V období dospievania dochádza často k výkyvom vo výkone a v dôsledku toho ku kolísaniu, alebo zhoršeniu školského prospechu, častejšie u chlapcov, ktorí sú všeobecne menej konformní a menej ochotní sa do školy systematicky pripravovať.

Odporúčenie školy obvykle vychádza zo školského prospechu, alebo takých charakteristík, ako sú najlepšie a najhoršie známky z určitých predmetov, stabilita školského prospechu, z postoja ku školskej práci a obvyklého správania študenta, alebo pozície akú v triede zaujíma.

4.2 Typy Stredných škôl

1. Gymnázium - je všeobecnovzdelávacia, vnútorne diferencovaná stredná škola, ktorá pripravuje žiakov vo štvorročnom, v päťročnom alebo v osemročnom vzdelávacom programe a poskytuje úplné stredné všeobecné vzdelanie. Vzdelávacie programy gymnázia sú zamerané predovšetkým na prípravu pre štúdium na vysokých školách. Majú rôzne zamerania (všeobecné, jazykové, prírodovedné, matematické), ale môžu pripravovať aj na výkon niektorých činností vo verejnej správe, kultúre a športe. Absolventi gymnázia majú najväčšie uplatnenie na pracovnom trhu z dôvodu flexibility a širokých vedomostných základov: znalosť dvoch cudzích jazykov, stúpanie počtu miest bakalárskych oborov na vysoké školy. Nevýhoda: žiadna špecifická odborná kvalifikácia.

2. Stredná odborná škola - je vnútorne diferencovaná stredná škola, ktorá pripravuje žiakov v najmenej dvojročnom a najviac päťročnom vzdelávacom programe príslušného odboru vzdelávania. Vzdelávacie programy strednej odbornej školy sú zamerané predovšetkým na výkon povolání a odborných činností v národnom hospodárstve, zdravotníctve, verejnej správe, kultúre, umení a v ostatných oblastiach. Odborné znalosti a všeobecno-vzdelávací základ štúdia sú predpokladom pre následné štúdium na VŠ alebo VOŠ, ktorá má rovnaké, alebo podobné odborné zameranie.

3. Konzervatórium - poskytuje komplexné umelecké a umelecko-pedagogické vzdelanie. Pripravuje žiakov na profesionálne umelecké uplatnenie a na vyučovanie

umeleckých a odborných predmetov vo vzdelávacích programoch umeleckého zamerania.

V priebehu štúdia na strednej škole sa umožňuje žiakom:

- a) prerušenie štúdia,
- b) zmena študijného alebo učebného odboru,
- c) prestup na inú strednú školu,
- d) preradenie do základnej školy,
- e) opakovanie ročníka,
- f) postup do vyššieho ročníka,
- g) zanechanie štúdia,
- h) štúdium podľa individuálneho učebného plánu,
- i) štúdium na zahraničnej škole obdobného typu.

4. 3 Vzdelávanie žiakov s poruchami správania v strednej škole

Poruchy správania je potrebné riešiť počas prijímania, samotného vzdelávania na strednej škole, v stredných odborných učilištiach, alebo v odborných učilištiach, tiež na špeciálnych stredných školách - ale aj počas záverečných skúšok v stálej spolupráci školy rodiny a odborníka zaoberajúceho sa priamo poruchami správania. Postupy výchovno-vzdelávacieho pôsobenia vychádzajú zo záverov psychologického vyšetrenia, vyšetrenia špeciálneho, alebo liečeného pedagóga, potvrdeného diagnózou neurológa alebo pedopsychiatra.

Na strednej škole sa postupuje podobne ako na základnej škole. Žiak je vedený ako integrovaný s vypracovaným individuálnym výchovno-vzdelávacím programom. Počas vyučovania a hodnotenia sa používajú metódy a postupy ako na základnej škole. Odborný výcvik sa môže realizovať, okrem školy, aj u iných právnických či fyzických subjektoch. Ide o rozšírenie všeobecnovzdelávacích poznatkov, o poskytnutie potrebných teoreticko-odborných poznatkov zo zvolenej profesie, o osvojenie profesionálnych pohybov, úkonov a operácií potrebných pre praktický výkon povolania spojených s náležitými profesionálnymi návykmi a postojmi.

V stredoškolskom období je zaznamenaný častý výskyt problémov v sociálnych vzťahoch u žiakov s poruchami správania. Asociálne správanie môže byť spôsobené

syndrómom ADHD/ADD ale aj možnou závislosťou, v takomto prípade je vhodné obrátiť sa na centrum liečenia závislostí.

Škola v spolupráci s rodinou by mala umožniť, aby žiaci aj napriek svojim rozličným znevýhodneniam a ťažkostiam dokázali v spoločnosti uplatniť svoje schopnosti či rozvíjať svoje nadanie. Stáva sa, že napriek úspešnej diagnostike sa žiakovi nedostáva potrebný špeciálny výchovno-vzdelávací prístup. Dokonca niektorí pedagogickí pracovníci nevhodne reagujú, pretože nie sú dostatočne oboznámení s danou problematikou. V takomto prípade je potrebné obrátiť sa na vedenie školy, aby zasiahlo a učiteľom, ktorí pracujú s integrovaným žiakom zabezpečilo dostatočný prísun informácií a odporúčení ako v procese vzdelávania postupovať.

Väčšina žiakov s poruchami správania sa nechce vynímať medzi spolužiakmi a ani nechcú byť označovaní ako postihnutí. Empatia a taktnosť je veľmi dôležitá. Potrebné je pracovať s celým kolektívom žiakov a nevytyčovať len inakosť integrovaného žiaka, ale hovoriť aj o bežných problémoch, ktoré zasahujú všeobecne spolužiakov a ako ich spoločne riešiť, ako sa k sebe správať s porozumením, poprípade byť nápomocný. Snažiť sa ukázať pozitíva jednotlivcov a oceniť ich.

Hovorí sa, že „čo oko nevidí, to srdce nebolí“ a u detí s ľahkými mozgovými dysfunkciami, na podklade ktorých špecifické poruchy správania môžu vznikať, to platí dvojnásobne.

4. 4 Začlenenie do spoločnosti

Celkovo negatívny dopad na život v dospelosti má porucha ADHD len u malého percenta ľudí. U ostatných sa môže prvotne zlý obraz poruchy vyvinúť iným smerom. Mnohé štúdiá preukázali, že väčšina ľudí s ADHD dospela v čínorodých, výkonných a dosahujúcich veľmi dobré, až nadpriemerné výsledky. Okolie ich občas považuje za nervózne osoby orientované na výkon. Pre neschopnosť relaxovať sú značne unavení. Charakteristické sú pre nich poruchy sebauprijímania. Vďaka ohromnej túžbe ísť stále dopredu bývajú veľmi úspešní v zamestnaní, ale o svojich výsledkoch stále pochybujú. Bez ohľadu na pochvalu sa trvale podceňujú za nestopercentný výkon. Majú manažérske schopnosti a vytýčený cieľ nakoniec vždy dosiahnu. Najradšej plnia jednoznačné úlohy s pevnými termínmi, kde môžu robiť rázne a jednoznačné

rozhodnutia. Nepoddajnosť a impulzivnosť im často komplikuje vzťahy (partnerské i pracovné). Obyčajne si nevšimnú drobné zmeny v správaní ľudí a nechápu jemné náražky.

Ďalšou sprievodnou vlastnosťou býva aj ich zbŕkly spôsob vyjadrovania, aby stihli vychlítiť vodopád slov, nevyslovujú niektoré slová správne, alebo ich akoby prehltnú. Z dlhodobej perspektívy patria tieto poruchy k závažným príznakom ADHD, lebo môžu negatívne ovplyvniť súkromný život, postup v zamestnaní a hlavne ich sebavedomie. Títo ľudia sa pohybujú v blúdnom kruhu, narušené sebahodnotenie podkopáva sebadôveru a tá zase znemožňuje podávať kvalitné výkony.

U dospelého s ADHD je reálna možnosť, že bude mať dieťa s rovnakým problémom. Väčšinou rodič akceptuje dieťa a podá mu pomocnú ruku, lebo si pamätá vlastné ťažkosti. Niekedy preváži tvrdohlavosť s nedostatkom citlivosti a odmieta akceptovať, že by jeho dieťa malo problém ako on a nebodaj, že má s tým niečo spoločné. Inokedy zase ak aj dieťa akceptuje, nie je schopný ho podporovať práve pre nedostatky v citovej oblasti. Aký človek vyrastie z dieťaťa s problémom ADHD závisí od starostlivosti o neho, od toho, ako sa dostane cez obdobie dospievania. Správny postoj k jeho problémom a pomoc budú mať na jeho osobnosť celoživotný vplyv.

Poruchy správania nemožno považovať za "chorobu", ktorá sa dá vyliečiť. Dieťa so syndrómom ADHD z tejto poruchy "nevyrastie", aj keď sa jednotlivé prejavy jeho správania počas dospievania menia. Najväčšiu úlohu v tom, čo tieto deti dosiahnu, nakoľko budú v živote úspešné a ako budú samy seba vnímať, zohrávajú dospelí, ktorí významným spôsobom vstupujú do ich života. Len oni ich môžu viesť k tomu, aby si čo najlepšie usporiadali život, aby sa dokázali vyrovnáť s frustráciou a svoje slabé stránky vedeli vyvážiť svojím nadaním. Tiež im môžu pomôcť spoznať v čom tkvie ich sila (pretože tieto deti bývajú často v inej oblasti nadané), pomôcť im vybudovať zdravé sebavedomie.

Z mnohých detí so syndrómom ADD a ADHD vyrástli veľmi úspešní ľudia. Naučili sa využívať svoje silné stránky, svoju tvorivosť a osvojili si "zručnosti potrebné na prežitie".

Na druhej strane je veľa tých, ktoré takto úspešné neboli. Medzi syndrómom ADHD a neschopnosťou uplatniť sa v spoločnosti existuje úzka súvislosť. Nezanedbateľný

podiel jedincov, ktorí v škole prepadajú a ktorí, keď vyjdú zo školy, majú problémy v zamestnaní a krízy v medziľudských vzťahoch, tých, ktorí sa dostanú do väzenia predstavujú ľudia, ktorí v detstve trpeli touto poruchou. Prečo? Nemali to šťastie, že okolie ich poruchu včas rozpoznalo a dokázalo pre nich zabezpečiť zodpovedný prístup a vhodnú odbornú starostlivosť.

Potvrdzujú to aj slová adolescentov a dospelých so syndrómom ADD a ADHD, ktorí neradi spomínajú na detstvo, najmä pre bolestné zážitky a trvalú frustráciu v škole.

Mnohí z nich zažili roky neúspechov ...!

5. PRIESKUM

V prieskumnej časti budeme zisťovať účinnosť dobrovoľných diagnostických pobytov detí a mládeže v Krízovom stredisku v Prievidzi. Naším cieľom je zistiť, či aplikované metódy u 19 klientov, ktorí boli v Krízovom stredisku v Prievidzi prítomní v roku 2009, budú plniť odstránenie porúch správania a prevenciu opätovného návratu porúch správania po následnom začlenení do pôvodnej rodiny. V našom prieskume použijeme obsahovú analýzu dokumentov, dotazník a kazuistiky klientov.

5. 1 Prieskumný problém, ciele a stanovenie hypotéz

Stále väčšia pozornosť sa kladie na výskyt porúch správania, znižuje sa veková hranica u detí, ktorým bola táto porucha diagnostikovaná. Poruchy správania sťažujú podmienky deťom vo všetkých oblastiach života. Východiskom riešenia je včasná diagnostika a úzka spolupráca všetkých priamo zainteresovaných zložiek - rodina, odborníci, sociálni kurátori. Všeobecným záujmom celej spoločnosti je edukácia detí a mládeže s poruchami správania do najvyššej miery tak, aby bol jednotlivec schopný zaradiť sa do sociálneho života spoločnosti, a bol pre ňu prínosom tak v pracovnej, ako aj v spoločenskej oblasti. Edukáciu, prípadne reedukáciu vykonáva štát inštitucionálnou formou v špeciálnych výchovných zariadeniach.

Účinnú pomoc a starostlivosť poskytuje aj inštitúcia s pobytovou formou Krízové stredisko v Prievidzi, na ktorého činnosť sa v našej práci zameriavame. Krízové stredisko je zariadením pre deti a mládež, u ktorých je správanie vážne narušené, bežné výchovné metódy nespĺňajú účel a ani ambulantná starostlivosť neviedla k náprave.

Deti s poruchami správania prichádzajú do Krízového strediska v Prievidzi na dobrovoľný diagnostický pobyt, kde sa podrobujú prevýchovnému procesu. Cieľom je odstránenie porúch správania s následným začlenením sa do bežného života bez opätovného návratu.

Z uvedeného sme si pre náš prieskum stanovili nasledovný problém:

Zabezpečia aplikované prevýchovné metódy v KS v Prievidzi odstránenie porúch správania u detí a mládeže a prevenciu ich opakovaného návratu z dlhodobého hľadiska?

Ciele prieskumu:

Pre prieskum sme si vytýčili nasledujúci primárny cieľ a hypotézy.

Cieľ: Cieľom nášho prieskumu je zistiť úspešnosť praktizovaných prevýchovných metód u 19 skúmaných klientov v Krízovom stredisku v Prievidzi z dlhodobého hľadiska, ako zabezpečenie opätovného návratu porúch správania po následnom začlenení a prispôsobení sa do pôvodného rodinného prostredia.

Úlohy prieskumu:

- zistiť sociálno-demografické charakteristiky klientov - vek, pohlavie, rodinné prostredie,
- zistiť, či sociálni kurátori využili všetky dostupné možnosti pri riešení problému klienta pred návrhom na umiestnenie,
- zistiť dôvody odporúčenia, ktoré viedli k umiestneniu klientov do Krízového strediska v Prievidzi,
- zistiť, či praktizované metódy a systém práce v Krízovom stredisku v Prievidzi sú dostačujúce na odstránenie a prevenciu opätovného návratu porúch správania,
- zistiť, čo bolo príčinou v prípadoch, kde došlo k opätovnému návratu porúch správania.

Stanovenie hypotéz:

Na základe vopred vytýčených úloh a teoretických prameňov v prieskume vychádzame z nasledovných hypotéz.

H1 Predpokladáme, že minimálne u polovice skúmaných klientov s poruchami správania nastalo zlepšenie a po ukončení dobrovoľného diagnostického pobytu v Krízovom stredisku v Prievidzi sa opätovne vrátili do svojej pôvodnej rodiny.

H2 Predpokladáme, že nadpolovičná väčšina skúmaných klientov bude mať z dlhodobého hľadiska v oblasti správania pozitívne zmeny aj po uplynutí jedného

roka od ukončenia dobrovoľného diagnostického pobytu v Krízovom stredisku v Prievidzi.

5. 2 Prieskumné metódy

V prieskume sme použili nasledovné vhodné metódy:

1) obsahová analýza dokumentov - je metóda, ktorá sa uplatňuje pri všetkých prieskumných postupoch (analýza dotazníkov, analýza textových materiálov), ktoré poskytujú bohaté údaje a vystupujú v prieskume buď ako samostatné a jediné materiály, alebo dopĺňujú iné zistenia získané pomocou iných prieskumných metód (Gavora P., 2006). Pre potreby nášho prieskumu budeme využívať spisovú dokumentáciu Krízového strediska v Prievidzi.

2) dotazník – táto metóda pomáha zhromažďovať určité údaje, skladá sa z premyslenej štruktúry položiek s podnetovou a odpoveďovou časťou (Oberuč, J., 2008). Pri našom prieskume sme použili dotazník, ktorý obsahoval 12 sformulovaných otázok tak, aby sme získali čo najviac informácií pre náš prieskum. Cieľovou skupinou boli šiesti sociálni kurátori, ktorí mali v dotazníkoch vyjadriť svoj názor na úspešnosť dobrovoľných diagnostických pobytov v Krízovom stredisku v Prievidzi a účinnosť úrovne správania 12 mesiacov od ukončenia pobytu. Na odporúčanie sociálnych kurátorov boli klienti v roku 2009 prijatí na dobrovoľný diagnostický pobyt do Krízového strediska v Prievidzi.

3) kazuistika – je metóda založená na starostlivom štúdiu a zhodnotení všetkých dostupných písomných a iných materiálov, ktoré súvisia s problémom prieskumu, nadväzuje na obsahovú analýzu dokumentov. Pre náš prieskum bola vypracovaná na základe analýzy dokumentácie Krízového strediska v Prievidzi - osobný spis klienta, denník výchovnej činnosti, denné hlásenie služieb.

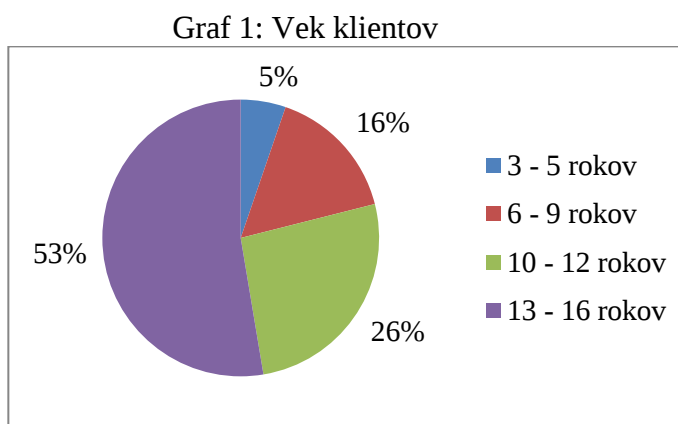
5. 3 Charakteristika prieskumnej vzorky.

Prieskumnú vzorku tvorili deti a mládež Krízového strediska v Prievidzi s poruchami správania, ktoré sa v tomto stredisku nachádzali v roku 2009 v počte 19. Klienti boli v evidencii a v katamnestickom sledovaní (spôsob komunikácie kurátora s

klientom po určitom čase od ukončenia reedukačného procesu), sociálnych kurátorov oddelenia sociálno-právnej ochrany detí a kurately príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny v trenčianskom kraji. Klienti boli na dobrovoľný diagnostický pobyt do Krízového strediska v Prievidzi doporučení sociálnymi kurátormi.

5. 4 Interpretácia výsledkov prieskumu.

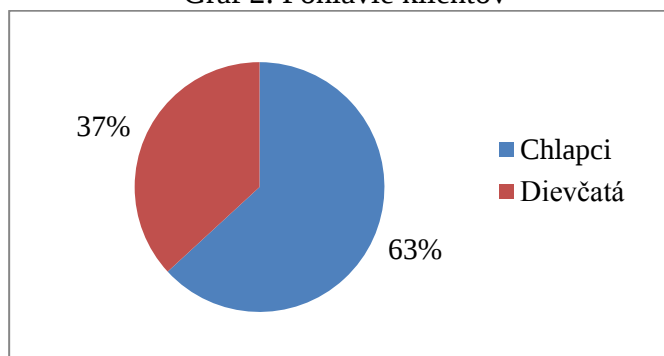
Obsahovou analýzou spisovej dokumentácie Krízového strediska v Prievidzi, do ktorej bol zahrnutý osobný spis klienta, denník výchovnej činnosti, denné hlásenie služieb, sme zistili, že v roku 2009 bolo v Krízovom stredisku v Prievidzi na dobrovoľný diagnostický pobyt umiestnených 19 klientov. Pre získanie celkového obrazu o klientoch sme obsahovou analýzou dokumentov zisťovali aj niektoré sociálno-demografické charakteristiky, kde sme zaradili vek, pohlavie a rodinné prostredie klientov. Vychádzajúc zo záznamov sme z hľadiska veku, výskumný súbor rozdelili do 4 kategórii. Naše zistenia uvádzame v grafe č. 1



Najviac klientov až 53%, bolo v zastúpení kategórie najstaršej vekovej skupiny od 13 do 16 rokov, v menšom zastúpení bola veková kategória 10 - 12 rokov 26%, veková kategória 6 - 9 rokov tvorí 16% a najmenej bola zastúpená najmladšia veková kategória 3- 5 rokov a tvorí 5% zo všetkých klientov.

Ďalšou demografickou charakteristikou bolo pohlavie klientov. Naše zistenia uvádzame v grafe č. 2

Graf 2: Pohlavie klientov

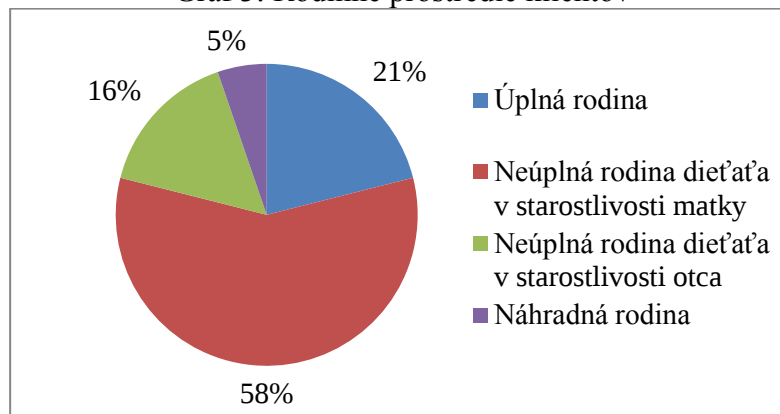


Pomocou obsahovej analýzy dokumentov sme zistili, že v prieskumnej vzorke klientov je viac chlapcov, ktorí tvoria 63%, dievčat je podstatne menej len 37 %.

K demografickým charakteristikám klientov patrí typ rodiny respondentov. Rodina je v nových spoločenských a kultúrnych podmienkach katalyzátor, nivelizátor otrasov a adaptačných ťažkostí a v tom vlastne väzí jej úloha "spojovacieho mostíka" medzi mladou generáciou a spoločnosťou dospelých.

Do grafu č.3 sme zaradili údaje o rodinnej štruktúre, v ktorej klienti vyrastali.

Graf 3: Rodinné prostredie klientov



Z údajov z grafu 3 nám vyplýva, že v úplnej rodine vyrastá 21% klientov, v neúplnej rodine, kde je dieťa v starostlivosti matky žije 58% klientov a v neúplnej rodine kde je dieťa zverené do starostlivosti otca 5% klientov. V náhradnej rodinnej starostlivosti (pestúni) je 16% klientov.

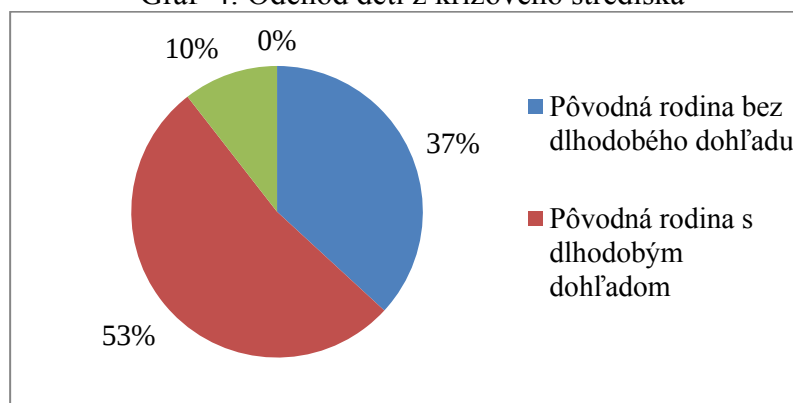
V závere obsahovej analýzy spisovej dokumentácie sme sa zamerali na analýzu výstupných správ, z ktorých sme zisťovali úspešnosť dobrovoľných diagnostických

pobytov v Krízovom stredisku v Prievidzi. Kritériom úspešnosti bol návrat do pôvodného rodinného prostredia. Údaje sú zaznamenané do tab.1 a grafu č. 4

Tab. 1 Odchod detí z Krízového strediska

Odchod detí z KS		N	%
Pôvodná rodina	Bez dlhodobého dohľadu	7	37
	Doporučený dlhodobý dohľad	10	53
Detský domov		2	10
Iné zariadenie		0	0
Spolu		19	100

Graf 4: Odchod detí z krízového strediska



Z hľadiska úspešnosti, kde kritériom bol návrat do pôvodnej rodiny bolo úspešných 17 klientov čo tvorí 90%, ale u 10 klientov, čo je z úspešných 53% bol doporučený dohľad a pokračovanie v konzultáciách s odborníkmi ambulantnou formou ako prevencia recidívy. Z výsledkov prieskumu vyplýva, že náš predpoklad bol správny.

5. 5 Analýza a interpretácia výsledkov prieskumu metódou dotazníka.

V tejto časti práce uvádzame výsledky na základe spracovania dotazníka. Dotazníkom boli oslovení sociálni kurátori, ktorí doporučili pobyt 19 klientov Krízového strediska v Prievidzi v roku 2009. Cieľom bolo získať čo najspoľahlivejšie informácie ohľadne stavu a správania klientov 12 mesiacov po ukončení pobytu v krízovom stredisku. Analyzujeme odpovede každej položky dotazníka.

Položka č. 1: Uveďte vek a pohlavie klienta.

Odpoveď na túto otázku sme spracovali pri demografických údajoch klientov vid' graf č.1.2

Položka č. 2: Ako dlho pred nástupom do KS v Prievidzi bolo dieťa oddelím sociálnoprávnej ochrany v evidencii?

Tab. 2 Evidencia pred nástupom do Krízového strediska

Evidencia pred nástupom do KS	N	%
2 mesiace	3	15,79
4 mesiace	9	47,37
1 rok	4	21,05
2 roky	1	5,27
3 roky	1	5,27
5 rokov	1	5,27

Z uvedeného prieskumu vyplýva, že najviac 48% klientov bolo pred nástupom do KS v evidencii v období 4 mesiacov, 21% klientov v dĺžke 1 roka, 16% klientov bolo v evidencii 2 mesiace. Boli to klienti so závažnejšími poruchami správania a situáciu bolo treba akútne riešiť. Približne rovnaké zastúpenie po 5% klientov bolo dlhodobo v evidencii 2, 3 a 5 rokov z dôvodu zanedbávania starostlivosti zo strany rodičov.

Položka č. 3: Uveďte, aké opatrenia boli z vašej strany realizované?

Tab. 3 Realizácia opatrení sociálnymi kurátormi

Realizácia opatrení	N	%
Výchovné opatrenia	2	10,53
Napomenutia	3	15,79
Dohľad	4	21,05
iné	10	52,63

Z tabuľky vyplýva, že 10 klientom, čo tvorí 53%, bola sociálnymi kurátormi ponúknutá možnosť iné (konzultácie so psychológom, pohovory na referáte právnej ochrany detí, psychiatrického vyšetrenia), nad 21% klientov bol stanovený dohľad, napomenutých bolo 16% klientov a výchovné opatrenie mali klienti v zastúpení 10%.

Položka č. 4: S kým ste spolupracovali počas riešenia problémov?

Tab. 4 Spolupráca pri riešení problémov

Spolupráca pri riešení problémov	N	%
Rodičia	19	90,47
Odborníci	13	61,9
Organizácie	16	76,16
Iné	4	23,8

Zo zisteného vidíme, že sociálni kurátori využívali všetky dostupné prostriedky a snažili sa problémy klientov komplexne riešiť. U 90,47% klientov spolupracovali s rodičmi, spolupráca sociálnych kurátov s organizáciami tvorí 76,16%, pomoc odborníkov bola využitá u 61,9% a u 23,8% využili sociálni kurátori iné možnosti - využitie akreditovaných subjektov, najčastejšie však išlo o spoluprácu so starými rodičmi.

Položka č. 5: Uveďte dôvod odporúčenia dieťaťa do krízového strediska?

Tab. 5 Dôvod odporúčenia do Krízového strediska

Dôvod odporúčenia	N	%
Úteky z domu, túlanie	11	57,89
Záškolskéctvo	10	52,63
Nerešpektovanie autority	9	47,37
Zanedbanie starostlivosti zo strany rodičov	5	26,32
Alkohol	4	21,05
Šikanovanie	3	15,79
Trestná činnosť	2	10,53

Z prieskumu vyplýva, že za najčastejšie dôvody odporúčenia do KS môžeme považovať úteky a túlanie detí z domu až 57,89%, záškolskéctvo sa vyskytlo u 52,63% mládeže a nerešpektovanie autorít 47,37%. Zanedbávanie starostlivosti rodičov o dieťa tvorí až 26,32% klientov. Ďalším dôvodom k odporúčeniu bol alkohol až u 21,5% klientov, agresívne správanie voči spolužiakom – šikanovanie u 15,79% klientov a za trestnú činnosť bolo evidovaných 10,53% klientov. Záverom je potrebné podotknúť, že u každého klienta sa vyskytovalo súčasne viac typov porúch správania a tieto sa navzájom kombinovali.

Položka č. 6: Akým spôsobom ste boli informovaní o klientovi počas jeho pobytu v Krízovom stredisku?

Z prieskumu vyplýva, že spolupráca medzi sociálnymi kurátormi a pracovníkmi Krízového strediska v Prievidzi bola dostačujúca. Väčšina sociálnych kurátorov uvádza, že priebežné správy o respondentoch nemali a informácie získali len od rodičov, písomne boli informovaní výstupnou správou, ktorú si vyžiadali. Jeden zo sociálnych kurátorov svojho klienta v krízovom stredisku navštívil a niektorí sa informovali e-mailom a telefonicky.

Položka č. 7: Uved'te aká bola dĺžka dobrovoľného diagnostického pobytu klienta v Krízovom stredisku v Prievidzi?

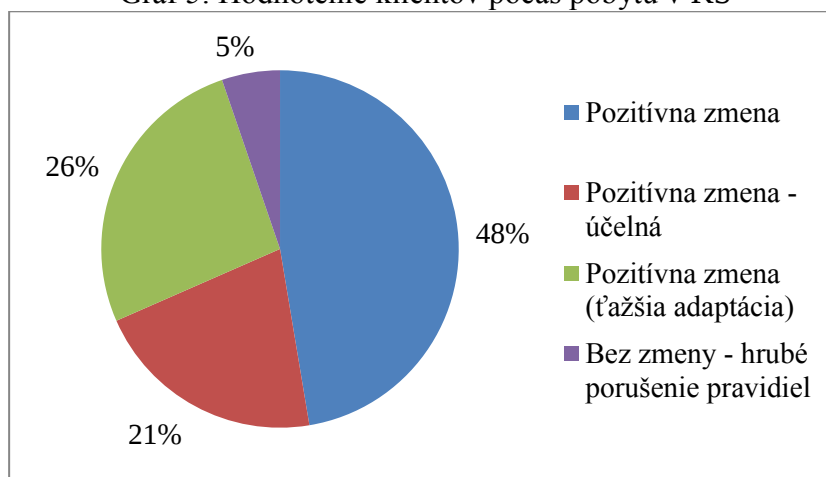
Tab. 6 Dĺžka pobytu klienta v Krízovom stredisku

Dĺžka pobytu klienta v KS	N	%
1 mesiac	1	5,26
2 mesiace	2	10,53
3 mesiace	3	15,79
4 mesiace	4	21,05
5 mesiacov	4	21,05
6 až 9 mesiacov	5	26,32

Dĺžka pobytu 6 až 9 mesiacov je najväčšie percentuálne zastúpenie 26,32% klientov, rovnaké percentuálne zastúpenie pobytu 5 a 4 mesiace absolvovalo 21,5 % klientov. Najúčinnnejšie pobyty sú v trvaní minimálne 3 a viac mesiacov, kedy sa klienti učia novým vhodnejším spôsobom správania a možnosti ich aj upevňovať. V zastúpení 15,79% klientov bolo v krízovom stredisku umiestnených 3 mesiace, počet v dĺžke 2 mesiacov bol pobyt 10,53%. Najnižšie percentuálne zastúpenie, konkrétne 5,26% má dĺžka pobytu v dĺžke 1 mesiaca.

Položka č. 8: Aké bolo hodnotenie klienta počas pobytu v Krízovom stredisku v Prievidzi?

Graf 5: Hodnotenie klientov počas pobytu v KS



Na túto otázku bolo najčastejšou odpoveďou pozitívne hodnotenie, u 48% klientov počas pobytu v Krízovom stredisku v Prievidzi nastala pozitívna zmena

v správaní. Počiatočné ťažkosti s adaptáciou na nové prostredie malo 26% klientov, ale postupne dochádzalo k pozitívnej zmene v oblasti správania. Evidentná pozitívna zmena- správanie bolo hodnotené ako účelové u 21% klientov a u 5% klientov počas pobytu v zariadení nezmenilo svoje správanie a naďalej hrubo porušovalo pravidlá a vnútorný poriadok zariadenia.

Položka č. 9: Aké bolo následné hodnotenie klienta po ukončení pobytu v Krízovom stredisku v Prievidzi?

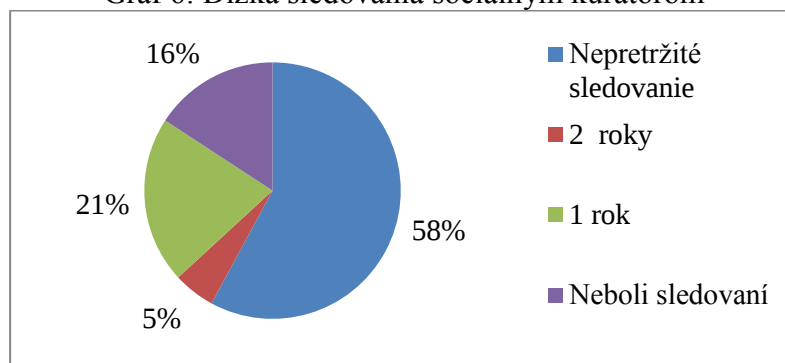
Tab.7 Následné hodnotenie klienta po ukončení pobytu v KS

Následné hodnotenie klienta po ukončení pobytu	N	%
Pozitívne	12	63
Negatívne	7	37

Pozitívne zmeny v správaní boli zaznamenané u 63% klientov, negatívne hodnotenie bolo u 37% klientov, sociálni kurátori brali do úvahy obdobie dvoch mesiacov po ukončení pobytu. Návrat klientov k nevhodnému správaniu bol dôvodom negatívneho hodnotenia, za príčinu týchto negatívnych javov sociálni kurátori uvádzali nerešpektovanie doporučení, ktoré poskytlo Krízové stredisko v Prievidzi a zlyhanie starostlivosti zo strany rodiča.

Položka č. 10: Ako dlho bol klient po ukončení pobytu v Krízovom stredisku v Prievidzi ešte vo Vašom sledovaní?

Graf 6: Dĺžka sledovania sociálnym kurátorom



Z výsledkov prieskumu vyplýva, že v nepretržitom sledovaní sociálnym kurátorom, bolo najviac klientov a to 58%, v sledovaní po obdobie jedného roka 21% klientov, 2 roky bolo v sledovaní 5% klientov, sledovanie nebolo potrebné u 16% klientov.

Položka č. 11: Uved'te čo bolo dôvodom dlhšieho sledovania?

Tab. 8 Dôvody dlhšieho sledovania sociálnym kurátorom

Dôvody dlhšieho sledovania	N	%
Nedostatočná starostlivosť zo strany rodičov	6	31
Pretrvávajúce poruchy správania a následné umiestnenie do LVS	1	5
Pretrvávajúce poruchy správania a následné umiestnenie do RC	2	11
Poradenstvo	8	42
Neboli sledovaní	2	11

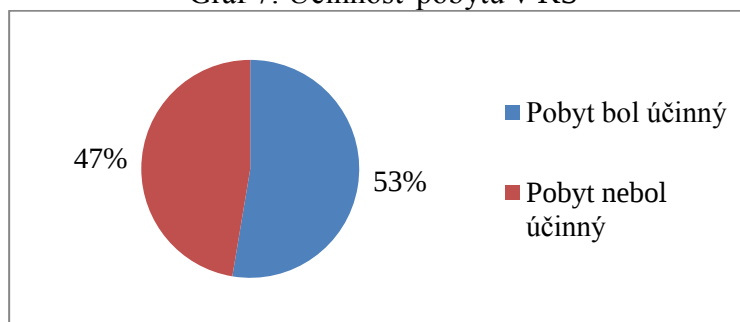
Za najčastejší dôvod ďalšieho sledovania klientov sociálni kurátori uvádzali poradenstvo a to u 42% klientov. Ďalším dôvodom sledovania bola nedostatočná starostlivosť zo strany rodičov, ktorý sa vyskytol u 31% klientov. Z dôvodu pretrvávajúcich problémov a následné umiestnenie respondentov do reedukačného centra bolo potrebné u 11% klientov, v oblasti správania bolo u 5% sledovanie z dôvodu pretrvávajúcich porúch správania a následného umiestnenia do liečebno-výchovného sanatória, v prípade 11% nebolo potrebné ďalej klienta sledovať.

Položka č. 12: Uved'te, aké je Vaše hodnotenie klienta po roku od ukončenia dobrovoľného pobytu v KS v Prievidzi z hľadiska účinnosti?

Tab. 9 Účinnosť pobytu klienta v KS po jednom roku

Účinnosť pobytu klienta v KS po jednom roku	N	%
Pobyt bol účinný	10	53
Pobyt bol neúčinný	9	47

Graf 7: Účinnosť pobytu v KS



Z výsledkov prieskumu vyplýva, že nad polovičná väčšina klientov 53% sa nevrátila k pôvodnému spôsobu správania a dokázali si udržať dlhšiu dobu pozitívne správanie po skončení pobytu v Krízovom stredisku v Prievidzi. Zisteným výsledkom sa potvrdili naše predpoklady. Neúčinný pobyt v Krízovom stredisku v Prievidzi bol hodnotený u 47% klientov. Dôvod neúčinnosti sociálni kurátori uvádzali nerešpektovanie doporučení rodičmi, krátkosť pobytu a pretrvávajúce poruchy správania.

5. 6 Kazuistiky

Pre dokonalejší obraz o klientele Krízového strediska v Prievidzi sme zo skúmaného súboru náhodným výberom vybrali dve dievčatá a dvoch chlapcov, ktorých sme podrobne kazuisticky popísali. Kazuistiky sme spracovávali na základe obsahovej analýzy dokumentácie krízového strediska a informácií, ktoré sme získali dotazníkovou metódou od sociálnych kurátorov, ktorí klientov doporučili na dobrovoľný diagnostický pobyt a po ukončení tohto pobytu ich mali v sledovaní.

Kazuistika č. 1

Kazuistika 15 - ročného chlapca Lacka B., umiestneného na DDP – dobrovoľný diagnostický pobyt do Krízového strediska v Prievidzi.

Rodinná anamnéza:

Lacko B. pochádza zo štvorčlennej rodiny. Má staršieho brata, ktorý má 16 rokov. Obidvaja rodičia aj brat požívali vo veľkej miere alkohol. O Lacka sa vôbec nestarali, v roku 2007 sa rodičia rozviedli. Najprv rodinu opustil otec, potom aj matka. Lacka

nechali opusteného bez akejkoľvek pomoci v dome. Od apríla 2008 bol Lacko zverený do pestúnskej starostlivosti - otcovej sestry. Teta žije v spoločnej domácnosti s manželom. Aj keď sa veľmi snaží, výchovu nezvláda, pretože u Lacka sa opakovanne vyskytovalo záškoláctvo, často prichádzal domov neskoro a pod vplyvom alkoholu. V roku 2009 bol hospitalizovaný v Trenčíne v stave etylickej ebriety.

Pedagogická charakteristika.

Lacko B. je žiakom 9. Triedy. V šk. roku 2007/2008 dokončil 9 - ročnú školskú dochádzku (opakoval 6. ročník) a bol prijatý na Stavebnú školu v Trenčíne. Lacko je medzi rovesníkmi obľúbený, hrá futbal a rád sa zapája do športových činností. Výsledky v škole nezodpovedajú jeho schopnostiam. V siedmom ročníku mal zníženú známku zo správania 2. stupňa za časté porušovanie školského poriadku a veľa neospravedlnených hodín. Nosil šatku „arafatku“ na krku tak, že mal zakrytú spodnú časť tváre až po nos. Hlavu nosil zakrytú kapucňou, pod ktorou si schovával ostrihané „čiro“. Po upozornení školy mu pestúni zakázali jeho módný výstrelok. Aj keď sa snaží navonok pôsobiť suverénne, je veľmi zraniteľný. Svoje city dával veľmi málo najavo. So starším bratom sa cez prázdniny stretával, to však nemalo na neho dobrý vplyv - fajčil a pil alkohol.

Psychologická diagnostika:

Pri vyšetrení nadväzuje kontakt bezprostredne, spolupráca kolísavá. Pri otázkach týkajúcich sa rodiny výrazné prejavy negativizmu, popiera akékoľvek informácie o rodine. Aktuálny intelektový výkon je znížený do pásma inferiority. Výrazne zaostáva schopnosť adekvátneho riešenia sociálnych situácií a schopnosť diskriminácie detailov. Pubescentná, t.č. výrazne uzavretá osobnosť, s prejavmi emocionálnej lability, zvýšenej precitlivenosti až ľahkej citovej zraniteľnosti, aktuálne kompenzovanými asociálnym, sebaapresadzujúcim, sebavedomím až arogantným správaním.

Záver: Emocionálne labilná, citovo zranená pubescentná osobnosť, s kompenzáciou do asociálneho správania. V prevýchovnom procese je potrebné zamerať sa na ventiláciu pocitov krivdy zo straty základnej životnej istoty – rodiny, vyplavenie negatívnych emócií a poskytnutie empatického prístupu s postupnou zmenou životných hodnôt pubescenta.

Sociálno-pedagogická diagnostika z DDP v KS v Prievidzi. Dĺžka pobytu: 6 mesiacov.

Lacko bol do KS v Prievidzi prijatý na základe žiadosti pestúnov na dobrovoľný diagnostický pobyt. Dôvodom prijatia boli pretrvávajúce poruchy správania – záškoláctvo, túlanie, fajčenie, konzumácia alkoholických nápojov. Zmeny v adaptácii súvisiace s nástupom do KS prebiehali u Lacka bez výraznejších problémov.

Po prijatí do KS začal navštevovať ZŠ v Prievidzi. Bol začlenený do 9.B triedy. Pedagógmi bol hodnotený pozitívne bez porušenia školského poriadku. Do školy i zo školy mu bol denne zabezpečený doprovod personálom KS. Na vyučovanie sa pripravoval pod dohľadom a s pomocou pedagogického personálu KS. Lacko si osvojil systém domácej prípravy na vyučovanie. Príprava na vyučovanie prebieha individuálne s následným preskúšaním osvojených vedomostí z jednotlivých predmetov. Pri riešení úloh zo slovenského jazyka potrebuje pomoc. Aj keď je potrebné denne dosledovať celkovú pripravenosť na vyučovací proces, v prospechu zaznamenávame zlepšenie.

Medzi ostatných klientov sa začlenil bez problémov. V kolektíve zaujal neutrálnu funkciu. Bol kamarátsky, ochotný pomôcť druhým. Do diania v kolektíve sa zapájal, stiahol sa vtedy, ak bolo konanie kolektívu nevhodné. Režim dňa klientov KS dodržiaval, činnosti s ním súvisiace vykonával zodpovedne. Počas pobytu v KS nevznikli výrazné výchovné problémy. Porušenia stanovených pravidiel pre oblasť správania neboli závažného charakteru. Vzniknuté výchovné situácie boli riešené pohovormi, prípadne udelením sankcií – zväčša odopretím výhod. Pokyny personálu, ako i usmernenia rešpektoval. Denne sa zúčastňoval skupinovej terapie, resp. sociálno-výchovnej práce s klientmi. Lacko bol menej komunikatívny, ale na otázky vždy reagoval primerane. Obyčajne býval pozitívne naladený.

Vo voľnom čase hrával stolný tenis, futbal, rád pozeral televíziu. Pri počúvaní hudby sa venoval čítaniu knihy. Menší záujem prejavil v oblasti výtvarných prác.

Pestúnka a jej manžel spolupracovali s personálom KS, s Lackom pravidelne telefonovali. Lacko sa zúčastnil i niekoľkých pobytov v domácom prostredí. Pri prvom pobyte porušil vymedzené pravidlá, pri ďalších pobytoch sa porušenie nezopakovalo.

Doporučenia: Doporučujeme, aby pri výchove pestúnka a jej manžel vyžadovali od Lacka dodržiavanie pravidiel a zásad v oblasti správania a konania. Výchova

manželov by mala byť jednotná, akceptujúca jeho citovú zraniteľnosť. Lacko má k pestúnke i jej manželovi pozitívnu citovú väzbu, je dôležité neustále pracovať na zachovaní vzájomnej dôvery. Rodinná pohoda a pocit bezpečia, kde môže Lacko preukázať svoje pocity a vyjadriť svoje názory, je základom zdravého a správneho vývinu. Pri výchovnom vedení doporučujeme sledovať efektívne využívanie voľného času a vytváranie vhodných kamarátsiev, nakoľko sme u Lacka pozorovali ovplyvniteľnosť dominantnejšími osobnosťami.

Súčasný stav: Po ukončení dobrovoľného diagnostického pobytu v Krízovom stredisku v Prievidzi sa po piatich mesiacoch problémy v oblasti správania vrátili ako pred nástupom do KS. Opätovne išlo o záškoláctvo, túlanie a požívanie alkoholu. Lackovi pestúni požiadali ÚPSVaR o pomoc. Problémy, ktoré mali nevhodný vplyv na celú rodinu – v rodine sa nachádzalo ešte jedno maloleté dieťa pestúnov- sa pestúni rozhodli zrušiť pestúnsku starostlivosť. Od júna 2010 býva Lacko v rodine svojho biologického otca a podľa informácii od sociálnej kurátorky je veľmi spokojný a snaží sa rešpektovať pravidlá v rodine. Predchádzajúcich pestúnov občas navštevuje.

Kazuistika č.2

Kazuistika 14 - ročného chlapca Mareka H. umiestneného na dobrovoľný diagnostický pobyt (ďalej len DDP) do Krízového strediska (ďalej len KS) v Prievidzi. Dôvodom boli pretrvávajúce poruchy správania. DDP absolvoval v KS celkovo dvakrát.

Rodinná anamnéza:

Marek H. sa narodil v úplnej rodine má dvoch súrodencov. V roku 2007 bolo manželstvo rodičov rozvedené, deti boli zverené do osobnej starostlivosti matke a otec bol zaviazaný prispievať na výživu maloletých detí. Rodičia i deti naďalej bývajú spolu v byte starej matky, z matkinej strany, ktorá im pomáha pri výchove a starostlivosti detí.

Otec Ján H. toho času pracuje v inom meste, domov chodí nepravidelne a neprispieva na výživu detí.

Matka Mária H. je toho času nezamestnaná, evidovaná na Úrade práce, sociálnych vecí a rodiny v Bánovciach nad Bebravou (ďalej len ÚPSVaR Bánovce nad Bebravou) ako uchádzač o zamestnanie. Komunikácia medzi rodičmi maloletých je veľmi zlá.

Pedagogická diagnostika:

Marek je žiakom siedmeho ročníka. Za prvý polrok v školskom roku 2008/2009 má 35 neospravedlnených hodín. Na polroka mal zníženú známku zo správania na 2. stupeň a neprospeš z troch predmetov. Na hodinách vyrušuje, nerešpektuje napomenutia, na ráznejšie napomenutia reaguje vzdorovito až arogantne. Je agresívny voči žiakom, jeho správanie sa zhoršuje.

Doterajšie riešenie situácie: Pracovníčky ÚPSVaR v Bánovciach nad Bebravou vykonali dve konzultácie s Marekom, na ktorých vytrvalo mlčal, reagoval len pokývaním hlavy. Boli zaznamenané neverbálne prejavy - počudovanie a úsmev – pri pokuse stanoviť pravidlá. Spoluprácu s Marekom sa však nepodarilo nadviazať. Pri príchode a odchode z konzultácii Marek nepozdravil. Matka Mareka spolupracuje, uvádza negatívny vplyv kamarátov, s ktorými sa Marek vo voľnom čase stretáva. Otec nejavil záujem o spoluprácu.

Psychologická diagnostika:

Aktuálny intelektový výkon je znížený na dolnú hranicu inferiority, s výraznou disproporciou medzi verbálnou a neverbálnou zložkou. Verbálne výkony sú znížené až do pásma ľahkej mentálnej retardácie. Výrazne zaostáva schopnosť adekvátneho riešenia sociálnych situácií. Kresba upozorňuje na organickú symptomatológiu v zmysle ADD/ADHD, čo vysvetľuje rušivé momenty na vyučovaní. Výhovné problémy sú podmienené i nedôslednou výchovou, matka nie je autoritou, ktorú by dieťa rešpektovalo.

Záver: Poruchy správania sú podmienené ADD/ADHD, ako i nedôsledným výchovným vedením matky. Vzhľadom k disproporcionálne rozloženým rozumovým schopnostiam od pásma ľahkej zaostalosti až po ľahkú mentálnu retardáciu, dieťa bude vyžadovať vzdelávanie podľa IVP (individuálneho vzdelávacieho programu) pod vedením špeciálneho pedagóga.

Sociálno-pedagogická diagnostika z DDP v KS. Dĺžka pobytu: 3 mesiace.

Maloletý Marek bol do Krízového strediska v Prievidzi prijatý dňa 30.03.2009 na základe žiadosti matky o dobrovoľný diagnostický pobyt. Dôvodom bolo problémové správanie v školskom i domácom prostredí.

Do kolektívu klientov krízového strediska sa Marek začlenil rýchlo a bez problémov. Režim dňa dodržiava, jeho práca musí podliehať kontrole.

Navštevuje siedmy ročník Základnej školy v Prievidzi. Do i zo školy je Marek doprevádzaný personálom KS. S prihliadnutím na jeho rozumové schopnosti je príprava na vyučovací proces uskutočňovaná individuálne. Jeho správanie v škole je problémové, neustále nevhodným správaním narúša vyučovací proces a vyvoláva konflikty. Väčšinou je hodnotený známku dostatočne a nedostatočne.

V Krízovom stredisku u Mareka nezaznamenávame vážnejšie výchovné problémy. Pokyny rešpektuje, pravidlá v oblasti správania pre klientov KS dodržiava. V skupine klientov KS je obľúbený, má vytvorené kamarátske vzťahy. Zúčastňuje sa skupinovej sociálno-výchovnej práce, ktorá je zameraná najmä na sebahodnotenie a riešenie vzniknutých problémov. Rád pomáha iným a je iniciatívny.

Počas pobytu v KS, bolo zrealizované aj psychiatrické vyšetrenie so záverom: poruchy správania a emócií, Marek bol nastavený na medikamentóznú liečbu, ďalšia kontrola vzhľadom k ukončeniu pobytu v KS bude u lekára v spádovej oblasti.

Marek v roku 2009 absolvoval špeciálno-pedagogickú a psychologickú diagnostiku v pedagogicko-psychologickej poradni v Bánovciach nad Bebravou. Na základe výsledkov diagnostiky bolo matke Mareka doporučené jeho preradenie do špeciálnej základnej školy v školskom roku 2009/2010. Rozhovor bol zameraný na objasnenie príčin Marekovho problémového správania v škole a jeho zlom prospechu. Preradením Mareka do špeciálnej základnej školy internátneho typu, by bol nad jeho správaním a učením zabezpečený adekvátny dohľad a prístup.

Záver: Matka prejavila záujem o umiestnenie Mareka v KS od septembra 2009. Psychologickým vyšetrením bolo zistené, že Marek bude vyžadovať vzdelávanie podľa individuálneho vzdelávacieho programu pod vedením špeciálneho pedagóga. Na základe dosiahnutého školského prospechu, problémového správania v škole a doporučení psychológa by bolo vhodné zrealizovať u Mareka do nástupu do KS komplexné špeciálno -pedagogické vyšetrenie.

Špeciálnopedagogická diagnostika:

Špeciálnopedagogickou diagnostikou bola u žiaka potvrdená nižšia úroveň vedomostí a schopností v predmete slovenský jazyk, ktorá zodpovedá úrovni jeho rozumových schopností. Úspešnosť školskej práce negatívne ovplyvňujú aj poruchy koncentrácie pozornosti, slabé vôľové vlastnosti ako i ľahostajný prístup ku školským povinnostiam. Dosahované výsledky na vyučovaní sú podmienené aj dobrým

výchovným vedením žiaka a pravidelnou domácou prípravou, o čom svedčí výrazné zlepšenie vzdelávacích výsledkov, ale i správania počas pobytu v KS.

Záver sociálno-pedagogickej diagnostiky z druhého pobytu v KS. Dĺžka pobytu: 10 mesiacov.

Dôvodom opakovaného pobytu bolo problémové správanie najmä v domácom prostredí. Marek navštevoval 8. ročník ZŠ v Prievidzi, ktorý aj úspešne ukončil, je prijatý na SOŠ stavebnú - 2. roč. štúdium v odbore murár. Príprava na vyučovanie bola realizovaná individuálne, s prihliadnutím na jeho rozumové schopnosti. V správaní sme nezaznamenali závažné výchovné problémy.

V prípade Mareka považujeme poruchy za eliminované. Komplexnou sociálno-výchovnou prácou nastali v Marekovom správaní pozitívne zmeny – rozvoj pozitívnych vzorcov správania, názorov, postojov, zodpovednosti. Správne výchovné riadenie zo strany matky, dosledovanie školskej dochádzky a efektívne využívanie voľného času sú základom prevencie opakovaného vzniku porúch správania.

Súčasný stav: Marek v tomto školskom roku končí dvojročné štúdium na SOŠ stavebnej v Prievidzi odbor murár. Neboli zaznamenané pokračujúce poruchy správania.

Kazuistika č. 3

Kazuistika 14 - ročného dievčaťa Lucky G., prijatého na dobrovoľný diagnostický pobyt (ďalej len DDP) do krízového strediska z dôvodu pretrvávajúcich porúch správania.

Rodinná anamnéza:

Lucka žije v spoločnej domácnosti s matkou a starou matkou. Rodičia sa rozišli keď mala Lucka dva roky. Matka žila deväť rokov s priateľom, aj maloletá Lucka mala k nemu pozitívny vzťah. So svojím biologickým otcom Lucka udržiavala kontakt, no v posledných mesiacoch s ním prestala komunikovať, o dôvode odmieta rozprávať. Matka výchovu svojej dcéry dlhšie nezvláda uvádza: túlanie sa po nociach, prikláňa sa k Rómskej skupine, včasná sexualita, požíva alkohol a fajčenie.

V škole učitelia uvádzajú: nerešpektovanie a vulgárne vyjadrovanie, agresivita, šikana voči spolužiakom, príprava na vyučovanie žiadna, zo správania dvojka.

Psychiatrická diagnostika február 2008

Záver: U Lucky sa jedná sa o poruchu pozornosti spojenú s hyperaktivitou, postraumatickú stresovú poruchu (zrejme po traumatizujúcom zážitku v 12. rokoch) a depresívnu poruchu.

Psychologická diagnostika:

Lucka je v sledovaní psychologickej ambulancie od r. 2002. Spolupracuje ochotne kontakt nadviazala bezprostredne. Aktuálny intelektový výkon sa nachádza v dolnom pásme priemeru s disproporciou medzi verbálnou a neverbálnou zložkou v prospech verbálnej. Krátkodobá mechanická pamäť i percepcia časovo-logických súvislostí. Slabšia je schopnosť riešenia pravopisných úkonov, celková informovanosť, percepcia detailov.

Lucka je pubescentná osobnosť, vyvíjajúca sa v smere extravenzie. Má rada vzrušenie a spoločnosť. Jej správanie je ovplyvnené momentálnymi podnetmi. Pre jej osobnosť je charakteristická problémová adaptácia, bezcitné reakcie, hostilné až agresívne správanie. Môžu sa vyskytovať silné emočné reakcie, rýchle vzplanutie a celkový nepokoj.

Záver: Rozumové schopnosti v dolnom pásme priemeru. Nerovnomerne rozložené psychické funkcie. Pubescentná osobnosť vyvíjajúca sa v smere extravenzie. Asociálne sa vyvíjajúca osobnosť s manifestným nekľudom. Môžu sa vyskytovať afektívne emočné reakcie a bezcitnosť.

Sociálno-pedagogická diagnostika z DDP v KS. Dĺžka pobytu: 3 mesiace

Lucka G., bola v Krízovom stredisku v Prievidzi (ďalej len KS) umiestnená na základe žiadosti zákonného zástupcu – matky o dobrovoľný pobyt. Dôvodom boli poruchy správania v zmysle nerešpektovania matky a túlania sa.

Lucka je 14 – ročné dievča pochádza z neúplnej rodiny. Býva s matkou, ktorá sa podieľa na jej starostlivosti a výchove.

Počas pobytu v krízovom stredisku navštevovala ôsmu triedu Základnej školy v Prievidzi. Do školského kolektívu sa začlenila prirodzene, našla si kamarátku. Vyučujúci pedagógovia ju hodnotili kladne, školské povinnosti si plnila zodpovedne. Do i zo školy bola doprevádzaná personálom KS. Nezaznamenali sme porušenie školského poriadku ani záškoláctvo. Spôsob domácej prípravy na vyučovacie predmety si osvojila bez problémov, pripravovala sa individuálne. Problémy sa vyskytovali najmä pri riešení úloh z matematiky a slovenského jazyka. Lucka mala

záujem o vzdelávanie, bola veľmi snaživá. Občas sa u nej vyskytli obavy zo zlyhania v škole (matematika, anglický jazyk).

Do diania v kolektíve sa vždy zapájala aktívne, bola obľúbená, vo vzťahoch inklinovala viac k opačnému pohlaviu, mala však aj priateľské vzťahy medzi dievčatami. Ohotne a iniciatívne dokázala pomôcť druhým. Do sociálno-výchovnej práce sa zapájala, jasne vedela formulovať svoje postoje, názory a myšlienky. Pokyny a usmernenia personálu rešpektovala, pravidlá stanovené pre oblasť správania sa snažila dodržiavať. Počas pobytu v KS sa vyskytlo aj závažnejšie porušenie pravidiel - fajčenie v škole. S Luckou bol zrealizovaný výchovný pohovor, viackrát sa toto porušenie nezopakovalo.

Vo voľnom čase bola veľmi tvorivá pri výtvarných a pracovných činnostiach. Venovala sa čítaniu časopiseckej literatúry a beletrie, počúvala hudbu. S obľubou sa venovala spoločenským hrám. Zúčastňovala sa i športových aktivít – bowling, loptové hry, návštevy posilňovne.

Matka sa pravidelne s Luckou telefonicky kontaktovala. Lucka sa zúčastnila aj víkendového pobytu v domácom prostredí. Počas víkendu bolo jej správanie bez problémov. Vzťah matky a Lucky hodnotíme kladne, rovnako kladne hodnotíme aj vzťah k starej mame. Matka sa zaujímala o Luckine dosahované výsledky, s personálom KS spolupracovala. Z celkového hľadiska hodnotíme správanie Lucky bez vážnejších výchovných problémov. Následne v celkovom prospechu zaznamenávame zlepšenie, stanoveným pravidlám sa prispôsobila. Luckine správanie bolo odmenené účasťou na rekreačnom pobyte vo Vysokých Tatrách (so súhlasom zákonného zástupcu). Počas pobytu hodnotili pedagógovia jej správanie kladne. Lucka sa účasti na pobyte veľmi tešila.

U Lucky sa pri správnom výchovnom vedení v jej správaní neprejavujú problémy. V domácom prostredí pre ďalšiu výchovnú prácu s Luckou je nevyhnutné trvať na dodržiavaní stanovených výchovných hraníc a pravidiel, ale rovnako aj dosledovať využívanie voľného času. Stimulácia a upevňovanie správnych postojov by mohli u Lucky predstavovať prevenciu a zabránenie ovplyvniteľnosti s nevhodnými kamarátmi. Pre Lucku a jej matku by boli vhodné pravidelné konzultácie s odborníkom aj po ukončení pobytu v KS.

Pri ukončení poskytovania starostlivosti v KS bol s matkou zrealizovaný pohovor, kde bola informovaná o výsledkoch diagnostickej činnosti a sociálno-výchovnej práce ako i doporučeníach pre výchovu v domácom prostredí. Matka na ponuku reflektovala. **Súčasný stav:** Po dvoch mesiacoch od ukončenia pobytu v Krízovom stredisku v Prievidzi sa u Lucky opätovne prejavili náznaky k predchádzajúcemu nevhodnému správaniu. Matka sa so žiadosťou o pomoc obrátila na pracovníkov KS. Boli jej poskytnuté rady ako má danú situáciu riešiť. Lucka z vlastnej vôle navštívila viackrát KS, v rámci „priateľského“ rozhovoru tak vznikla možnosť úpravy v oblasti jej správania. Z dostupných informácií je zrejmé, že Luckin ďalší život sa ubera správny smerom. Navštevuje SOŠ v Partizánskom odbor kuchár- čiašnik, dosahuje výborné školské výsledky.

Kazuistika č. 4

Kazuistika 13 - ročného dievčaťa Moniky Š., ktoré bolo umiestnené na dobrovoľný diagnostický pobyt (ďalej len DDP) do KS v Prievidzi. Dôvodom boli pretrvávajúce poruchy správania.

Rodinná anamnéza:

Monika pochádza z neúplnej rodiny, rodičia sú rozvedení, otec žije oddelene. Na základe rozhodnutia súdu bola Monika aj so starším bratom zverená do osobnej starostlivosti matky.

Psychologická diagnostika:

V sledovaní psychológa je Monika od r. 2003 pre poruchy správania. Zo začiatku bol kontakt problematický, neskôr pri vyšetreniach spolupracovala ochotne, vyskytlo sa manifestné teatrálné správanie. Momentálny intelektový výkon je znížený do pásma inferiority v prospech verbálnej zložky. Čítanie je veľmi slabé, upozorňuje na prítomnosť dyslexie. Monika je pubescentná osobnosť vyvíjajúca sa v smere introverzie. Svoje city dôsledne kontroluje, je zdržanlivá, od ľudí si udržiava značný odstup. Niektoré situácie prežíva úzkostlivo, podlieha častým náladam, je samotárska. V kombinácii s hostilitou a agresivitou ako obranný mechanizmus, sa môže u Moniky vyskytovať problémové správanie. Má tendenciu prezentovať sa v lepšom svetle.

Záver: Jednotlivé psychické funkcie sú pomerne rovnomerne rozložené. Rozumové schopnosti znížené do pásma inferiority. Pubescentná osobnosť vyvíjajúca sa v smere

introverzie. Citlivá osobnosť s vyskytujúcimi sa problémami správania a agresivitou ako obranným mechanizmom.

Sociálno-pedagogická diagnostika z DDP v KS Prievidza. Dĺžka pobytu: 4 mesiace.

Monika Š., bola umiestnená v Krízovom stredisku v Prievidzi na základe žiadosti zákonného zástupcu – matky o dobrovoľný pobyt. Dôvodom nástupu boli poruchy správania: záškoláctvo, nerešpektovanie matky, klamstvá a vulgárne správanie.

Adaptácia na sociálne zmeny prebehla u Moniky bez problémov. Do kolektívu klientov sa však začleňovala ťažšie, z dôvodu nadväzovania sociálnych kontaktov. Bola utiahnutá, menej komunikatívna.

V školskom roku 2009/2010 začala navštevovať 7. A triedu Základnej školy v Prievidzi, kde sa začlenila bez problémov. Do i zo školy bola doprevádzaná personálom krízového strediska. U Moniky sme nezaznamenali porušenia školského poriadku ani záškoláctvo. Postupne si osvojovala systém domácej prípravy na jednotlivé vyučovacie predmety. Z prípravy na vyučovanie bolo cítiť neistotu, občas mala pocit, že učivo alebo úlohu nezvládne. Adekvátny prístup, povzbudenie a pomoc predstavovali pre Moniku motiváciu k plneniu školských povinností. Bola zodpovedná a snaživá, odrážalo sa to v jej dosahovaných výsledkoch v škole. Triedna učiteľka hodnotila Moniku veľmi kladne.

Do kolektívneho diania sa zapájala aktívne, vykonávala všetky činnosti súvisiace s režimom dňa klientov krízového strediska. Zúčastňovala sa sociálno-výchovnej práce uskutočňovanej individuálne i skupinovo. Naučila sa prezentovať svoje názory, myšlienky a postoje, postupne si vytvárala kamarátske vzťahy. Usmernenia, pokyny a pravidlá personálu stanovené pre oblasť správania dodržiavala a rešpektovala. Pociť zlyhania mala už vopred pri výtvarných a pracovných činnostiach. Pri spolupráci s Monikou sme sa zaujímali o jej aktuálne potreby, prežívanie pocitov a postupne sme sa zamerali na podporu, povzbudenie a rozvíjanie jej kladných osobnostných vlastností.

Celkovo hodnotíme správanie Moniky bez vážnejších výchovných problémov, z toho dôvodu sme udelili výhodu – účasť na rekreačnom pobyte vo Vysokých Tatrách (so súhlasom zákonného zástupcu). Pravidlá správania, ktoré boli vopred dohodnuté

dodržiavala, pedagógovia ohodnotili jej správanie počas pobytu kladne. Monika sa účasti na pobyte veľmi tešila.

Vo voľnom čase sa zaujímala o dejiny a encyklopedickú literatúru, s obľubou počúvala hudbu a sledovala TV. Zaujímal sa aj o športové činnosti – basketbal, cvičenie vo fitness, bowling, golf.

Matka sa s Monikou kontaktovala sporadicky, ako dôvod udávala vážne rodinné problémy. Monike viackrát prisľúbila telefonát či návštevu, ale svoj sľub nedodržala. Takéto situácie Monika prežívala veľmi negatívne. Moniku ku koncu pobytu v KS navštívil jej otec, uvádzal, že vôbec nevedel kde jeho dcéra je. Vyjadril názor, že by si rád Moniku zobral do svojej starostlivosti, s čím matka súhlasila, rozhodnutie nechali na dcére. Za prítomnosti pracovníkov krízového strediska Monike túto informáciu obaja oznámili, nechali jej čas na rozmyslenie.

Záver: Monika je citlivé a milé dievča, potrebuje však vedieť, že niekomu na nej záleží. V domácom prostredí je nutné vytvoriť atmosféru akceptácie a ocenenia a trvať na dodržiavaní stanovených výchovných hraníc. Osoba, ktorej Monika môže zdôveriť svoje pocity a názory, je prevenciou vzniku výchovných problémov. Citovo stabilizované prostredie je predpokladom upevňovania správnych postojov, zabránenia ovplyvniteľnosti v správaní a konaní, ktoré podmienilo u Moniky vznik problémového správania.

Počas poskytovania starostlivosti v KS bol ešte s Monikinou matkou zrealizovaný rozhovor, bola informovaná o výsledkoch sociálno-výchovnej práce s Monikou.

Súčasný stav: Po ukončení dobrovoľného diagnostického pobytu v KS v Prievidzi sa Monika rozhodla, že chce bývať so svojím biologickým otcom v spoločnej domácnosti aj s jeho rodinou. Niekoľko mesiacov po presťahovaní k otcovi mala sociálna kurátorka nad Monikou dohľad z dôvodu kontroly a prípadnej potreby konzultácie. Poruchy správania sa však nevyskytli, a tak bolo ďalšie sledovanie ukončené.

Monikine správanie založené na dôvere, je pri vhodnom výchovnom vedení a dôslednosti pri uplatňovaní výchovných postupov bez problémov.

6. Odporúčania pre prax

Prieskum bol zameraný na zisťovanie účinnosti dobrovoľných diagnostických pobytov v Krízovom stredisku v Prievidzi.

Prvým kritériom pozitívnej zmeny správania klientov bol návrat klientov po ukončení dobrovoľného diagnostického pobytu do pôvodnej rodiny.

Informácie potrebné pre túto časť prieskumu sme získali obsahovou analýzou dokumentov krízového strediska. Z výsledkov prieskumu vyplýva, že 90 % detí napravilo svoje správanie počas pobytu v krízovom stredisku a po skončení pobytu sa vrátili do pôvodnej rodiny, čím sa potvrdil náš predpoklad. U 10 klientov, čo je z úspešných 53% bolo odbornými pracovníkmi krízového strediska doporučené ďalšie sledovanie situácie a pokračovanie v práci s klientom ambulantnou formou. Dôvodom týchto doporučení bola predpokladaná možná recidíva porúch správania.

Druhým predpokladom nášho prieskumu bolo, že nadpolovičná väčšina skúmaných klientov bude mať z dlhodobého hľadiska pozitívne zmeny v oblasti správania. Informácie pre potvrdenie nášho predpokladu sme získavali dotazníkovou metódou. Kontaktovali sme kurátorov, ktorí odporučili klientov na dobrovoľný diagnostický pobyt do Krízového strediska v Prievidzi. Spracovaním odpovedí získaných od sociálnych kurátorov sme zistili, že rok po ukončení dobrovoľného diagnostického pobytu v krízovom stredisku môžeme konštatovať dlhodobý charakter pozitívnej zmeny u 53% klientov, čo predstavuje väčšinu, čím sa náš predpoklad potvrdil. Recidíva porúch správania nastala u 47% klientov. Z prieskumu vyplýva, že medzi hlavné príčiny, ktoré ovplyvnili recidívu porúch správania patrí rodina, ktorá nedokázala zabezpečiť potrebnú starostlivosť o dieťa, nerešpektovala doporučenia pracovníkov KS, nebola dostatočne dôsledná pri výchove, menej časté boli pretrvávajúce poruchy správania.

Po spracovaní a zovšeobecnení výsledkov prieskumu navrhujeme pre prax nasledovné odporúčania:

- zavedenie sociálno-psychologického výcviku do všetkých stupňov škôl s cieľom rozvoja pozitívnych medziľudských vzťahov so zameraním na komunikáciu a emocionalizáciu – moderná didaktika (systém tvorivo - humanistickej výučby),

- včasná diagnostika porúch správania a intenzívnejšia spolupráca a koordinácia jednotlivých činností zainteresovaných (rodičia, pedagógovia, lekári, sociálni kurátori, psychológovia a iní). Poruchy správania si vyžadujú neodkladné riešenie, lebo majú tendenciu časom vystupňovať intenzitu prejavov,
- zapojenie rodiny do nápravného procesu v čo najväčšej miere. Náprava porúch správania u konkrétneho dieťaťa je len jednou časťou reedukačného procesu. Pokiaľ z tohto procesu bude vyčlenená rodina, ukazuje sa ako neúčinný. Bez celkovej zmeny v rodine, nenastane ani dlhodobá zmena u dieťaťa,
- rozšíriť vzdelávanie pedagógov v oblasti prevencie sociálno-patologických javov,
- podchytiť mimoškolskú aktivitu detí v čo najväčšej miere - podporením rozvoja centier využitia voľného času v športovej, kultúrnej a záujmovej oblasti.

Záver

Integratívny proces spoločného vzdelávania postihnutých detí a mládeže nachádza svoje uplatnenie ako v internej tak i v externej podobe. Pričom v internej podobe zabezpečuje úzku spoluprácu pedagóga so žiakom. Pod vonkajšou rozumieme spoluprácu rodiny a školy, školy a špeciálnopedagogických zariadení, spoluprácu školy a odborných inštitúcií. Táto zmena koncepcie vzdelávania priniesla modifikáciu cieľov, obsahu, metód a foriem pre všetkých, ale predovšetkým pre deti so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. Moja diplomová práca sa zaoberá integráciou detí a mládeže s poruchami správania.

Medzi ciele, ktoré som si kládla v úvode tejto práce patrila snaha poskytnúť ucelený pohľad na túto oblasť. Ďalej som priblížila pojem integrácia a poruchy správania detí a mládeže. Domnievam sa, že stanovené ciele sa mi podarilo naplniť. Pri tvorbe diplomovej práce som sa snažila vychádzať nielen zo zdrojov literatúry dostupnej na našom trhu, ale pátrala som i po iných možnostiach a zdrojoch.

Prieskumom som zistila, že zámerná činnosť v oblasti nápravy porúch správania v krízovom stredisku má pozitívne výsledky dlhodobého charakteru. Nie je v silách dieťaťa svoj problém vyriešiť a často to nie je ani v silách jeho rodičov. Preto je nevyhnutné včas vyhľadať vhodnú odbornú pomoc. Včasná diagnostika je prvým krokom k úspechu a začiatkom dlhého výchovno-vzdelávacieho procesu. Pri závažnejších, dlhodobějších prejavoch porúch správania hrozí, že dieťa si nevhodné vzorce správania natoľko osvojí, že ambulantná forma práce s dieťaťom nie je dostatočná. Vtedy je vhodné zvoliť inštitucionálnu starostlivosť, ktorú poskytuje Krízové stredisko v Prievidzi. Ukázalo sa, že po skončení pobytovej formy práce s dieťaťom je dôležité upevňovať a kontrolovať nové vzorce správania, ktoré dieťa pobytom v krízovom stredisku nadobudlo.

Sociálny kurátori sú v tomto smere nenahraditeľní, lebo oni sa stávajú istými kontrolórmi správania dieťaťa - aj po skončení pobytu majú dieťa v sledovaní - a aj koordinátormi nápravného procesu, lebo môžu včas podchytiť možnú recidívu porúch správania a dieťa odporučiť k odborníkovi. Kľúčovým činiteľom zostáva rodina, pretože dieťa potrebuje veľa lásky, porozumenia ale aj pevne stanovené výchovné hranice a režim, aby sa dokázalo orientovať v živote a spoločnosti.

Záverom môžeme konštatovať, že integrácia porúch správania detí a mládeže je zložitý a dlhodobý proces, ale na druhej strane sa domnievam, že je jedným z plnohodnotných prístupov, silným pomocníkom, ktorý napomáha rozvoju dieťaťa, a silnou podporou k pozitívnemu začleneniu do spoločnosti.

ZOZNAM POUŽITEJ SLOVENSKEJ LITERATÚRY A PRAMEŇOV

BOHMOVÁ, P. Dieťa ako klient krízového strediska a jeho právna ochrana. In *Vychovávateľ*, 2010, roč. 58, č.10

ĎURIČ, L.– HOTÁR, V. S.– PAJTINKA, Ľ. *Výchova a vzdelávanie dospelých. Andragogika*. 1. vyd. Bratislava: SPN, 2000.547 s. ISBN 80-08-02814-9

EMMEROVÁ, I. Poruchy správania u žiakov základných a stredných škôl. In *Vychovávateľ*, 2008, roč. 56, č. 9

GAVORA, P. *Sprievodca metodológiou kvalitatívneho výskumu*. 1. Vyd. Bratislava: Regent spol. s.r.o., 2006. 239 s., ISBN 80-88904-46-3

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4. Vyd. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2008. 272 s., ISBN 978-80-223-2391-8

HARČARÍKOVÁ, T. – TICHÁ, E. *Základy špeciálnej pedagogiky pre prácu so študentmi stredných a vysokých škôl*. Vyd. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická Fakulta, Katedra špeciálnej pedagogiky vo vydavateľstve MABAG spol. s. r. o v Bratislave 2007. 171s. ISBN 978-80-89113-30-9

HATÁR, C. *Agresia žiakov očami sociálneho pedagóga*. Nitra: Pedagogická fakulta UKF, 1. Vyd.2007. 99 s. ISBN 8-80-80904-103-1

HEJDIŠ, M. *Etopédia, Pedagogika psychosociálne postihnutých*. Trenčín: Spoločnosť pre sociálnu integráciu, 2009. 162 s. ISBN 978-80-970121-4-4

HRONCOVÁ, J.- EMMEROVÁ, I. *Sociálna pedagogika*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Fakulta Pedagogiky, 2004. 280 s. ISBN 80-8083-028-2

HUDÁČKOVÁ, V. a kol. *Špeciálna pedagogika pre .ročník stredných škôl*. 1.vyd. Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 2001. 110 s. ISBN 80-08-03050-X

KARIKOVÁ, S. *Poruchy vývinu osobnosti detí a mládeže*, 1.vyd. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Fakulta pedagogiky, 1996. 56 s. ISBN 80-88825-80-6

KOMÁRIK, E. *Pedagogika emocionálne a sociálne narušených*. 1.vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 1998. 192 s. ISBN 80-223-1289-4

LOVAŠ, L. *Agresia a násilie*. 1.vyd. Bratislava: Ikar, 2010. 197 s. ISBN 978-80-551-1752-2

MAJZLANOVÁ, K.- ŠKOVIERA, A.- FUDALY, P. *Špeciálna dramatická výchova v sociálnej a špeciálnej pedagogike*. 1.vyd. Bratislava: Humanitas, 2004. 124 s. ISBN 80-968053-9-8

MAJZLANOVÁ, K. *Dramatoterapia v liečebnej pedagogike*. 2.vyd. Bratislava: Iris, 2004. 196 s. ISBN 80-89018-65-3

PILARČÍKOVÁ- HÝBLOVÁ, S.. *Biblioterapia*. 1.vyd. Liptovský Mikuláš, 1997. 74 s. ISBN 80-967875-4-3

SEIDLER, P.- KURINCOVÁ, V. *Inakosti v edukačnom prostredí*. 1.vyd. Nitra: PF UKF, 2004. 242 s. ISBN 80-8050-839-9

SOLÁRIK, S. *Muzikoterapia alebo liečiva sila hudby*. 1.vyd. Prievidza: Regionálne kultúrne stredisko, 2008. 59 s. ISBN 978-80-970035-6-2

STRMEŇ, L. – REISKUP,CH.J. *Výkladový slovník odborných výrazov používaných v psychológii*. 1. vyd. Bratislava: IRIS, 1998. 322 s. ISBN 80-88778-69-7

TURČEK, P. *Psychopatologické a sociálno- patologické prejavy detí a mládeže*. 2.vyd. Bratislava: Iris, 2003. 156 s. ISBN 80-88778-99-9

VARMUŽA, J. *Metodická príručka pre koordinátorov prevencie drogových závislostí na základných školách, stredných školách a školských zariadeniach v SR*. Bratislava: Občianske združenie PREVENCIA V&P, 2001. 46 s. ISBN 80-968701-0-6

VAŠEK, Š. a kol. *Špeciálna pedagogika, Terminologický a výkladový slovník*. 1.vyd. Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1994. 245 s. ISBN 80-08-01217-X

VAŠEK, Š. a kol. *Špeciálna pedagogika pre 4.ročník stredných odborných škôl*. 1.vyd. Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 2003. 110 s. ISBN 80-10-00014-0

VIŠŇOVSKÝ, Ľ. *Teória výchovy*. 1.vyd. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 1998. 122 s. ISBN 80-8055-135-9

ZOZNAM POUŽITEJ ZAHRANIČNEJ LITERATÚRY A PRAMEŇOV

ČAPEK, R. *Odměny a tresty ve školní praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-1718-0

HORT, HRDLÍČKA, M.- KOCOURKOVÁ, J- MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9

JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*, 1. Vyd. Praha: Portál, 2001. 288 s. ISBN 80-7178-535-0

JELÍNKOVÁ, J.- KRIVOŠÍKOVÁ, M.- ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7

KOLÁŘ, M. *Bolest šikanování: Cesta k zastavení epidémie šikanování ve školách*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 255 s. ISBN 80-7367-014-3

LANGMEIER, J.- BALCAR, K.- ŠPITZ, J. *Dětská psychiatrie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1

LIEBMANN, M. *Art Therapy for Group: A Handbook of Themes, Games and Excercises*. Brookline Book: Lumen Edition, 1999. 226 p. ISBN 978-0914797241

NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy* 1. vyd. Univerzita J. A. Komenského Praha, 2008, s. ISBN 978-80-86723-48-8

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.Vyd. Brno: Paido, 2006. 404s. ISBN 80-7315-120-0.

PRUCHA, J.-WALTEROVÁ, E.-MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2003.322 s. ISBN 80-7178-772-8

ŘÍČAN, P.- JÁNOŠOVÁ, P. *Jak na šikanu*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-2991-6

ŘÍČAN, P.-KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠICKOVÁ- FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0

TRAIN, A. *Children Behaving Badly. Could my children have a disorder?* London: Souvenir Press, 2000. ISBN 0285635212

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-241-9

VALENTA, M. *Dramatoterapie*. 1.vyd. Praha: Publishing a.s., 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1819-4

VÍTKOVÁ, M. 2004. *Interegrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 2.vyd. Brno: Paido, 463 s. ISBN 80-7315-071-9

Internetové zdroje

<http://www.specialnapedagogika.sk/>

[http://www.integracia.sk./](http://www.integracia.sk/)

<http://www.citaty.sk>.

ZOZNAM TABULIEK A GRAFOV

Zákonné normy, interné predpisy

Vyhláška č. 323/2008 Ministerstva školstva o špeciálnych výchovných zariadeniach.

Zákon č. 245/2008 Z.z. z 22.mája 2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon).

Zbierka zákonov č. 27/2009, zákon č. 305/2005 o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele.

Zoznam tabuliek

Tab. 1	Odchod detí z Krízového strediska	63
Tab. 2	Evidencia pred nástupom do Krízového strediska	64
Tab. 3	Realizácia opatrení sociálnymi kurátormi	65
Tab. 4	Spolupráca pri riešení problémov	65
Tab. 5	Dôvod odporúčenia do Krízového strediska	66
Tab. 6	Dĺžka pobytu klienta v Krízovom stredisku	67
Tab. 7	Následne hodnotenie klienta po ukončení pobytu v KS	68
Tab. 8	Dôvody dlhšieho sledovania sociálnym kurátorom	69
Tab. 9	Účinnosť pobytu klienta v KS po jednom roku	69

Zoznam grafov

Graf č. 1	Vek klientov	61
Graf č. 2	Pohlavie klientov	62
Graf č. 3	Rodinné prostredie klientov	62
Graf č. 4	Odchod detí z krízového strediska	63
Graf č. 5	Hodnotenie klientov počas pobytu v KS	67
Graf č. 6	Dĺžka sledovania sociálnym kurátorom	68
Graf č. 7	Účinnosť pobytu v KS	70

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha – A Dotazník

Príloha - A

DOTAZNÍK – ÚČINNOSŤ DIAGNOSTICKÝCH POBYTOV V KRÍZOVOM STREDISKU

Vážení sociálni kurátori,

dovoľujem si obrátiť sa na Vás s týmto dotazníkom, ktorým by som rada prostredníctvom Vás získala informácie slúžiace k výskumu účinnosti dobrovoľných diagnostických pobytov (DDP) v Krízovom stredisku v Prievidzi.

V dotazníku sú otázky, pri ktorých zvýraznite odpoveď ktorú si vyberiete, prípadne zvolíte odpoveď podľa vlastného uváženia.

Rada by som Vás upozornila, že dotazník bude slúžiť len na účely výskumu v rámci mojej diplomovej práce.

Vopred Vám ďakujem za Vaše odpovede a čas strávený nad týmto dotazníkom.

1. Uved'te pohlavie a vek klienta.

.....
.....
.....
.....

2. Ako dlho pred nástupom do KS v Prievidzi bolo dieťa oddelením sociálnoprávnej ochrany v evidencii?

.....
.....

3. Uved'te, aké opatrenia boli z Vašej strany realizované?

- a) napomenutie,
- b) dohľad,

- c) výchovné opatrenia,
- d) iné.

4. S kým ste spolupracovali počas riešenia problémov?

- a) rodičia,
- b) organizácie,
- c) odborníci,
- d) iné.

5. Uveďte dôvod odporúčenia dieťaťa do Krízového strediska?

.....

.....

.....

.....

6. Akým spôsobom ste boli informovaní o klientovi počas pobytu klienta v Krízovom stredisku ?

.....

.....

.....

.....

7. Uveďte aká bola dĺžka dobrovoľného diagnostického pobytu v Krízovom stredisku v Prievidzi?

.....

.....

.....

.

.....

8. Aké bolo hodnotenie klienta počas pobytu v Krízovom stredisku v Prievidzi?

.....
.....

**9. Aké bolo následné hodnotenie klienta po ukončení pobytu v Krízovom
stredisku v Prievidzi?**

.....
.....
.....
.....

**10. Ako dlho bol klient po ukončení pobytu v Krízovom stredisku v Prievidzi ešte
vo Vašom sledovaní?**

.....
.....
.....
.....

11. Uved'te, čo bolo dôvodom ďalšieho sledovania?

.....
.....
.....
.....

**12. Uved'te, aké je Vaše hodnotenie klienta po roku od ukončenia dobrovoľného
pobytu v KS z hľadiska účinnosti?**

.....
.....

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Jaroslava Mikulovská

Odbor: Špeciálna pedagogika - obor

Forma štúdia: Magisterské kombinované štúdium

Názov práce: Integrácia detí a mládeže s poruchami správania

Rok: 2010 - 2012

Počet strán textu bez príloh: 92

Celkový počet strán príloh: 4

Počet titulov slovenskej literatúry a prameňov: 24

Počet titulov zahraničnej literatúry a prameňov: 18

Počet internetových zdrojov: 3

Vedoucí práce: PhDr. Jana Španková, PhD.