

UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE  
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA



**PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVINU  
V DETSTVE A V DOSPIEVANÍ**

Marta Popelková



Moderné vzdelávanie pre vedomostnú spoločnosť. Projekt je spolufinancovaný zo zdrojov EÚ.

Názov projektu: Inovatívny bakalársky študijný program v študijnom odbore 3.1.16 Sociálne služby a poradenstvo so špecializáciou na Kariérové poradenstvo na Fakulte sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre  
ITMS kód: 26110230014

**PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVINU V DETSTVE A V DOSPIEVANÍ**

© doc. PhDr. Marta POPELKOVÁ, PhD.

Recenzenti: prof. PhDr. Karel PAULÍK, CSc.  
doc. PhDr. Jitka ORAVCOVÁ, PhD.  
doc. PhDr. Ivan J. SZABÓ, CSc.

Text neprešiel jazykovou úpravou

**ISBN 978-80-558-0300-5**

**EAN 9788055803005**

## **OBSAH**

ÚVOD	5
1 UVEDENIE DO OBLASTI PORÚCH PSYCHICKÉHO VÝVINU	7
2 KLASIFIKÁCIA PORÚCH PSYCHICKÉHO VÝVINU U DETÍ A DOSPIEVAJÚCICH	17
3 ZÁKLADNÁ TERMINOLÓGIA V OBLASTI PORÚCH PSYCHICKÉHO VÝVINU V DETSTVE A V ADOLESCENCII	24
4 ČINITELE VZNIKU PORÚCH PSYCHICKÉHO VÝVINU	27
5 PORUCHY SPÔSOBENÉ ORGANICKÝ POŠKODENÍM CNS	34
5.1 Detská mozgová obrna	34
5.2 Mentálna retardácia	37
5.3 Epilepsia	42
5.4 Úrazy hlavy, infekcie CNS, nádorové ochorenia u detí	45
6 ĽAHKÁ MOZGOVÁ DYSFUNKCIA	49
7 ŠPECIFICKÉ PORUCHY UČENIA	59
8 PORUCHY SPRÁVANIA	67
9 EMOČNÉ PORUCHY V DETSTVE A V DOSPIEVANÍ	77
10 PERVAZÍVNE VÝVINOVÉ PORUCHY	88
11 ZÁVISLOSTI U DETÍ A DOSPIEVAJÚCICH	96
12 TELESNÉ A ZMYSLOVÉ POSTIHNUTIA U DETÍ A DOSPIEVAJÚCICH	111
13 PORUCHY PRÍMU POTRAVY	121
14 TÝRANÉ A ZNEUŽÍVANÉ DIEŤA	127
POUŽITÁ LITERATÚRA	137
MENNÝ REGISTER	143
VECNÝ REGISTER	147



## ÚVOD

Problematika porúch psychického vývinu v detstve a v adolescencii nadväzuje a úzko súvisí s poznatkami všeobecnej, vývinovej a diferenciálnej psychológie. Porozumieť zdravému vývinu tvorí základ pre porozumenie psychickým poruchám, s ktorými sa môžeme stretnúť na vývinovej ceste. V publikácii sa zameriavame na prehľad najčastejšie sa vyskytujúcich psychických porúch u detí a dospelých, s cieľom poskytnúť o nich poznatky, vedieť sa orientovať a porozumieť dynamike vývoja rôznych psychických odchýlok a porúch, ktoré sa môžu počas vývinu, pred narodením, v detstve a v dospievaní prejavíť.

Názov publikácie - Poruchy psychického vývinu v detstve a v dospievaní a jej obsah predstavuje časť detskej klinickej psychológie, ktorá sa zaoberá porozumením psychickým a behaviorálnym problémom a poruchám u detí. Nevenujeme sa ďalším dvom oblastiam detskej klinickej psychológie – diagnostike a liečbe psychických porúch.

V centre našej pozornosti je dieťa, resp. dospelý ako individuum v svojej celej životnej situácii. Berieme do úvahy jedinečnosť každého dieťaťa, biologické mechanizmy, dedičnosť, zrenie i faktory prostredia, adaptabilitu a individuálne fungovanie.

Našou snahou je prispieť k porozumeniu deťom s problémami, poznať možnosti i obmedzenia vývinu, čo predstavuje základ pre pomoc, resp. intervenciu zo strany pomáhajúcich profesionálov (psychológov, lekárov, špeciálnych pedagógov, učiteľov), ale aj rodičov, resp. vychovávateľov.

V pozitívnom pohľade na jednotlivca sa snažíme pochopiť poruchy, problémy, omyly na vývinovej ceste aj ako podnety k rastu na strane dieťaťa a podnety k dotiahnutiu výchovných úsilí a k výchove seba na strane vychovávateľov a pomáhajúcich. Parafrázujúc slová profesora Štúra (1998), ak venujeme dieťaťu lásku, pozornosť a pochopenie, sme na dobrej ceste ...

Publikácia je určená študentom psychológie i ďalších pomáhajúcich profesií a všetkým, ktorí s deťmi pracujú, alebo sa podieľajú na ich výchove.

Náš text rešpektuje aktuálne platné a používané diagnostické systémy, európsku medzinárodnú klasifikáciu porúch, jej desiatu revíziu (MKCH 10, 1994) a americký klasifikačný systém známy pod skratkou DSM IV. Obe uvedené klasifikácie predstavujú popisné systémy, ktoré sa primárne (explicitne) nevyjadrujú k príčinám porúch. Pri diagnostikovaní a pomoci deťom s problémami nám poznanie príčin poruchy veľakrát uľahčuje porozumenie a pomoc deťom. Platí to pre pomáhajúcich zo strany profesionálov i vychovávateľov detí. Z tohto dôvodu sa v texte venujeme aj činiteľom, ktoré môžu zohrávať významnú úlohu pri vzniku, pretrvávaní aj náprave psychických porúch.

# 1 UVEDENIE DO OBLASTI PORÚCH PSYCHICKÉHO VÝVINU

## Obsah kapitoly

Text oboznamuje s obsahom a zameraním časti detskej klinickej psychológie - poruchami psychického vývinu v detstve a v dospelosti. Predstavíme úlohu psychologických činiteľov v poruchách psychického vývinu, ďalej špecifiká a vývinovopsychologické súvislosti porúch u detí a dospelých. Uvádzame chápanie normality u detí.

## Vedné disciplíny zaoberajúce sa oblasťou porúch psychického vývinu u detí a dospelých

Poruchami psychického vývinu sa z rôznych hľadísk zaoberajú viaceré vedné disciplíny:

Vývinová psychopatológia – zaoberá sa štúdiom príčin, zmien a priebehom maladaptívneho správania počas života jednotlivca.

Patopsychológia (psychológia jednotlivcov s rozličným druhom postihnutia) - psychologická disciplína, zaoberajúca sa skúmaním zákonitostí špecifického priebehu psychických procesov, stavov a vlastností a celkovej štruktúry osobnosti postihnutých jednotlivcov.

Psychoterapia - vedná disciplína zaoberajúca sa pomocou a liečbou porúch a odchýlok psychologickými prostriedkami.

Špeciálna pedagogika – aplikovaná pedagogická disciplína, zaoberajúca sa otázkami výchovy a vyučovania, resp. prevýchovy a preučovania detí a dospelých rôzne handicapovaných, s rôznymi odchýlkami vývinu.

Poruchy psychického vývinu tvoria popri diagnostike a psychoterapii u detí súčasť detskej klinickej psychológie. Podľa behaviorálne ladených definícií sa detská klinická psychológia zameriava na diagnostiku, porozumenie a liečbu psychických a behaviorálnych problémov a porúch u detí (podľa Planteho, 2001). Detská klinická psychológia predstavuje odbor, ktorý sa rýchlo rozvíja a preniká do ďalších oblastí medicíny (detské lekárstvo, detská psychiatria, detská neurológia) a s nimi do rôznych oblastí spoločenskej praxe (výchova, vzdelávanie). S nárastom výskytu rôznych

odchýlok, nápaditostí a porúch na vývinovej ceste rastie záujem o ucelenú orientáciu v oblasti vývinových porúch u odborníkov (lekárov, učiteľov, vychovávateľov, školských psychológov, špeciálnych pedagógov, sociálnych pracovníkov), ktorí sa dostávajú do kontaktu deťmi. Dôvodom záujmu je, aby pomáhajúci vedeli odchýlky a poruchy vývinu rozpoznať, pomôcť deťom, rodičom, vychovávateľom pri ich zmierňovaní, odstraňovaní, resp. aby vedeli poradiť, na ktorú inštitúciu s odborne pripravenými špecialistami sa obrátiť. Predchádzať psychickým i telesným problémom a poruchám je jednoduchšie než ich liečiť. Preventívne hľadisko v sledovanej oblasti predstavuje systematické sledovanie výskytu a štúdium predpokladaných rizikových faktorov, čo umožní včas rozpoznať možné nebezpečenstvo a vhodnými opatreniami zaistiť primerané podmienky pre vývin dieťaťa. Keď nedokážeme zabrániť vzniku poruchy, liečime ju a tým predchádzame jej nepriaznivým dôsledkom. Keď sa objavia nepriaznivé dôsledky, bránime ich rozvoju a ďalšiemu zhoršovaniu stavu.

Oblasť porúch psychického vývinu môžeme vymedziť ako problematiku viažucu sa k obdobiu detstva a dospievania, teda do dosiahnutia dospelosti. Nevyhnutným predpokladom orientácie v oblasti vývinových porúch je poznanie zákonitostí a priebehu normálneho vývinu, ktorými sa zaoberá vývinová psychológia a poznatkov všeobecnej psychológie.

K problematike vývinových porúch môžeme pristupovať z viacerých hľadísk. Môžeme sa zamerať na jednotlivé diagnostické kategórie a ich symptómy, alebo môžeme rešpektovať vývinové hľadisko a postupovať podľa jednotlivých vývinových období. Zvolili sme prvý prístup.



Tab. 1 Pohľad na pojmy z oblasti disciplín zaoberajúcich sa vývinom v norme a patológií a z hľadiska koncepcií normality a formačných postupov

	<b>Psychológia (normalita)</b>	<b>Patopsychológia (anomália)</b>	<b>Psychopatológia (porucha, patológia)</b>
<b>Ideálna norma</b>	Duševné zdravie Šťastie	Nešťastie Frustračná intolerancia	----- -
<b>Štatistická norma</b>	Priemer	Podpriemer Nadpriemer	Defekt
	Priemerná inteligencia	Mentálna subnorma Mentálny deficit	Mentálna retardácia Demencia Afunkcia (amnézia)
<b>Funkčná norma</b>	Zdravie	Chorobný vývin	Choroba Porucha
	Psychické zdravie Emočná stabilita	Neurotický vývin Disharmonický vývin Emočná labilita	Neurotické poruchy Emočné poruchy Psychotické poruchy
	Neporušené funkcie	Narušenosť	Poškodenie, deštrukcia
	Funkčná zdatnosť CNS Adaptabilita	Deteriorácia	Mozgové poškodenie Psychopatia
<b>Formačné postupy</b>	Psychohygiena Výchova Prevencia	Podporná psychoterapia Reedukácia	Liečba Hospitalizácia Psychoterapia

### Úloha psychologických činiteľov v poruchách vývinu

Pôsobenie duševných vplyvov na zdravie dieťaťa a oblasti pôsobenia

Pôsobenie psychologických činiteľov v detských poruchách je rozdielne v tej miere, v akej sú tieto činitele za poruchu, neskôr nápravu zodpovedné. Pri niektorých poruchách je vplyv psychologických činiteľov rozhodujúci, u iných zanedbateľný. Rozdiely nachádzame aj v psychologickom obsahu vplyvov (v povahe problému).

Vychádzame z predpokladu, že pri poruchách, pri ktorých majú v etiológii a patogenéze rozhodujúcu úlohu psychologické činitele, má i pomoc psychologickými prostriedkami najväčšie možnosti. Je úlohou diagnostiky zistiť, ktoré duševné činitele sa na vzniku a pretrvávaní poruchy podieľajú. Z hľadiska prognózy je dôležité, či a ako je možné negatívne pôsobenie psychologických činiteľov obmedziť a či je možné a ako použiť psychologické postupy k podpore uzdravenia a ďalšieho zdravého vývinu.

Patogénne pôsobenie duševných vplyvov na zdravie dieťaťa sa môže prejavovať v štyroch oblastiach (podľa Langmeiera a kol. 2000) :

### **1. Oblasť telesných stavov a pochodov**

Negatívne pôsobenie duševných vplyvov na telesný stav môžeme vymedziť v dvoch smeroch. Niekedy ovplyvňuje psychická oblasť telesný stav priamo, psychofyziologickými mechanizmami. Napríklad pôsobenie silných nezvládnutých emócií, ktoré prostredníctvom vegetatívnej nervovej sústavy vedie k preťaženiu niektorých telesných sústav alebo orgánov, a spôsobí ich zlyhanie alebo poruchu. Známy je tiež vplyv duševných stavov na imunitný systém. Dnešná veda nespochybňuje vzájomné ovplyvňovanie psychických a fyzických procesov v organizme a napr. v súvislosti s imunitným systémom sa uvažuje a píše o neuropsychoimunitnom systéme. Poznatky z oblasti neuroimunitného systému spolu s klasickou psychofyziológiou môžu spolu s inými psychologickými vedami prispieť k porozumeniu tzv. civilizačných chorôb (Vymětal a kol.,1997). Psychické vplyvy môžu pôsobiť na zdravie aj nepriamo, sprostredkovane. Nedostatok duševných predpokladov alebo ich zlyhanie vedie k správaniu, ktoré je nebezpečné alebo škodlivé pre zdravie. Napríklad môže ísť o vystavovanie sa dieťaťa nebezpečným situáciám vedúcim k úrazu, príjem škodlivín jedlom, pitím až po samovražedné konanie. Následkom je väčšinou telesná porucha, ktorej liečba je v kompetencii lekára, ale príčiny a prevencia sú v podstatnej miere psychologické.

### **2. Oblasť duševných porúch**

Duševné poruchy sú spôsobené fyzickými (biochemickými či morfológickými zmenami organizmu) a psychickými vplyvmi. Môže ísť o aktuálne narušenie duševnej funkcie u doteraz zdravo sa vyvíjajúceho dieťaťa, alebo zjavné prepuknutie poruchy tam, kde sa vývin osobnosti uberal poruchovým smerom. Ako príklad uvádzame patologické reaktívne stavy v emočnej oblasti (fóbické, hostilné, depresívne reakcie),

v poznávacej oblasti (napr. bludy, halucinácie), alebo v oblasti správania (patologické prejavy deštrukcie, agresivity). Do tejto oblasti zaraďujeme tiež vývinové poruchy, ktoré predstavujú zásadnú odchýlku od zdravého priebehu vývinu (disharmonický vývin, psychotické poruchy).

### **3. Oblasť sociálnych vzťahov: sociálna patológia**

Narušenie sociálnych vzťahov, ktoré sú z hľadiska zdravého vývinu dieťaťa potrebné, predstavuje dôležitý patogénny činiteľ. Preto hovoríme o sociálnej patológii. Ide o poruchy spoločenského začlenenia u jednotlivcov k tomu osobnostne disponovaných. Tieto poruchy sú vyvolané situačne, negatívnou skúsenosťou alebo vývinovým zlyhaním. Napr. skryté následky emočnej, poznávacej deprivácie, nedostatočne vytvorené stratégie zvládania, vyrovnávanie sa s konfliktami, slabé miesta v osobnosti, sa môžu prejaviť v záťažovej situácii neprímeraným, poruchovým správaním. Následkom sociálnej patológie býva priradenie jednotlivca k nejakej stereotypne vnímanej skupine narušených osôb, ktoré môže prispieť k vnútornému stotožneniu sa s ňou (deviant, delikvent, narkoman...).

### **4. Duchovná oblasť**

Duchovná oblasť predstavuje oblasť životných hodnôt, zmyslu života, ktoré sú podmienkou duševného i telesného prosperovania a zdravého vývinu. Nemožnosť vnímať zmysel a hodnotu toho, čo človek robí, vedie k duševnej zraniteľnosti, najmä v oblasti motivácie. Tzv. mravná podvýživa u detí má podobu neurotickej neistoty, „amotivačného“ syndrómu, neschopnosti náhľadu na vlastné konanie, chýbanie citu pre potreby aktuálnych situácií či druhých ľudí. Neisté a zmätené vnímanie seba a sveta bráni dieťaťu rozlišovať prostredníctvom svedomia. „Prázdny život“ sa potom môže prejavovať pasivitou, ľahostajnosťou, odmietaním života, alebo náhradou – zámenou primeraných postojov v podobe rôznych druhov závislostí, promiskuity, agresivity či deštruktivity.

### **Vývinovopsychologické súvislosti a špecifiká porúch u detí**

U detí, na rozdiel od dospelých, sú inak rozvinuté a navzájom späté rôzne zložky organizmu a osobnosti, čo je dôležité pre hodnotenie a liečbu porúch u detí. Vplyvy pôsobiace v jednej oblasti sa u detí ľahšie šíria alebo prenášajú svojimi účinkami do inej oblasti. Vzájomná previazanosť jednotlivých zložiek a funkcií organizmu sa

prejavuje menej diferencovaným prežívaním i menšou schopnosťou rozumového a emočného odstupu v prežívaní a konaní. Deti reagujú oproti dospelým viac celostne, „psychosomaticky“. Napr. desať mesačné dieťa zareaguje na dvojdňové odlúčenie od matky zvýšením telesnej teploty. Po príchode matky teplota ustúpi.

Rýchly priebeh vývinových zmien u detí prostredníctvom procesov zrenia a učenia, diferenciacie a integrácie si vyžaduje brať pri hodnotení porúch do úvahy aktuálny stav vývinu osobnosti.

Obozretný sme tiež pri pohľade na objektívnu závažnosť a subjektívne hodnotenie problému dieťaťom.

Objektívna závažnosť poruchových prejavov u detí je niekedy inak hodnotená ako u dospelých. Menšie nároky na aktuálny výkon i väčšia tvárnosť organizmu a osobnosti znamenajú, že aj výrazné narušenie zdravých funkcií, ktoré nebráni vývinu dieťaťa v jeho práve kritických oblastiach vývinu, môže byť menej nebezpečné, než menej nápadné poškodenie, brániace aktuálnym vývinovým premenám. Aj význam jednotlivých poruchových prejavov môže byť u detí iný než u dospelých. Ich objavenie aj vymiznutie nemusí byť tak závažne ako u dospelých (Langmeier a kol., 2000). Dieťa ľahšie reaguje na rozporné požiadavky okolia, ktoré predstavujú pre neho konfliktnú situáciu telesnými i psychickými príznakmi, ktoré mu pomôžu vyrovnať sa s touto situáciou. Poruchové príznaky sú často sprievodnými javmi normálnych vývinových krokov a náročnejších požiadaviek, ktoré nový vývinový stupeň nastoľuje. Vyvolané príznaky môžu byť signálom ohrozenia, nie poškodenia a pri vhodnom výchovnom postupe po istom čase spontánne vymiznú.

Subjektívne hodnotenie určitého problému alebo poruchy u dieťaťa má tiež svoje špecifiká. Subjektívne trpí dieťa najmä akútnou bolesťou a silnou úzkosťou (Mareš a kol., 1997). Trpí tiež, ak mu reakcie okolia na príznaky bránia naplňať jeho prania. Celkovo trpia mladšie deti problémom a jeho príznakmi relatívne menej ako dospelí. Deti sa naučia často využívať symptómy (poruchy spánku, jedla, strachy) pre svoj prospech. Problémom dieťaťa často trpia dospelí viac než deti. Podobne deti s trvalým telesným poškodením väčšinou subjektívne trpia (asi do obdobia puberty) menej a ľahšie sa prispôbujú obmedzeniam než dospelí. Ťažšie sa však vyrovnávajú s negatívnymi reakciami okolia, výsmechom, vyhýbaním sa kamarátov. Od obdobia puberty začínajú deti vnímať svoj príznak ako príčinu svojich ťažkostí, často ako dôvod k smútku

a obavám. Pre hodnotenie príznakov a problémov u detí je dôležité vedieť, že stupeň subjektívneho utrpenia hovorí málo o závažnosti ochorenia dieťaťa, poukazuje skôr na problémy a nedostatky vo vzťahoch dieťaťa s najbližšími osobami. Pri hodnotení závažnosti príznakov je u detí rozhodujúce vývinové hľadisko. Pri pohľade na vývinovú cestu môžeme vo všeobecnosti v našich kultúrnych a prírodných podmienkach pokladať za pomerne rizikové obdobie pásma okolo šiesteho, desiateho a trinásteho roku a celkom špecifické postavenie a význam má prvý rok života dieťaťa, resp. prvé tri roky.

Mnohé vývinové poruchy v dospelosti sú následkom poruchy v detstve; napr. asociálnemu správaniu v dospelosti väčšinou predchádzajú poruchy správania v detstve označované ako disharmonický vývin osobnosti. Na druhej strane veľa detí s emočnou poruchou v detstve nemusí mať v dospelosti neurotické problémy.

Na základe prítomnosti čo absencie porúch v detstve môžeme len pomerne ťažko predpovedať zdravotný stav v dospelosti, pretože:

- každé dieťa prejavuje počas vývinu niekedy príznaky, ktoré by v inom veku či za iných okolností boli hodnotené ako patologické
- pretrvávajúce poruchové spôsoby prežívania a správania závisí od rôznych individuálnych a sociálnych činiteľov
- nároky kladené na dieťa v určitom veku a jeho postavenie je v rodinách a dôležitých skupinách rôzne a ten istý prejav dieťaťa je jeho okolím rôzne prijímaný a tolerovaný.

Možno uzatvárať, že najviac ohrozená poruchou je tá oblasť (orgán, funkcia, výkon a pod.), ktorá práve prechádza zásadnou vývinovou premenou (Langmeier a kol., 2000).

Uvádzame prehľad najčastejšie sa vyskytujúcich problémov v správaní u detí v závislosti od veku (Gelfand et al. 1997):

## Problémové správanie u detí a dospelých v závislosti od veku

<i>Vek</i>	<i>Poruchové prejavy</i>
1,5 – 2	Návaly zlosti (temper tantrums), odmietanie plniť požiadavky, stále vyžadovanie pozornosti, hyperaktivita, špecifické strachy, nepozornosť
3 - 5	Návaly zlosti, odmietanie plniť požiadavky, stále vyžadovanie pozornosti, špecifické strachy, precitlivosť, klamstvo, negativizmus
6 – 10	Návaly zlosti, hyperaktivita, špecifické strachy, precitlivosť, klamstvo, zlyhávanie v škole, žiarlivosť, nadmerná uzavretosť
11 -14	Návaly zlosti, precitlivosť, žiarlivosť, zlyhávanie v škole nadmerná uzavretosť, náladovosť
15 -18	Zlyhávanie v škole, záškoláctvo, podvádžanie pri skúšaní, depresie, opijanie sa, fajčenie, zneužívanie drog, predčasná sexuálna aktivita, krádeže v obchodoch alebo iné priestupky proti zákonu

### Psychická normalita u detí

Problematike psychickej normality osobnosti sa venuje podrobne klinická psychológia. Z hľadiska posúdenia normality v detskom veku zohráva podstatnú úlohu vývinové hľadisko. Pri posudzovaní správania dieťaťa sa prejavuje zvyčajne väčšia tolerancia oproti posudzovaniu správania dospelého jednotlivca najmä pre variabilitu tempa i priebehu vývinu. U jednotlivých detí môže vývin prebiehať odlišne a určité prejavy môžu mať rozdielny význam v jednotlivých obdobiach vývinu. Napr. inak posudzujeme prejavy vzdoru u trojročného a osemročného dieťaťa. Negativizmus u trojročného dieťaťa je prejavom budovania identity; u osemročného dieťaťa môže ísť o dôsledok nevhodného výchovného prístupu rodičov, napr. hyperprotektívnu výchovu. Dôležitá je aj miera prejavu a okolnosti vzniku prejavov, ktoré považujeme za neprimerané. U mladších detí veľakrát predpokladáme, že dieťa môže žiaducu normu ešte dosiahnuť. Chápanie normy závisí aj od dosiahnutej vývinovej úrovne posudzujúceho človeka. Rozdiely v chápaní normy medzi deťmi nachádzame na rôznom vývinovom stupni (napr. najmladší školáci sú málo schopní diferencovať rozdiely v schopnostiach jednotlivých detí).

Na základe poznania faktorov, ktoré formujú normálny vývin osobnosti dieťaťa, možno uvažovať o faktoroch deformujúcich vývin. Medzi faktory optimálneho vývinu zaradujeme:

1. dedičnosť
2. iné genetické a organické faktory
3. vývin v prenatálnom období
4. pôrod
5. stimuláciu: optimálne prostredie, množstvo, sila pôsobenia, premenlivosť, či zložitost' podnetov z okolia
6. podmienky pre učenie: vytvorenie optimálnych podmienok vhodných pre učenie sa v zmysle objavovania okolitého sveta a jeho fungovania
7. jednotný princíp: všetko, čo dieťa robí, všetky jeho aktivity majú jednotný a zmysluplný princíp, čo prispieva k orientácii a pocitu bezpečia vo svete
8. citový vzťah a jeho naviazanie
9. emancipáciu: primeraná emancipácia (napr. pri nástupe do MŠ) a nezávislosť od iných osôb sú nevyhnutné pre vývin
10. čas: uvedené faktory sú dôležité nielen z hľadiska výskytu, ale aj obdobia, v ktorom pôsobia (podľa Syřišťovej, 1972).

Normalitu u detí môžeme chápať a vyjadriť prostredníctvom pojmov predobraz a cieľ vývinu. Predobraz (norma) predstavuje súhrn našich očakávaní spätých s dieťaťom určitého veku. Cieľom (účelom) vývinu je stať sa dospelým, t.j. psychosociálne zrelým človekom (Koukolík, 2000).

Ak normalitu dieťaťa charakterizujeme z pohľadu koncepcií normality (štatistickej, ideálnej a sociálnej, resp. adaptívnej) uvažujeme, že normálne dieťa je:

1. vyvinuté vo všetkých zložkách organizmu primerane, teda v súlade s úrovňou, akú dosahuje väčšina detí jeho veku
2. vývin postupuje v súlade s jeho celkovým trendom, jasne smeruje k plnému rozvinutiu jeho zložiek
3. vyvíja sa v súlade s požiadavkami spoločnosti z hľadiska súčasného správania alebo tvorivého uplatnenia v dospelosti.

Podľa definície Chessovej (1969) normálne dieťa vychádza dobre so svojimi rodičmi, súrodencami, priateľmi a zápasí o využívanie voľného času zodpovedajúco svojej inteligencii.

Štúr (1998) ďalej polemizuje: čo ak sa nedá vychádzať s rodičmi, dieťa nemá podmienky pre využitie svojich funkcií a nedostáva dost' hodnôt a motivácie k činnosti? Ako autor uvádza, charakteristiku možno prijať s výhradami, pretože dobre orientuje a ukazuje, čo mohlo byť vo výchove zanedbané. Definícia upozorňuje aj na význam rodiny, pretože rodina prenáša hodnoty na ďalšie generácie. Na normalitu rodiny môžeme nazerať tiež z rôznych aspektov. Rodina je normálna, ak sa v nej napr. nevyskytujú žiadne symptómy poruchy či psychopatológie; ak optimálne funguje a podporuje sebaaktualizáciu a sebarealizáciu jej členov; ak funguje v súlade s tým, čo je zvyčajné, priemerné, typické; ak je pozornosť rodiny zameraná na procesy prebiehajúce v čase, ktoré zahŕňajú integráciu, udržiavanie a vývoj rodinného systému (podľa Walshovej, in Sobotková 2001).

Ako uvádza Štúr (1995), z určitého pohľadu je normálne všetko, čo je možné, všetko, čo vieme prijať, pochopiť, oceniť. Životný zápas znevýhodneného, aj nadpriemerný výkon geniálneho dieťaťa. Podľa Štúra (1999) je človek nenormálny len vtedy, ak stráca svoju ľudskosť, nevyužije svoje predpoklady, odmietne možnosti, nezanechá pozitívne stopy.



## **2 KLASIFIKÁCIA PORÚCH PSYCHICKÉHO VÝVINU U DETÍ A DOSPIEVAJÚCICH**

### **Obsah kapitoly**

V kapitole predstavujeme rôzne prístupy ku klasifikácii psychických porúch u detí a dospelých s dôrazom na súčasne platnú medzinárodnú klasifikáciu duševných porúch – jej desiatu revíziu. Zameriavame sa tiež na triedenie porúch z hľadiska vývinovej perspektívy detskej psychiky, z hľadiska ich rozsahu, priebehu a príčin.

### **Význam triedenia porúch u detí**

Snaha nájsť prehľadné zákonitosti v psychických poruchách viedla a vedie k rôznym pokusom o ich triedenie. V minulom storočí prišlo k zmenám v chápaní duševných porúch a tiež k zmenám v ich klasifikácii, nevynímajúc oblasť psychických porúch u detí.

Klasifikácie poskytujú operačné definície pre rôzne poruchy, čo je významné pre oblasť výskumu, majú však svoje výhody aj nevýhody.

Výhodou používania diagnostického klasifikačného systému je možnosť zatriedenia, opisu a definovania psychopatologických kategórií, čo umožňuje ľahšiu a presnejšiu komunikáciu medzi odborníkmi. Nevýhodou klasifikačných systémov je medicínsky pohľad na poruchu, relatívne nízka spoľahlivosť spôsobená nedostatočne objektívnymi diagnostickými kategóriami, zaradovanie (nálepkovanie) dieťaťa k diagnóze i absencia kontinuálneho nazerania na poruchu (Hort, a kol., 2000).

V súčasnej dobe sa najčastejšie používajú dva klasifikačné systémy :

1. MKCH-10 (The International Classification of Diseases, 10th edition; ICD-10). Medzinárodná klasifikácia chorôb.
2. DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition). Ide o klasifikačný systém Americkej psychiatrickej asociácie (Kol. APA., 2000).

Oba systémy obsahujú diagnózy z oblasti rovnakej problematiky. Názvy diagnóz, vymedzenie príznakov správania vymykajúceho sa norme sú rôzne. Napr. DSM-IV

vyžaduje, aby šesť a viac symptómov príznačných pre hyperaktivitu a impulzivitu (hyperaktivita obsahuje šesť symptómov a impulzivita tri symptómy) pretrvávalo najmenej šesť mesiacov a ich následkom je neprispôsobivosť dieťaťa. Je možné, že deti bez symptómov nedostatočnej kontroly impulzivity by mohli spĺňať diagnostické kritéria pre ADHD. MKCH-10 vyžaduje, aby aspoň jeden s príznakov impulzivity pretrvával po dobu najmenej šesť mesiacov. MKCH-10 nezachytáva tiež menej výrazné poruchy správania, čo môže viesť k absencii špeciálnej výchovy a podpory.

Náš text rešpektuje platné znenie Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH 10, platná od r. 1992) (MKCH 10, 1994) a Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch Americkej psychiatrickej spoločnosti DSM-IV z roku 1994.

Predstavíme tri typy klasifikácie psychických porúch u detí.

### **Triedenie porúch z hľadiska vývinovej perspektívy detskej psychiky**

Z hľadiska vývinovej perspektívy detskej psychiky a s ohľadom na jeho biologickú a sociálnu podmienenosť môžeme vymedziť niekoľko formálnych vzorcov vývinových porúch:

#### **1. Kvantitatívne poruchy**

Ide od odchýlky od normálneho pohybu vývinu pokiaľ ide o rýchlosť a smer vo vývinovej línii:

- retardácia predstavuje spomalenie alebo oneskorenie telesného alebo duševného vývinu
- pri stagnácii prichádza k predčasnému zastaveniu vývinu
- regresia znamená návrat, zvrat vývinu, pokles na nižšiu vývinovú úroveň z dôvodu straty už rozvinutých schopností, zručností alebo znovuobjavením sa skorších prejavov správania a foriem reakcií.

#### **2. Kvalitatívne poruchy**

- hovoríme o nich vtedy, keď osobnosť z klasickej vývinovej cesty (cesty primeraného, optimálneho vývinu, ktorým sa zaoberá vývinová psychológia), vybočuje (napr. detský autizmus).

## **Poruchy psychického vývinu z hľadiska ich rozsahu, priebehu a príčin**

Poruchy psychického vývinu môžeme rozdeliť z hľadiska ich rozsahu, priebehu a príčin, ktoré ich vyvolávajú.

### **1. Podľa rozsahu**

- a) celkové, globálne poruchy, postihujúce celú osobnosť. Ako príklad uvádzame mentálnu retardáciu.
- b) poruchy jednotlivých funkčných systémov, napr. enuréza v detskom veku.

### **2. Podľa priebehu**

- a) neprogredujúce, v zmysle nezhoršujúcich sa (nezväčšujúcich sa), ktoré môžeme ďalej rozdeliť na:
  - ireverzibilné (nezvratné, neschopné sa vrátiť do pôvodného stavu), napr. mentálna retardácia
  - reverzibilné (vratné, schopné spätného procesu), napr. enuréza u šesť ročného dieťaťa
- b) progresívne (postupujúce, šíriace sa, zhoršujúce), napr. časté veľké epileptické záchvaty u ročného dieťaťa.

### **3. Podľa príčin**

- a) poruchy ako dôsledok organického poškodenia centrálného nervového systému, napr. poruchy správania po úraze hlavy
- b) funkčné poruchy, napr. zajakavosť po pohryznutí dieťaťa psom (zajakavosť bez organického podkladu).

## **Poruchy psychického vývinu podľa MKCH 10**

Uvádzame tri veľké skupiny porúch ako ich vymedzuje MKCH – 10:

1. Poruchy psychického vývinu (F80 - F89)
2. Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania (F90 - F98)
3. Mentálna retardácia – duševná zaostalosť (F70 - F79)

Pri niektorých poruchám uvádzame pre ilustráciu bližšiu charakteristiku a príklad poruchy.

## I. PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVINU (F80 - F89)

**Poruchy uvedené pod F80 - F89 majú tieto spoločné črty:**

- a) vždy vznikajú v dojčenskom alebo detskom veku
- b) poškodenie alebo oneskorenie vývinu funkcií úzko súvisiacich s biologickou zrelosťou centrálného nervového systému
- c) stály priebeh bez remisí a relapsov.

Vo väčšine prípadov je postihnutá jazyková funkcia, zrakové a priestorové schopnosti, motorická koordinácia.

### **F80 ŠPECIFICKÉ PORUCHY VÝVINU REČI A JAZYKA**

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

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

#### **F80.1 Expresívna porucha reči**

#### **F80.2 Receptívna porucha reči**

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

#### **F80.8 Iné vývinové poruchy reči a jazyka**

Šušlanie

#### **F80.9 Nešpecifikovaná vývinová porucha reči alebo jazyka**

### **F81 ŠPECIFICKÉ PORUCHY VÝVINU ŠKOLSKÝCH ZRUČNOSTÍ**

Poruchy, pri ktorých je nadobúdanie zručností obmedzené od skorých vývinových štádií.

Obmedzenie nie je len dôsledkom chýbania možnosti učiť sa, ani prejavom mentálnej retardácie a nezapríčiňuje ho ani niektorá forma získanej choroby alebo poranenia mozgu.

### **F81.0 Špecifická porucha čítania**

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

- "čítanie odzadu", vývinová dyslexia, špecifická retardácia čítania

Nezahŕňa: alexiu NS (R48.0), dyslexiu NS (R48.0)...

### **F81.1 Špecifická porucha hláskovania**

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

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

### **F81.8 Iné vývinové poruchy školských zručností**

Vývinová expresívna porucha písania

### **F81.9 Nešpecifikované vývinové poruchy školských zručností**

## **F82 ŠPECIFICKÁ PORUCHA VÝVINU POHYBOVEJ FUNKCIE**

Vážne oneskorenie vývinu motorickej koordinácie (zreteľná vývinová nezrelosť nervového systému)

Syndróm ťarbavého dieťaťa

## **F83 ZMIEŠANÉ ŠPECIFICKÉ VÝVINOVÉ PORUCHY**

## **F84 PRENIKAVÉ PORUCHY VÝVINU**

Skupina porúch je charakterizovaná kvalitatívnym zhoršením recipročných sociálnych interakcií a spôsobov komunikácie a obmedzeným, stereotypným, opakujúcim sa repertoárom záujmov a aktivít. Tieto kvalitatívne odchýlky sú prenikavou črtou fungovania jednotlivca vo všetkých situáciách.

### **F84.0 Detský autizmus**

### **F84.1 Atypický autizmus**

### **F84.2 Rettov syndróm**

Porucha sa dosiaľ zistila len u dievčat. Po zdanlivo normálnom včasnom vývine nasleduje čiastočná alebo úplná strata reči, pohybových zručností a použitia rúk spolu so spomalením rastu hlavy. Porucha sa zvyčajne začína medzi 7. – 24. mesiacom veku. Porucha vyúsťuje takmer vždy do ťažkej mentálnej retardácie.

### **F84.3 Iná detská dezintegračná porucha (napr. Infantilná demencia)**

### **F84.5 Aspergerov syndróm**

### **F84.8 Iné prenikavé vývinové poruchy**

### **F84.9 Nešpecifikované prenikavé vývinové poruchy**

## **F88 INÉ PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVINU**

## **F89 NEŠPECIFIKOVANÁ PORUCHA PSYCHICKÉHO VÝVINU**

## **II. PORUCHY SPRÁVANIA A EMOČNÉ PORUCHY SO ZVYČAJNÝM ZAČIATKOM V DETSTVE A POČAS DOSPIEVANIA (F90 - F98)**

### **F90 HYPERKINETICKÉ PORUCHY**

Poruchy charakterizuje skorý vznik (zvyčajne v prvých piatich rokoch života), neschopnosť vydržať pri činnosti vyžadujúcej kognitívnu účasť, tendencia prechádzať z jednej činnosti na druhú bez ich dokončenia a dezorganizovaná, nedostatočne regulovaná a nadmerná aktivita. Môžu sa pridružovať aj viaceré ďalšie abnormality.

#### **F90.0 Porucha aktivity a pozornosti**

#### **F90.1 Hyperkinetická porucha správania**

Hyperkinetická porucha spojená s poruchou správania

#### **F90.8 Iné hyperkinetické poruchy**

#### **F90.9 Nešpecifikovaná hyperkinetická porucha**

### **F91 PORUCHY SPRÁVANIA**

Poruchy správania charakterizuje opakované a pretrvávajúce, asociálne, agresívne alebo vyzývavé konanie.

#### **F91.0 Poruchy správania obmedzené na rodinný kruh**

#### **F91.1 Porucha socializácie**

**F91.2 Socializovaná porucha správania**

**F91.3 Opozičná vzdorovitá porucha**

**F91.8 Iné poruchy správania**

**F91.9 Nešpecifikované poruchy správania**

### **III. DUŠEVNÁ ZAOSTALOSŤ - MENTÁLNA RETARDÁCIA (F70 - F79)**

#### **F70 ĽAHKÁ DUŠEVNÁ ZAOSTALOSŤ**

Rozsah IQ od 50 do 69 (u dospelých, mentálny vek od 9 do 12 rokov).

Zahŕňa: slabomyseľnosť a ľahký stupeň psychickej podnormálnosti

#### **F71 STREDNÝ STUPEŇ DUŠEVNEJ ZAOSTALOSTI**

Rozsah IQ od 35 do 49 (u dospelých, mentálny vek od 6 do 9 rokov)

#### **F72 ŤAŽKÁ DUŠEVNÁ ZAOSTALOSŤ**

Rozsah IQ od 20 do 34 (u dospelých, mentálny vek od 3 do 6 rokov)

#### **F73 HLBOKÁ DUŠEVNÁ ZAOSTALOSŤ**

IQ je pod 20 (mentálny vek nižšie 3 rokov)

#### **F78 INÁ DUŠEVNÁ ZAOSTALOSŤ**

#### **F79 NEŠPECIFIKOVANÁ DUŠEVNÁ ZAOSTALOSŤ**

Zahŕňa: psychický: deficit NS a psychickú subnormu NS

### 3 ZÁKLADNÁ TERMINOLÓGIA V OBLASTI PORÚCH PSYCHICKÉHO VÝVINU V DETSTVE A V ADOLESCENCII

#### Obsah kapitoly

Kapitola podáva prehľad pojmov a výrazov, ktoré sú pre prácu psychológa s deťmi a dospelými dôležité a pomáhajú klinickému psychológovi dohovoriť sa odborným jazykom s ostatnými odborníkmi a laikmi. Kapitola nezahŕňa všetky výrazy, s ktorými sa detský klinický psychológ v praxi stretáva, upozorňuje na tie, ktoré sú v odbornom jazyku a v práci s deťmi frekventované.

**Asfyxia** – chýbanie kyslíka

**Demencia** - prerušenie normálne začatého duševného vývinu, zaostávanie normálneho vývinu a stratu už nadobudnutých duševných schopností.

**Deteriorácia** - (progresívne) zhoršovanie, úpadok

**Detská klinická psychológia** zameriava sa na diagnostiku, porozumenie a liečbu psychických a behaviorálnych problémov a porúch u detí.

**Detská neurológia** sa zaoberá diagnostikou, liečbou, prevenciou, výskumom ochorení nervového systému (spojených s poruchami pohyblivosti, citlivosti, poruchou funkcií zmyslových orgánov...) u detí.

**Gestačný** – súvisiaci s tehotenstvom

**Hyperkinetický syndróm** – zvýšená pohybová aktivita, sťažená schopnosť zostať v kľude. Najčastejšie sa vyskytuje u detí s dysfunkciou mozgu. Spája sa s neschopnosťou udržať pozornosť.

**Hypotrofia** – nedostatočný vývin

**Hypoxia** – nedostatok kyslíka

**Choroba** - stav organizmu, ktorý vzniká pôsobením vonkajších či vnútorných okolností, ktoré narušujú jeho rovnováhu a správne fungovanie

Pri chorobe možno rozlíšiť:

- etiológiu (príčinu)



- patogenézu (podmienky vzniku a priebehu)
- etiopatogenézu

Choroba začína:

- prodrómami (predpríznaky)
- prejavuje sa symptómami
- syndrómami (súborom príznakov)
- označuje sa diagnózou (stanovenie druhu choroby na základe vyšetrenia)

Príznaky choroby možno:

- simulovať (vedome predstierať)
- disimulovať (vedome zakrývať)
- kompenzovať (nahradit' inými formami)
- agravovať (vedome zastierať)

Choré dieťa sa podrobuje:

- terapii
- diagnostike
- ošetrovaníu
- rehabilitácii

**Porucha** - klinicky rozpoznateľný súbor príznakov alebo správania, ktoré môžu mať rôzne príčiny, a tie väčšinou spoľahlivo nepoznáme. Odchýlka od toho, čo je považované za normálne.

**Psychopatológia** – ako spoločný odbor psychiatrie a klinickej psychológie opisuje symptomatológiu (príznaky jednotlivých duševných porúch), v našom prípade u detí a dospelých, ktoré tvoria kritériá diagnostiky. Používa sa aj pojem abnormálna psychológia.

**Patopsychológia** (psychológia jednotlivcov s rozličným druhom postihnutia) – psychologická disciplína, zaoberajúca sa skúmaním zákonitostí špecifického priebehu psychických procesov, stavov a vlastností a celkovej štruktúry osobnosti postihnutých jednotlivcov. Patopsychológiu môžeme tiež definovať ako disciplínu, ktorá skúma oblasť prejavov vymykajúcich sa z rámca normy, ale nedosahujúcu oblasť patológie (abnormality).

**Psychická anomália** - zahŕňa bežné, často difúzne a nevyhranene používané termíny: mimoriadny, nevyrovnaný, nepravidelný, handicapovaný, neadaptovaný, difficilný, narušený a pod. Ide o zjavnú odchýlku od toho, čo je typické alebo normálne.

**Psychický deficit** - výkon nižší v porovnaní s typickými jednotlivcami

**Psychická deprivácia** - stav, ku ktorému prichádza následkom takých životných situácií, keď jednotlivcovi nie je poskytnutá príležitosť na uspokojenie niektorej jeho základnej (vitálnej) psychickej potreby v dostatočnej miere a po dosť dlhý čas.

**Psychoterapia** – je vedná disciplína zaoberajúca sa pomocou a liečbou porúch a problémov psychologickými prostriedkami.

**Remisia** – vymiznutie prejavov choroby medzi epizódami

**Relaps** – nové vzplanutie príznakov choroby

**Retardácia** - spomalenie alebo oneskorenie telesného alebo duševného vývinu

**Regresia** - návrat, zvrät vývinu, pokles na nižšie vývinové štádium

**Stagnácia** - predčasné zastaveniu vývinu

**Špeciálna pedagogika** – aplikovaná pedagogická disciplína, zaoberajúca sa otázkami výchovy a vyučovania, resp. prevýchovy a preučovania detí a dospelých rôzne handicapovaných, s rôznymi odchýlkami vývinu. Zaoberá sa teóriou a praxou výchovy, edukácie detí, mládeže a dospelých vyžadujúcich špeciálnu starostlivosť z dôvodu mentálneho, senzorického, somatického postihnutia alebo narušených komunikačných schopností, či psychosociálneho narušenia, alebo z dôvodu iných špecifických danosti, porúch učenia, správania. Predmetom špeciálnej pedagogiky je skúmanie podstaty zákonitosti výchovy, edukácie postihnutých ľudí.

**Terato-** - prvá časť zložených slov s významom chyba

**Teratogenéza** - proces vzniku a vývoja vrodenej chyby

**Vývinová psychopatológia** – zaoberá sa štúdiom príčin, zmien a priebehom maladaptívneho správania počas života jednotlivca.

**Zdravie** - relatívne - optimálny stav telesnej, duševnej a sociálnej pohody pri zachovaní všetkých životných funkcií, spoločenských rolí a schopností adaptovať sa na meniace podmienky prostredí.

## 4 ČINITELE VZNIKU PORÚCH PSYCHICKÉHO VÝVINU

### Obsah kapitoly

Vývin psychických vlastností a funkcií v norme aj v patológii je ovplyvnený množstvom faktorov, pôsobiacich vo vzájomnej interakcii. V súvislosti s poruchami v psychickom vývine hovoríme o patogénnych činiteľoch pôsobiacich na vývin. Tieto činitele môžu zohrávať v individuálnych prípadoch rôzne významnú úlohu. V kapitole sa bližšie zameriavame na faktory, ktoré môžu ovplyvniť vývin v období pred narodením (v prenatalnom období), v čase pôrodu (v perinatálnom období) a krátko po pôrode (v postnatálnom období).

Vývinová dynamika rozvoja určitej vlastnosti a celej osobnosti je podmienená individuálne variabilnou dispozičnou zložkou a komplexom vonkajších faktorov a vplyvov, preto hovoríme o multikauzálnej podmienenosti vývinových porúch. Pri poznávaní obrazu porúch v psychickom vývine je dôležité poznať aktuálne vývinové obdobie a jeho špecifiká. Odchýlky vo vývine svojou dynamikou vývin modifikujú, vplývajú na celkový psychický i somatický stav, postoje a správanie.

Vplyv pôsobenia negatívnych (teratogénnych) faktorov závisí vo všeobecnosti od:

- a/ vývinového obdobia
- b/ dĺžky trvania pôsobenia
- c/ dávky činiteľa.

Predstavíme negatívne pôsobiace vplyvy podľa jednotlivých vývinových období.

### Negatívne vplyvy pôsobiace v prenatalnom období

Prenatálne obdobie je charakterizované v prvých dvoch mesiacoch intenzívnym vývinom jednotlivých orgánov (obdobie organogenézy). Významnú úlohu zohráva genetická výbava po rodičoch a predkoch. Miera dedičnosti je pri rôznych vlastnostiach rozdielna. Čím je geneticky podmienená porucha závažnejšia, tým menej sa môžu prejaviť vplyvy prostredia. Čím je dieťa mladšie, je vývin viacej ovplyvnený vnútornými, než vonkajšími činiteľmi. Platí tiež, že fylogeneticky staršie psychické

procesy (napr. vnímanie, emotivita) sú viac ovplyvnené geneticky a opačne. Napr. sociálne správanie je viacej ovplyvnené prostredím než dedičnosťou.

V prenatalnom období vznikajú niektoré odchýlky spôsobené poruchou na úrovni chromozómov, príp. génov. Príkladom je Downov syndróm, príčinou ktorého je prítomnosť nadpočetného chromozómu 21. Downov syndróm je dobre rozpoznateľný, charakterizovaný mentálnou retardáciou stredného až ťažšieho stupňa a typickým výrazom tváre so šikmo prebiehajúcim očnými štrbinami.

Plod je v prenatalnom období citlivý na škodlivé vplyvy z vonkajšieho prostredia, medzi ktoré zaraďujeme pravidelné, nadmerné užívanie alkoholu alebo iných drog, lieky, chemikálie, rádioaktívne žiarenie. Konzumáciou alkoholu počas tehotenstva vzniká fetálny alkoholový syndróm (FAS), ktorý predstavuje komplex špecifických symptómov: špecifické abnormality v obličaji (napr. tenká horná pera), dysfunkcie CNS (napr. ľahká až stredne ťažká mentálna retardácia), abnormality v raste a prenatalnú expozíciu alkoholu.

K rizikám v prenatalnom období patria aj choroby matky, napr. toxoplazmóza (ide o parazitárne ochorenie prenosné zo zvierat na človeka), diabetes, infekcie a vírusové ochorenia.

Morfologické poškodenia orgánov sa v prvých troch mesiacoch prejavujú ako vrodené vývinové poruchy, napr. poruchy srdca, mozgu, miechy, poškodenia končatín, rázštep.

Riziko poškodenia plodu je menšie od tretieho mesiaca vnútromaternicového vývinu a prejavuje sa celkovou retardáciou vývinu alebo napr. spomalením rastu. V tomto období vzniká aj väčšina organických porúch mozgu. Rizikový vývin plodu môžu spôsobiť aj niektoré chronické choroby matky, napr. gestóza (ťažkosti a chorobné prejavy sprevádzajúce tehotenstvo ako sú zvracanie, kŕče, poruchy činnosti pečene, obličiek), vysoký krvný tlak, cukrovka. Krvácanie matky patrí k vážnym komplikáciám, pretože predstavuje ohrozenie plodu nedostatkom kyslíka s následnou dysfunkciou placenty, čo môže ohroziť vývin CNS. Najrizikovejšie obdobie pre vývin mozgu predstavujú posledné tri mesiace tehotenstva (posledný trimester) a prvé týždne po narodení. V tomto období sa mozog vyvíja najintenzívnejšie, prebiehajú v ňom významnejšie morfológické, biochemické a fyziologické vývinové zmeny a zvýšené sú tiež nároky na výživu.

Závažnosť a rozsah poškodenia závisia od vývinového obdobia, intenzity a dĺžky pôsobenia negatívnych faktorov. Pozitívom je plasticita nervového systému, ktorá sa prejavuje prostredníctvom kompenzačných mechanizmov a vedie k značnej variabilite vývinových porúch.

### **Negatívne vplyvy pôsobiace v perinatálnom období**

Vplyvy pôsobiace v tomto období súvisia s pôrodom a prípadnými komplikáciami počas neho a počas prvých sedem dní po narodení. Ide najmä o nedostatočný prísun kyslíka, pôrodné traumy (rôzne poranenia novorodenca), infekcie, komplikácie spojené s pôrodom (napr. vdýchnutie plodovej vody). Podľa dĺžky ohrozenia dieťaťa nedostatkom kyslíka môže ísť o ľahšiu formu – hypoxiu a závažnejšiu formu – asfyxiu. Riziko poškodenia vzrastá s dĺžkou nedokrvenosti mozgu. Tlak na hlavičku dieťaťa, v prípade napr. kliešťového pôrodu, môže spôsobiť krvácanie do mozgu a vážne poškodenie, napr. rôzne centrálné koordinačné poruchy s typickou poruchou svalového tonusu v smere hypo- alebo hypertónie. Tieto poruchy môžu viesť k detskej mozgovej obrne, epilepsii alebo iným neurologickým poruchám. S organickým základom porúch sa môžeme stretnúť tiež pri mentálnej retardácii alebo iných vývinových poruchách. Ďalší negatívny faktor v perinatálnom období predstavujú infekcie, prenesené prostredníctvom matky (napr. herpes, pohlavné choroby) a zápalové ochorenia. Vzhľadom na prognózu vývinu je potrebné popri uvedených rizikových faktoroch brať do úvahy plasticitu CNS, kompenzačné mechanizmy, celkovú zrelosť dieťaťa v období pôrodu, genetické predpoklady, možnosti stimulácie a iné.

### **Negatívne vplyvy pôsobiace v postnatálnom období**

Zaraďujeme sem negatívne pôsobiace vplyvy v období niekoľkých týždňov až mesiacov po narodení, až do 12.–18. mesiaca. Negatívne vplyvy so svojimi následkami, ktoré sa prejavujú v tomto období, siahajú veľaokrát už do predchádzajúcich období. Významnú skupinu detí z hľadiska ohrozenia predstavujú rizikovní novorodenci. Medzi rizikové činitele, ktoré môžu narušiť primeraný somatický a neuropsychický vývin patria (Heretík a kol., 2007):

1. nezrelosť novorodenca zapríčinená predčasným narodením (pred 38. týždňom tehotenstva).

2. hypotrofia – ako následok nedostatočného prívodu živín alebo kyslíka. Následkom je nižšia pôrodná hmotnosť, v závažnejších prípadoch poškodenie orgánov.
3. hypoxia a asfyxia (podľa miery nedostatku kyslíka)
4. pôrodné traumy s následným krvácaním do mozgu a vnútorných orgánov
5. prenosnosť - gestačný vek nad 42 týždňov (gestačný – súvisiaci s tehotenstvom). Riziká závisia od funkčnosti placenty (pri jej funkčnosti hrozí plodu hypertrofia, dysfunkcia placenty môže viesť k problémom s popôrodnou adaptáciou, regresívnymi zmenami kože a pod.).
6. vrodené a dedičnosťou podmienené vývinové poruchy
7. viacpočetná gravidita (hrozí možnosť hypotrofie plodu).

Medzi významné postnatálne vplyvy patria vplyvy prostredia, sprostredkované najmä rodinou a najbližšími osobami v prostredí dieťaťa i výživa. Prostredníctvom týchto činiteľov sú uspokojované základné fyziologické a psychologické potreby dieťaťa. Uvedené faktory môžu pôsobiť na psychický vývin priamo alebo nepriamo, napr. prostredníctvom somatického ochorenia.

Ďalšiu oblasť činiteľov, ktoré môžu za istých podmienok negatívne ovplyvniť vývin dieťaťa, predstavujú psychogénne činitele. Tieto činitele vychádzajú z vonkajšieho, sociálneho prostredia a priamo pôsobia na psychiku. Súhrnne hovoríme o činiteľoch psychickej záťaže, alebo náročných životných situáciách. Medzi psychogénne činitele zaradujeme konflikt, frustráciu, depriváciu, stres, krízu, traumy, negatívne interpersonálne vzťahy. Jednotlivé teórie pripisujú týmto činiteľom rôzny význam pri vzniku a pretrvávajúci porúch. Stručne predstavíme vybrané psychogénne činitele.

**Konflikt** charakterizujeme ako stretnutie dvoch vzájomne nezlučiteľných, približne rovnako silných tendencií, pohnútok. Konflikt i ostatné psychogénne činitele, napr. frustrácia, predstavujú zväčša „denné nepríjemnosti“, ktoré sú bežnou súčasťou života dospelého človeka aj dieťaťa. Intenzita konfliktu závisí od subjektívneho, racionálneho aj emočného spracovania motívov. Závažným a ohrozujúcim zdravie dieťaťa je konflikt, ktorá trvá dlho, je závažný, dotýka sa osobne dôležitej oblasti a dieťa, resp. dospievajúci ho nie je schopný riešiť. Príkladom vnútorného konfliktu je napr. prianie fyzicky týraného dieťaťa vyhnúť sa bolesti na jednej strane a zároveň potreba kontaktu s rodičmi, ktorí dieťa týrajú.

**Frustrácia** predstavuje špecifický duševný stav, vyvolaný objektívnymi alebo subjektívnymi prekážkami. O frustrácii hovoríme vtedy, keď sa človeku pri uspokojovaní nejakej subjektívne významnej potreby kladú do cesty prekážky, ktoré môžu pochádzať z vonkajšieho (zákazy rodičov) aj vnútorného prostredia (napr. nízka sebadôvera). Frustračná situácia vyvoláva sklamanie a vedie k reakcii zameranej na vyrovnanie nepriaznivej bilancie (Vágnerová, 2004). Frustrácií, napr. v podobe zákazov zažíva dieťa v priebehu života relatívne veľa, pretože výchova dieťaťa zahŕňa usmerňovanie prirodzenej aktivity spojenej s obmedzovaním bezprostredného uspokojovania potrieb a preto prináša často frustrujúce skúsenosti. Aby frustrácia bola činiteľom vyvolávajúcim psychickú, resp. telesnú poruchu, musí ísť o situáciu pôsobiacu intenzívne, dlhodobo a dotýkajúcu sa dôležitej oblasti života dieťaťa (Končeková, 1996). Reakcie na frustráciu predstavujú obranné mechanizmy, resp. mechanizmy zvládania náročných situácií a ich cieľom je uchovávať vnútornú psychickú rovnováhu. Častou reakciou na frustráciu je agresia a regres, ďalej napr. upútavanie pozornosti, odloženie uspokojenia, posilnenie úsilia, únik, racionalizácia, detské klamstvo.

Pozitívnym aspektom frustrácie je jej motivačný charakter. Mierna frustrácia môže vyburcovať k lepšiemu výkonu, hľadaniu nových riešení.

**Deprivácia** je situácia, keď niektorá z významných potrieb nie je uspokojovaná v dostatočnej miere, dost' dlhú dobu a primeraným spôsobom. S klasickou psychickou depriváciou v podobe izolácie, separácie a hospitalizmu sa stretávame v súčasnosti menej. Príkladom izolácie sú vlčie deti (napr. Kamala a Amala), ktoré sa prispôbili zvieraciemu spôsobu života, ale ich návrat do ľudskej spoločnosti, vývin rozumových schopností, ľudských emočných prejavov a celého spôsobu života bol pomalý a nikdy nie úplný (Říčan, 1982). Zdeněk Matejček, ktorý sa venoval v svojej práci najmä oblasti deprivácie u detí, je autorom pojmu psychická subdeprivácia. Ide o depriváciu obrazu príznakov v menej výraznej, menej určitej a menej dramatickej forme než pri klasickej deprivácii u detí vyrastajúcich v chudobných emočných vzťahoch, bez lásky. Psychická subdeprivácia predstavuje jemné, nenápadné odchýlky, nápadné v svojej súhre (Matějček, 1996, 2011).

Autor charakterizuje psychickú subdepriváciu nasledovne:

- väčšia spotreba zdravotníckych služieb (deti častejšie navštevujú lekára než deti bez príznakov subdeprivácie)

- pri rovnakej inteligencii dosahujú tieto deti horší školský prospech
- horšie uplatnenie v detskom kolektíve
- deti pôsobia horším dojmom na nezávislého pozorovateľa
- sú negatívnejšie hodnotené spolužiakmi, rodičmi, učiteľmi
- v rodinách je pozorovaná nižšia miera empatie rodičov voči deťom
- dosahujú vyššie skóre maladaptácie (rôzne nepriaznivé znaky).

**Traumu** charakterizujeme ako náhle vzniknutú, neočakávanú, nepredvídateľnú situáciu, negatívny zážitok, ktorý môže pôsobiť negatívne na duševné zdravie. Z pohľadu jednotlivca sa nedá ovplyvniť, nie je možné ju riadiť a kontrolovať. Vina a priebeh udalosti stoja mimo jednotlivca, väčšinou nemôže za to, čo sa stalo. Jednotlivcovi hrozí fyzická alebo psychická škoda, alebo sa aktuálne prejavujú negatívne vplyvy a udalosť mu prináša dlhodobé, často nezvratné problémy.

Traumatická situácia sa prejavuje v emočnej oblasti, v uvažovaní, ale aj v správaní, napr. zameranom na únik. Jednorazová, ale najmä opakovaná traumatizujúca situácia sa môže po určitom čase prejaviť ako posttraumatická stresová porucha. Vtedy prichádza k znovuoživeniu traumy v spomienkach, môžu sa prejavovať pocity úzkosti, depresie, emočná plochosť, ktoré pretrvávajú niekoľko týždňov až mesiacov s kolísavým priebehom a následnou úpravou stavu, niekedy môžu prejsť do chronicity.

Traumatické udalosti u detí a dospelých sa môžu dotýkať ich vlastných zdravotných, emočných problémov, konfliktov s rodičmi, vrstovníkmi, problémov v škole, prežitia náročných životných situácií, napr. prírodných katastrof, vážnych dopravných nehôd, úmrtia blízkeho človeka, násilných činov a pod. Traumatická udalosť výrazne naruší, spochybní alebo celkom zbúra dovtedajší obraz sveta dieťaťa. Vplyv negatívnych udalostí na dieťa najčastejšie tlmia rodičia, príp. iná osoba, ktorá je pre dieťa oporou. Posttraumatická udalosť zasiahne zvyčajne celú rodinu. Ak záťažová situácia trvá dlho a rodina nedostáva oporu zvonka, vzrastá napätie, vznikajú konflikty a celkovo sa vyčerpávajú psychické rezervy členov rodiny. V tejto fáze je potrebná citlivá pomoc blízkych, často aj pomoc odborníkov (podľa Mareša, 2012).

### **Epidemiológia porúch psychického vývinu**

Epidemiológia sa zaoberá rozšírenosťou, počtom a miestom výskytu choroby, resp. poruchy. Nárast počtu detí s poruchami psychického vývinu dávame do súvisu s:

- zvyšujúcim sa počtom rizikových tehotenstiev



- pokrokom medicínskej starostlivosti o rizikových novorodencov
- negatívami civilizačných zmien, napr. celkovým zdravotným stavom populácie, narastajúcim vekom matiek, životným štýlom sprevádzaným vysokými nárokmi sociálneho prostredia, stresom
- vplyvmi prostredia (znečistenie životného prostredia).

## **5 PORUCHY SPÔSOBENÉ ORGANICKÝM POŠKODENÍM CNS**

### **Obsah kapitoly**

- 5.1 Detská mozgová obrna
- 5.2 Mentálna retardácia
- 5.3 Epilepsia
- 5.4 Úrazy hlavy, infekcie CNS, nádorové ochorenia u detí

Kapitola a jej podkapitoly sa zaoberajú poruchami, ktorých príčinou je organické poškodenie CNS. Organické poškodenie CNS predstavuje štrukturálne poškodenie alebo funkčnú poruchu. Vzniká ako následok mechanického poškodenia mozgového tkaniva úrazom, nádorom, otravou, infekciou, metabolickými zmenami alebo poruchou vývinu mozgu. Tieto postihnutia majú isté spoločné znaky, ktorá nazývame organický psychosyndróm a charakterizujeme ho ako nešpecifický prejav poškodenia CNS. Psychické následky akéhokoľvek poškodenia CNS závisia od: doby vzniku (veku dieťaťa), celkového zdravotného stavu a dispozíciách dieťaťa a od typu postihnutia a jeho závažnosti. Bližšie sa zameriame na detskú mozgovú obrnu, mentálnu retardáciu, epilepsiu, infekcie, nádory mozgu a úrazy hlavy. V samostatnej časti sa venujeme ľahkej mozgovej dysfunkcii, najmä ADHD syndrómu, pretože ich príčinou býva často len jemné poškodenie CNS.

### **5.1 Detská mozgová obrna**

#### **Výskyt a príčiny vzniku detskej mozgovej obrny**

Detská mozgová obrna (ďalej DMO) predstavuje závažné neprogresívne, motorické postihnutie pohybového vývinu na podklade poškodenia či dysfunkcie centrálnej nervovej sústavy v rannej fáze vývinu. Ide o súhrn príznakov, ktoré vznikajú ako následok poškodenia nezrelého mozgového tkaniva v období počas tehotenstva, počas pôrodu alebo v bezprostrednom období po narodení. DMO sa vyskytuje asi v 0,5 % detskej populácie, v 0,1% ide o závažné postihnutie.

V staršej literatúre nájdeme staršie názvy pre DMO, napr. ranná mozgová obrna, perinatálna encefalopatia, Littleova choroba (Kariková, 1996). Podobný názov, ale iné

ochorenie predstavuje polyomyelitída – detská infekčná obrna. Toto infekčné ochorenie postihuje nervové ústredie v mieche a jeho následkom môže byť ochrnutie končatín. Detská infekčná obrna sa v súčasnosti u nás nevyskytuje vďaka vakcinácii v 50. r. min. st.

## **Formy DMO**

Rôzne formy DMO (pyramídová, extrapyramídová, mozočková) diferencujeme podľa typu motorickej poruchy. V praxi sa uvedené typy postihnutí veľakrát navzájom kombinujú (Říčan a kol., 1996).

### *1. Hypertonická (spastická) forma.*

Hypertonická forma sa vyskytuje najčastejšie a tvorí približne 60 – 70% všetkých typov DMO. Základným príznakom poruchy je zvýšené svalové napätie. Pohybové postihnutie – obrna, môže byť čiastočná (paréza) alebo úplná (plégia). Podľa lokalizácie poškodenia rozoznávame:

- diparézu, pri ktorej ide o poškodenie dolných končatín. Tento typ poruchy máva zvyčajne najlepšiu prognózu.
- hemiparézu: ide o jednostranné ochrnutie (jednostranné poškodenie) dolnej a hornej končatiny.
- kvadruparézu : postihnuté sú všetky štyri končatiny.

Najhoršiu prognózu a budúci kognitívny vývin možno očakávať pri kvadruparézach (postihnuté sú všetky štyri končatiny), najlepšiu pri diparézach, pri ktorých sú postihnuté dolné končatiny.

*2. Mozočková (hypotonická, ataktická) forma* je relatívne vzácna, vyskytuje sa približne u 5-10% detí s DMO. Táto forma vedie zväčša k ťažkému pohybovému postihnutiu a je spájaná tiež s veľakrát ťažkým intelektovým postihnutím. Najnápadnejším začiatočným príznakom tejto formy je hypotónia a oneskorenie pohybového vývinu. Pohybové postihnutie sa prejavuje problémami s koordináciou pohybu, udržaním rovnováhy a problémami pri rýchlejšom pohybe.

Hypotónia je častá najmä v prvých mesiacoch po narodení. Ak pretrváva aj naďalej, ide zvyčajne o niektorý typ metabolického alebo degeneratívneho ochorenia, než o DMO. Väčšinou sa však obraz mení a prechádza priamo alebo cez obdobie hypotónie do niektorej inej formy DMO (Vágnerová, 1999).

### *3. Atetoidná (dyskineticko - dystonická; extrapyramídová) forma DMO.*

Atetoidná forma DMO sa vyskytuje asi u 20% detí s DMO a predpokladá sa, že jej príčinou býva často ťažká pôrodná asfyxia. Pri tejto forme prichádza spomedzi foriem DMO najmenej k postihnutiu intelektových schopností (Říčan, Krejčířová, 1995).

Pohybové postihnutie býva však ťažké a môže zasahovať všetky svalové skupiny, vrátane motoriky reči. Prejavuje sa mimovoľnými, pomalými, krúživými pohybmi, alebo záškľbmi rôznych svalových skupín, nápadnejšie v záťaži. Psychologická diagnostika tejto formy DMO býva náročná, pretože hrozí podcenenie psychickej kapacity dieťaťa.

K mentálnej retardácii dochádza asi u tretiny až polovice detí s DMO. U troch štvrtín (75%) detí sú prítomné poruchy reči, pričom verbálna zložka je silnejšou stránkou u týchto detí. Poruchy sluchu nachádzame u 20% detí s DMO.

### **Diagnostika, priebeh, prognóza**

DMO má v prvých mesiacoch života dieťaťa podobu hypotonického syndrómu. Vo všeobecnosti platí, že čím dlhšie hypotonická fáza trvá, tým závažnejšie postihnutie je možné očakávať. Trvanie tejto fázy môže byť rôzne dlhé a zmena nastáva zvyčajne medzi 6. – 18. mesiacom. Vzhľadom k istým problémom s vývinovými premenami príznakov DMO sa za rozhodujúci stupeň postihnutia považuje ten, ktorý sa stabilizuje v predškolskom veku, okolo 3. – 4. roku života dieťaťa (Říčan, Vágnerová a kol., 1995).

DMO patrí k neprogresívnym poškodeniam mozgu, poškodenie sa teda ďalej v mozgu nerozširuje a stav dieťaťa sa za predpokladu primeranej starostlivosti nezhoršuje. Jednotlivé formy DMO sa však často spájajú s ďalším postihnutím, najmä postihnutím intelektu, epileptickými záchvatmi, poruchou reči, škúlením (dôvodom poruchy nie je chybné postavenie očí, ale porucha mozgu), poruchy citlivosti, sluchu, rovnováhy a vizuálno-motorickej koordinácie.

Možnosť čo najlepšej kompenzácie postihnutia vyžaduje, aby DMO bola čo najskôr rozpoznaná a začala rehabilitácia. Postihnutie mozgu je nevyliciteľné, ale cvičením, rehabilitáciou je možné zmierniť jeho následky. Čím skôr sa začne s dieťaťom cvičiť, tým väčšia je nádej na úspech. Včasný zásah je dôležitý preto, že aj vývin postihnutého dieťaťa napreduje, ale vďaka postihnutiu napreduje chybné – rozvíja sa chybná hybnosť aj nepostihnutých končatín. Cvičením je možné vycvičiť náhradné funkcie, vycvičiť

svalové skupiny tak, že sa zlepši funkcia celej končatiny. Je možné ovplyvniť celkový pohybový vývin dieťaťa a predísť tak sekundárnym zmenám na svaloch, kostiach, kĺboch (Vojtova metóda).

Socializácia postihnutých DMO závisí od formy postihnutia. Celkovo je však negatívne ovplyvnená obmedzením v oblasti motoriky a prípadnými ďalšími poruchami v oblasti reči, intelektu a pod.

Pokiaľ sú postihnuté svaly na tvári a rečové orgány, bývajú títo ľudia často sociálne diskriminovaní. Ich nezrozumiteľná reč, zášklby v tvári a pod. vyvolávajú dojem mentálnej retardácie, hoci intelekt nemusí byť postihnutý. Tieto prejavy tiež môžu vyvolávať nepriaznivú reakciu okolia – smiech, súcit, odpor, ignoráciu.

Celkovo sa od postihnutých DMO očakáva nižší výkon, najmä v prípade spastickej formy, nie sú k výkonu vedení, skôr ostávajú závislí od svojho okolia. Tým dochádza k oneskoreniu rozvoja aj kognitívnych procesov, aj socializácie.

Vynútená nižšia samostatnosť, nemožnosť samostatného pohybu vedie k obmedzeniu skúseností a tiež k rozvoju určitých osobnostných vlastností, ako je infantilita, pasivita, introverzia, pomalosť. Tieto vlastnosti nie sú ani tak prejavom pôvodných, primárnych dispozícií, skôr sekundárnym dôsledkom životných situácií, štýlu výchovy, postojov rodičov a okolia. Postoje verejnosti ich závislosť, nesamostatnosť skôr podporujú.

Zaradenie dieťaťa do majoritnej spoločnosti výrazne závisí od formy postihnutia a jeho celkového charakteru. Pri postihnutí dolných končatín je možné zaradenie do základnej školy, resp. špeciálnej školy, pri postihnutí horných končatín nastáva v škole výrazný problém so sebaobsluhou, písaním a plnením školských povinností. Vždy však záleží od prístupu rodičov, ich možností a možností školy, či dieťa zvládne integráciu, alebo nie. Aj v súčasnosti existuje mnoho pozitívnych príkladov, kedy sa postihnutým DMO podarilo postihnutie kompenzovať a zaradiť sa do spoločnosti.

## **5.2 Mentálna retardácia**

### **Charakteristika mentálnej retardácie**

Mentálna retardácia predstavuje závažné postihnutie vývinu rozumových schopností, tiež komplexné narušenie adaptačných schopností - obmedzuje adaptívne fungovanie dieťaťa v jeho sociálnom prostredí. Mentálna retardácia sa vyznačuje neschopnosťou

dosiahnuť zodpovedajúci stupeň mentálneho vývinu vzhľadom na vek. Ide o stav trvalý, vrodený alebo skoro získaný, jeho výskyt sa pohybuje okolo 3%. Nízka úroveň rozumových schopností postihuje myslenie, učenie, sociálnu adaptáciu, osobnosť.

Staršie názvy pre mentálnu retardáciu a jej stupne (oligofrénia, slabomyselnosť, debilita, imbecilita, idiocia) v súčasnosti nepoužívame.

Podľa MKCH – 10 má mentálna retardácia označenie F 70 – 79 a delíme ju na niekoľko stupňov:

F 70 Ľahká duševná zaostalosť, IQ 50 - 69

F 71 Stredne ťažká duševná zaostalosť, IQ 35 – 49

F 72 Ťažká duševná zaostalosť, IQ 20 – 34

F 73 Hlboká duševná zaostalosť, IQ pod 20

F 78 Iná duševná zaostalosť

F 79 Nešpecifikovaná duševná zaostalosť - psychický deficit, alebo subnorma nervového systému, IQ 70-90

Inteligencia predstavuje všeobecnú mentálnu schopnosť učiť sa zo skúseností, prispôbiť sa novej situácii, podmienkam života. Na hodnoty IQ preto nazeráme ako na orientačnú pomôcku. Pásma mentálnej retardácie sú vytvorené umelým členením prirodzeného kontinua a vyšetrením nikdy nezískame presnú hodnotu IQ. Vždy berieme do úvahy najmä kvalitu zvládania životných nárokov kladených na dieťa v jeho prostredí. Zlyhávanie dieťaťa v inteligentných testoch neznamená vždy, že dieťa zlyháva aj v plnení očakávaní v svojom sociálnom prostredí. Napr. niektoré rómske deti s IQ nižším než 70 môžu plniť všetky očakávania v svojom rodinnom prostredí, nie sú v správaní v rodine nápadné a preto ich ťažko môžeme označiť ako mentálne retardované (Vágnerová, 2004).

### **Etiológia a prejavy mentálnej retardácie**

Etiológia mentálnej retardácie je nejednotná. Najmä v pásme ľahkej mentálnej retardácie môže ísť o extrémnu variáciu normálneho rozloženia intelektových schopností v populácii. Príčinou mentálnej retardácie je často organické poškodenie CNS v prenatalnom alebo perinatálnom období, genetické porucha alebo metabolické poruchy. V polovici prípadov ľahkej mentálnej retardácie je príčina nejasná. Ak je mentálna retardácia dôsledkom organického poškodenia CNS, potom sa vo vývine

týchto detí prejavia aj ďalšie známky organicity, najmä poruchy aktivity (hyper-, alebo hypoaktivita, pasivita), poruchy pozornosti a iné (Říčan, Krejčířová, 1997).

Postihnutie kognitívnych schopností je u detí s mentálnou retardáciou nerovnomerné. Oneskorený oproti iným spôsobilostiam je vývin reči a verbálnej inteligencie. Mentálna retardácia ovplyvňuje celý proces socializácie. Správanie dieťaťa s mentálnou retardáciou je vzhľadom k veku sociálne neprimerané a je zdrojom konfliktov pre matku a vzájomnú interakciu matky a dieťaťa. Maladaptívne prejavy v správaní sa u detí s mentálnou retardáciou vyskytujú častejšie než u zdravých detí, najmä pre väčšiu zraniteľnosť a nezvládanie zložitejších obranných mechanizmov. Výskyt psychických porúch je u týchto detí 3 – 4 krát vyšší než u detí v bežnej populácii a ide najmä o adaptačné problémy, emočné poruchy, úzkosť, depresiu s prevahou somatických symptómov, nechutenstvom, poruchami spánku (Říčan, Krejčířová 1997).

Cieľ pomoci deťom s mentálnou retardáciou je naplniť kapacitu každého dieťaťa, využiť jeho silné stránky a dosiahnuť čo možno najväčšiu samostatnosť.

### **Stupne mentálnej retardácie**

#### ***Lahká duševná zaostalosť (IQ 50 – 69)***

Detí v pásme ľahkej mentálnej retardácie je v populácii približne 2,5% . Tieto deti dosahujú mentálnu úroveň 11 – 12 ročných zdravých detí.

V prvom roku života býva dosahovanie základných vývinových medzníkov oneskorené len mierne alebo vôbec, preto býva diagnostika ľahkej mentálnej retardácie stanovená väčšinou až v predškolskom veku alebo po nástupe do školy. Oneskorenie je zjavné na vyšších vývinových stupňoch. Postihnutá je najmä schopnosť abstrakcie a logického uvažovania, myslenie je stereotypnejšie, nepružné. Dieťa väčšinou dobre zvláda výučbu v špeciálnej škole. U detí s ľahkou mentálnou retardáciou sú časté špecifické poruchy učenia.

#### ***Stredne ťažká mentálna retardácia (IQ 35 – 49)***

Výskyt detí s rozumovými schopnosťami v pásme strednej mentálnej retardácie je 0, 25%. Deti dosahujú mentálnu úroveň 6 -7 ročných zdravých detí. Oneskorenie vývinu je zjavné už v dojčenskom alebo batolivom veku. Oneskorený je pohybový vývin a vývin reči. Dieťa so osvojí počas detstva slovnú zásobu postačujúcu k základnému dorozumeniu. Deti v hornom pásme stredne ťažkej mentálnej retardácie si v rámci

osnov špeciálnej školy väčšinou osvoja základy čítania, písania a počítania. Pri kvalitnej stimulácii a pomoci tieto deti zvládnu samoobslužné návyky a osvoja si jednoduché pracovné činnosti. Kvalitné, podporujúce výchovné prostredie významne ovplyvňuje emočnú i sociálnu oblasť.

### ***Ťažká mentálna retardácia (IQ 20 – 34)***

Dieťa dosahuje mentálnu úroveň najviac 3 ročného dieťaťa. Výrazné oneskorenie je badať od skorého veku. Väčšinou ide o kombinované postihnutie a k defektu vo vývine rozumových schopností sa pripája ťažšie pohybové postihnutie a porucha zraku alebo sluchu v rôznom stupni. Deti sa väčšinou nenaučia hovoriť alebo si osvoja len niekoľko jednoduchých slov. Zvládnutie základnej komunikácie, základov samoobslužných návykov a porozumenie bežným sociálnym situáciám je v ich výučbe prvoradé. Emočná podpora a kvalitná cielená stimulácia znižuje u detí nepokoj a problémy v správaní.

### ***Hlboká mentálna retardácia (IQ pod 20)***

Charakteristickými príznakmi u detí s rozumovými schopnosťami v pásme hlbokej mentálnej retardácie je ťažké pohybové postihnutie, často imobilita, absencia základov hovorenej reči. Porozumenie hovorenej reči je obmedzené väčšinou len na niektoré bežné pokyny. Deti reagujú citlivo najmä na taktilné podnety a zvuky, najmä na emočný tón hlasu. Globálna komunikácia znamená vyjadrovanie spokojnosti týchto detí celkovým uvoľnením a úsmevom. Nespokojnosť vyjadrujú plačom, napätím, nespokojnosťou. Cieľom výučby týchto detí je rovnako ako u detí v pásme strednej mentálnej retardácie naplnenie kapacity každého dieťaťa, využitie jeho silných stránok a dosiahnutie či najväčšej možnej samostatnosti v dospelosti.

Na záver kapitoly uvádzame odporúčania pre pedagógov. Pedagóg, i keď nie kompetentný preradovať žiakov do špeciálnej školy, veľakrát spolupracuje s rodičmi, ktorí sú pred toto rozhodnutie postavení. Väčšina rodičov sa prestupu svojho dieťaťa do špeciálnej školy bráni. Preto je dobré, keď je pedagóg pripravený na takýto rozhovor a disponuje aj primeranými argumentmi. Vyberáme niektoré z nich (podľa Matějčka a Dytricha, 1994):

1. Rodičia majú zodpovednosť za budúcnosť svojho dieťaťa. Tá nie je daná tým, či sa dieťa "udrží alebo neudrží" na základnej škole, ale tým, či si zachová dobrú duševnú pohodu, chuť do práce a do učenia.
2. Ak zostáva dieťa v triede stále medzi poslednými, môže to mať negatívny vplyv na utváranie jeho osobnosti. Vznikajú pocity menejcennosti, dieťa trpí, stráda a bráni



sa tejto záťažovej situácii. Na túto obranu spotrebuje viac vnútorných síl, než na učenie. Skúsenosť potvrdzuje, že takéto deti potom v ZŠ nepracujú ani na tej úrovni, ktorá zodpovedá ich inteligencii. V špeciálnej škole má dieťa možnosť dostať sa skôr na poprednejšie miesto, čo má pozitívny vplyv na jeho chuť k životu i na motiváciu k učeniu.

3. Aby sa takéto deti mohli lepšie učiť, potrebujú jednak primeranú záťaž, jednak viac odpočinku. A to je práve jeden zo základných princípov špeciálnej školy.
4. Učivo v špeciálnej škole je zamerané viac pre život.
5. Často mávajú rodičia strach "zo zlej spoločnosti", napr. z detí rómskych, nižšie intelektovo disponovaných a pod. Nedá sa poprieť, že v triede sa takéto deti ocitnú, ale skúsenosti opäť potvrdzujú, že úľava v učení, vhodnejšia učebná atmosféra a ďalšie výhody, ktoré špeciálna škola dieťaťu prináša, otázku "nevhodnej spoločnosti" odsúvajú do úzadia.
6. "Naše dieťa bude trpieť výsmechom kamarátov, pocitom menejcennosti a bude poznamenané na celý život", takto často namietajú rodičia. Práve naopak, bolo by "poznamenané", keby celý čas školského vzdelávania prežilo ako utrpenie. Ide predovšetkým o to, čo dieťa samo prežíva, než o to, čo dáva nešetrne najavo niekto z okolia. Na postojoch rodičov k dieťaťu a na pozitívnej atmosfére rodinného života v týchto prípadoch záleží viac, než na čomkoľvek inom. V poslednom období však takýchto poznámok ubúda, nakoľko špeciálna škola je už všeobecne lepšie prijímaná, než to bolo v minulosti.

V súvislosti s uvedenou problematikou sa v súčasnosti rieši aj téma integrácie mentálne postihnutých detí do bežných základných škôl. Ak hovoríme o plne integrovanej škole, je to škola, ktorá prijíma z najbližšieho okolia všetky deti a percento postihnutých detí zodpovedá ich zastúpeniu v populácii. V takýchto školách musia dobre fungovať programy špeciálneho vzdelávania, pričom priamo na vzdelávaní týchto detí sa spolupodieľajú aj špeciálni pedagógovia. Títo jednak individuálne pracujú s deťmi (postupujú podľa individuálnych učebných plánov stanovených vzhľadom na stupeň a rozsah postihnutia), jednak poskytujú konzultácie učiteľom a rodičom. Cieľom je vždy zameranie sa na optimálny vývin detí, s maximálnym rozvinutím ich individuálnych možností.

## 5.3 Epilepsia

### Charakteristika, výskyt a príčiny vzniku epilepsie

Epilepsiu charakterizujeme ako postihnutie mozgového tkaniva, ktoré sa prejavuje opakovanými záchvatmi rôzneho charakteru a je spojené so zmenami v oblasti prežívania, správania, často aj poruchami vedomia.

Epilepsia sa vyskytuje častejšie v detstve než v dospelosti, približne u 1% - 4% detí . Asi 5% detí dostane aspoň jedenkrát za život epileptický záchvat.

### Typy epileptických záchvatov

Typ epileptického záchvatu je ovplyvnený vekom dieťaťa, zrelosťou, resp. nezrelosťou centrálného nervového systému. V detstve sa častejšie ako v dospelosti stretávame s psychomotorickými záchvatmi, ktoré majú pestré prejavy, napr. nočný des s amnéziou, námesačnosť, rozopínanie gombíkov, túlanie.

Psychomotorický záchvat sa prejavuje automatickou pohybovou aktivitou, (napr. krútením gombíkov), skresleným vnímaním, porušenou orientáciou, pocitmi nereálnosti, nočným desom, somnambulizmom. Tento typ záchvatu nie je vždy spojený s amnéziou a aurou.

Z hľadiska príčin delím epilepsiu na primárnu a sekundárnu.

1. Primárna (idiopatická) epilepsia – väčšinou bez známej etiológie sa prejavuje najmä medzi 2. – 14. rokom života.
2. Sekundárna (symptomatická) epilepsia je závažnejšia, má známu príčinu - lokalizované ložisko ako dôsledok traumy, infekcie, nádorov.

Vonkajšie vplyvy - únava, spánková deprivácia, fotostimulácia, stres môžu prispieť k vzniku záchvatu.

V súčasnosti sa stretávame s delením záchvatov na parciálne a generalizované.

1. Parciálne záchvaty (v ohraničenej oblasti mozgu) delíme ďalej na:

- a) jednoduché (izolované) so špecifickými prejavmi, bez narušenia vedomia a pamäti. Pre jednoduché epileptické záchvaty sú typické motorické príznaky. Napr. Jacksonské záchvaty sú charakterizované záškľbmi v svalových

skupinách, začínajú v malej časti tela, postupne sa šíria, prejavujú sa nekoordinovanými pohybmi, zrakovými, sluchovými a čuchovými príznakmi.

- b) komplexné epileptické záchvaty sú označované ako psychomotorické, prejavujú sa rôznymi jednoduchými, napr. mrkanie, mľaskanie alebo zložitými automatickými pohybmi.

2. Generalizované záchvaty (výboj sa šíri po celom mozgu), ide pri nich o komplexné narušenie kôrových funkcií, poruchu vedomia a motorickú dysfunkciu.

- a) generalizovaný epileptický záchvat s kŕčmi (veľký záchvat – grand mal) sa prejavuje tonicko – klonickými kŕčmi a stratou vedomia. Pred záchvatom je častá aura. Záchvat sa spája s inkontinenciou, niekedy s pohryzením jazyka. Po záchvate je dieťa dezorientované, unavené, ospalé, na záchvat si nepamätá.
- b) generalizovaný epileptický záchvat bez kŕčov, nazývaný absencie (malý záchvat – petit mal) sa vyskytuje u detí pomerne často, vzniká medzi 6. – 8. rokom života, spája sa s náhlou, krátkou (10 – 20 sekúnd trvajúcou) stratou vedomia a môže vzniknúť viackrát za deň. Prejavy absencií sú rôzne, napr. záraz v reči, pozeranie do prázdna, dieťa je akoby „nepřítomné duchom“, mikrospánok. Záchvat si okolie nemusí vôbec všimnúť, pretože dieťa vyzerá ako nepozorné alebo zabúdajúce.

Epilepsii podobnú poruchu predstavujú disociatívne kŕče, pri ktorých absentuje typická paroxyzmálna aktivita (kŕče) a pozitívny elektroencefalografický nález (podľa Horta a kol., 2000). Odlíšenie od skutočného epileptického záchvatu je niekedy veľmi ťažké. O zaujímavom a dlhoročnom priebehu poruchy so záchvatmi píše napr. Šlapal a kol., (2001).

### **Prejavy a psychické zmeny pri epilepsii**

U detí s epilepsiou sa stretávame s väčším počtom emočných porúch, porúch správania než u zdravých detí i detí s iným organickým postihnutím CNS.

Príčiny epilepsie sú multifaktoriálne, častá je genetická dispozícia a následky poškodenia mozgu. Bezprostrednou príčinou epilepsie sú zmeny mozgových buniek. Epilepsia vzniká ako následok abnormálnych, nadmerných výbojov týchto buniek, ktoré sa šíri do okolia a trvá sekundy až minúty (Říčan, Krejčířová, 1995).

Prejavy epilepsie tvoria z psychologického hľadiska komplex symptómov.

Pred záchvatom (bezprostredne alebo jeden až dva dni) možno pozorovať labilitu, podráždenosť, náladovosť, auru - napr. vegetatívne prejavy - bolesť brucha, senzorické, optické – ilúzie, halucinácie.

Primárne zmeny - zmeny vyvolané epileptickým záchvatom závisia od viacerých činiteľov: aktivačnej úrovne, inteligencie, dobou vzniku ochorenia, závažnosťou, typom, frekvenciou záchvatov. Epileptický záchvat predstavuje pre nervový systém a celý organizmus výraznú záťaž a často sa spája s úzkosťou a bezmocnosťou. Ako reakcia na záchvat sa prejavujú únava, vyčerpanosť, ospalosť. Dieťa má na záchvat amnéziu. U 1/2 až 2/3 detí s epilepsiou sa prejavujú poruchy správania, učenia, rozumových schopností. U 20% detí sa vyskytuje epilepsia súčasne s mentálnou retardáciou. Ďalšími prejavmi môžu byť poruchy reči (napr. získaná afázia), pozornosti, hyperaktivita, útlm (Popelková, 1994).

Sekundárne dôsledky epilepsie sú spôsobené najmä vedľajšími účinkami liekov a prejavujú sa napr. únavou, ospalosťou, zníženou aktivitou, apatiou, bradypsychizmom (znížením tempa psychickej aktivity), zvýšenou dráždivosťou, výkyvmi nálad. Pozitívna hodnota liečby však prevažuje nad vedľajšími účinkami antiepileptík a vynechanie liekov predstavuje riziko záchvatu.

Sociálne dôsledky epilepsie sa môžu prejaviť odmietavými reakciami druhých detí, nedôverou voči nim, prisudzovaním negatívnych vlastností a pod. a môžu viesť k izolácii a ochudobneniu života detí s epilepsiou.

Psychické zmeny ako následok epileptických záchvatov tvoria komplex symptómov. V oblasti emočného prežívania sa stretávame so zmenami v celkovej reaktivite, s dráždivosťou, impulzivitou, negatívnym ladením, labilitou. Pre dieťa s výraznejšou tendenciou k inhibícii emočných prejavov a negatívnemu ladeniu je charakteristická depresivita, pesimizmus, chýbajúci zmysel pre humor, moralizovanie, pocity viny, uľpievavosť, pedantizmus, sklon k samotárstvu.

Poznávacie procesy dieťaťa sú väčšinou normálne, môžeme sa stretnúť s nepružnosťou myslenia a nižšími rozumovými schopnosťami asi u 30% detí. Problémy s využitím rozumových schopností sa prejavujú v škole nižšími výkonmi než zodpovedá kapacite týchto detí. Častými symptómami u detí s epileptickými záchvatmi sú problémy s pamäťou, pozornosťou, hodnotením seba a sveta, rečové problémy.

V správaní detí s epilepsiou sa môžu vyskytnúť adaptačné problémy, neovládateľnosť, neadekvátnosť, ul'pievanie. Poruchy osobnosti v zmysle egocentrizmu, impulzivity, agresivity, pedantizmu, vznetlivosti, výbušnosti sú typické skôr pre zmeny navodené epilepsiou u dospelých než u detí.

### **Liečba a prognóza**

Epilepsia je liečená medikamentózne neurológom a zvyčajne sa darí zvládnuť, alebo znížiť frekvenciu záchvatov. Viacerí postihnutí sú dlhodobo v ambulantnej starostlivosti neurológa, aj keď sa samotné záchvaty už neobjavujú a užívajú lieky.

Napriek pomerne kvalitným poznatkom o epilepsii a značnej zmene postoja zdravých k postihnutým epilepsiou, sa ešte stále môže jednotlivec s epilepsiou stretnúť s nepriaznivou reakciou okolia. Voči jednotlivcom s epilepsiou má mnoho ľudí stále predsudky, ktoré sú zrejme spojené s tradičným nazeraním na túto poruchu v histórii.

Socializácia dieťaťa je sťažená obavami rodičov, ktorí radšej dieťa izolujú, alebo negatívnymi reakciami okolia, ak príde k záchvatu. V zásade je zaradenie človeka trpiaceho epilepsiou do spoločnosti plne možné, chorí majú celkom alebo čiastočne zmenenú pracovnú schopnosť, nemôžu vykonávať profesie vo výškach, spojené s ovládaním elektrických zariadení. Vedenie motorového vozidla je možné za istých podmienok.

## **5.4 Úrazy hlavy, infekcie CNS, nádorové ochorenia u detí**

### **Úrazy hlavy**

Úrazy hlavy vedú primárne k mechanickému poškodeniu mozgového tkaniva i k ďalším, sekundárnym dôsledkom. Úrazy hlavy postihujú asi 0,5 – 0,8% populácie a viacej sú ohrozené deti, príp. starí ľudia a ide najmä o dôsledky dopravných nehôd. Frekvencia úrazov rastie do 20. roka života, potom má klesajúcu tendenciu. S úrazmi hlavy sa častejšie stretáme u chlapcov, pretože sú biologicky zraniteľnejší a ich správanie je zrejme z aspektu vzniku úrazu rizikovejšie. Úrazy patria u detí k najčastejším príčinám smrti (Vágnerová, 1999).

Primárne poranenie predstavuje mechanické poškodenie mozgového tkaniva, cievneho systému a následkom je krvácanie do mozgu.

Prechodné potiaže po úraze hlavy sa vyskytujú u väčšiny detí, a 1-3 mesiace po úraze vymiznú. U 30% detí po úraze hlavy pretrvávajú behaviorálne poruchy, väčšina sa však upraví po 6 mesiacoch a takmer všetky do jedného roka. 2-5 rokov po úraze sa vyskytujú len minimálne zmeny.

Následky v kognitívnej oblasti závisia od rozsahu traumy a závažnosti lokalizácie. Pokiaľ bezvedomie trvalo viac než 24 hodín, je možné očakávať defekt, ak viac ako týždeň, u 90% detí sa vyskytuje motorická porucha, asi u 40% sa prejaví porucha intelektu až do pásma mentálnej retardácia a v 30% je intelektová kapacita neporušená (Říčan, Vágnerová, 1995).

Podľa Satkovej a kol., (1973) u mladších detí prichádza zväčša k rýchlejšiemu a výraznejšiemu zlepšeniu stavu s prejavmi dráždivosti a zmien v správaní, u starších detí prevažujú bolesti hlavy, poruchy učenia, pamäti.

## **Infekcie CNS**

### **Príčiny vzniku a výskyt infekcií CNS**

Infekčné ochorenie predstavuje reakciu na vstup určitého choroboplodného činiteľa do organizmu a môže postihnúť rôzne systémy a orgány, v našom prípade CNS. Choroboplodným činiteľom je vírus, baktéria a pod.

Príčinou vzniku infekcie CNS je určitý vonkajší činiteľ, vírus alebo baktéria. Prejavy ochorenia sú v značnej miere závislé od odolnosti organizmu postihnutého dieťaťa. Rozoznávame dva typy infekcií CNS: meningitídy (infekčný zápal mozgových blán) a encefalitídy (infekčný zápal mozgu). Oba termíny označujú skôr dôsledok chorobného procesu než jednu špecifickú chorobu. Chorobný proces môže poškodiť mozgové bunky rôznym spôsobom, napr. môže ísť o dôsledok vzniku opuchu. V súčasnosti sú infekcie CNS u detí aj dospelých dobre liečiteľné, ich dôsledky nie sú natoľko závažné ako v minulosti a aj ich výskyt v detskej populácii je pomerne nízky. Dôsledky infekcií CNS sú tým závažnejšie, čím neskôr sa začnú liečiť.

### **Klinické prejavy infekcií CNS**

Psychické poruchy pri infekciách CNS môžeme rozdeliť do troch fáz:

1. akútna fáza – charakterizovaná zvýšenou telesnou teplotou, často bezvedomím, zmätenosťou, príp. delíriom

2. fáza krátkodobých následkov (niekoľko mesiacov po ochorení) – prevažujú percepčno – motorické poruchy, poruchy pozornosti
3. dlhodobé následky – objavujú sa až niekoľko mesiacov po vyliečení dieťaťa (1-3) a prejavujú sa najmä poruchami v učení alebo inými problémami dieťaťa v škole.

Infekcie CNS majú rôzny vplyv na psychický vývin detí z hľadiska veku. Vplyv na psychický vývin dieťaťa je tým negatívnejší, čím skôr (v nižšom veku) k infekcii prišlo. Dôsledkom infekcie CNS vzniknutej pred 3. rokom života dieťaťa je často defekt rozumových schopností. Ak infekčné ochorenie CNS vzniklo po 3. roku života, pozorujeme častejšie problémy v správaní dieťaťa. Dlhotrvajúcimi a pomerne častými problémami sú hyperaktivita (uvádzaná takmer u 80% detí), hypoaktivita, poruchy spánku, pozornosti, emočná nevyrovnanosť, zvýšené agresívne prejavy. Obraz infekcie CNS sa môže podobáť na obraz ľahkej mozgovej dysfunkcie.

Vzhľadom na typ infekčného ochorenia sa menej závažnými následkami prejavuje meningitída (zápal mozgových blán). V klinickom obraze prevažujú percepčno-motorické problémy, intelekt je postihnutý zriedka. Encefalitídy sa prejavujú častejšie postihnutím kognitívnych schopností, pamäti a asi u 25% detí sú rozumové schopnosti znížené do hraničného pásma až pásma defektu.

Pre rodičov, učiteľov, vychovávateľov je dôležité porozumieť podstate ochorenia a jej následkom, ktoré môžu byť niekedy interpretované nesprávne napr. ako lenivosť a ľahostajnosť dieťaťa. Znížená odolnosť voči záťaži a nižšia prispôbivosť dieťaťa môžu byť tiež dôsledkom prekonaného ochorenia.

### **Nádorové ochorenia u detí**

Nádory sú charakterizované lokalizovaným, neorganizovaným delením tkaniva alebo orgánových (mozgových) buniek, ktoré sa delili normálne.

Príčiny nádorových ochorení nie sú presne známe, môžu ich ovplyvniť genetické dispozície, ranné vývinové faktory i prostredie.

Nádory delíme na zhubné (malígne) a nezhubné (benígne). U detí sa stretávame s iným typom nádorov než u dospelých a iná je aj ich prognóza. Mozgové nádory môžu poškodiť CNS rôznym spôsobom. Miera poškodenia závisí od lokalizácie, veku, rýchlosti rastu nádoru. Lokalizované postihnutie sa prejavuje špecifickými poruchami podľa umiestnenia nádoru. Generalizované poruchy ako dôsledok vnútrolebečného

tlaku zapríčineného rastom nádoru, tlakom, opuchom) spôsobujú bolesti hlavy, zvracanie, nekľud, dráždivosť, obmedzujú výkonnosť, motiváciu, pozornosť.

Prvými príznakmi nádoru môžu byť bolesti hlavy, únava, spavosť, poruchy pozornosti, znížená aktivita, emočná labilita. Môžu sa tiež vyskytovať poruchy chôdze, zraku, pamäti, zvracanie, kŕče.

Fáza stanovenia diagnózy a liečba bývajú spojené s rôznymi komplikáciami a môžu sa prejavovať aj zmenami psychiky, napr. nápadnou reaktivitou, nekľudom, útlmom alebo apatiou.

Dlhodobé následky sú závislé od lokalizácie, rozsahu, komplikáciami liečby, veku. U tretiny detí s nádormi sa prejavujú rôzne zdravotné problémy aj po 5 rokoch po stanovení diagnózy.

Somatické následky sa môžu prejaviť napr. zastavením rastu, ochrnutím, predčasnou pubertou, epileptickými záchvatmi. Psychické následky sa prejavujú zmenami v oblasti poznávacích schopností, emočného prežívania a správania.



## 6 ĽAHKÁ MOZGOVÁ DYSFUNKCIA

### Obsah kapitoly

Termín ĽMD používame ako strešný pojem pre oblasť porúch, ktoré sa v literatúre označujú ako hyperaktita - ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) a poruchy pozornosti - ADD (Attention Deficit Disorder). Uvažujeme o ich etiológii, výskyte, typoch, sociálnych dôsledkoch a prognóze u detí a dospelých.

### Charakteristika ľahkej mozgovej dysfunkcie

Pojem ľahká mozgová dysfunkcia (ďalej ĽMD) je nahradený v nových klasifikačných systémoch názvami ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) a ADD (Attention Deficit Disorder). Tieto termíny vychádzajú z amerického systému porúch (DSM-IV). Hoci sa pojmy ľahká mozgová dysfunkcia a ADHD z väčšej časti prekrývajú, nie sú celkom totožné. Definícia ĽMD zahŕňa podľa Matějčka (2011) aj hypoaktivitu a nerovnomernosti v afektívite a vo vývine jednotlivých funkcií, ktoré potom ovplyvňujú školskú výučbu v podobe rôznych typov špecifických porúch učenia. Podľa uvedeného autora vychádzajú americké termíny z popisu správania a vonkajších prejavov. Termín ĽMD sa viaže skôr k pôvodu problémov – k centrálnemu nervovému systému a zdôrazňuje skôr organický základ poruchy. Prikláňame sa k dôležitosti etiologického pohľadu pri porozumení dieťaťu s psychickými problémami a preto pracujeme aj v tejto kapitole s termínmi ĽMD, ADHD, ADD a popisujeme ich diferencovane. Novšie výskumné práce hľadajú etiologické činitele na úrovni prenášačov nervových vzručov a porúch v tejto oblasti (Goetz, Uhlíková, 2009).

Termín ľahká mozgová dysfunkcia je označenie pre paletu prejavov dieťaťa, ktoré sa odlišujú od bežnej normy a preto pôsobia na okolie ako prejavy nezvyčajné, zvláštne, nápadné. Pre dieťa vytvárajú zvláštnu a pomerne ťažkú spoločenskú situáciu.

ĽMD je neurovývinová porucha a zahŕňa širokú oblasť rôznych vývinových ťažkostí, vznikajúcich na základe ľahkého, difúzneho poškodenia mozgového tkaniva. Ide o oslabenie schopností a vlastností rady psychických funkcií, ktorú sú zodpovedné za riadenie, reguláciu, koordináciu a integráciu správania.

## Vymedzenie termínov

Termín LMD má dlhú a pozoruhodnú históriu (siahá do 20.-30. r. min. st.) a je v súčasných diagnostických systémoch nahradený inými názvami. V 80. r. min. st. bol termín LMD predmetom ostrej kritiky. Vyčítalo sa je, že „zberným košom pre mnoho a neurčito definovaných nápadností a rôznych vývinových ťažkostí v správaní dieťaťa (Matějček, Dytrych, 1994). V staršej odbornej literatúre, napr. Kondáš (1977), nájdeme pre LMD množstvo názvov, ktoré bývajú triedené podľa rôznych kritérií, napr. názvy s dôrazom na hlavný symptóm (instabilné dieťa, hyperkinetický syndróm), alebo s dôrazom na organickú etiológiu (ľahké mozgové poškodenie, nemotorická porucha mozgu). Postupne prichádzalo k špecifikácii symptómov a syndrémov (napr. syndróm hyperaktivity, syndróm nesústredenosti), ktoré však neboli tiež jasne a presne ohraničené a jednotlivé symptómy sa prekrývali a zmiešavali. Napr. málokteré dieťa je nielen hyperaktívne, ale je aj nesústredené. Aj z týchto dôvodov je termín LMD stále používaný a javí sa ako vhodný prostriedok k porozumeniu deťom s uvedenými problémami i medzi odborníkmi navzájom.

Európske triedenie – MKCH-10 rozdeľuje hyperkinetické poruchy (F90) na poruchu aktivity a pozornosti a ďalej na hyperkinetickú poruchu správania. Americká klasifikácia DSM-IV používa termín ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Porucha pozornosti bez hyperaktivity - attention deficit disorder sa podľa DSM IV označuje skratkou ADD.

Tretí je kombinovaný typ. Väčšina celosvetových výskumov ADHD je realizovaná podľa amerických diagnostických kritérií.

Z hľadiska nášho prístupu k neurovývinovým poruchám a vymedzeniu LMD a špecifických porúch v učení by podľa európskej klasifikácie hyperkinetická porucha aktivity a pozornosti zodpovedala svojimi prejavmi špecifickým poruchám učenia a hyperkinetická porucha správania obrazu LMD.

LMD sa v 60% spája so špecifickými poruchami v učení. U oboch typov porúch, LMD aj špecifických porúch v učení ide o oslabenie v psychických funkciách či schopnostiach, ktorých vývinová úroveň a vzájomná súhra je potrebná k zvládnutiu vývinových a výchovných úloh. Najmä po nástupe dieťaťa do školy je potrebné, aby sa dieťa dokázalo určitý čas sústrediť sa, nerozptyľovať, kontrolovať popudy. Pri problémoch a poruchách v tejto oblasti ide o obraz LMD. Rovnako je dôležité, aby

dieťa pri nástupe do školy malo primerane rozvinutú motoriku, vnímanie, pamäť, reč. Pri výraznejších nedostatkoch v tejto oblasti môže íde o špecifickú poruchu v učení.

### **Etiológia a výskyt LMD**

Predpokladá sa, že príčinou LMD sú zvláštnosti vo funkcii CNS, pričom štrukturálne zmeny CNS môžu, ale nemusia byť vždy preukázané. Odchýlky vo funkcii CNS majú zvyčajne genetický pôvod, môže ísť o biochemické nepravidelnosti a môžu byť tiež spôsobené exogénnymi faktormi (porucha tkaniva CNS- drobné krvácanie, zápal, atď.). Počet detí s LMD býva v literatúre rôzne vymedzovaný. Odhaduje sa, že počet detí s výraznými školskými a sociálnymi problémami na základe ľahkých mozgových dysfunkcií je asi 3% školskej populácie. Možno sa domnievať, že u ďalších asi 7% detí sa vyskytujú menej závažné symptómy a dieťa si vyžaduje pomoc, zvlášť vo vzdelávaní aj vo výchove (Matějček, 2011). LMD sa prejavuje častejšie u chlapcov než u dievčat (3- 6 krát viac). Pri vhodnom, systematickom a odbornom vedení problémy ustupujú okolo 12 - 15 roku života, môžu však pretrvávajú až do dospelosti.

### **Definícia a symptómy ľahkej mozgovej dysfunkcie**

Syndróm LMD sa vzťahuje na deti takmer priemernej, priemernej až nadpriemernej všeobecnej inteligencie s určitými poruchami správania či učenia v rozsahu od miernych po ťažké, ktoré sú spojené s odchýlkami vo funkciách CNS.

Príznaky LMD možno triediť podľa rôznych kritérií.

Medzi zväčša nechýbajúce príznaky patria:

1. nápadne nerovnomerný vývoj jednotlivých mentálnych funkcií
2. nápadnosti a poruchy v dynamike duševných pochodov
3. nesústredenosť
4. impulzivita
5. výkyvy nálad a duševnej výkonnosti
6. telesná neobratnosť
7. poruchy a nápadnosti vo vnímaní

Symptómy LMD môžeme rozdeliť aj na primárne a sekundárne.

1. Primárne príznaky: poruchy v aktivite, pozornosti, psychomotorický nekľud, problémy vo vnímaní, reči, myslení, pamäti, učení;
2. Sekundárne príznaky: neprimerané sebahodnotenie, problémy v sociálnej sfére

Podľa frekvencie možno rozdeliť príznaky LMD (od najčastejšie po najmenej často sa vyskytujúce do jedenástich oblastí:

1. hyperaktívne správanie (neschopnosť prispôbiť úroveň aktivity požiadavkám situácie)
2. porucha percepčno-motorickej koordinácie
3. emocionálna labilita
4. celková porucha motorickej koordinácie
5. poruchy pozornosti
6. impulzívne prejavy
7. poruchy pamäti a myslenia
8. poruchy učenia
9. poruchy sluchu a reči
10. ľahká neurologická symptomatika
11. anomálny EEG záznam (Říčan, Krejčířová, 1995).

### **ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) a ADD (Attention Deficit Disorder)**

Najčastejšie sa vyskytujúcim symptómom LMD je hyperaktivita. Americký klasifikačný systém uvádza hyperaktivitu ako samostatnú poruchu pod názvom ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Tento názov, presnejšie skratka sa bežne používa aj u nás, spolu s inými názvami, najčastejšie hyperaktivita, syndróm hyperaktivity, hyperaktívne dieťa a pod.

ADHD predstavuje neurovývinovú poruchu, charakterizovanú narušenou schopnosťou sústredenej pozornosti, nadmernou aktivitou a impulzivitou, zapríčinenou odlišnou štruktúrou a funkciou mozgu a v literatúre bola prvýkrát opísaná v r. 1902 (Riefová, 2007).

Ak v klinickom obraze chýba hyperaktivita, hovoríme o ADD (Attention Deficit Disorder), poruche v popredí s poruchou pozornosti a impulzivity.

Výskyt ADHD je v odbornej literatúre uvádzaný rôzne podľa zamerania výskumu, použitých metód, i cieľa. Odborníci odhadujú, že ADHD sa vyskytuje u 3% až 10% detí školského veku; najčastejšie uvádzané hodnoty sú 3% až 5%. Pravdepodobne ide o podcenenie výskytu vzhľadom k skutočnosti, že u dievčat sa porucha často nerozpozná. ADHD sa častejšie vyskytuje u chlapcov (v pomere 3:1). ADHD postihuje

napr. v Spojených štátoch najmenej 2 milióny detí, v Českej republike niekoľko desiatok tisíc detí školského veku. U dievčat sa častejšie objavuje porucha pozornosti bez hyperaktivity (Matějček, 2011).

Je všeobecne známe, že výskumy, uskutočnené klinickými odborníkmi za pomoci DSM-IV, prinášajú vyššiu hodnotu výskytu ADHD (3-5 %), než výskumy postavené na MKCH-10 (približne 0,5 %).

### ***Príčiny ADHD/ADD***

Najčastejšími etiologickými činiteľmi hyperkinetických porúch sú prenatálne, perinatálne a postnatálne faktory (teratogény, ekologické faktory), genetické faktory a neurofyziologické charakteristiky. Výsledná symptomatológia hyperkinetických porúch závisí od kombinácií a zložitých interakcií s vplyvmi prostredia.

### ***Genetické príčiny***

ADHD sa v niektorých rodinách vyskytuje opakovane. V rodine dieťaťa s ADD je veľakrát rodič, súrodeneц, prarodič, alebo iný člen, ktorý mal v detstve podobné problémy so správaním.

### ***Biologické - fyziologické príčiny***

Lekári, najmä neurológovia, popisujú ADHD ako neurologickú poruchu postihujúcu tú oblasť mozgu, ktorá riadi spracovanie impulzov a podieľa sa na triedení zmyslových vnemov a na schopnosť koncentrácie. Odborníci sa domnievajú, že táto porucha môže byť spojená s nerovnováhou alebo nedostatočným množstvom dopamínu, chemickej látky, ktorá prenáša nervové signály. Pri sústredení sa mozog uvoľňuje viacej prenášačov signálov medzi neurónmi (neurotransmitterov), čo umožňuje sústrediť sa na jednu vec a blokovať ostatné podnety. Zdá sa, že jednotlivci s ADHD majú nedostatok týchto prenášačov.

### ***Ďalšie príčiny ADHD/ADD***

- komplikácie, poranenia v tehotenstve alebo pri pôrode
- otrava olovom (napr. zo znečisteného životného prostredia)
- užívanie alkoholu a iných drog v tehotenstve. (Munden, Arcelus, 2006).

K negatívnym vplyvom nadmerného užívania alkoholu a iných drog na organizmus matky pristupuje poškodenie plodu, pokiaľ matka užíva chronicky tieto látky v tehotenstve. V mnohých prípadoch u detí týchto matiek sa zisťuje neurologické poškodenie a objavujú sa u nich najrôznejšie prejavy typické pre deti s poruchami

správania. Výskum významný vzťah medzi vystavením plodu drogám a syndrómom ADD dosiaľ nepreukázal, avšak u mnohých detí, ktoré boli takto vystavené drogám, sa objektívne vyskytujú mnohé neurologické nedostatky a príznaky, ktoré pozorujeme práve u detí s ADD (Matějček, 2011).

### ***Charakteristika a symptómy ADHD a ADD***

ADHD je charakterizovaná hyperaktivitou, problémami so sústredením a impulzivitou. Dieťa nie je schopné prispôbiť úroveň aktivity požiadavkám situácie.

Pre dieťa s ADD je typická impulzivita a nesústredenosť.

Z hľadiska vzniku a priebehu uvedených porúch sa dieťa väčšinou líši od ostatných detí už v materskej škole. Dieťa je neposedné, unáhle, nerešpektuje požadované pravidlá, má problémy sústrediť sa na zložitejšie úlohy, niekedy je aj nešikovné. Hyperaktívne dieťa je neposedné, netrepezlivé, pri hre napr. nie je schopné vyčkať, kedy naň príde rad, kazí hru. Najnáročnejším prostredím pre dieťa sa stáva škola, hoci sa pôvodne na ňu dieťa mohlo tešiť. Dieťa nie je schopné dodržiavať pravidlá, je neposedné, neposlušné, dráždivé, výbušné. Koná skôr ako rozmýšľa, je roztržité, počas vyučovania sa vrtí na stoličke, hrká do spolužiakov, vykrikuje vopred odpovede, bez vyzvania učiteľa, jeho zošity sú väčšinou počmárané, pokrčené, neupravené. Výkony dieťaťa sú nerovnomerné, nesústredenosť sa prejavuje v slabom prospechu, hoci doma sa pod dohľadom rodičov dokáže primerane pripraviť aj naučiť.

### ***Charakteristika a symptómy ADHD podľa DSM IV:***

1. symptomatické správanie v nesúlade s úrovňou vývinu
2. aspoň 6 symptómov minimálne sa vyskytujúcich 6 mesiacov
3. symptómy pred 7. rokom života
4. postihnutie symptómami viac než v jednom prostredí
  - aktivita už počas tehotenstva
  - po narodení: problémové deti, veľa plačú, zle spávajú, ťažko ich rozveseliť,
  - nemajú radi telesný kontakt (American Psychiatric Association, 2000).

Pri diagnostikovaní sa posudzuje závažnosť príznakov a dĺžka ich trvania. Kritériom je ich výskyt už v predškolskom veku, po čas dlhší ako 6 mesiacov, nezávisle od prostredia, pričom musia byť v porovnaní s rovesníkmi výrazne nápadnejšie.

Pri diagnostike môžeme rozlíšiť 3 typy hyperkinetických porúch, resp. ADHD:

- 1) typ s dominujúcou poruchou pozornosti (označovaný ako ADD)
- 2) typ impulzívno – hyperaktívny
- 3) zmiešaný typ.

***Charakteristické prejavy správania detí s poruchou pozornosti bez hyperaktivity (ADD):***

1. ľahká rozptýlenosť vonkajšími podnetmi
2. ťažkosti so zameraním a udrжанím pozornosti
3. problémy so sústredením sa na úlohy a s ich dokončením
4. nevyrovnaný výkon v práci v škole (raz je schopný splniť úlohu a raz nie; jeho výkon sa neustále mení)
5. „vypínanie“ pozornosti, čo môže vyzerať ako „zasnenosť“
6. neporiadnosť (žiak stratí alebo nemôže nájsť svoje veci – zošity, knihy...)
7. nedostatočné študijné zručnosti
8. ťažkosti so samostatnou prácou (Řičan, Vágnerová, 1995).

Deti so syndrómom ADD v škole väčšinou nevyrušujú, neupútavajú na seba pozornosť. Pre učiteľov preto nie sú tak nápadní. Pre dieťa však môže ADD predstavovať vážny problém, pretože značne zhoršuje prospech a je príčinou malej sebaúcty (Riefová, 2007).

***Typické prejavy správania detí impulzívno – hyperaktívneho typu:***

1. vysoká miera aktivity (neustále sa pohybujú, manipulujú s predmetmi, veľa rozprávajú)
2. vysoká miera impulzivity – spôsobuje znížené sebaovládanie a sebakontrolu (skôr konajú než rozmýšľajú, svojimi aktivitami sa dostávajú do nebezpečných situácií, podstupujú rôzne riziká)
3. častá agresivita a sociálna nezrelosť.

Niektoré príznaky tejto poruchy pretrvávajú do dospelosti. Pri kombinácii s poruchami správania môžu vyústiť do delikventného správania. Nízka miera sebaovládania a impulzivita môžu mať rôzne závažné dôsledky (alkohol, drogy a pod.).

**Typické prejavy správania detí s poruchou pozornosti spojenou s hyperaktivitou (ADHD):**

1. vysoká miera aktivity (vyzerá, že je v neustálom pohybe, nemá v pokoji ruky a nohy, vyhľadáva blízke predmety, s ktorými sa hrá, nedokáže vydržať na jednom mieste, v škole sa prechádza po triede)
2. impulzivita a malé sebaovládanie (nemôže sa dočkať až naňho príde rad, často skáče do reči ostatným alebo ich ruší, často nadmerne rozpráva, najprv reaguje a potom premýšľa, zapája sa do fyzicky nebezpečných činností bez premyslenia o možných následkoch – napr. skáče dolu z veľkej výšky – a preto sa často zraní)
3. ťažkosti s prechodom k inej činnosti
4. agresívne správanie, neprimerane silná reakcia i na drobné podnety
5. malá sebaúcta a značná frustrovanosť (Říčan, Vágnerová, 1995).

Nie všetky príznaky platia pre každé dieťa a v ich stupni sa môžu líšiť. Každé dieťa je jedinečné a vykazuje inú kombináciu prejavov správania, silných a slabých stránok, záujmov a zručností.

**Ďalšie prejavy ADHD:**

- pohrávanie sa rukami, nohami, vrtenie na stoličke
- neschopnosť obsedieť
- ľahká vyrušiteľnosť vonkajšími podnetmi
- problémy pri skupinových činnostiach a hrách, neschopnosť vyčkať
- impulzívne vykrikovanie odpovede bez uvažovania
- problém vnímať a sledovať inštrukcie
- ťažkosti v udržaní pozornosti
- -prebiehanie z nedokončenej činnosti do druhej
- -problémy hrať sa ticho, pokojne
- nadmerné rozprávanie
- prerušovanie
- zdanlivá nepozornosť, nepočúvanie, keď k nim niekto hovorí
- strácanie vecí, zábudlivosť
- účasť na nebezpečných aktivitách bez uvedomovania dôsledkov
- výskyt príznakov v miere nezodpovedajúcej veku a intelektovým schopnostiam (podľa Riefovej, 2007).



Prístup k deťom s poruchami pozornosti, impulzivity, príp. aktivity, si vyžaduje odborný, trpezlivý, optimistický, povzbudzujúci a spolupracujúci postup a prístup zainteresovaných: detského lekára, pedopsychiatra, psychológa, pedagóga, rodičov. V takomto prípade sa približne u polovice detí s ADHD, príp. ADD symptómy upravujú až celkom vymiznú do dosiahnutia dospelosti (Matějček, 2011).

### **Sociálne dôsledky a prognóza detí s LMD**

Mnohé odchýlky od normálneho vývinu vznikajú sekundárne – v dôsledku negatívnych reakcií okolia na typické prejavy týchto detí.

Deti sú často odmietané, alebo prijímané ambivalentne, zažívajú veľa kritiky, negatívneho hodnotenia, dostávajú mnoho informácií o svojich neúspechoch. Niekedy ide až o emočnú depriváciu týchto detí, s ktorými okolie nemá dosť trpezlivosti, nemá dosť trpezlivosti čakať na úspech, podporovať ich, prijímať ich aj s ich ťažkosťami – jednoduchšie je ich odmietnuť (podľa Oravcovej, 2004).

Reakciou na negatívne skúsenosti s okolím bývajú rôzne kompenzačné reakcie, napr. agresia, vtieravosť. Deti sa snažia získať pozornosť a pozitívnu odozvu, ale to sa zvyčajnými prostriedkami nedarí, pretože, hoci chcú byť dobré, ich problémy im tom nedovoľujú. Vytvára sa u nich zvyčajne negatívny sebaobraz – vidia sa ako nežiaduci, neschopní, nemožní, neúspešní, pritom vinovatí za svoje prejavy a neúspechy. Zvykne sa rozvíjať syndróm naučenej bezmocnosti – načo sa snažiť, keď nič nevyjde. Sú záťažou pre celú rodinu, rodičov aj súrodencov.

Rodičia často prežívajú pocit bezmocnosti, zlyhania v roli rodiča – bez úmyslu dávajú dieťaťu najavo skôr odmietanie. Problémy vznikajú aj vo vzťahoch s rovesníkmi – nevedia spolupracovať, reagujú na problémy skratkovo, impulzívne, ich správanie je nestále, nepredvídateľné, bývajú odmietaní rovesníkmi.

Hyperaktivita má závažné dôsledky na školskú adaptáciu. Deti bývajú trestané v škole, pretože sú nepozorné, pracujú krátkodobo, povrchno, robia veľa chýb a učiteľ stráca trpezlivosť, hodnotí negatívne. Zlé známky a poznámky vedú k pocitu zlyhania, neschopnosti úspechu a klesajúcej snahe.

Problémy sa zvyknú zmierniť v dospievaní (dozrievaním CNS), ale zvyčajne už u dieťaťa nastali také sekundárne – negatívne zmeny, ktoré prinesú ťažkosti aj do dospelosti:

- profesia – školská neúspešnosť vedie k negatívnemu vzťahu k vzdelaniu a tým aj k dosiahnutiu nižšieho vzdelania. Impulzivita, problémy so sebaovládaním a nízka tolerancia k stresu znižujú pravdepodobnosť úspechu v pracovných činnostiach.
- osobné vzťahy môžu byť narušené od detstva. Tieto deti nebudia sympatiu, majú málo priateľov, sú menej hľadanými a prijateľnými partnermi.
- konflikty so spoločnosťou – môžu sa prejaviť sklony k antisociálnemu správaniu (impulzivita, potreba kompenzovať neúspech nežiaducim správaním) až delikvencia.

## 7 ŠPECIFICKÉ PORUCHY UČENIA

### Obsah kapitoly

V kapitole sa zaoberáme oblasťou špecifických porúch v učení, ktoré aj v súčasnosti patria k aktuálnym problémom pedagogickej, školskej i klinickej psychológie, pretože percento detí s touto poruchou je značne vysoké. Bližšie charakterizujeme špecifické poruchy v učení, venujeme sa príčinám, typom a možnostiam pomoci týmto deťom.

### Charakteristika a definícia špecifických porúch učenia

Špecifické poruchy učenia predstavujú čiastočné oslabenie v schopnostiach a funkciách, primárne potrebných k získaniu výučbových spôsobilostí .

Matějček (2011) definuje špecifické poruchy v učení ako poruchu v jednom alebo viacerých psychických procesoch nutných k porozumeniu alebo používaniu reči hovorenej či písanej. Tieto poruchy sa prejavujú nedokonalou schopnosťou hovoriť, počúvať, čítať, písať, počítať.

Pojem nezahŕňa deti, ktorých problémy v učení sú v zásade dôsledkom porúch zraku, sluchu, motoriky, oneskoreného rozumového vývinu, citových problémov a málo podnetného prostredia. Môžeme povedať, že ide o deti, ktoré v niektorých školských spôsobilostiach vykazujú nápadné problémy, hoci majú priemernú inteligenciu a primerané životné prostredie (podľa Říčana a Vágnerovej, 1995).

### MKCH – 10

V MKCH-10 sú špecifické poruchy v učení zaradené do kategórie Poruchy psychického vývinu (F80-F89) a podkategórie:

#### Špecifické poruchy vývinu školských zručností

MKCH -10 ich charakterizuje ako poruchy, pri ktorých je nadobúdanie zručností obmedzené od skorých vývinových štádií. Obmedzenie nie je dôsledkom chýbania možnosti učiť sa, ani prejavom len mentálnej retardácie a nezapríčiňuje ho ani niektorá forma získanej choroby alebo poranenia mozgu.

## **Historický kontext špecifických porúch učenia**

Prvé literárne spracovanie príznakov u detí s poruchami správania a učenia nachádzame v r. 1921 u autorov Burrna a Millsa. Termín dyslexia bol prvýkrát použitý v r. 1887 nemeckým očným lekárom R. Berlinom, pre prípady dovtedy označované očnými lekármi ako slovná slepota. Pojem poruchy učenia vniesol do literatúry Samuel Kirk v roku 1963. Aktuálnym problémom vo všetkých vyspelých krajinách sa stali špecifické poruchy učenia po druhej svetovej vojne (Kondáš, 1977).

Najčastejšie sa stretávame so špecifickou vývinovou poruchou čítania – dyslexiou. S ňou sú obvykle spojené špecifické problémy v pravopise (dysortografia). Dysgrafia predstavuje špecifické potiaže v písaní ako grafickom akte. Vzácnjšia je špecifická porucha počtových schopností – dyskalkúlia. V našej jazykovej oblasti a pri súčasnej metodike výučby existujú asi 2% detí, ktoré by sa pre vývinovú dyslexiu nemohli naučiť čítať, keby nedostali odbornú pomoc. Približne rovnaký počet detí trpiacich ostatnými špecifickými poruchami učenia tvorí asi 3 - 4% detí, ktoré potrebujú zvláštnu pomoc a podporu.

## **Príčiny špecifických porúch učenia**

Pri špecifických poruchách učenia uvažujeme o dysfunkcii centrálnej nervovej sústavy, pričom všetky dysfunkcie CNS nemusia predstavovať len poruchy učenia (napr. dieťa s detskou mozgovou obrnou trpí centrálnou dysfunkciou, ale nie nevyhnutne poruchami učenia). Predstavy rodičov a učiteľov, že ide o defekt intelektu, lenivosť, tvrdohlavosť, negativizmus a iné vysvetlenia sú nesprávne a zavádzajúce. V mnohých prípadoch predpokladáme, že ide o poruchu v genetickom kóde, ktorý riadi vývin a vrstvenie mozgových buniek, alebo o drobné difúzne poškodenia CNS, ku ktorým prišlo v najrannejších vývinových štádiách a ktoré pravdepodobne postihujú obe hemisféry. V určitom percente prípadov sa obe príčiny, genetika a mozgové poškodenie pravdepodobne v svojom účinku spájajú. Deprivačné okolnosti môžu byť pridruženým, ale menej často aj vyvolávajúcim činiteľom.

Výstižné vysvetlenie príčin špecifických porúch v učení uvádzajú Matějček a Dytrych (1994).

Podľa týchto autorov je úspešné čítanie a písanie podmienené súhrou radu psychických schopností, ktoré sú funkciami jednej i druhej mozgovej hemisféry. Za normálnych okolností sú tieto schopnosti usporiadané do určitého vzorca, ktorý predstavuje psychologickú komplexnú základňu pre učenie a písanie. Za nepriaznivých okolností môže byť tento vzorec porušený, takže jeho funkcia je nedokonalá. Môže sa však stať, že porucha nie je v štruktúre tohto vzorca schopností, ale v dynamike jeho vývoja, takže v čase, keď sa má dieťa začať učiť čítať, sú niektoré schopnosti už vyvinuté a iné ešte nie. Potom nemôže prísť k ich žiaducej súhre a výsledkom je špecifická porucha učenia. Dieťa by nemalo cítiť za svoje problémy vinu a nemalo by za svoje problémy trpieť a nebyť za ne trestané.

### **Jednotlivé typy špecifických porúch učenia**

#### ***Dyslexia***

Pri dyslexii ide o poruchu prejavujúcu sa neschopnosťou naučiť sa čítať, hoci dieťa dostáva bežné výučbové vedenie, má primeranú inteligenciu a sociokultúrne príležitosti (Vágnerová, 1999). Dyslexia sa objavuje väčšinou už od začiatku školskej dochádzky a je nápadná nesúlalom medzi čítaním a úrovňou intelektových schopností dieťaťa.

Deti sú zvyčajne schopné čítať, keď sa naučia poznať všetky grafémy (písmená) a im zodpovedajúcu zvukovú podobu (fonémy) a naučia sa spájať písmená plynule do slabík a slov. Pri dyslexii dieťa nie je schopné naučiť sa spájať jednotlivé písmená do slabík a tie do slov. Často si zamieňa podobné písmená (napr. b-d, a-e, u-v), pridáva písmená či slabiky na koniec slova, prehadzuje písmená a slabiky, komolí ich (napr. číta žabant namiesto bažant) a pod. Dieťa číta pomaly, slabikuje, robí chyby. Dyslexia sa často kombinuje s poruchou písania a pravopisu. S termínom dyslexia sa možno stretnúť v širšom význame ako so súhrnným označením pre špecifické poruchy čítania, písania a pravopisu a v užšom význame, ak chceme odlišiť poruchy čítania od porúch písania, resp. iných špecifických porúch učenia. Výskumné sondy ukazujú, že dyslexia sa vyskytuje u 2-3% detí základných škôl s prevahou chlapcov v pomere asi 5:1 (Heretík a kol., 2007).

Hoci obraz poruchy je u každého dieťaťa iný, podľa prevažujúcich problémov rozoznávame nasledujúce typy dyslexie:

- dyslexia na podklade percepčných deficitov
- dyslexia s prevahou problémov v motorickej oblasti
- dyslexia s problémami v integrácii, súhre dát zmyslových modalít (napr. zrakovej a sluchovej)
- dyslexia s poruchou dynamiky základných psychických procesov, kde rozoznávame dyslexiu u hyperaktívneho a hypoaktívneho dieťaťa
- dyslexia z hľadiska vzájomného vzťahu verbálnej a názornej zložky intelektu, keď u skupiny detí sú v popredí percepčno-motorické poruchy a u inej skupiny prevažujú potiaže v slovnno – pojmovej zložke.
- dyslexia z hľadiska lateralizácie mozgových hemisfér.

Dyslexia môže byť spôsobená poruchou v súhre mozgových hemisfér. Rigidná prevaha jednej hemisféry môže komplikovať osvojovanie čítania. Takáto „jednostranná“ funkčná vyhranenosť býva častejšia u chlapcov a to je zrejme jeden z dôvodov, prečo je dyslexia problémom najmä v mužskej populácii (podľa Říčana a Vágnerovej, 1991).

### ***Dysortografia***

Dysortografia predstavuje zníženú schopnosť zvládnuť pravopis. Písanie je podobné čítaniu dyslektika. Dysortografia sa kombinuje v 50-60% s dyslexiou. Dieťa si často zamieňa tvarovo podobné písmená (d-b, m-n, o-a), písmená alebo slabiky v slovách prehadzuje, pridáva, zabúda napísať, nedodržiava bodky, čiarky, dĺžne, alebo ich umiestňuje na nesprávnom mieste. Problémy robí dieťaťu písanie diktátu, zvlášť náročným je jeho rýchlosť.

### ***Dysgrafia***

Dysgrafia predstavuje zriedkavejšiu poruchu písania a prejavuje sa neobratnosťou v grafickom prejave a problémami v osvojení si tvaru písmen. Ide o poruchu grafomotorického prejavu, neschopnosť správne napodobniť tvary písmen, vynechávanie, resp. pridávanie ich častí. Dieťa môže robiť napr. v diktáte gramatické chyby preto, že je zamestnané náročnosťou písania písmen, na ktoré musí vynaložiť značné úsilie a na rozmýšľanie nad pravopisom mu nezostáva čas.

## ***Dyskalkúlia***

Dyskalkúliu môžeme charakterizovať podobne ako dyslexiu, t.j. ako špecifickú poruchu postihujúcu matematické schopnosti. Dieťa sa nemôže naučiť počítať, hoci jeho rozumové schopnosti sa nachádzajú aspoň v medziach širšej normy a dieťa navštevuje bežnú školu. Problematikou porúch matematických schopností sa u nás zaoberal najmä Ladislav Košč, ktorý definuje dyskalkúliu ako "štrukturálnu poruchu matematických schopností, ktorá má pôvod v génovo alebo perinatálnymi noxami podmienenom narušení tých oblastí mozgu. Uvedené oblasti mozgu sú priamym anatomicko-fyziologickým substrátom veku primeraného zrenia matematických funkcií, ktorá ale nemá za následok súčasne i poruchu všeobecných mentálnych funkcií". Košč (1980) uvádza výskyt dyskalkúlie u 5-6% žiakov, najčastejšie v rámci ľahkej mozgovej dysfunkcie. Dyskalkúlia predstavuje poruchu schopnosti operovať s číselnými symbolmi a s číselným radom. Často sa spája s narušenou priestorovou pravo-ľavou orientáciou. Dieťa trpiace dyskalkúliou si nedokáže predstaviť a pochopiť číselný rad, má problémy s prechodom cez desiatku, zamieňa si podobné čísla či poradie číslíc, nevie čítať matematické symboly, vykonávať matematické operácie, riešiť geometrické úlohy.

Podobne ako pri čítaní a písaní sa aj na zvládnutí matematických spôsobilostí podieľa celý rad špeciálnych schopností a funkcií a podľa toho, ktoré z nich sú narušené, triedi Košč (1980) dyskalkúlie na šesť typov:

1. *Verbálna* – predstavuje neschopnosť označovať slovné množstvo a počet predmetov, pohotovo pomenovať čísla a číslice, odpočítavať rad čísel. Problémom môže byť tiež ukázať na vyzvanie počet prstov, označiť číslovkou počet predložených predmetov alebo hodnotu napísaného čísla.
2. *Praktognostická* – ide o poruchu matematickej manipulácie s konkrétnymi alebo nakreslenými predmetmi. Dieťa nevie napr. po jednej odpočítavať guľôčky na počítadle alebo určiť počet predmetov bez počítania. Narušená môže byť aj schopnosť zoradiť predmety podľa veľkosti alebo rozpoznávať v dimenzii menej - viacej.
3. *Lektická* – predstavuje obdobu dyslexie v oblasti čísiel a číslíc, znamená poruchu čítania matematických znakov a ich kombinácií.
4. *Grafická* – ide o poruchu písania čísiel a číslíc, podobne ako pri dysgrafii.
5. *Ideografická* – je porucha vytvárania matematických pojmov a chápanie vzťahov medzi nimi. Dieťa napr. nechápe, že 8 je zároveň  $4 + 4$ , ale tiež  $2 \times 4$  alebo  $10 - 2$

a v dôsledku toho nevie naspamäť vypočítať príklady, ktoré by vzhľadom na školský vek a úroveň rozumových schopností malo vypočítať.

6. *Operacionálna* – predstavuje obmedzenú schopnosť prevádzať matematické operácie: sčítanie, odčítanie, násobenie, delenie.

### ***Dyspraxia***

Pri dyspraxii ide o motorickú neobratnosť v rôznych špecifických oblastiach. Vhodnejšie označenie pre dyspraxiu je „špecifická vývinová porucha motorickej funkcie“ alebo neobratnosť. Hlavným znakom poruchy je postihnutie vývinovej pohybovej koordinácie, ktorú nie je možné vysvetliť celkovou retardáciou intelektu ani špecifickou vrodenu alebo získanou nervovou poruchou.

Medzi relatívne menej časté špecifické poruchy zaraďujeme *dysmúziu* – poruchu hudobných schopností a *dyspinxiu* – vývinovú poruchu kreslenia.

### **Prístup a prognóza u detí so špecifickými poruchami učenia**

Najľahšie prípady špecifických porúch učenia by mal vedieť zvládať učiteľ, príp. v spolupráci so školským psychológom alebo špeciálnym pedagógom, v bežnej triede. Žiaci s diagnostikovanou ŠPU môžu byť integrovaní v bežnej triede s ostatnými žiakmi. V tomto prípade sú vzdelávaní podľa individuálneho výchovno-vzdelávacieho programu a učebné osnovy a výchovné postupy majú byť prispôbené ich potrebám. Napr. v predmete, ktorý porucha zasahuje, sú tieto deti klasifikované o jeden stupeň lepšou známku, prípadne neklasifikovaní.

Žiaci so špecifickou poruchou učenia môžu navštevovať špeciálne triedy pre deti s ŠPU. Inú formu pomoci predstavuje ambulantná starostlivosť v pedagogicko-psychologickej poradni, resp. v centrách pedagogicko-psychologického poradenstva alebo v zariadeniach, kde pracujú špeciálni pedagógovia.

Vo výskume sme analyzovali sebahodnotenie školskej úspešnosti 248 žiakov vo veku 12-15 rokov (70 žiakov s ŠPU integrovaných v bežných triedach, 88 žiakov so ŠPU integrovaných v špeciálnych triedach pre deti s ŠPU a 90 žiakov bez ŠPU). Porovnávali sme sebahodnotenie školskej úspešnosti týchto žiakov (Čornák, Popelková, 2000). Najvyššie sebahodnotenie školskej úspešnosti sme zaznamenali u žiakov bez ŠPU. Zistili sme, že žiaci so ŠPU integrovaní v špeciálnej triede pre deti s ŠPU majú vyššie sebahodnotenie školskej úspešnosti ako žiaci s ŠPU integrovaní v bežnej triede.



Domnievame sa, že žiaci so ŠPU integrovaní v bežnej triede majú možnosť porovnávať svoje všeobecné schopnosti ako je intelekt, pohotovosť a iné schopnosti, ktoré sú predpokladom úspechu v školskej práci so žiakmi bez ŠPU, ktorí väčšinou dosahujú lepšie výkony v škole ako žiaci s ŠPU. Žiaci s ŠPU v špeciálnej triede (možno s diagnostikovanou ťažšou formou špecifickej poruchy učenia než žiaci s ŠPU integrovaní v bežnej triede) svoje všeobecné schopnosti a spôsobilosti porovnávajú iba medzi sebou - žiakmi, ktorí majú výraznejšie ťažkosti v učení. V súčasnosti sa v otázke integrácie žiakov s ŠPU v medzinárodnom meradle všeobecne uznáva, že segregácia a integrácia nemajú byť vo výchove postavené proti sebe. Výchovno-vzdelávací systém má počítať s celým radom edukačných možností, ktoré tvoria kontinuum od úplnej integrácie v bežnej triede až po segregovanú edukáciu najkomplikovanejších prípadov v špeciálnych triedach (Špotáková, Zvalová a kol., 1992).

U 70-80% prípadov je náprava špecifických porúch učenia natoľko úspešná, že pomôže dieťaťu dosiahnuť sociálne únosnú úroveň čítania, písania a počítania. To znamená, že napr. dieťa trpiace dyslexiou je schopné sa čítaním učiť a čítať si aj pre zábavu. Mnohé deti s dyslexiou dosiahnu vyššiu úroveň a uplatnia svoju intelektovú kapacitu v ďalšom vzdelávaní a v spoločenskom zaradení. Aj pri tomto relatívne optimistickom pohľade sa snažíme získať rodičov a učiteľov pre spoluprácu v procese nápravy, ktorý je zvyčajne dlhodobý, vyžaduje si trpezlivosť, vytrvalosť, vysokú odbornú kompetenciu vo vedení zo strany odborníka (Štátny pedagogický ústav, 2004).

Intervencie v procese pomoci deťom so špecifickými poruchami učenia môžeme zhrnúť do týchto bodov:

1. Previesť starostlivý diagnostický rozbor prípadu. Je dôležité poznať mechanizmy, ktoré viedli k vzniku poruchy a osobnosť dieťaťa.
2. Nápravný postup prispôbiť individuálnej povahe prípadu. Neexistuje žiadna nápravná metóda, ktorá by bola univerzálne účinná.
3. Vytvoriť priaznivú liečebnú atmosféru. Nešetriť povzbudzovaním dieťaťa a venovať psychoterapeutickú pozornosť rodičom.
4. Zaisťiť komplexnú nápravnú starostlivosť. Je treba do nej zapojiť odborných pracovníkov ďalších odborov a koordinovať ich činnosť.
5. Zaisťiť dobrý začiatok nápravného procesu. Volíme také pracovné postupy a taktiky, ktoré navodia u dieťaťa a jeho vychovávateľov hneď v úvode nádej na úspech.

6. Snažíme sa udržať záujem dieťaťa a vychovávateľov vhodným zaobchádzaním s výchovnými odmenami, súťažami so sebou samým a pod.
7. Účelný výber nápravných metód. Tieto nemajú byť ani nad ani pod možnosťami dieťaťa, treba ich obmieňať a prispôbovať pokrokom, ku ktorým práve prichádza.
8. Odhadovať realisticky prognózu. Aj napriek optimizmu vždy prihliadame k hraniciam možností dieťaťa. Nečakáme zázraky, ale výsledky spolupráce.
9. Uvažujeme o výbere ďalšej školskej i životnej dráhy dieťaťa, vhodnej voľbe povolania a poučeniu tých, ktorí budú s dieťaťom prichádzať do kontaktu (podľa Matějčka a Dytrycha, 1994).

## **8 PORUCHY SPRÁVANIA**

### **Obsah kapitoly**

V kapitole predstavíme súčasný pohľad na širokú a značne nejednotnú oblasť poruchových prejavov v správaní detí a jednotlivé typy porúch správania. Podľa MKCH-10 zaraďujeme poruchy správania do kategórie Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania (F90 – F98). Podkategóriu F91 predstavujú poruchy správania. Emočným poruchám správania sa venujeme v samostatnej kapitole (9).

### **Charakteristika porúch správania**

Súčasná klasifikácia porúch definuje poruchy správania ako opakované a pretrvávajúce, asociálne, agresívne alebo vyzývavé konanie, ktoré porušuje sociálne normy a očakávania primerané veku dieťaťa. Adjektívum pretrvávajúce je bližšie vymedzené trvaním najmenej 6 mesiacov.

Delenie porúch správania podľa MKCH-10:

F91.0 Poruchy správania obmedzené na rodinný kruh

F91.1 Porucha socializácie

F91.2 Socializovaná porucha správania

F91.3 Opozičná vzdorovitá porucha

F91.8 Iné poruchy správania

F91.9 Nešpecifikované poruchy správania

Poruchy správania predstavujú vážny spoločenský a psychologický problém. Problematika detí s poruchovým správaním je rozsiahla, pretože narušené správanie sa môže prejavovať symptómami, ktoré nájdeme aj v rôznych iných klinických kategóriách a poruchách (napr. impulzivita pri ADHD, agresívne reakcie u dieťaťa s opakovanými epileptickými záchvatmi).

Poruchy správania je potrebné odlíšiť od bežnej nedisciplinovanosti alebo jednorazového porušenia sociálnych alebo právnych noriem. Aj pri splnení kritérií daných MKCH-10 môže byť diagnostika porúch správania náročná. Niekedy správanie

dieťaťa zodpovedá očakávaniam rodiny a vtedy ide skôr o sociologicky podmienené poruchy správania, napr. v prípade kriminálnej subkultúry.

V MKCH -10 sú poruchy správania rozdelené na socializované, kedy dieťa má primerané väzby v rodine aj mimo nej a nesocializované, kedy hlbšie vzťahy a najmä vzťahy k vrstovníkom u dieťaťa chýbajú.

### **Výskyt a príčiny porúch správania**

Výskyt porúch správania v detskom veku je pomerne ťažko určiť, pretože závisí napr. od diagnostických kritérií, ktoré môžu byť rôzne. Tiež určiť prechod medzi výraznejším prejavom bežného správania a jednoznačne vyjadrenou poruchou je niekedy ťažké.

Poruchy správania sú širokou a nejednotnou kategóriou, ktorá zahŕňa rôzne neprimerané prejavy v správaní. Ich príčinou nie je organické poškodenie CNS alebo vývinová chyba. Sú to nežiaduce prejavy, charakterizované spoločenskou neprispôsobivosťou, nerešpektovaním ustálených spoločenských noriem. V ich popredí sú faktory výchovné, nie psychopatologické. Niektoré z nich možno ovplyvniť primeranými výchovnými a pedagogickými postupmi, iné, závažnejšie, si vyžadujú osobitný terapeutický prístup (Matějček, Dytrych, 1994).

Súčasná klasifikácia porúch popisuje jednotlivé typy porúch správania bez ohľadu na ich etiológiu. Ak chceme rozumieť deťom s poruchovým správaním, je potrebné uvažovať o možných príčinách v ich pozadí.

Poruchy správania predstavujú komplexný problém, ktorý nie je determinovaný len jedným činiteľom, ale vzájomnou interakciou viacerých z nich (biologických, spoločenských, sociálnych, osobnostných (Řičan, Krejčířová, 1997).

**Genetické** dispozície sa prejavujú najmä na úrovni temperamentu. Za rizikové faktory považujeme v tomto smere impulzivitu, dráždivosť, potrebu vyhľadávať vzrušenie, znížený sklon k úzkostnému prežívaniu, necitlivosť k spätným informáciám.

**Biologické** dispozície – ide o znevýhodnenie v zmysle porušenia štruktúry alebo reagovania CNS rôznej etiológie. Príčinou môže byť napr. problematický pôrod, úraz hlavy, zápal mozgu a pod. Uvedené biologické činitele môžu predstavovať rizikový faktor, ktorý zvyšuje sklon k neprimeraným a nežiaducim spôsobom reagovania.

**Vplyv sociálneho prostredia.** Sociálnemu prostrediu a porozumeniu jeho vplyvu na vznik porúch správania pripisujeme dôležitú úlohu.

V etiológii porúch správania zohráva dôležitú úlohu nevhodná výchova a nedostatky v sociálnom prostredí dieťaťa. Základnú sociálnu skúsenosť poskytuje dieťaťu rodina, preto jej vplyv považujeme za najvýznamnejší. Rodina je zdrojom napodobňovania, identifikácie, prijímania hodnôt, osvojovania si noriem v pozitívnom i negatívnom smere. Rizikovým pre vývin dieťaťa a jeho správanie je najmä nedostatok pozitívnych emočných väzieb, prísnosť až hostilita rodičov, neprimerané interakcie v rodine (hádky, spory, konflikty), disproporcie v miere požadovanej disciplíny, nedostatok pozitívneho sociálneho učenia, neúplné rodiny, alkoholizmus, iná závislosť, osobnostná alebo iná psychická porucha u rodičov.

Aj životné prostredie môže prispieť k rozvoju nežiaduceho správania, napr. typická anonymita veľkých sídlisk s nízkou sociálnou kontrolou (Kariková, 1996).

Hoci úroveň rozumových schopností nie je faktorom, ktorý ovplyvňuje riziko vzniku porúch správania primárne, deti s poruchami správania sa vyznačujú v priemere o niečo nižšou úrovňou rozumových schopností než je populačný priemer. Porucha správania môže súvisieť aj s psychickým ochorením a byť jeho dôsledkom (napr. agresívne správanie u dieťaťa s epilepsiou). Niektoré prejavy poruchového správania sa viažu k jednotlivým vývinovým obdobiam a sú ich súčasťou, napr. vzdorovité správanie v batolivom a predškolskom období.

Jednotlivci s poruchou správania mávajú problémy vo vzťahoch a často sa týmto spôsobom prejavujú v rámci partie. Charakter poruchového správania sa počas vývinu mení. Narušené správanie sa v období dospievania trvalejšie diferencuje a výkyvy v správaní sú skôr prechodné. Spoločnosť posudzuje problémové správanie väčšinou negatívne, s čím súvisí tendencia k značkovaniu jednotlivca s problémovým správaním a odmietavý postoj k nemu, čo mu následne znemožňuje získať prijateľnejšiu sociálnu pozíciu v rôznych skupinách. Závažnejšie a pretrvávajúce poruchové správanie v období adolescencie môžu naštartovať nepriaznivú a často nemennú životnú dráhu problémového jednotlivca.

V prístupe k jednotlivcom s poruchovým správaním a pri náprave porúch správania zohráva dôležitú úlohu spolupráca s rodinou, v závažných prípadoch represívne opatrenia formou ústavnej alebo ochrannej výchovy. Prevencia problémového

správania, ich skoré zachytenie a náprava, resp. liečba v skorých fázach ich rozvoja patria medzi najúčinnejšie prístupy k problémovému správaniu.

### **Typy porúch správania**

Poruchy správania môžeme kategorizovať podľa rôznych kritérií, napr. podľa závažnosti, miery kontinuity, charakteru poruchového správania.

Z hľadiska viazanosti porúch správania na prostredie ich môžeme rozdeliť na psychologicky a rodinne podmienené. V závislosti od charakteru porúch môžeme hovoriť o neagresívnych (klamstvá, krádeže, záškoláctvo, túlanie) a agresívnych formách správania (šikanovanie, bitky, vandalizmus, násilné činy), ktoré porušujú sociálne normy.

Vágnerová (2004) uvádza zistenie, podľa ktorého štruktúra priestupkov (prejavov poruchového správania) u detí v školskom veku približne zodpovedá štruktúre priestupkov páchaných dospelými.

### **Psychologicky a rodinne podmienené poruchy správania**

MKCH-10 rozdeľuje poruchy správania na psychologicky a rodinne podmienené.

#### ***Psychologicky podmienené poruchy správania***

Psychologicky podmienené poruchy správania môžeme rozdeliť do štyroch skupín:

1. Porucha správania je prejavom hľadania náhradného uspokojenia.

Porucha správania je v tomto prípade hľadaním náhradného uspokojenia pri strate alebo citovej deprivácii. Môže byť tiež vyjadrením potrieb, ktoré dieťa nemôže vyjadriť v svojom prostredí, cíti sa izolované a odmietané. Uvažujeme najmä o chýbaní uspokojenia potrieb pozornosti a uznania. Prejavom poruchy správania môžu byť napr. aj krádeže alebo sexuálne priestupky. Aj problémy v oblasti identity, hľadania seba samého a svojho miesta môžu byť prejavom porúch správania.

2. Volanie o pomoc

Keď sa dieťa nachádza v ťažkej životnej situácii, je výrazne úzkostné a depresívne, poruchové prejavy v správaní nemusia byť zamerané na uspokojenie vlastných potrieb a pôsobia na prvý pohľad nezrozumiteľne a nezmyselne. Dieťa sa správa, akoby vedelo, že takéto správanie mu pomôže z konfliktnej situácie uniknúť a chce nejakým spôsobom na seba upozorniť.

### 3. Poruchy správania so vzťahom k emočnej deprivácii

Poruchové správanie v tomto prípade súvisia s dlhodobou citovou depriváciou v rodine alebo v ústavnom prostredí, v ktorom dieťa vyrastá. Správanie nesúvisí s konkrétnou traumatickou udalosťou ani s emočnými poruchami. Výchovné prostredie rodiny sa môže vyznačovať chýbaním dôslednosti a disciplíny. U týchto detí sa stretávame často s poruchami v učení, príznakmi ľahkej mozgovej dysfunkcie, impulzivitou, problémami v nadväzovaní sociálnych vzťahov.

### 4. Poruchy správania na báze disharmonického vývinu osobnosti

Týmto deťom akoby celkom chýbala schopnosť nadväzovať primerané vzťahy k druhým ľuďom. Pre ich správanie je typická impulzivita, agresívne tendencie, správanie zamerané na okamžité uspokojovanie vlastných potrieb, chýbanie zábran a kontrola vlastného správania. Neprežívajú lásku ani pocity viny, nedokážu sa poučiť z vlastných skúseností. Niekedy asociálne činy vopred plánujú a môžu pred ich uskutočnením prejavovať výkyvy v nálade. Ich správanie voči dospelým ľuďom môže byť zdvorilé, milé, dokážu prejavovať ľútosť, sľúbiť polepšenie, avšak len na verbálnej úrovni, nie činmi.

Disharmonický vývin osobnosti, ktorý smeruje k poruche osobnosti v dospelosti, je veľakrát podmienený ťažkou citovou depriváciou v rannom veku a preto aj prognóza je u týchto detí otázna, skôr negatívna.

### ***Rodinne podmienené poruchy správania***

Uvedieme päť kategórií rodinne podmienených porúch správania:

1. Rodinne podmienené poruchy správania súvisia s nedostatočne osvojenými morálnymi normami rodičov, ktorí nie sú vhodným modelom pre dieťa. Rodičia nevyjadrujú nespokojnosť pri drobných vydarených podvodoch dieťaťa, ale naopak, sú nespokojní, ak je napr. dieťa chytené pri krádeži v obchode a potrestajú ho za nevydarenú krádež. Rodičia nepriamo alebo aj priamo nabádajú dieťa k porušovaniu sociálnych noriem.
2. Dieťa s poruchou správania vystupuje v rodine v role „obetného baránka“. Porucha správania u dieťaťa pomáha udržať rovnováhu v rodine, riešiť rodinné konflikty a prostredníctvom nej je možné vysvetliť všetky problémy v rodine bez narušenia sebaobrazu jednotlivých členov rodiny.

3. Kariková (1997) dopĺňa kategóriu rodinne podmienených porúch správania o poruchy správania ako následok syndrómu subdeprivácie. Uvedený syndróm vzniká ako dôsledok absencie podnetov a potrieb dôležitých pre vývin dieťaťa v navonok funkčnej rodine. Dieťaťu chýba najmä emočná istota, osvojovanie si primeraných noriem správania, nemá možnosť vnímať zmysel a hodnotu toho, čo človek robí, je demotivované. Život dieťaťa sa potom môže prejavovať pasivitou, ľahostajnosťou, alebo poruchovým správaním.
4. Rizikom pre vznik poruchového správania môže byť aj neúplná rodina, v popredí s absenciou, príp. nedostatkom autority otca a mužského vzoru správania.
5. Vzorce disociálneho správania prezentovaného rodičmi, ktorí týrajú, zneužívajú a zanedbávajú svoje deti, vedú k napodobňovaniu u detí a prejavujú sa rôznymi formami poruchového správania.

### **Neagresívne poruchy správania**

Medzi neagresívne poruchy správania zaraďujeme priestupky detí, ktoré sa vyznačujú neagresívnym správaním a nesúvisia s páchaním trestnej činnosti. Patria sem úteky z domu a túlanie, klamstvá, krádeže, záškoláctvo, drobné podvody a pod. Ich riešenie a náprava sú v kompetencii rodiny, školy i intervencie v podobe poradenstva príp. psychoterapie.

Bližšie sa budeme venovať útekom z domu a túlaniu, klamstvám a krádežiam.

#### ***Úteky z domu a túlanie***

Útek je neprimeraná, úniková forma riešenia záťažovej situácie, z ktorej dieťa nevidí iné východisko a vzdiali sa z výchovného prostredia bez vedomia rodičov či vychovávateľov na kratšiu alebo dlhšiu dobu.

Motívmi túlania môžu byť časté konflikty s rodičmi, snaha „potrestať rodičov“, nadmerná frustrácia, strach zo zlého zaobchádzania, snaha vyhnúť sa trestu (napríklad po zlom vysvedčení), napodobnenie kamarátov, filmových hrdinov, túžba po dobrodružstve, v adolescencii sklamanie v láske, intenzívne problémy doma alebo v škole.



Úteky môžeme rozdeliť na:

- impulzívne – ide o útek bez rozhodovania a plánovania, o podľahnutie momentálnemu nápadu
- plánované, s jasným motívom a premysleným plánom.

Úteky sa môžu realizovať individuálne alebo skupinovo. Častejšie sa s nimi stretáme u chlapcov než u dievčat, v pomere asi 3:1. Medzi utekajúcimi nájdeme často deti s diagnózou epilepsie, emočnými a psychotickými poruchami.

Túlanie je dlhšie trvajúce alebo dlhodobé opustenie domova, ktoré môže nadväzovať na útek. Väčšinou je plánované. Potrebné prostriedky môže dieťa alebo mladistvý získať podvodmi, klamstvom, krádežami. Túlanie môže byť i formou úniku zo zdanlivo bezvýhodiskovej situácie alebo vyhnutím sa trestu, podobne ako pri útekoch.

Úteky z domu a túlanie sa niekedy spájajú so záškoláctvom. Je to únikové správanie s cieľom vyhnúť sa rôznym nepríjemnostiam v škole. Jeho akceptovateľnejšou formou je i predstieranie choroby.

K záškoláctvu môžu viesť dieťa rôzne motívy, napríklad adaptačné problémy, nechť k školskej práci podmienená nižšími rozumovými schopnosťami, kedy dieťa nestačí tempu ostatných. Nadané dieťa sa zase môže nudiť, alebo nemá kamaráta, nerozumie si so spolužiakmi či učiteľom (Popelková, 1994).

### ***Klamstvo***

Klamstvá hodnotíme vzhľadom k vývinovej úrovni detí. Dieťa v predškolskom veku (približne do šiestich rokov) nevie vždy rozlíšiť klamstvo od skutočnosti a vtedy hovoríme o detskej lži, klamstve.

V školskom veku je už dieťa väčšinou schopné odlíšiť vonkajšiu skutočnosť od svojich prianí a spomienku od fantázie. Prvá lož je účelová a môže mať rôzne motívy:

- upútať na seba pozornosť, získať postavenie v kolektíve
- vyhnúť sa trestu alebo nepríjemným dôsledkom nevhodného správania
- pomstiť sa kamarátom alebo dospelým
- napodobniť niekoho
- urobiť si život zaujímavejším.

Výskyt lží často posilňuje úspech v klamaní, najmä ak pomôže dieťaťu vyhnúť sa trestu, ktorý je najčastejšou príčinou detských klamstiev. Dieťa niekedy ťažko rozozná, kedy je

lož „dobrá“ a kedy „zlá“, najmä keď je svedkom drobných klamstiev v spoločnosti dospelých.

Prevenciou lži u detí je vhodné výchovné pôsobenie s odstraňovaním príležitostí ku klamaniam.

V prístupe k deťom, ktoré klamú alebo sa dopustia krádeže, sledujeme základný cieľ - dodať dieťaťu viac mravnej odvahy priznať sa a vidieť dôsledky svojho činu. Rozhorčené dohováranie, karhanie, odsúdenie dieťaťa alebo mravná kritika posilňujú a podporujú zastieranie pravdy a znižujú sebavedomie dieťaťa (Končeková, 1996). Medzi formy klamstiev zaradíme tiež zapieranie a vystatovanie sa pred kamarátmi.

### ***Krádeže***

Krádež je osvojenie si predmetu, veci, o ktorej dieťa vie, že mu nepatrí, ale túži ho mať. Pravá zámerná krádež predpokladá taký stupeň duševného vývinu, v ktorom dieťa chápe a vie rozoznať, čo patrí jemu a čo iným ľuďom, čo je cudzie. Pri krádežiach nás preto zaujíma ich dôvod, vek dieťaťa, jeho psychickú zrelosť, počet krádeží, hodnotu ukradnutých vecí, spôsob, ako dieťa vec získalo.

Príčiny krádeží u detí sú rôzne:

- túžba alebo skutočná potreba získať niečo pre seba
- snaha získať ukradnutou vecou prestíž v kolektíve
- snaha demonštrovať svoju štedrosť, odvahu, náklonnosť
- snaha vykonať niečo mimoriadne
- snaha poškodiť osobu, ku ktorej má dieťa negatívny citový vzťah.

Krádež môže byť príležitostná, alebo plánovaná, vopred pripravená. Z hľadiska častosti výskytu rozdeľujeme krádež na ojedinelú, náhodnú a návykovú, alebo opakovanú. Patologickým javom je kleptománia, krádež ktorá má nutkavý charakter. Dieťa kradne impulzívne, berie predmety bez výberu, alebo len niektoré (Kondáš, 1977).

Príčinami krádeží v detskom veku je najmä nesprávna rodinná výchova, napr. nedostatok morálnych noriem rodiny, netrestanie alebo nevšímanie si drobných krádeží, ale aj vplyv prostredia.

V posudzovaní krádeží je zvlášť dôležitý postoj rodičov, v ktorom netreba zveličovať závažnosť krádeže alebo zahanbovať dieťa, ale vyjadriť jasný nesúhlas s jeho konaním a zamyslieť sa nad motívmi, ktoré viedli dieťa ku krádeži. Školopovinné dieťa by malo

mať prístup k určitej sume peňazí, alebo by malo mať primerané vreckové, aby dostalo príležitosť naučiť sa zaobchádzať s peniazmi, vážiť si ich a samostatne rozhodnúť, ako ich použiť.

### **Agresívne poruchy správania**

Agresívne poruchy správania sa vyznačujú správaním, ktoré porušuje a obmedzuje práva ostatných a pri ktorom sa fyzicky, psychicky alebo verbálne ubližuje iným ľuďom. Zámer škodiť inému je ich spoločným znakom, hoci motívy môžu byť rôzne. Agresívne správanie zvyčajne interpretujeme ako neprimeraný prostriedok k uspokojeniu nejakej potreby. Môže ísť o nevhodný spôsob k dosiahnutiu všeobecne prijateľného cieľa. Ak chce napr. dieťa ovládať ostatné deti v triede, je cieľ agresie problematický. Skôr vzácne sa násilie pre dieťa stáva potrebou (dieťa napr. uspokojuje týranie spolužiaka). Násilné správanie a konanie môže byť zamerané voči ľuďom, zvieratám alebo veciam. Vágnerová (2004) uvádza 18,4% zo všetkých násilných činov proti ľuďom u detí školského veku, najčastejšie v podobe krutého, necitlivého fyzického napadnutia slabších a bitky rovnocenných vrstovníkov. Vzhľadom na plánovitosť a sledovanie uspokojenia potreby vlastnej moci a nadradenosti považujeme za zvlášť závažnú a nebezpečnú formu agresívnych porúch správania šikanovanie.

Šikanovanie predstavuje závažnú agresívnu poruchu správania nielen v detskom veku. Pri šikanovaní ide o násilné a ponižujúce správanie jednotlivca alebo skupinu voči slabšiemu jednotlivcovi, ktorý nemôže zo situácie uniknúť a nie je schopný sa účinne brániť (Kolář, 1997).

Prvky skupinového šikanovania možno postrehnúť najmä v strednom školskom veku, je to v čase, keď sa trieda transformuje na štruktúrovanú skupinu s normami a hierarchizovanými rolami. Skupina si niekedy touto formou dokazuje a presadzuje novoobjavenú silu a to najmä voči slabším a odlišným členom. Kto je iný, menej konformný, nie je tolerovaný. Dôležité je, že slabosť a bezmocnosť obeti násilie nielen stimuluje, ale aj posilňuje. Najmä fyzická sila chlapcov môže ku šikanovaniu prispievať. Šikanovanie má stúpajúcu tendenciu s vekom (Heřmanská, 1994).

Šikanovanie predstavuje zneužitie postavenia a moci, ktorý jednotlivec v skupine získal. Šikanujúci jednotlivec – agresor, je zvyčajne fyzicky alebo psychicky silný, má potrebu dokazovať svoju moc a prevahu nad ostatnými. Vo vzťahu k druhým býva

podozrievavý, necitlivý, bezohľadný, s výraznou tendenciou k sebakpresadeniu. Jeho svedomie je nedostatočne rozvinuté a preto necíti za svoje správanie vinu. Často ide o jednotlivcov agresívnych od skorého veku, s rôznym školským prospechom, hoci skôr sú úspešnejší. Tendenciu k agresívnemu správaniu posilňuje niekedy skúsenosť z rodiny, v podobe väčšej tolerancie k agresívnemu správaniu, ktoré sami vo výchove používajú.

Obet' šikanovania je zväčša nejakým spôsobom znevýhodnená – môže ísť o úzkostné, neisté, tiché dieťa s nízkym sebavedomím, podriaďujúce sa. Zväčša ide o fyzicky slabšie deti, menej obratné, niekedy obézne alebo inak odlišné, považované za zvláštne, nesympatické. Ich sociálne spôsobilosti sú na nižšej úrovni, nedokážu napr. nadviazať kontakt s rovesníkmi, sú pasívnejšie, hovoria málo.

Anticipácia beztretnosti je dôležitým faktorom, ktorý zrejme zvyšuje pravdepodobnosť šikanovaného. Problémom je tiež spoločenská tolerancia šikanovania, ktoré môže byť hodnotené ako prejav sily a schopnosti zvládnuť náročné, ohrozujúce situácie. V niektorých sociálnych skupinách je dokonca šikanovanie súčasťou ich noriem (napr. internáty, väzenie).

Medzi najčastejšie podoby šikanovania patrí:

- fyzické násilie a ponižovanie
- psychické ponižovanie a vydieranie
- deštruktívne aktivity zamerané na majetok obeti.

### ***Dôsledky šikanovania***

Šikanovanie je silným sociálnym stresom. Jeho dôsledkom môže byť ohrozenie až poškodenie somatického a psychického zdravia. Ide napr. o posttraumatickú stresovú poruchu s prejavmi úzkosti, depresie, vzťahovačnosti, poruchami spánku, zníženou imunitou, celkovou nepohodou. Šikanovanie môže vyústiť až do suicidálneho konania.

Možnosť fixovania skúsenosti s nepotrešaným šikanovaním môže byť nežiaducim dlhodobým následkom šikanovania. Šikanovanie je vždy záležitosťou skupiny alebo inštitúcie a jej dôsledkom je deformácia sociálnych vzťahov, hierarchie rol a postojov k normám. Negatívna skúsenosť so šikanovaním, ktorému sme nezabránili, zvyšuje nedôveru k svetu a výrazne narúša sebahodnotenie šikanovaného jednotlivca.

## **9 EMOČNÉ PORUCHY V DETSTVE A V DOSPIEVANÍ**

### **Obsah kapitoly**

V kapitole predstavíme širokú oblasť a viacero typov porúch prejavujúcich sa u detí a dospievajúcich v emočnej oblasti a oblasti správania: depresiu v detskom veku, úzkostné poruchy, elektívny mutizmus, tikové poruchy, iné poruchy správania a emočné poruchy a iné špecifikované poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania.

Emočné poruchy sú v MKCH-10 zaradené do širšej skupiny Poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania (F90 – F98). Podkategóriu F91 predstavujú poruchy správania, ktorým sa venujeme v samostatnej kapitole.

### **Emočné poruchy sú v MKCH-10 zaradené do nasledujúcich kategórií:**

F92 Zmiešané poruchy správania a emočné poruchy

F92.0 Depresívna porucha správania

F 93 Emočné poruchy so začiatkom špecifickým pre detstvo a dospievanie

F93.0 Úzkosť z odlúčenia od detí (separačná úzkosť)

F93.1 Fóbická úzkostná porucha u detí

F93.2 Sociálna úzkostná porucha v detstve

F93.8 Iné poruchy emócií v detstve

F 94 Poruchy sociálneho fungovania so začiatkom špecifickým pre detstvo a dospievanie

F94.0 Elektívny mutizmus

F 95 Tikové poruchy

F 98 Iné poruchy správania a emočné poruchy v detstve

F 98.0 Neorganická enuréza

F 98.1 Neorganická enkopréza

F 98.5 Zajakavosť

F 98.8 Iné špecifikované poruchy správania a emočné poruchy v detstve

## **Depresia v detskom veku**

Depresia v detskom veku je zaradená v MKCH-10 v kategórii Zmiešané poruchy správania a emočné poruchy pod názvom Depresívna porucha správania (F 92.0). V staršej odbornej literatúre nájdeme zriedka informácie o depresii u detí. Jedným z dôvodov je pohľad na detstvo ako šťastné a radostné obdobie, druhým názor klasickej psychoanalýzy, ktorá predpokladala, že nezrelá osobnostná štruktúra dieťaťa, najmä nesformované superego, neumožňuje vývoj depresívnej poruchy.

V súčasnosti je zrejmé, že depresia u detí sa vyskytuje takmer v rovnakej miere ako dospelých a jej výskyt v posledných rokoch má stúpajúci trend. Špecifikom depresie u detí sú častejšie somatické problémy, regresné prejavy, a „maskujúce“ symptómy.

Výskyt depresie sa udáva medzi 1-8% detskej populácie. Široké rozpätie výskytu spôsobuje nejednoznačnosť kritérií pri diagnostike detskej depresie. Z hľadiska pohlavia je výskyt depresie približne rovnaký do puberty, neskôr sa depresia častejšie vyskytuje u dievčat než u chlapcov, v pomere 2:1, niekedy až 5:1,5 (podľa Řičana, Krejčířovej, 1995).

Príčinou depresie v detskom veku je zrejme genetická dispozícia (vulnerabilita reagovať depresívnymi symptómami) v interakcii s rizikovými vonkajšími vplyvmi, ťažká psychická deprivácia a dlhodobé neuspokojenie základných biologických potrieb. Prognóza poruchy je závislá od závažnosti príznakov, výskytu iných problémov a veku. Čím skôr sa symptómy depresie prejavujú, tým vyššie je riziko opakovania. Prejavy depresie u detí sú ovplyvnené vývinovou úrovňou dieťaťa.

## **Prejavy depresie v jednotlivých vývinových obdobiach**

Charakteristiku symptómov depresie v jednotlivých vývinových obdobiach v detstve s v dospievaní výstižne uvádzajú Řičan, Krejčířová (1997).

### ***Dojčenský vek***

Depresívne príznaky boli popísané v tomto období napr. experimentálne ako reakcia na tvár matky, ktorá nereaguje na dieťa a neprejavuje žiadne emócie. Dieťa sa postupne od matky odťahuje, stráca záujem o okolie, má smutný výraz tváre, utlmenú motoriku a mimiku. Príčinou takýchto stavov v najrannejšom veku je ťažká psychická deprivácia alebo dlhodobé neuspokojenie základných biologických potrieb.

### ***Vek batol'at'a***

Symptómami depresie v batolivom veku sú náhle vzniknuté reaktívne poruchy jedla a spánku, autostimulačné správanie, strata záujmu o hru, negativizmus, zvýšená závislosť na matke s nárastom separačnej úzkosti.

### ***Predškolský vek***

V predškolskom veku je schopnosť dieťaťa vyjadrovať svoje vnútorné pocity nedostatočná, preto sa depresívne príznaky prejavujú najčastejšie somatickými príznakmi (napr. bolesťami hlavy, brucha), tiež stratou záujmu o hru a radosťou z hry, izoláciou od vrstovníkov, niekedy denným snením (prevažujú témy o bolesti, agresii, smrti), niekedy badať deštruktívne a agresívne správanie.

### ***Školský vek***

Vyjadrovanie prežívania je na vyššej úrovni ako v predškolskom veku a vo verbalizácii dieťaťa sa prejavuje nízke sebahodnotenie, pocity viny a bezmocnosti, depresívne témy (úraz, hanba, strata blízkej osoby, odmietnutie, kritika), ktoré dominujú v hre a fantázii. Zhoršený prospech v škole, strata záujmu o učenie, nesústredenosť, obmedzený kontakt so spolužiakmi, útlm ale i nekľud, hyperaktivita, vzdorovitosť, zlosť a nebezpečenstvo suicídia sú prejavmi depresie dieťaťa v školskom veku.

### ***Puberta a adolescencia***

Od symptómov depresie je potrebné odlišiť kolísanie nálad a dysforické rozlady, ktoré sú typické pre obdobie. Zvýšená zraniteľnosť môže viesť k depresii a vysoké v tomto období je aj riziko suicídia. Obraz depresie je podobný depresii dospelých – prejavujú sa poruchy nálady, znížená energia, únava, izolácia, nízke sebahodnotenie. Rizikom a príznakom depresie môže byť aj únik k drogám, alkoholu, promiskuitné sexuálne správanie. Tiež zhoršený prospech v škole, problémy v správaní a somatické potiaže môžu signalizovať prítomnosť depresie.

Depresia u detí je najčastejšie reakciou na stratu blízkej osoby, akútne alebo chronické traumatické zážitky. S endogénnou depresiou sa u detí stretávame zriedka (najskôr od obdobia puberty). Symptómy depresie sa vyskytujú asi u 40% detí s poruchami v učení, ktoré sú zrejme reakciou na zlyhávajúce v škole a neprimerané, kritické postoje okolia. Od obdobia puberty sa zvyšuje riziko suicidálneho konania a môže byť vyústením nerozpoznannej depresie.

## Úzkostné poruchy v detskom veku

V detskom veku je pre úzkostné poruchy charakteristické nadmerné a neprimerané prežívanie strachu a úzkosti.

Výrazy strach a úzkosť sa používajú niekedy ako synonymá, inokedy ich význam rozlišujeme. Strach predstavuje reakciu na skutočné, niekedy aj zdanlivé nebezpečenstvo a je viazaný na určitý objekt alebo situáciu. Úzkosť nie je viazaná na objekt, môže sa vyznačovať mnohoznačnosťou, ktorá pôsobí nebezpečne a neisto. Presné oddelenie strachu a úzkosti je zložité, pretože sa vzájomne podmieňujú a spolu splývajú (podľa Vymětala, 2004).

Strach je dôležitá signálna emócia, ktorá chráni pred nebezpečenstvom a je nevyhnutný k prežitiu. Strach je prirodzenou skúsenosťou človeka a predstavuje fyziologickú a psychickú prípravu na ohrozujúce situácie. Strach vyzýva k opatrnosti a pomáha realisticky odhadnúť nebezpečenstvo. Strach je zároveň výzvou na jeho prekonanie. Prekonanie strachu posilňuje sebadôveru i sebahodnotenie, dodáva odvahu do života.

V prežívaní je strach sprevádzaný pocitmi napätia, nekľudu, zvieravosťou. Prejavy strachu vo fyziologickej oblasti sú skôr nešpecifické a môžu zasahovať všetky orgány a funkčné systémy. Prejavom strachu je napr. zrýchlená činnosť srdca (tachykardia), zrýchlené alebo spomalené dýchanie, zvýšené svalové napätie, sucho v ústach. Strach a úzkosť sa vo fyziologickej oblasti prejavujú rovnako, pretože sú reakciou na nebezpečenstvo. Vo vonkajšom prejave sú pre strach a úzkosť príznačné zmeny v mimike, napr. strnulosť, vydesený výraz, pootvorené ústa, zblednutie v tvári, menej koordinované pohyby. V správaní sa strach a úzkosť prejavujú najčastejšie vyhýbaním alebo útekem. Konkrétne prejavy strachu a úzkosti sú podmienené biologickými dispozíciami a skúsenosťami dieťaťa získanými počas života - učením a vplyvom prostredia.

Z vývinového hľadiska je v prvých mesiacoch života problematické hovoriť o strachu a úzkosti, pretože reakcie detí na ohrozujúce podnety sú difúzne a málo diferencované, prejavujú sa krikom, plačom, vyhýbaním. Pre novorodenecké a dojčenské obdobie je typická vrodená reakcia zľaknutia pri silnejšom zvuku alebo náhlejšej zmene polohy tela. Podľa Řičana a Vágnerovej (1995) je dieťa už v druhej polovici prvého roku života schopné prežívať strach a úzkosť ako špecifický pocit. V rannom období je dôležitou vývinovou úlohou zvládnutie separačnej úzkosti okolo ôsmeho mesiaca života.



Separáčná úzkosť a strach z cudzích ľudí by mali okolo tretieho roku života dieťaťa ustupovať. Mierne formy strachu z cudzieho a neznámeho spolu so záujmom o nové sú však adaptívne a sprevádzajú celý život. Ak strach z neznámeho a obava z odlúčenia pretrvávajú aj na konci predškolského veku, sú signálom možnej poruchy. V predškolskom veku sa stretávame z množstvom prechodných, vývinom podmienených strachov a úzkostí, ktoré súvisia s magickým myslením, rozvojom fantázie a častými objektmi strachu sú bytosti z rozprávok a filmov, obavy z tmy, zo straty lásky, opustenia rodičmi. Ak tieto strachy nie sú posilňované, prirodzene ustupujú. S rozvojom svedomia sa možným zdrojom obáv stávajú sebahodnotenie a hodnotenie rodičovskou autoritou.

V období medzi tretím až ôsmym rokom života má základ veľa strachov a úzkostí, napr. strach zo zvierat, z vyšetrenia u lekára. So špecifickými strachmi typickými pre dospelý vek, napr. strach z otvorených priestranstiev (agorafóbia), strach z uzatvorených priestranstiev (klaustrofóbia) sa stretávame obvykle až v dospievaní. Porovnanie medzi deťmi vo výkonoch aj v iných oblastiach, ktoré sprevádza školský vek, býva sprevádzané pocitmi menejcennosti, obavami zo zlyhania, neschopnosti. Okolo desiateho roku môže viesť pochopenie smrti, jej nezvratnosti a univerzálnosti i skúsenosť dieťaťa so smrťou blízkeho človeka k vzniku strachu z tmy a smrti. Zdroje strachu v období dospievania súvisia so sebaobrazom, vzhľadom a viažu sa k vnútorným rozporom, frustráciám a „hľadaniu seba“ v období budovania identity.

So vznikom a vývinom strachu sa u detí i dospelých vytvárajú spôsoby jeho prekonania – zvládania. Strach, ktorú slúži k zachovaniu života, sa spája s konštruktívnymi stratégiami zvládania, ktoré sprostredkujú pocit sily. Chorobný strach vedie podľa Roggeho (1999) k slabosti a pocitu bezmocnosti. Napr. dieťa, ktoré pohrýzol pes, môže prejavovať strach pri každom stretnutí sa s ním. V priebehu vývinu však môže strach zo psov ustúpiť. Čím je dieťa zrelšie, cíti sa silnejšie a tým je aj menej vystavené objektu strachu. Strach sa však môže rozšíriť na všetkých psov, s ktorými prichádza dieťa do kontaktu. Pokiaľ strach dosiahne stupeň a intenzitu, ktorá sťažuje bežný život, ohrozuje proces zrenia, vtedy strach prestáva plniť ochrannú funkciu, bráni vo vývine a stáva sa patologický (dieťa napr. odmieta ísť z domu von zo strachu pred susedovým psom, ktorý je za ohradou).

Z preventívneho hľadiska je najvhodnejšie deti čo najmenej vystavovať negatívnym skúsenostiam, ktoré vyvolávajú a sprevádzajú strach a úzkosť (Vymětal, 2004). Strachu

a úzkosti sa však nie je možné celkom vyhnúť. Deti sa naučia určitým spôsobom vyrovnávať sa so strachom a úzkosťou, zvládať ich alebo mať ich lepšie pod kontrolou.

Za faktory vzniku úzkostných porúch považujeme kombináciu genetickej dispozície so spolupôsobiacimi vplyvmi prostredia, napr. výchovou, postojmi rodičov a pod.

Aby sme úzkosť považovali za poruchu, musí dosahovať určitú intenzitu a pretrvávajúť aspoň šesť mesiacov. Dôsledkom úzkosti je nezvládnutie bežných sociálnych požiadaviek alebo narušený ďalší vývin osobnosti dieťaťa. Konkrétne prejavy úzkosti sú závislé od aktuálnej vývinovej úrovne dieťaťa a v každom období môžu mať iný charakter podľa toho, ako dieťa chápe svet a svoje miesto v ňom. Úzkostné poruchy sú podľa klasifikácie porúch MKCH 10 väčšinou zveličením normálnych vývinových trendov. Výskyt úzkostných porúch je asi 5-7% v detskej populácii. Obraz týchto porúch sa mení v závislosti od vývinovej úrovne dieťaťa.

Predstavíme tri kategórie úzkostných porúch, ktoré sú typické pre detský vek: separačnú úzkosť, fóbickú úzkostnú poruchu (školskú fóbiu) a sociálnu úzkostnú poruchu.

### **Separáčna úzkosť**

Separáčna úzkosť (podľa MKCH-10 úzkosť u odlúčenia u detí, F 93.0) je charakterizovaná neprimeraným strachom z odlúčenia od matky alebo rodičov. Zvyčajne sa separáčna úzkosť začína prejavovať okolo 6.-8. mesiaca a jej intenzita postupne s vývinom klesá. Okolo 3. roku života je dieťa väčšinou schopné zniesť bez problémov krátkodobé odlúčenie od matky. Pri separačnej úzkosti dieťa odmieta separáciu od matky, resp. dôležitej osoby, má obavy z opustenia známeho prostredia, obavy zo straty, ktoré pretrvávajú neprimerane intenzívne a dlho, t.j. na začiatku školského veku (Atkinson a kol., 2003).

### **Fóbická úzkostná porucha**

Fóbická úzkostná porucha (MKCH-10 kód F 93. 1) sa vyskytuje asi u 3% detí a môže vzniknúť už v predškolskom veku. Ak pôvodne neurčité obavy u detí nadobúdajú konkrétnejšiu podobu, neprimeranú intenzitu, dieťa nadmerne zaťažujú a bránia mu v bežnej adaptácii, stávajú sa fóbiami. Ich dôsledkom je sociálna maladaptácia.

Neprimerané strachy a obavy viažuce sa k prostrediu školy nazývame školská fóbia. Školská fóbia predstavuje neprimeraný strach zo školy a môže súvisieť aj so separačnou

úzkosťou, so strachom z odlúčenia. Prejavmi školskej fóbie je strach z určitej osoby, učiteľa, spolužiakov, alebo zlej známky, výsmechu, ubližovania iných detí. Veľakrát majú tieto deti dobrý prospech a dôvod k obavám je u nich nereálny. Signálom aj prejavom školskej fóbie bývajú vegetatívne problémy, najčastejšie sa objavujúce pred odchodom do školy, ďalej nechutenstvo, príp. zvracanie, problémy so spánkom. Strach ovplyvňuje negatívne správanie i výkonnosť dieťaťa v škole, posilňuje vyhýbavé správanie, napr. útek zo školy, chodenie „za školu“, somatické problémy. Uvedené strachy, obavy a úzkosti sa znižujú alebo celkom vymiznú napr. cez víkendy a prázdniny.

### **Sociálna úzkostná porucha**

Sociálna úzkostná porucha (F 93.2), označovaná v odbornej literatúre aj ako vyhýbavá porucha sa prejavuje neprimeraným strachom z ľudí, najmä z cudzích. Patologické pretrvávanie strachu a obáv z neznámych ľudí by malo odznieť v predškolskom veku, ak tomu tak nie je, hovoríme o sociálnej úzkostnej poruche. Ak obavy a strach z druhých ľudí vznikajú po šiestom roku života, označujú sa ako sociálna fóbia a prejavuje sa najmä v období dospievania. Charakteristikou sociálnej fóbie je vyhýbanie sa kontaktu s druhými ľuďmi alebo sociálne náročným situáciám, ktoré dieťa odôvodňuje strachom z odmietnutia, ohrozenia, výsmechu, ublíženia. V obávaných sociálnych situáciách prejavuje dieťa rôzne vegetatívne symptómy a únikové správanie. Podľa Vágnerovej (1999) môže sociálna fóbia môže negatívne ovplyvniť komunikačné kompetencie dieťaťa, ktoré sa často obmedzujú len na členov rodiny a môže vyústiť až do sociálnej inhibície typu elektívneho mutizmu.

### **Elektívny mutizmus**

Kategória porúch - Poruchy sociálneho fungovania so začiatkom špecifickým pre detstvo a dospievanie (F 94) je v MKCH – 10 charakterizovaná ako „pomerné heterogénna skupina porúch, ktorých spoločnou črtou sú abnormality sociálneho fungovania začínajúce sa vo vývinovej perióde, ktoré na rozdiel od prenikavých vývinových porúch prvotne necharakterizuje konštitučná sociálna neschopnosť alebo deficit prenikajúci všetkými oblasťami fungovania. Kľúčovú úlohu v etiológii mnohých prípadov majú pravdepodobne závažné „straty a zmeny prostredia“.

Z uvedenej skupiny porúch sa v detstve stretávame pomerne často s elektívnym mutizmom, tj. výberovou bezrečnosťou, nehovorením. Elektívny mutizmus charakterizuje emočne determinovaná výberovosť v hovorení, takže dieťa v niektorých situáciách ukazuje rečovú schopnosť, ale v iných (definovateľných) odmieta rozprávať. Dieťa v istom prostredí, napr. počas pobytu v materskej škôlke, nehovorí. Porucha sa zvyčajne spája s vyhranenými osobnostnými črtami, ktoré zahŕňajú sociálnu úzkosť, utiahnutosť, precitlivosť alebo odmietavosť.

### **Tikové poruchy**

Podľa MKCH-10 sú tikové poruchy (F 95) vymedzené ako syndrómy, ktoré sa prejavujú prevažne formou tikov.

Tikové poruchy charakterizujeme ako mimovoľné, nerytmické, opakované, rýchle, krátke, nechcené pohyby alebo vokalizácie s rýchlym začiatkom, ktorý nemá žiaden zrejmy zámer. Ide o náhle, ostré, rýchle sa opakujúce mimovoľné pohyby fyziologicky spojenej skupiny svalov. Postihnutý nemôže tiky ovládať, ale zvyčajne ich môže na rôzne dlhé časové obdobie potlačiť.

Medzi tiky zaradíme: žmurkanie, mykanie hlavou, krčenie plecami, grimasy, smrkanie, grganie, syčanie, brechavý kašeľ, koprolálie (neslušné výrazy, vulgarizmy). Tiky sa zvyčajne objavujú po námahe, strese a pri emočnom napätí.

S tikmi sa najčastejšie stretávame u 6 – 7 ročných detí, vo väčšej frekvencii u chlapcov než dievčat. Za predisponujúce faktory možno považovať zvýšenú emocionalitu, výraznú agresivitu a motorickú instabilitu.

Motorické aj vokálne tiky môžeme rozdeliť na jednoduché a komplexné. Klinický obraz tikových prejavov je rôznorodý a mnohotvárný. Najčastejšie sa vyskytujú v koincidencii s poruchami v oblasti prežívania (fóbie, depresia, úzkosť), neurodynamiky (hypo- a hyperkinézy), s čiastočným výkonovým oslabením (napr. špecifické poruchy učenia) a poruchami vo vegetatívnej oblasti (napr. enuréza). Vonkajšie faktory, napr. rodina, širšie sociokultúrne prostredie môžu zohrávať úlohu pri vzniku a pretrvávaní tikových porúch.

Zložitým tikom sa niekedy podobajú obsedantno - kompulzívne aktivity, ktoré sú rozdielne tým, že ich formy charakterizuje účel.

## **Iné poruchy správania a emočné poruchy**

### **Enuréza**

Neorganickú enurézu (F 98.0) a neorganickú enkoprézu (F 98.1) zaraďujeme v MKCH – 10 do kategórie F 98, Iné poruchy správania a emočné poruchy v detstve.

Okolo štvrtého roku života sa väčšina detí už nepomočuje (pomočujú sa asi 3% detí). Enurézu považujeme za poruchu po štvrtom až piatom roku života dieťaťa. U sedemročných detí sa neorganická enuréza vyskytuje približne u 7% detí, v štrnástom roku u 1-2%, v dospelosti je jej výskyt 0,5%. Pomočovanie sa častejšie vyskytuje u chlapcov než u dievčat, v pomere 3 - 4:1. Nočné pomočovanie (enuresis nocturna) sa vyskytuje asi v desiatich percentách vo veku medzi štvrtým a štrnástym rokom.

Enkoprézu (neudržanie stolice) považujeme za poruchu u detí starších než štyri roky. Je to vážnejšia porucha než enuréza, spojená zväčša s ďalšími psychickými problémami. U štvorročných detí je jej výskyt asi 3%, v siedmych rokoch 1,5%, v dospievaní menej než 1%. Vo výskyte enkoprézy prevažujú chlapci nad dievčatami.

Biologickým základom pomočovania je problém ovládania zvieráčov, súvisiaci s nezrelosťou príslušných mozgových centier.

Primárna enuréza ako biologicky podmienená porucha je vlastne príznakom inej choroby – asi v 10% ide o rôzne organické ochorenia, napr. vývinové anomálie močových ciest, zúženie močovej trubice, infekčné ochorenia močových ciest (Hort a kol., 2000).

Príčinou sekundárnej enurézy, vzniknutej v období, keď dieťa má osvojený nácvik čistoty a nepomočovalo sa aspoň šesť mesiacov, sú často psychogénne a psychosociálne faktory, napr. stres v rodine, nefungujúca komunikácia, trauma, necitlivý alebo náročný tréning čistoty, zanedbávanie a pod. Enuréza môže byť aj prejavom epilepsie alebo cukrovky.

Tiež genetické dispozície, zvýšená zraniteľnosť štruktúr, ktoré ovplyvňujú možnosť ovládania zvieráčov, môžu byť v pozadí vzniku pomočovania. V 70% trpel enurézou jeden rodič alebo súrodenec dieťaťa s týmto problémom.

Psychické prejavy pomočovania u detí sa viažu k oblasti prežívania, uvažovania a správania. S pomočovaním sa stretáme u detí s vývinovým oneskorením, výchovným zanedbávaním, s narušením celkového vývinu. V emočnej oblasti sa prejavuje

dráždivosť, úzkosť, strach, depresia, precitlivosť. Dôležitý je postoj k problému zo strany rodičov a samotného dieťaťa. Negatívny postoj k dieťaťu zo strany rodičov môže potencovať obranné reakcie, únik, izoláciu, agresivitu. Významný je aj sociálny význam enurézy ako problému. Schopnosť regulovať vyprázdňovanie predstavuje dôležitý predpoklad prijateľného sociálneho hodnotenia a jeho porucha môže byť dôvodom k odmietaniu a negatívnych postojov k dieťaťu.

### **Iné špecifikované poruchy správania a emočné poruchy so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania**

Medzi iné špecifikované poruchy správania a emočné poruchy (F 98. 8), v staršej literatúre označované ako monosymptomatické neurotické poruchy alebo tzv. neurotické návyky, zaraďujeme ohrýzanie nechtov, cmúľanie palca, vrútenie v nose, nadmernú masturbáciu, krútenie vlasov okolo prsta, stereotypné kývanie hlavou alebo celým telom, najmä pri zaspávaní.

Spoločnými znakmi týchto porúch sú:

- vznik v predškolskom veku
- nezrelosť CNS
- konštitučne oslabený nervový systém
- uvoľňovanie napätia
- forma pohybovej aktivity.

Neurotické návyky môžu byť prejavom zvýšeného vnútorného psychického napätia, ktoré dieťa návykom uvoľňuje. Z preventívneho hľadiska je dôležité dodržiavanie zásad duševnej hygieny, v podobe dostatku pohybu, hrovej aktivity a účelného zamestnania dieťaťa.

### **Ohrýzanie nechtov (onychofágia)**

Ohrýzanie (okusovanie) nechtov je u detí pomerne častý jav. Epizodicky sa vyskytuje približne u 20 – 50% detí. Ide o zlozvyk, ktorý sa prejavuje prechodne v období zvýšenej psychickej záťaže a zvyčajne samovoľne ustupuje. V priebehu vývinu sa väčšina detí tohto zlozvyku zbaví. Ak sa vyskytuje po tridsiatom roku života, môže byť príznakom vážnejších psychických problémov.

Negatívnymi dôsledkami onychofágie sú napr. problémy pri hre na hudobný nástroj alebo zdravotné problémy, napr. zvýšené riziko infekcie.

Ohrýzanie nechtov sa z psychodynamického pohľadu interpretuje ako výraz zvýšeného napätia a agresívnych tendencií voči okolitému svetu.

Liečbu onychfágie predstavuje psychoterapia zameraná napr. na riešenie nespracovaných traumatizujúcich zážitkov z minulosti, riešenie vzťahových problémov, terapia zameraná na uvoľnenie psychického napätia, terapia presýtením a iné. Úspešná je aj psychofarmakologická liečba.

## **10 PERVAZÍVNE VÝVINOVÉ PORUCHY**

V kapitole charakterizujeme pervazívne vývinové poruchy: detský autizmus, Aspergerov syndróm a iné pervazívne vývinové poruchy. Uvádzame ich výskyt, príčiny, klinický obraz, liečbu a uvažujeme o prognóze a sociálnych dôsledkoch týchto porúch.

### **Charakteristika pervazívnych vývinových porúch**

Pervazívne vývinové poruchy predstavujú skupinu ťažkých vývinových porúch so začiatkom v ranom detstve a prejavujúce sa takmer od narodenia. Pervazívne poruchy výrazne a komplexne poškodzujú psychický vývin takto postihnutých detí. Zasahujú do všetkých oblastí života (pervazívny znamená prenikajúci) a najvýraznejšie sa prejavujú v oblasti sociálnych interakcií a komunikácie.

Pervazívne vývinové poruchy podľa MKCH-10:

F 84.0 Detský autizmus

F 84.1 Atypický autizmus

F 84.2 Rettov syndróm

F 84.3 Iná dezintegračná porucha v detstve

F 84.4 Hyperaktívna porucha s mentálnou retardáciou a stereotypnými pohybmi

F 84.5 Aspergerov syndróm

### **Detský autizmus**

Autizmus je typická pervazívna vývinová porucha a jedna z najzávažnejších porúch detského mentálneho vývinu. Autizmus je súhrnný názov pre rôzne, niekedy ťažko rozlíšiteľné varianty s podobnými prejavmi. Jeho typickými charakteristikami je stiahnutie do seba a sklon k sociálnej izolácii. Prvýkrát tento termín použil E. Bleuler v r. 1911, ako špecifickú poruchu pod názvom ranný detský autizmus ju popísal v r. 1943 Leo Kanner. Iné, staršie názvy pre detský autizmus: Kannerov syndróm, Kannerov infantilný autizmus, včasný infantilný autizmus).



### ***Príčiny a výskyt autizmu***

Etiológia autizmu je nejednoznačná. Autizmus vzniká ako dôsledok organického poškodenia mozgu (vzniká na neurobiologickom podklade). Pre organický základ autizmu svedčí skutočnosť, že u autistických detí sa často vyskytujú epileptické záchvaty, podľa Thorovej (2007), u 16-40% týchto detí.

Na vzniku autizmu sa môže podieľať viacero faktorov. Opakovane bola potvrdená genetická podmienenosť vzniku autizmu. Ďalšími faktormi prispievajúcimi ku vzniku autizmu, niekedy dokonca považované za priame príčinné faktory sú exogénne, prenatálne pôsobiace vplyvy, napr. vnútromaternicová infekcia). Biologickým základom autizmu je funkčná alebo morfológická zmena mozgu. Dôsledkom poruchy je neporozumenie dieťaťa tomu, čo vidí, počuje a prežíva. Duševný vývin dieťaťa je narušený hlavne v oblasti komunikácie, sociálnej interakcie a predstavivosti (Train, 2001). Autizmus sprevádzajú špecifické vzorce správania. Porucha sa prejavuje od najútlejšieho veku alebo má svoj začiatok najneskôr do 30 až 36 mesiacov veku. Vývin autistických detí je oneskorený, nerovnomerný a v mnohých oblastiach kvalitatívne narušený. Porucha je relatívne vzácna, postihuje približne tri promile populácie, častejšie sa vyskytuje u chlapcov než u dievčat, v pomere asi 4-5:1. Ako príčinné faktory prichádzajú do úvahy tiež neurochemické odlišnosti CNS a vonkajšie, sociálne faktory, z ktorých za významné považujeme správanie rodičov k dieťaťu, najmä emočne chladnú výchovu a odmietanie dieťaťa.

### ***Klinický obraz autizmu***

Najnápadnejším symptómom autistických detí je porucha sociálno - komunikačných kompetencií. Autizmus postihuje väčšinu psychických funkcií a prejavuje sa najmä v troch oblastiach:

- sociálne vzťahy
- dorozumievanie
- stereotypné vzorce správania alebo zvláštne záujmy (Schopler, Mesibov, 1997).

Ďalej uvádzame bližšiu charakteristiku jednotlivých oblastí podľa uvedených autorov.

### ***Sociálne vzťahy a emočná oblasť***

- viditeľné postihnutie pri používaní rôznych foriem neverbálneho správania
- neschopnosť rozvinúť vzťahy s vrstovníkmi na úrovni zodpovedajúcej veku jedinca

- nedostatok spontánnej snahy zdieľať záujmy a poznatky s ostatnými
- nedostatočná vzájomnosť sociálna alebo citov
- nevytvára sa obvyklá citová väzba
- neschopnosť prijímať a opätovať citové prejavy
- nechápanie významu vzťahov (ruka iného ako nástroj)
- nerozlišovanie sociálnych situácií.

#### ***Dorozumievanie:***

- oneskorený alebo nedostatočný vývin hovoreného jazyka
- viditeľné nedostatky v konverzačných schopnostiach
- stereotypné a repetitívne používanie jazyka
- nedostatok spontánnych symbolických alebo sociálne napodobujúcich hier na úrovni zodpovedajúceho veku dieťaťa.

#### ***Stereotypné vzorce správania:***

- abnormálny stupeň stereotypného záujmu o aspoň jednu obmedzenú oblasť
- nepružné príľnutie k nefunkčným a opakujúcim sa spôsobom správania a rituálom
- stereotypné a repetitívne motorické prejavy
- prehnané zaujatie časťami predmetu.

Jednotlivci trpiaci autizmom majú problémy nielen s porozumením iným ľuďom, ale aj sebe samým, vlastnému prežívaniu a uvažovaniu. Autistický človek nedokáže pochopiť špecifickosť svojej identity.

#### ***Kognitívne odlišnosti autistických detí***

- problémy s orientáciou vo svete (inak, zle chápu význam a rozdiely rôznych situácií a objektov)
- nedokážu sa sústrediť – mentálne postihnutie
- v 75% sú rozumové schopnosti znížené do pásma mentálnej retardácie, len 5-20% má IQ v rámci širšej normy
- niekedy jednostranné nadanie: napr. hudobný talent, mechanická pamäť, numerické operácie
- iné spracovanie podnetov
- neschopnosť porozumieť význam rôznych podnetov
- neschopnosť plánovať, odložiť činnosť, generalizovať skúsenosť (Hort, 2000).

### ***Prognóza, sociálne dôsledky a liečba autizmu***

Autizmus sa najčastejšie diagnostikuje do troch rokov, hoci prvé príznaky sú rozpoznateľné od ranného detstva. Pre okolie je autistické dieťa značnou záťažou – rodičia nechápu kde sa porucha vzala (nebýva v rodinách) a mávajú pocity viny. Vývin dieťaťa je odlišný od začiatku a pre jeho ďalší rozvoj je dôležitá skorá diagnostika a komplexné terapeutické vedenie. Ani v tomto prípade nie je zväčša prognóza priaznivá. Za kritické sa považuje obdobie päť rokov. Ak dieťa v tomto veku nehovorí a jeho hra je len stereotypná manipulácia, ťažko ej očakávať do budúcnosti zlepšenie. Do šiestich rokov nastáva zlepšenie približne u 10-20% autistických detí. Až 60% zostáva závislých od pomoci iných ľudí – rodiny, inštitúcie. Len 5-20% jednotlivcov, ktorí sa označujú ako vysoko funkční autisti (podľa Hrdličku a Komárka, 2004) je schopných hraničného normálneho fungovania, ale aj tak pretrvávajú problémy v komunikácii, emočný chlad, zvláštne správanie, nápadnosť pre okolie. Táto skupina však predstavuje tých postihnutých, ktorí nie sú súčasne mentálne retardovaní a svojimi prejavmi sa podobajú Aspergerovmu syndrómu.

Kombinácia autizmu s mentálnym postihnutím predstavuje ešte väčšiu záťaž, pretože nižšia inteligencia sa spája s negatívnejšou prognózou. V predškolskom veku môžu byť autistické deti zaradené do špeciálnych materských škôl, denných stacionárov a neskôr do špecializovaných vzdelávacích zariadení. Integrácia do bežných škôl nie je účelná. V dospelosti je sociálne zaradenie týchto jednotlivcov náročné a väčšina je trvalo závislá od pomoci druhých (Schopler, 1999). Asi len 10% autistov je schopná čiastočného osamostatnenia s podporou a pomocou druhých. Väčšina autistov, 60-70%, je trvalo umiestnená v ústavoch (Nesnidalová, 1994).

Liečba autizmu je komplexná a zahŕňa liečbu farmakologickú, terapeutickú, najmä kognitívno - behaviorálnu, a inú terapeutickú prácu s rodinou (Ronenová, 2000).

Podľa Thorovej (2007) jediným všeobecným a preukázateľne úspešným spôsobom pomoci deťom s autizmom je špeciálna pedagogická starostlivosť s využitím metodiky kognitívno behaviorálnej terapie. Pokiaľ dieťaťu svojim špeciálnym prístupom umožníme porozumieť svetu, ktorý ho vďaka jeho hendikepu chaoticky obklopuje, je stopercentná šanca, že u dieťaťa príde k zlepšeniu. Špeciálne vyškolení pedagógovia používajú najčastejšie metodiku štruktúrovaného učenia, ktorá za prioritu považuje nácvik funkčnej komunikácie a individuálny prístup v psychoedukácii. Vizualizácia

a štrukturalizácia sú základnými metodickými piliermi prístupu k ľuďom s autizmom. Podľa uvedenej autorky k úplnému potlačeniu príznakov autizmu v 98% prípadov nedochádza.

### **Aspergerov syndróm**

Aspergerov syndróm (F 84.5) patrí medzi pervazívne vývinové poruchy s centrálnym neurologickým deficitom. Je to závažná neurobiologická (neurovývinová) porucha autistického spektra – považuje sa za ľahšiu formu autizmu. V autistickom spektre sa nachádza skôr smerom k norme než k ťažkým formám autizmu. Je charakterizovaný disharmonickým vývinom osobnosti s prevažujúcou poruchou v oblasti sociálnej interakcie a komunikácie. Na rozdiel od detského autizmu nie je pri tejto poruche výrazne narušený vývin reči ani inteligencie. Ovplyvňuje všetky zložky osobnosti a sprevádza jednotlivca po celý život. Aspergerov syndróm sa prejavuje a býva diagnostikovaný neskôr než detský autizmus, jeho rozpoznanie a diagnostika sú zložitejšie (Bucková, 2006).

Aspergerov syndróm by nemal byť diagnostikovaný u detí s IQ nižším než 70. Častejšie sa vyskytuje u chlapcov – v pomere 4:1 voči dievčatám, čo môže byť dané vyššou sociálnou i komunikatívnou zdatnosťou ženského pohlavia. Výraznejšie sa začína prejavovať okolo 3–5 rokov života. Najčastejšie sa prejaví v predškolskom veku alebo po začiatku školskej dochádzky, keď sa prejaví problémy s komunikáciou so spolužiakmi a ďalšími osobami. Rovnako ako autizmus si Aspergerov syndróm vyžaduje zvláštnu starostlivosť a špeciálne výchovné a vzdelávacie prístupy.

Ako prvý Aspergerov syndróm popísal viedenský pediater Hans Asperger (1944) a nazval ju autistická psychopatia. Skúmal skupinu detí so zvláštnym správaním podobným ako u klasického detského autizmu, ale s tým rozdielom, že tieto deti sa vyznačovali dobrou, niekedy až nadpriemernou inteligenciou a dobre rozvinutou, až hypertrofovanou rečou. Deti však nedokázali vytvárať vzťahy s ľuďmi, mali obmedzenú komunikáciu, produkovali abnormálne odpovede na niektoré bežné podnety z prostredia a mali obsedantnú túžbu po nemennosti pri zachovaní niektorých schopností, predovšetkým mechanickej pamäti. V roku 1983 americká terapeutka Lorna Wing presadila termín Aspergerov syndróm/Aspergerova porucha (Train, 2001).

MKCH-10 a DSM-IV uvádzajú tieto kritéria pre Aspergerov syndróm:

1. kvalitatívne narušenie sociálnej interakcie
2. obmedzené, opakujúce sa stereotypné spôsoby správania, záujmy a aktivity
3. poruchy v oblasti sociálneho a profesijného fungovania
4. nie je oneskorený vývin reči
5. kognitívny vývin (intelekt) je v norme, sebaobslužné zručnosti sú primerané veku, rovnako ako adaptívne správanie (okrem sociálneho) a exploratívne správanie motivované zvedavosťou
6. dyspraxia (nemotornosť) – (len v MKCH-10).

Aspergerov syndróm sa primárne líši od autizmu tým, že pri tejto poruche sa nevyskytuje celkové oneskorenie, alebo retardácia reči, ani kognitívneho vývinu.

Porucha postihuje jedného z 250 ľudí, v pomere chlapci ku dievčatám 4 : 1 až 8 : 1. V súčasnosti postihuje Aspergerov syndróm 5-6 krát viac ľudí ako klasický autizmus.

Deti s Aspergerovým syndrómom nemajú navonok žiadne viditeľné znaky poškodenia. Majú však ťažkosti s interpretáciou myšlienok a citov druhých a s pohľadom na svet z perspektívy iného človeka. Ide o deficit v senzorických procesoch pri percepcii a analýze emočných stavov a výrazu tváre (Hort a kol., 2000). Nerozumejú napr. jemným sociálnym znakom ako je úsmev, žmurknutie alebo grimasa. Chýba im empatia, spoluprežívanie. Sú neisté pri rozhovore s inými deťmi, dospelými, niekedy nereagujú. Zvyčajne u nich absentuje zrakový kontakt s inými, napr. v rozhovore so spolužiakmi, učiteľom. Aj keď rozumejú sociálnym pravidlám, nedokážu ich používať a nepoužívajú ich.

Reč detí s Aspergerovým syndrómom je konvenčná, pedantná, predčasne dospelá, má repetitívny charakter, konverzácia býva povrchná. Preferovaná je komunikáciu v oblasti vlastného záujmu. Reč máva zvláštnu intonáciu, niekedy sú prítomné poruchy výslovnosti i dikcie. Vďaka doslovnému chápaniu slov vzniká mnoho nedorozumení a nesprávnej interpretácie.

Deti s Aspergerovým syndrómom preferujú encyklopédie, zaujímajú sa často o pravek, vyhynuté zvieratá, vesmír, hudobných skladateľov, cudzie exotické jazyky, dopravu a všetko, čo s ňou súvisí. Ich záujmy majú tiež repetitívny charakter, obmedzujú všetky ostatné aktivity a sú skôr mechanické než významové. Znalosti v oblasti záujmu často smerujú dokonalosti, týmto deťom však chýba schopnosť uplatniť ju v bežnom živote.

Aspergerov syndróm nie je vyliečiteľný, ale skorý začiatok terapie môže napomôcť dosiahnuť optimálnu úroveň sociálnych spôsobilostí, najviac obmedzených poruchou. Jednotlivci s aspergerovým syndrómom môžu dosiahnuť vysoké postavenie a mať mimoriadne úspechy hlavne profesijné (Bucková, 2006).

Príkladom pomoci autistickým deťom je napr. Spoločnosť pre pomoc osobám s autizmom (SPOSA) pôsobiaca na Slovensku a realizujúca program TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children). Na rozšírenie a podporu existujúcich schopností využíva program princípy kognitívno-behaviorálnej terapie, ktorá podľa Paulíka (2009) berie do úvahy pri ovplyvňovaní a zmenách správania myslenie aj postoje. Program stavia na princípoch zlepšovania adaptácie dieťaťa s autizmom cez spoluprácu s rodičmi prostredníctvom individuálne postaveného programu štruktúrovaného učenia.

## **Iné pervazívne vývinové poruchy**

### **Rettov syndróm**

Rettov syndróm (F 84.2) predstavuje geneticky podmienené, neurodegeneratívne ochorenie. Vyskytuje sa vzácné, len u dievčat a jeho výskyt je 0,007% populácie dievčat. Ide zrejme o génovú poruchu, autozomálne dominantnú mutáciu v oblasti určitého génu, viazanú na chromozóm X. Porucha je u plodu mužského pohlavia letálna, preto sa vyskytuje len u dievčat. Medzi 6 – 12. mesiacom sa spomaľuje rast hlavy a prichádza k úbytku doposiaľ osvojených spôsobilostí, k zhoršovaniu stavu, ktorý môže vyústiť do mentálnej retardácie. Ochorenie má nepriaznivú prognózu (Říčan, Krejčířová, 1997).

### **Dezintegračná porucha v detstve (Hellerov syndróm)**

Porucha s názvom Dezintegračná porucha v detstve (F 84.3), alebo Hellerov syndróm je autistickou poruchou, ktorá vzniká po uplynutí určitého obdobia normálneho vývinu a jej príčinu nepoznáme. Dieťa sa vyvíja asi do dvoch rokov normálne a potom sa začnú prejavovať problémy v oblasti motoriky, reči, kontroly vyprázdňovania. Ide o rannú demenciu, teda úbytok schopností. Hellerov syndróm je asi desaťkrát menej častý ako

autizmus (vyskytuje sa asi u 0,005% populácie) a má nepriaznivú prognózu. U chlapcov sa vyskytuje štyrikrát častejšie než u dievčat (podľa Horta a kol., 2000).

## 11 ZÁVISLOSTI U DETÍ A DOSPIEVAJÚCICH

### Obsah kapitoly

Problematika závislosti od drog a iné typy závislostí sú jednou z oblastí života s mimoriadnym významom pre zaoberanie sa ňou a jej skúmanie, pretože spôsobujú v súčasnosti u mnohých detí a dospelých vážne problémy. V kapitole sa zameriavame na špecifiká závislostí u detí a dospelých, príčiny ich vzniku, uvádzame klasifikáciu drog, prehľad zmien a porúch vyvolaných používaním návykových látok a dotýkame sa tiež oblasti skorej intervencie.

V priebehu posledných troch desaťročí registrujeme nárast problémového a rizikového správania aj u dospelých. Pozornosť sa zameriava najmä na čoraz väčší výskyt drogového správania ako jednej z foriem rizikového správania, pretože sa uvažuje, že je často prvým krokom k iným jeho formám (kriminálna činnosť, promiskuita, adrenalínové športy, samovraždy, atď..). Dôraz na prítomnosť a pomerne malý význam pripisovaný výstrahám dotýkajúcich sa možného ohrozenia v budúcnosti, tendencia k experimentovaniu, chýbanie skúseností a náhľad na vlastnú zraniteľnosť predstavujú možné riziká vzniku závislostí. Príčinami nárastu problémového správania môže byť i všeobecný trend v spoločnosti, ktorá je zameraná skôr k materiálnym než duchovným hodnotám a spoločensko-sociálne tlaky nútia človeka k výkonnosti, zodpovednosti za seba a za svoje konanie. Uvedené spôsobuje záťaž, s ktorou sa niektorí jednotlivci nedokážu vysporiadať, a tak hľadajú a využívajú iné, často rizikové formy uvoľnenia.

### Špecifiká závislostí u detí a dospelých

Závislosť sa u detí mladých ľudí sa vyvíja oveľa rýchlejšie ako u dospelých. Najmä z dôvodu nedostatku skúseností a sociálnych spôsobilostí predstavuje závislosť vážnejšie riziká pre mladý organizmus. Nezrelosť metabolických procesov spomaľuje elimináciu návykových látok a predstavuje riziko telesného poškodenia a otravy. Ochrana detí a dospelých pred alkoholom a inými návykovými látkami je preto vo všetkých civilizovanejších spoločnostiach dôležitou oblasťou záujmu odborníkov.

Pri vzniku, rozvoji a liečbe závislostí zohráva u detí a dospelých významnú úlohu rodina, interakcie v nej a spolupráca s rodinou, resp. významnými dospelými v okolí



závislého. Charakter problémov s návykovými látkami ovplyvňuje skutočnosť, že pre dospievajúcich je charakteristická tendencia testovať hranice, riskovať, experimentovať, preháňať. Deti a mladí ľudia tolerujú výrazne nižšiu dávku drog než dospelí, majú sklon k riskovaniu a často kombinujú užívanie viacerých návykových látok.

Dlhodobá prognóza uvedených problémov je však u dospievajúcich na rozdiel od dospelých priaznivejšia. Tento fakt vysvetľujeme aj prirodzeným procesom zrenia.

## **Vymedzenie základných pojmov**

### **Droga**

Pôvodný význam slova droga znamenal surovinu používanú ako liečivo. Podobný význam má aj anglické „drug“, čo znamená lekárnicky tovar alebo liečivo všeobecne. Dnes sa droga charakterizuje ako chemická látka prírodného pôvodu, ktorá má na organizmus omamujúci alebo dráždiaci účinok (Urban, 1973).

V angličtine pre návykovú látku sa používa aj ekvivalent substancia, predovšetkým v spojení „substance use“ (užívanie návykovej látky).

WHO charakterizuje drogu ako akúkoľvek látku, ktorá po vstupe do živého organizmu je schopná pozmeniť jednu alebo viacero jeho funkcií, pôsobí priamo alebo nepriamo na centrálny nervový systém a môže mať priznané postavenie lieku.

Iná definícia charakterizuje drogu ako každú látku, prírodnú alebo syntetickú, ktorá spĺňa dve podmienky:

- má psychotropný účinok, to znamená, že nejakým spôsobom ovplyvňuje prežívanie životnej reality, situácie
- môže vyvolať závislosť.

Účinky drogy závisia od dávky, formy, spôsobu a frekvencie podávania a menia sa aj podľa očakávania osoby berúcej drogu, prostredia, okolností anamnézy a celej osobnosti konzumenta vrátane jeho veku (Škodáček, 1999).

### ***Rizikové správanie***

Za rizikové správanie považujeme správanie, ktorého výsledok nie je jasný, ktoré prináša kolísanie medzi rôznymi možnosťami negatívnych následkov, strát a pozitívnymi následkami, ziskami. Príkladom rizikového správania je fajčenie, pitie

alkoholu, užívanie iných návykových látok, rizikové športy, promiskuitná sexualita a iné.

**Drogové správanie** predstavuje konanie, ktorým sa jednotlivец dostáva pod vplyv návykovej látky, drogy. Klasifikácie drogového správania sú rôzne. Najzákladnejším diferencovaním drogového správania je delenia na užívanie (úzus), misúzus a zneužívanie (abúzus) a závislosť. Ak berieme do úvahy hľadisko oprávnenosti užívania drogy, rozlišujeme:

- a) úzus – liečba lege artis
- b) misúzus: ide o neprimerané prekračovanie terapeutických dávok liečiv, prípadne ich nevhodné kombinácie. Môžeme sem zaradiť experimentovanie a príležitostné užívanie drog.
- c) abúzus: zneužívanie, ktoré vedie k manifestácii všetkých negatívnych javov fyzických aj psychických. Abúzus označuje spoločensky neakceptovateľné užívanie drogy

### **Syndróm závislosti**

Syndróm závislosti predstavuje súbor psychických (emočných, kognitívnych, behaviorálnych) a somatických zmien, ktoré sa vytvoria ako dôsledok opakovaného užívania psychoaktívnej látky. Závislosť je možné chápať aj ako životný štýl, ktorého dominantou je zameranie na túto látku.

### **Drogová závislosť**

Drogovú závislosť môžeme definovať aj ako opakované používanie drogy, ktorá vedie k zhubnému efektu, k fyzickej alebo psychickej závislosti alebo k obom závislostiam.

*Prejavy závislosti charakterizuje:*

1. silná potreba získať a užívať túto látku (craving)
2. neschopnosť kontroly a sebaovládania vo vzťahu k užívaniu látky
3. rast tolerancie
4. abstinenčný syndróm.

*Proces vzniku závislosti môžeme rozdeliť na 4 fázy:*

1. fáza experimentovania
2. fáza príležitostného užívania
3. fáza pravidelného užívania
4. fáza návykového užívania.

Nie každý jednotlivec užívajúci drogy musí prejsť všetkými fázami. Niektorí môžu zostať v etape experimentu, iní prejdú do pravidelného užívania bez návyku, iní do poslednej fázy.

## **Toxikománia**

Pojem toxikománia je odvodený od gréckeho slova „toxon“ a „mánia“, čo znamená nadšenie, vášeň, záľuba. Toxikománia je stav periodickej, alebo chronickej intoxikácie, ktorý škodí jednotlivcovi i spoločnosti a je vyvolaný opakovaným užívaním drogy (Ondrejkovič a kol., 1999).

## **Typy závislosti (psychická a fyzická závislosť)**

### ***Psychická závislosť***

Psychická závislosť je duševný stav, prejavujúci sa neodolateľnou túžbou, nutkaním a potrebou pokračovať v konzumovaní drogy. Psychická závislosť sa prejavuje v správaní vyhľadávaním drogy napriek tomu, že konzument vie o možných rizikách vplyvu drogy na svoje zdravie. Psychická závislosť väčšinou predchádza závislosť fyzickú, Fyzická závislosť však nemusí vždy nastať, hoci príde aj k poškodeniu organizmu.

### ***Fyzická (somatická závislosť)***

Fyzická závislosť je stav organizmu, ktorý vznikol podávaním drogy, spravidla dlhodobejším, častým a prejavuje sa výskytom abstinenčných príznakov, ak je podávanie drogy na určitú dobu zastavené. Organizmus zahrnul drogu do svojej látkovej výmeny. Ide o stav adaptácie biologických funkcií organizmu na príslušnú psychoaktívnu látku, niekedy sprevádzaný zvyšovaním tolerancie.

***Abstinenčné príznaky*** sú subjektívne nepríjemné a niekedy aj nebezpečné zmeny psychických a fyzických funkcií. Tieto príznaky sú rôzne, napr. zívanie, potenie, zmeny teploty, bolesti kĺbov, nechutenstvo, úzkosť, nepokoj, nespavosť, kŕče, epileptické záchvaty, tráviace poruchy a pod. a predstavujú syndróm náhleho odňatia drogy, tzv. abstinenčný syndróm.

## **Dôsledky užívania drog**

Účinok drogy na organizmus je zväčša trvalý a toxický.

*Toxicita drogy* sa často vyjadruje prostredníctvom smrtiacej (letálnej) dávky, ktorá je špecifická pre každú drogu a tiež pre človeka.

### ***Akútna intoxikácia***

Toxický vplyv drogy po jednorazovom podaní označujeme pojmom akútna intoxikácia. Ide o prechodnú zmenu fyziologických a psychických funkcií, ktorá môže mať až charakter poruchy. Následky akútnej intoxikácie sú dočasné s možnosťou obnovy pôvodného stavu. Pri niektorých drogách môže u citlivejších ľudí vzniknúť závislosť aj pri prvom podaní, napríklad pri heroíne.

### ***Chronická intoxikácia***

Pri opakovanom podávaní drogy a ich dlhotrvajúcim vplyve na organizmus vzniká chronická intoxikácia, ktorá má trvalé následky a obnova pôvodného stavu je menej pravdepodobná.

## **Príčiny vzniku závislostí**

Závislosť od drog a nelátkové závislosti sú multifaktoriálne podmienené. Na ich vzniku sa podieľajú somatické a psychické vlastnosti jednotlivca, vplyvy prostredia, najmä sociálneho. Interakcia vplyvov určuje pravdepodobnosť experimentovania a mieru rizika vzniku závislosti. Faktory, ktoré napomáhajú vzniku závislosti sa označujú ako rizikové faktory (Orosová, Schnitzerová a kol., 2000).

Pod pojmom rizikové faktory drogového správania chápeme determinujúce (príčinné) a ovplyvňujúce faktory, pri ktorých výskyte je pravdepodobnosť, že sa u jednotlivca objaví drogové správanie. Za rizikové správanie považujeme správanie, ktorého výsledok nie je jasný, ktoré prináša kolísanie medzi rôznymi možnosťami negatívnych následkov, strát a pozitívnymi následkami, ziskami. Príkladom rizikového správania je fajčenie, pitie alkoholu, užívanie iných návykových látok, rizikové športy, promiskuitná sexualita a iné.

Iný pohľad na príčiny vzniku závislostí vymedzuje nasledujúce činitele: zloženie psychoaktívnej látky, genetické dispozície, psychické a sociálne faktory.

## 1. Zloženie psychoaktívnej látky

*Chemické zloženie psychoaktívnej látky* je dôležité z hľadiska jej pôsobenia na organizmus. Užívanie niektorých látok vyvoláva závislosť takmer kohokoľvek, napr. pri tvrdej droge – heroíne.

## 2. Genetické dispozície

Genetické dispozície predstavujú významný faktor, ktorý môže zvýšiť tendenciu užívať psychoaktívnu látku. Komplex špecifických genetických informácií, ktoré podmieňujú napr. vznik poruchy osobnosti a s tým súvisiacu potrebu nadmernej excitácie, však nie je jednoznačný. Opakovaný výskyt závislosti vo viacerých generáciách jednej rodiny môže byť spôsobený napodobňovaním tohto modelu správania.

Biologický základom vzniku závislosti od psychoaktívnej látky je určitý spôsob jeho spracovania v mozgu. Riziko užívania niektorých látok môžu ovplyvniť určité fyziologické reakcie, priebeh metabolického spracovania (napr. alkoholu). Ak alkohol navodzuje človeku príjemné pocity a jeho metabolické spracovanie nemá negatívne následky, jednotlivec bude alkohol zrejme užívať častejšie, alebo vo väčšom množstve.

## 3. Psychické faktory vzniku závislosti

*Motivácia* je spúšťačom experimentovania s psychoaktívnou látkou, môže vychádzať z individuálnych potrieb alebo je dôsledkom sociálneho tlaku. Motivácia sa dotýka najmä potreby:

- uniknúť pred niečím negatívnym
- získať niečo pozitívne
- sociálnej konformity (napr. akceptácia, uznanie v skupine v ktorej sa užívajú drogy).

*Tendencia k istému spôsobu prežívania*, uvažovania a reagovania môže tiež zvyšovať pravdepodobnosť užitia nejakej drogy.

*Emočné prežívanie* sa vyznačuje nedostatkom vnútornej vyrovnanosti, prítomná môže byť zvýšená dráždivosť, napätie, úzkosť, depresia, pretrvávajúci pocit neuspokojenia. Motívom užívania drogy môže byť potreba emočnej pohody alebo túžba po vzrušení, ktorú bežný život neposkytuje dostatočne.

*Spôsob uvažovania a hodnotenia* situácií býva poznačený slabou orientáciou v situácii, neschopnosťou adekvátne posúdiť seba i situáciu. Viazanosť na prítomnosť a aktuálnu

situáciu zvyšuje riziko voľby neprimeraného riešenia problémov. Typické je popieranie rizika a racionalizácia na kognitívnej úrovni, neprimerané sebahodnotenie, znížená sebadôvera, neprimerané očakávania do budúcnosti.

**Faktor učenia.** Faktor učenia pôsobí vo forme pozitívneho posilnenia. Keď užívanie drogy prináša uspokojenie, jednotlivci si na ňu ľahšie zvyknú. Ak prináša užívanie drogy nejaký zisk, napr. zvyšuje istotu, sebavedomie, človek sa k nej ľahšie vráti. Negatívne dôsledky užívania sa prejavujú až neskôr. Výsledky výskumov však prinášajú aj zistenia o menšej pružnosti, reagovaní rovnakými, menej primeranými vzorcami správania a nižšej schopnosti poučiť sa zo skúseností u ľudí so sklonom k užívaniu drog.

**Tendencia k určitému spôsobu reagovania** sa prejavuje najmä problémami v oblasti autoregulácie, zníženej sebakontroly, sklonom k impulzivnosti, slabými vôľovými vlastnosťami, neschopnosťou odložiť uspokojovanie potrieb. Nízka schopnosť sebaovládania vedie k väčšej pravdepodobnosti k experimentovaniu s drogou.

**Z osobnostných vlastností** súvisiacich s etiológiou vzniku závislosti sa uvádza neistota, labilita, slabá schopnosť zvládať problémy. Aj bežné problémy a situácie môžu predstavovať záťaž a droga slúži potom ako prostriedok k rýchlemu a pomerne jednoduchému riešeniu.

#### **4. Sociálne faktory**

Zo sociálnych faktorov sú významné najmä spoločnosť, mestské prostredie, rodina, sociálna skupina, nižšia úroveň vzdelania a sociálna deprivácia.

Z hľadiska **spoločnosti** ide o všeobecnú dostupnosť drog v určitej spoločnosti a jej dosiahnuteľnosť pre deti a dospelých.

**Mestské prostredie** predstavuje väčšiu pravdepodobnosť ponuky drogy, väčšiu anonymitu a možnosť menšej kontroly rizikového správania.

**Rodina** môže fungovať ako model správania, napr. pri nadmernom užívaní alkoholu, liekov, pri fajčení. Negatívny vplyv na rizikové správanie môže predstavovať aj dysfunkčná rodina, neposkytujúca model primeraného riešenia a zvládania problémov, rodina neakceptujúca dieťa, nesaturujúca jeho dôležité vývinové potreby.

**Sociálna skupina** predstavuje možný negatívny vplyv partie, v ktorej užívanie drog patrí k bežnému a prijateľnému správaniu. Riziko môžu predstavovať niektoré profesie

náročné na množstvo a zvládanie záťažových situácií a ľahšiu dostupnosť látok vyvolávajúcich závislosť, napr. zdravotníctvo. Nižšia úroveň vzdelania, spojená s neúspechmi v škole, môže predstavovať isté sociálne znevýhodnenie.

***K sociálnej deprivácii*** môže viesť nezamestnanosť, chýbanie primeranej sebarealizácie, chýbanie zázemia (podľa Rojkovej a Popelkovej, 2010).

Riziko vzniku závislostí je najväčšie u mladých ľudí. V r. 1996 tvorili mladiství vo veku 15-24 rokov 75% užívateľov drog. Príležitostné užívanie marihuany udáva 30% mladistvých, nejakú skúsenosť s touto drogou udáva tretina žiakov 9.ročníka a 76% pozná niekoho, kto užíva mäkké drogy. Z výsledkov Národnej správy o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11, 13 a 15 ročných školákov na základe prieskumu z r. 2005/2006 (Kolektív autorov, 2009) okrem iných zistení vyplýva vysoká rozšírenosť fajčiarskeho návyku u školákov v SR. Zvýšená prevalencia fajčenia u dievčat medzi rokmi 1998 a 2006 zmenila pomer medzi fajčiacimi dievčatami a chlapcami v neprospech dievčat. Z hľadiska pitia alkoholu u školákov pijú aspoň raz za týždeň už 11 roční respondenti a skôr než u detí v porovnaní s priemerom HBSC (Health Behaviour in School Aged Children) si osvojujú rizikový spôsob pitia – opitosť vo veku 13 rokov a menej. Podľa kolektívu autorov štúdie (Kolektív autorov, 2011) sa na Slovensku udomácnili v plnej miere aj nelegálne drogy, najmä marihuana. Výsledky medzinárodnej longitudinálnej štúdie ELSPC sledujúce okrem iných oblastí aj návykové správanie slovenských 11 a 15 ročných detí preukázali relatívne vysoké hodnoty návykového správania, najmä v oblasti fajčenia a konzumácie alkoholu a dievčatá sa javia významne ohrozenejšou skupinou ako chlapci (Novotný a Okrajek, 2012).

### **Klasifikácia drog**

Komisia WHO hodnotila drogy a lieky zo širšieho aspektu zameraného na prevenciu a praktické liečebné využitie. Klasifikácia vychádza z myšlienky diferencovanej kontroly jednotlivých skupín liekov a drog a z odlišného rizika ohrozenia verejného zdravia. V roku 1970 komisia WHO rozdelila návykové látky do štyroch základných skupín a každoročne zoznam upravuje podľa najnovších poznatkov o ich zneužívaní alebo liečebnom využití (Lietava, 1997):

- drogy s mimoriadne nebezpečnými dôsledkami na verejné zdravie a s minimálnym liečebným využitím. Patrí sem LSD, DMT, psilocybín, meskalín, THC a i..
- látky s miernym liečebným významom, ale podstatne ohrozujúce verejné zdravie. Patria sem amfetamíny, dexaamfetamín, fencyklidín, fenmetrazín a i..
- prevažne lieky, ktorých riziko zneužitia je stále značné, ale stúpa aj ich liečebný význam. Patria sem niektoré barbiturátové preparáty, glutetimid, pentazocín, katín a i..
- prevažne lieky, ktoré môžu byť zneužitú, ale ich terapeutický význam toto riziko vyvažuje.

Za najvšeobecnejšie rozdelenie drog sa považuje delenie podľa ich účinku na: drogy s prevažne sedatívnymi účinkami (alkohol, barbituráty a nebarbiturátové sedatíva, hypnotiká, tranquilizéry a inhalačné prostriedky), drogy s prevažne povzbudzujúcimi účinkami (kokaín, amfetamíny), halucinogény (marihuana, LSD a syntetické drogy, MDMA - extáza), narkotiká (heroín, morfium, ópium, dilaudid, matadon) (Poliaková a kol., 2000).

### **Prehľad zmien porúch vyvolaných používaním návykových látok**

V podkapitole uvádzame stručný prehľad porúch vyvolaných používaním návykových látok s poukázaním na začínajúce znaky zneužívania drog a známky ich dlhodobejšieho užívania.

Indikačné znaky zneužívania sa dotýkajú najmä povahových zmien, zmien aktivít a návykov, zmien zovňajšku až po problémy so zákonom a rôznych vecí a pomôcok, ktoré jednotlivец používa. Pri spracovaní kapitoly sme vychádzali najmä z prehľadu zmien, ako ich uvádzajú (Presl, 1994; Vágnerová, 2004; Orosová a kol., 2000; Nešpor, 2007).

#### ***Povahové zmeny***

Povaha dieťaťa sa náhle mení. V krátkych časových intervaloch sa mení jeho nálada. Je podráždenejšie, tajnostkárské, nepriateľské, má depresie, je utiahnuté do seba, pociťuje úzkosť a je zábudlivé. Dieťa môže byť vzdorovité a nedodržiava rodinné pravidlá, odmieta hovoriť s rodičmi, narastá izolovanosť od rodiny. Klesá u nich záujem



o priateľov, ktorí neberú drogy. V neskoršom období začínajú zanedbávať osobnú hygienu, odev a zovňajšok, často rozprávajú alebo píšú o smrti.

### ***Zmeny aktivít a zvykov***

Dieťa sa môže na dlhší čas utiahnuť do svojej izby. Dobrovoľne vykonáva práce, pri ktorých nie je rodičom na očiach. Nepotrpí si na systém a poriadok ako predtým. Ustavične ukrýva nejaké veci, z domu sa strácajú lieky, alkohol alebo peniaze. Zhoršuje sa jeho prospech dieťaťa v škole, v triede zaspáva, stráca motiváciu, často mešká a vynecháva hodiny. Nápadné môžu byť aj ničím neodôvodnené stavy nápadnej veselosti, alebo aktivity. Zvlášť nápadná je náhle vzniknutá nočná nespavosť, stavy skleslosti, únavy a opakujúce sa depresívne rozklady. Nie je možné ale vylúčiť, že podobné správanie môže byť prejavom iného ochorenia.

### ***Zmeny zovňajšku***

Typický je úbytok na hmotnosti, žalúdočné kŕče a únava. Dieťa má krvou podliate, napuchnuté alebo sklené oči, rozšírené alebo zúžené zrenice. Má boľavý nos okolo nozdier, kýcha a krváca z nosa. Pri žilách má viditeľné znaky po injekčných vpichoch. Dieťa stráca motorické ovládanie, chodí pomaly a je nemotorné.

### ***Vybavenie pomôckami***

U detí v izbe možno nájsť rôzne predmety a pomôcky, ktoré sú dôkazom závislosti, napr. fajky, doplnky k fajkám, cigaretové papieriky, handry a vrecká so stopami po chemikáliách, ihly, lieky, očné kvapky, nosný spray a podobne.

### ***Poruchy vyvolané užívaním alkoholu***

Alkohol a tabak spôsobujú vzhľadom na rozšírenosť najviacej zdravotných škôd spomedzi psychoaktívnych látok. Problémy s alkoholom u rodičov sú častou príčinou rôznych psychických porúch u detí. Alkohol je pre deti a dospievajúcich nebezpečnejší než pre dospelých. Pečeň nie je schopná odbúravať alkohol v takej miere ako u dospelých a deti majú aj nižšiu hmotnosť. Už malé množstvo alkoholu môže vyvolať otravu.

Začiatočnými známkami požitia alkoholu je alkohol v dychu, začervenané oči, zhoršená pohybová koordinácia, neistá chôdza, sťažená výslovnosť, slovná alebo fyzická agresia, ospalosť.

Známkami dlhodobjšieho užívania alkoholu sú tzv. okná, trasenie, ospalosť, pitie netypických nápojov a tekutín (napr. Okena), zhoršená kontrola pitia, alkohol používaný k zmierneniu nepríjemných emócií, strata priateľov nepijúcich alkohol, častejšie úrazy, telesné choroby (napr. tráviaceho systému).

### **Poruchy vyvolané užívaním organických rozpúšťadiel**

Organické rozpúšťadlá aj niektoré lepidlá sú pre detský organizmus obzvlášť nebezpečné – po dlhobjšej aplikácii poškodzujú mozog, pečeň, tvorbu krvi.

Začiatocné známky užívania: zápach po rozpúšťadlách cítiť z dych a z oblečenia, omámenosť, „neprítomnosť duchom“, bledosť, nevoľnosť. Rozšírené zorničky, začervenané oči, v intoxikácii poruchy vnímania a neprimeraná uvoľnenosť až veselosť, neprítomný pohľad, nezreteľná výslovnosť. Intoxikácia prechádza do spánku, omámenosť nepretrváva dlhobjšie. Medzi neskoršie známky užívania patrí lenivosť, nezájum, poruchy pamäti, zhoršená koordinácia pohybov, zanedbávanie školy a záujmov. Problémy v somatickej oblasti sa môžu dotýkať poruchy tvorby krvi, zvýšených hodnôt pečeňových testov, rizika poškodenia mozgu, chorôb dýchacích ciest, zmien na pokožke okolo úst a nosa.

### **Patologické hráčstvo a iné závislosti**

Podľa MKCH -10 patologické hráčstvo spočíva v častých a opakovaných epizódach hráčstva, ktoré dominujú v živote subjektu na úkor sociálnych, materiálnych, rodinných a pracovných hodnôt a záväzkov. Podľa Nešpora (1999) vznikajú u detí a dospievajúcich všetky závislosti, tiež patologické hráčstvo oveľa rýchlejšie než u dospelých.

O patologickom hráčstve ako o duševnej poruche uvažujeme podľa DSM IV pri splnení piatich z desiatich uvedených kritérií (American Psychiatric Association, 2000). Splnenie aj jedného z nich však už môže byť vážnym varovaním:

1. Zaujatosť hraním (predstavy, snívanie o rôznych situáciách pri hraní, rozmýšľanie o možnostiach získania peňazí atď.) .
2. Potreba zvyšovať stávky na dosiahnutie pocitu príjemného napätia a vzrušenia.
3. Opakované neúspešné pokusy kontrolovať alebo zastaviť hranie.
4. Prítomnosť nepokoja a podráždenosti pri prerušení alebo zastavení hrania.

5. Hranie ako spôsob odpútania sa, odreagovania od problémov, alebo spôsob odstránenia či zmierenia mrzutej nálady.
6. Opakovaný návrat do herne na druhý deň po prehre s cieľom vyhrať peniaze späť a vyrovnať straty.
7. Klamstvá rodine, terapeutom alebo iným osobám zapojeným do problému s hraním.
8. Nelegálne aktivity v súvislosti so získaním peňazí na hranie.
9. Strata zodpovedajúcich sociálnych, pracovných a rodinných kontaktov, práce alebo kariéry v dôsledku hrania.
10. Prenášanie zodpovednosti za vyrovnanie dlžôb vzniknutých v dôsledku hrania na iných ľuďoch.

Zatiaľ neexistuje definícia a diagnostické kritériá tzv. novodobých nelátkových závislostí podľa MKCH-10. Pod diagnózou F63.8 MKCH-10 uvádza Iné návykové a impulzívne poruchy. Jedná sa o iné druhy maladaptívneho správania, ktoré nie sú sekundárne k rozpoznanému psychiatrickému syndrómu a kde osoba opakovane zlyháva v snahe odolať impulzom a takto sa správať, s prodromálnym (úvodným) obdobím napätia a pocitom uvoľnenia v dobe činu (MKCH, 1992).

### **Prejavy iných, tzv. novodobých závislostí a ich neurologické koreláty**

- a) silná túžba po príjemných zážitkoch a zaujatosť týmito činnosťami
  - hrou (pri gamblingu), prácou, nakupovaním, „surfovaním“ po internete, mobilným telefonovaním a posielaním SMS
- b) problémy s kontrolou v jednotlivých činnostiach
  - práca (pri workoholizme), nakupovanie (pri shopoholizme), „surfovanie“ po internete, prijímaním a odosielaním e-mailov, telefonovaním a posielaním SMS správ. Zvyšuje sa tiež frekvencia a dĺžka času v uvedených činnostiach
- c) preferencia týchto činností pred inými činnosťami, povinnosťami, aktivitami a záujmami jedinca, ktoré následne zanedbáva
- d) pokračovanie v týchto činnostiach aj napriek vznikajúcim závažným dôsledkom ekonomickým (finančné dlhy), rodinným (konflikty a vzťahové problémy), pracovným, spoločenským, telesným a psychickým (Benkovič, 2006).

U jednotlivcov s nelátkovými závislosťami existujú isté genetické predispozície k poruchám na úrovni neurotransmiterov. Kľúčový dopamínový systém je spojený

s odmeňovaním a jeho deficit zvyšuje hladinu impulzivity (Hupková, 2009). Pri hraní hier (hlavne pri víťazstvách) dochádza k vyplavovaniu dopamínu a k pocitu uspokojenia.

### ***Závislosť od internetu***

Podľa Šmahela (2003) popri nesporných výhodách internetu je potrebné poukázať aj na niektoré jeho riziká. Virtuálny svet internetu ponúka prostredie bez zábran a subjektívny pocit anonymity. Je to priestor, kde je možné klamať, uvádzať polopravdy, môže byť zdrojom nevhodných až nebezpečných informácií. Internet ako prostriedok k hazardnej hre môže predstavovať prechod k patologickému hráčstvu. Ďalšie riziko ohrozujúce zdravý vývin detí predstavuje navštevovanie pornografických stránok. Nadmerná účasť v internetových diskusných skupinách (chat) môže viesť k zanedbávaniu reálnych vzťahov na úkor povrchných kontaktov na internete (Nešpor, 2000). Šmahel et al. (In: Hupková, 2009) zistili na vzorke 1 381 osôb, že k najviac ohrozeným skupinám patrili deti vo veku 12 až 15 rokov, u ktorých prevalencia v oboch kategóriách sledovaného správania dosahovala 23% (8% s rozvinutým závislým správaním a 15 % s ohrozených závislým správaním).

Zo zdravotných rizík uvedených aktivít uvádza Nešpor (2007) ich negatívny vplyv na pohybový systém, zrak, vznik obezity a nesprávnych stravovacích návykov, zvyšujúcu sa tendenciu riskovať a častejšie úrazy, „vyhasínanie strachu z násilia“, zhoršené vzťahy a sociálne spôsobilosti a zhoršený školský prospech.

### ***Závislosť od telefonovania a posielania SMS***

Mobilne telefóny, posielanie a prijímanie SMS správ (z anglického *Short message service*) označuje službu dostupnú na väčšine mobilných telefónov, ktorá umožňuje prenos krátkych textových odkazov medzi mobilnými telefónmi a patri medzi pomocníkov v rôznych situáciách. Závislým sa v tomto smere stáva ten, kto zvyšuje frekvenciu telefonovania, často sníva o telefonovaní, „esemeskovaní“, predlžuje čas strávený telefonovaním alebo posielaním SMS správ, pociťuje napätie a neodolateľne nutkanie zatelefonovať, poslať SMS a cíti príjemné vzrušenie pri týchto činnostiach. Častými spúšťačmi sú nuda, samota, nedostatok kvalitných a zaujímavých podnetov i nadbytok finančných prostriedkov.

## Skorá intervencia

Intervencia predstavuje vedecky zdôvodnené pôsobenie a chápeme ju vo význame výchovy, zvyšovania a obohacovania. Intervencia môže mať preventívny aj korektívny charakter. Preventívny upevňuje optimálny stav a zabraňuje jeho možnému budúcemu narušeniu a korektívny ráz intervencie sa snaží optimalizovať trvajúci nevhodný stav.

Zmyslom skorej intervencie v problémoch spôsobených drogami i hazardnými hrami je poskytnutie čo najskoršej pomoci. Takáto pomoc môže byť účinná, pomerne jednoduchá a nenáročná najmä preto, že problémy v tomto štádiu nie sú plne rozvinuté.

Uvádzame niektoré možnosti skorej intervencie u detí a dospelých:

1. Intervencia problémov spôsobených drogami a hazardnou hrou v rámci vyšetrenia pre problémy dieťaťa v škole (napr. v centre poradensko-psychologických služieb)
2. Intervencia u detského a dospelého lekára v súvislosti s telesným, príp. psychiatrickým vyšetrením
3. Formy anonymného poradenstva - linky dôvery, centrá krízovej intervencie a iné formy anonymného poradenstva
4. Písané texty (rôzne manuály, vhodné najmä pre individuálnu a rodinnú intervenciu), napr. Nešpor (1994, 1992)
5. Skorá intervencia zameraná na rodinu
6. Intervencia v prostredí školy (realizácia rôznych intervenčných preventívnych programov, napr. Orosová (2003).

Posledná uvedená oblasť intervencie v prostredí školy formou interaktívnych skupinových programov je v súčasnosti aktuálna a ukazuje sa aj ako účinná. Efektívne programy prevencie závislostí by mali obsahovať tieto zložky: informácie, rozvoj sociálnej kompetencie, najmä spôsobilosť odmietania, primeraný systém pomoci pri ťažkostiach, možnosť kvalitného využívania voľného času a jasnú školskú politiku.

Zo zásad skorej intervencie pre rodičov uvádzame nasledujúce): informovanosť rodičov, vytvoriť a dodržiavať jasné rodinné pravidlá, zabezpečiť poriadok vo finančnom hospodárení dieťaťa, predchádzať nude u dieťaťa, pomôcť dieťaťu odpútať sa od nevhodnej spoločnosti, posilňovať sebavedomie dieťaťa, spolupracovať s ďalšími dospelými, nájsť pre seba i dieťa profesionálnu pomoc, byť pre dieťa pozitívnym

vzorom, mať k dieťaťu dobrý vzťah, pomáhať mu, zároveň byť cieľavedomý a pevný (tzv. tvrdá láska“), (podľa Nešpora,1999).

Komplexná prístup k riešeniu problematiky závislostí u detí a dospelých spočíva v sformulovaní vlastnej účinnej stratégie prevencie závislostí, rešpektujúc historický, sociálny, kultúrny i aktuálny vývoj v tej ktorej krajine.

Prevenciu môžeme chápať ako cestu k posilneniu zdravia i ako cestu k predchádzaniu rôznych foriem rizikového správania.

Primárna prevencia predstavuje predchádzanie drogovým závislostiam cestou boja proti drogám a cestou boja s príčinami, ktoré ku závislostiam vedú. Stratégie prevencie drogových závislostí sú zamerané na znižovanie ponuky, dostupnosti drogy a znižovanie dopytu po nich.

Cieľom sekundárnej prevencie je zníženie alebo zmiernenie rizikového správania a je zameraná v prípade detí najmä na zraniteľné deti.

Terciárna prevencia sa snaží predísť ďalšiemu narastaniu problémov, zmenšiť následky poruchy zdravia a vrátiť postihnutú osobu do bežného, aktívneho života.

## 12 TELESNÉ A ZMYSLOVÉ POSTIHNUTIA U DETÍ A DOSPIEVAJÚCICH

### Obsah kapitoly

V kapitole sa zmeriavame na tri druhy postihnutí u detí sa dospievajúcich: telesné, zrakové a sluchové postihnutie. Uvádzame ich charakteristiky a špecifiká vývinu u detí s týmito druhmi postihnutia. Pri spracovaní kapitoly sme vychádzali najmä z prác Požára (1996, 2008), Prevendárovej (1998) a Říčana, Krejčířovej (1997).

### Telesné postihnutie

#### *Charakteristika telesného postihnutia*

Za telesne postihnutého jednotlivca sa považuje človek so zjavným nedostatkom, deficitom orgánu alebo jeho funkcie. Podľa Křivohlavého (2002) telesné postihnutie vyjadruje radikálnu zmenu tela jednotlivca v dôsledku traumatickej udalosti, radikálnu zmenu zdravotného stavu pacienta typu chronického ochorenia alebo odchýlku od normálu telesného obrazu človeka, s ktorou sa už narodil. U telesne postihnutého jednotlivca sa prejavujú zmeny a charakteristické ťažkosti pri poznávaní okolitého sveta a prejavujú sa súčasne u neho špecifické osobitosti pri utváraní osobnosti (Požár, 2008). Jedná sa o človeka s viac-menej trvalým telesným, zrakovým, sluchovým, rečovým, alebo sociálnym defektom, prípadne ochorením.

Telesné postihnutia sa môžu kumulovať, t.j. dieťa môže byť postihnuté dvomi, tromi, alebo viacerými defektami. Podľa niektorých autorov, napr. Jakabčica a Požára (1995) úplne izolované postihnutia v podstate neexistujú, pretože napokon vyúsťujú do dôsledkov oblasti osobnosti alebo jej sociálnych vzťahov.

Vplyv postihnutia na dieťa a jeho rodinu je špecifický a ovplyvnený:

1. časovým faktorom (doba v ktorej došlo k postihnutiu, resp. rozpoznaníu postihnutia)
2. druhom a stupňom postihnutia
3. príčinami vzniku postihnutia.

### ***Časový faktor***

Z prognostického hľadiska je dôležitá najmä vývinová úroveň dieťaťa v dobe, keď prišlo k postihnutiu, resp. kedy bol defekt rozpoznaný. Platí, že čím skôr sa defekt odhalí a dieťaťu je poskytnutá komplexná starostlivosť, tým lepšie sú vyhliadky do budúcnosti. Skoré postihnutie (bez ohľadu na jeho druh a stupeň) vytvára pre dieťa nebezpečenstvo skôr z hľadiska jeho mentálneho vývinu, zatiaľ čo neskôr vzniknuté postihnutie sa môže viac dotýkať vývinu osobnostného a sociálneho. Ak sa osobnosť dieťaťa vyvíjala do určitého veku optimálne a k postihnutiu prišlo v neskoršom období, prežívajú rodičia túto situáciu inak. Neskôr získané poškodenie dieťaťa prežíva rodina väčšinou menej traumaticky. Získané postihnutie menej narušuje rodičovské roly a identitu, než vrodené postihnutie. Vrodené postihnutie ovplyvňuje celkový psychický vývin dieťaťa viac než postihnutie získané v neskoršom veku. Negatívne zasahuje do uspokojovania základných psychických potrieb dieťaťa (potreby stimulácie, potreby učenia, potreby trvalého citového vzťahu a potreby socializácie), modifikuje jeho základné stratégie a postoje k životu okrem iného aj tým, že zmení sociálne postoje ľudí v jeho okolí, najmä rodičov (Požár, 2008).

### ***Druh a stupeň postihnutia***

Od druhu a stupňa postihnutia závisí aj jeho sociálny rozsah. Vyjadruje, akú spoločenskú hodnotu má postihnutá funkcia alebo orgán, akú vyvoláva sociálnu odozvu a tiež nakoľko svojho nositeľa obmedzuje a robí odlišným, ev. nápadným. Z hľadiska druhu a stupňa postihnutia predstavuje rozdiel, či dieťa trpí ľahkým sluchovým postihnutím, alebo má rozsiahle mentálne a somatické poškodenie zároveň. Niektoré druhy postihnutia sú sociálne akceptovanejšie, zatiaľ čo iné vyvolávajú rozporuplné reakcie. Za spoločensky najprijateľnejšie druhy postihnutia sa považuje rečové a zrkové postihnutie, kým mentálne postihnutie je náchylnejšie voči spoločenským predsudkom. Z hľadiska stupňa postihnutia platí, že prežívaná závažnosť postihnutia zväčša nie je priamo úmerná jeho reálnej závažnosti. Frustrácia a vyrovnávanie sa rodičov s postihnutím dieťaťa nemusí byť priamo viazaná na stupeň postihnutia. Hoci počiatočný šok býva napríklad u rodičov detí s ťažkými vývinovými abnormalitami veľký, niekedy sa ľahšie vyrovnajú so situáciou než rodičia, ktorých deti majú objektívne oveľa menší defekt (Říčan, Krejčířová, 1997).



### ***Príčiny vzniku postihnutia***

Príčiny vzniku postihnutia zohrávajú významnú úlohu v tom, akým spôsobom sa samotné postihnutie integruje do rodiny. Vrodený, najmä hereditárne podmienený defekt negatívne ovplyvňuje rodinné spolužitie, vyvoláva pocity viny, sebaobviňovanie, vzájomné obviňovanie sa členov rodiny, čím sa narúša integrita rodinného systému. Podľa Prevendárovej (1998) súvisí táto tendencia s pretrvávajúcim princípom viny a trestu, a teda všetko „zlé“, v tomto prípade postihnutie dieťaťa, musí mať nejakého „vinníka“.

### ***Adaptácia rodičov na postihnuté dieťa***

Obdobie, keď sa rodina dozvie, že dieťa je postihnuté, je pre ňu jedno z najnáročnejších období. Rodičia sa so svojim dieťaťom musia naučiť vhodne zaobchádzať. V ďalšej fáze rodičia stimulujú psychický a fyzický vývin dieťaťa adekvátne k jeho a vlastným možnostiam a schopnostiam (je vhodné, ak je to pod vedením odborníkov). Treťou je fáza vstupu dieťaťa mimo rodinné prostredie a jeho vstup do výchovno-vzdelávacieho procesu (podľa Prevendárovej, 1998).

### ***Vývin telesne postihnutého dieťaťa***

V období dojčat'a hrozí, že postihnuté dieťa nebude dostatočne stimulované a emočne akceptované. Ohrozené sú najmä potreba premenlivosti (môže viesť k stimulačnej deprivácii) a potreba istoty, stability, bezpečia (hrozí emočnou depriváciou).

Obdobie batol'at'a je obdobím budovania „prvej identity“. Postihnuté dieťa môže mať emancipačné ťažkosti v troch oblastiach:

- odpútanie z viazanosti na určité miesto
- odpútanie z viazanosti na aktuálny kontakt s realitou
- odpútanie z väzby na matku.

Nástup do školy na začiatku mladšieho školského veku znamená konfrontáciu postihnutého dieťaťa so spolužiakmi, väčšinou so zdravými. Vtedy prichádza k potvrdeniu odlišnosti ako stáleho negatívneho znaku osobnosti postihnutého dieťaťa a k uvedomeniu si nedostatkov v určitých kompetenciách. Integrácia dieťaťa do bežnej školy má však aj pozitívne dôsledky, lebo poskytuje dieťaťu socializačné skúsenosti blízke norme a pomáha pri prispôsobovaní spoločnosti zdravých, v ktorej bude v budúcnosti žiť. Voľba špeciálnej školy má svoje výhody a nevýhody. Dieťa v špeciálnom vzdelávacom zariadení nie je natoľko stresované svojou odlišnosťou a

sporom so zdravými spolužiakmi; výučba býva prispôsobená potrebám a možnostiam handicapovaných detí. Dieťa si však zvykne na izoláciu od zdravých a nenaučí sa s nimi komunikovať. V škole sa kladie dôraz na výkon. Niektoré postihnuté deti môžu prikladať výkonu nadmerný význam a dochádza k fixácii na úspech, u iných môžu vznikáť pocity menejcennosti alebo strachu zo zlyhania.

Dieťa v puberte prichádza do druhej fázy emancipácie. Odpútava sa od rodiny a viaže sa na rovesnícku skupinu. Odpútavanie dospelávajúceho dieťaťa od rodiny je pre postihnutého jednotlivca často nedostupné, inokedy ťažké, s väčším rizikom neúspechu než u zdravých detí. Väzba na spolužiakov môže byť problematická z dôvodu nezájmu a odmietania z ich strany. V špeciálnych školách sa dieťa s týmito problémami zväčša nestretáva, ale tu sa vytvára základ budúcej sociálne izolovanej menšiny, ktorej členovia nadväzujú vzťahy prevažne len medzi sebou. Vážne postihnutý jednotlivec má zúženejší výber partnera, pre ktorého by bol prijateľný. Voľba budúcej profesie a profesionálne uplatnenie v dospelosti sú u postihnutých tiež obmedzené.

Pohybovo postihnutý dospelávajúci má určitú sociálnu skúsenosť, kamarátov, ale často nie je dostatočne emočne i sociálne zrelý, aby boli pre neho boli vrstovníci dôležitejší než rodina. Problémom môže byť aj identifikácia s vrstovníkmi. Telesne postihnutý jednotlivec si uvedomuje svoju odlišnosť a určitú mieru nedostatočnosti, zároveň túži byť rovnaký ako zdraví rovesníci. Dôležitou súčasťou sebazoznania je, najmä v dobe dospievania, vonkajší vzhľad a predpokladaná atraktivita, ktorá prispieva k dosiahnutiu žiadanej sociálnej prestíže v skupine.

Postoj k vlastnému postihnutiu sa mení v závislosti od kognitívneho vývinu a môže sa napr. prejavíť potrebou vyniknúť, vyrovnáť sa zdravým a potvrdiť tak svoju kvalitu. K pokusom o takúto kompenzáciu prichádza obvykle až v období dospievania. Konkrétne môže ísť o snahu vyniknúť v nejakej intelektuálnej aktivite (napr. čítanie), v technickej oblasti (práca s počítačom), dosiahnuť úspech v štúdiu, alebo naopak, môže sa prejavíť tendencia „užiť si“, získať skúsenosti napr. aj rizikovým správaním (nadmerné pitie alkoholu, hazardné hry, promiskuitné správanie a pod.).

## **Zrakové postihnutie**

### ***Charakteristika a stupne zrakového postihnutia***

Zrak je jedným zo základných zmyslov človeka, ktorým získava väčšinu informácií o vonkajšom svete. Zrakovo postihnutí jednotlivci majú v dôsledku zníženej, alebo chýbajúcej priepustnosti optického kanálu príjem zrakových informácií výrazne znížený, alebo znemožnený. Vývin poznávacích schopností nevidiaceho dieťaťa je procesom súčasného utvárania jeho kompenzačných možností, umožňujúcich mu adekvátne odrážať vonkajší svet. Z hľadiska funkčného správania zdravého človeka zrakové postihnutie narúša a mení predovšetkým kognitívne funkcie, orientáciu a mobilitu v životnom prostredí, emočný a sociálny vývin osobnosti. Poznávanie sveta dieťaťa nevidiaceho od narodenia významne závisí od iných sensorických funkcií a svet jeho predstáv sa výrazne líši od sveta predstáv normálne vidiaceho dieťaťa (Čálek, 1984).

Zrakovo postihnuté deti tvoria heterogénnu skupinu a porucha ich zrakových funkcií môže byť rôzne závažná, kvalitatívne odlišná, vzniká v rôznom období a je spojená s rozdielnym rizikom kombinovaného postihnutia (Požár, 1996).

Závažnejšie zrakové postihnutia predstavujú sensorickú depriváciu. Dieťa môže presne a ľahko vnímať všetky zrakovo dostupné informácie, resp. preň táto dimenzia vonkajšieho života vôbec neexistuje. Pokiaľ limitované zrakové vnímanie dieťaťa neprináša jasné a zrozumiteľné podnety, nie je dostatočne motivované svoj zrak používať, čím dochádza k obmedzeniu rozvoja tejto funkcie a k následnej stagnácii.

Z hľadiska miery postihnutia možno diferencovať tri stupne zrakového postihnutia:

1. Slabozrakosť: t.j. obmedzenie zrakových funkcií na približne 15,5% normálnej kapacity. Tieto deti sú schopné bežne sa orientovať v prostredí, ich psychický vývin nebýva zásadne odlišný od zdravých detí a v školskom veku sú schopné zvládnuť požiadavky bežnej školy.

2. Zvyšky zraku: resp. praktická nevidomosť, označuje schopnosť nižšiu ako 4% bežnej kapacity až po zachovanie akejkoľvek schopnosti vizuálnej diferenciácie očného rozlišovania (napr. rozlíšenia prstov pred okom). Tieto deti majú obvykle väčšie problémy a vyžadujú si špeciálnu starostlivosť už od raného veku. Integrácia do bežnej školy býva náročnejšia a problematickejšia než u slabozrakých detí. Učenie sa realizuje

pomocou optickej techniky, ktorá zväčšuje a zosilňuje grafémy (písmo, čísla, znaky) tak, aby zodpovedali individuálnym možnostiam žiaka.

3. Nevidomosť znamená, že dieťaťu chýba schopnosť tvarového videnia, ale môže rozlišovať svetlo a tmú, prípadne dokáže určiť zdroj svetla, resp. odkiaľ svetlo prichádza. Úplná neschopnosť zrakového vnímania býva vzácnosťou. Vyskytuje sa napr. pri enukleácii (chirurgickom vybratí) oboch očí po úraze alebo nádorovom ochorení. Takto postihnuté deti potrebujú špeciálnu starostlivosť a zabezpečenie špeciálnych podmienok.

### ***Vývin zrakovo postihnutého dieťaťa***

Vývin ťažko zrakovo postihnutého dieťaťa máva obvykle typický priebeh. V kojeneckom období zvyčajne stagnuje, postupom času, v závislosti od rozvoja reči máva vzrastajúcu tendenciu. Rozhodujúcim je prostredie, v ktorom sa dieťa nachádza. Pokiaľ vyrastá v stimulujúcom (najmä na hmat a sluch) prostredí, pomerne rýchlo nastupujú kompenzačné mechanizmy, najmä sluchovými podnetmi. Kritériom záujmu dieťaťa je samotná zaujímavosť a zmysel podnetu. Rozvoj reči závisí od celkového rozvoja poznávacích procesov dieťaťa. V prípade ťažko zrakovo postihnutých detí môže byť oneskorený, nakoľko poznávanie je výrazne sťažené. Rozvoj vnímania, myslenia a pamäte je ovplyvňovaný skutočnosťou, že senzomotorické vnímanie nemá v prvých rokoch života zrakovo postihnutého dieťaťa obvyklý prínos (predstavuje málo „reálnych informácií“ v porovnaní so zdravým dieťaťom). Preto je vhodnejšie, pokiaľ sa podnecovanie spája s hovorenou rečou, t.j. s vysvetľovaním.

Nevidiace deti začínajú neskôr chodiť, pretože snaha o samostatný pohyb nie je pre ne zaujímavá; pohyb vnímajú skôr ako ohrozenie.

V období batolaťa nastáva odpútavanie sa od matky a v prípade ťažko zrakovo postihnutého dieťaťa trvá tento proces dlhšie, čo závisí najmä od miery postihnutia, zároveň aj od výchovy matky, resp. najbližšej osoby dieťaťa. Prejavom závislosti od matky je aj oneskorenie pohybového vývinu.

V predškolskom období zvyčajne dochádza k istému pokroku, mnohé schopnosti sa zlepšia až do miery dosiahnutia pásma normy u zdravého dieťaťa. Opačný prípad môže byť signálom kombinovaného postihnutia.

Pred nástupom zrakovo postihnutého dieťaťa do školy sa obvykle uplatňuje odklad o jeden rok. Dieťa je zároveň posudzované z hľadiska školskej zrelosti za účelom

výberu najvhodnejšej školy. Začlenenie dieťaťa do bežnej školy je spojené s konfrontáciou dieťaťa s bežnou populáciou vrstovníkov. Uvedomovanie si vlastnej odlišnosti môže byť prežívané negatívne a viesť k traumatizácii dieťaťa.

Začlenenie dieťaťa do špeciálnej školy poskytne dieťaťu vzdávanie primeraným, upraveným spôsobom s ohľadom na jeho hendikep dieťaťa. Na Slovensku v súčasnosti existujú pre túto skupinu detí:

- Špeciálne základné školy pre slabozrakých
- Špeciálne základné školy pre žiakov so zvyškami zraku
- Špeciálne základné školy pre nevidiacich (Požár, 1996).

Dospievanie je pre ľudí zrakovo postihnutých jednotlivcov obdobím, v ktorom má rozhodujúci vplyv na psychický vývin vnímanie svojho postihnutia a seba ako nositeľa tohto postihnutia, a zároveň ako osobnosti. Vývinový posun sa prejavuje vo zvýšenej sebakritickosti, najmä voči svojmu hendikepu.

## **Sluchovo postihnuté dieťa**

### ***Charakteristika a stupne sluchového postihnutia***

Pri sluchovom postihnutí dochádza k zníženiu priepustnosti (alebo až nepriepustnosti) sluchového kanálu v dôsledku čoho je príjem sluchových informácií výrazne znížený a spôsobuje problémy a obmedzenia v komunikácii hovorenou rečou. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) zaraďuje sluchové postihnutie na druhé miesto v závažnosti postihnutia (WHO, 2001). Z hľadiska stupňa sluchového postihnutia rozlišujeme:

1. Hluchotu – ide o stratu sluchu väčšiu ako 110 decibelov. Jednotlivci s týmto postihnutím vôbec nepočujú hovorenú reč.
2. Zvyšky sluchu – sluchová strata je viacej ako 91 decibelov. Jednotlivci s touto poruchou nemôžu vnímať hovorenú reč prijateľným spôsobom, môžu počuť niektoré rečové i nerečové zvuky, ale ich nedokážu diferencovať a reči nerozumejú.
3. Ťažká nedoslýchavosť – sluchová strata sa pohybuje v rozsahu 71-90 decibelov. Týmto jednotlivcom môže pomôcť k vnímaniu reči kvalitný načúvací prístroj. Hranica prijateľnej sluchovej frekvencie, ktorá je potrebná pre bezproblémové

osvojenie si hovorenej reči je v pásme stredne ťažkej nedoslýchavosti v rozmedzí 56 – 70 decibelov (podľa Hrubého, 1999).

Podobne ako pri zrakovom postihnutí platí, že čím v ranejšom veku porucha vzniká, tým horšie sú jej následky. Ak narušenie sluchu nastane pred vývinom slovnej zásoby (vrodené, získané narušenie sluchu okolo pôrodu, alebo v dojčenskom veku) veľmi negatívne vplyva na vývin dieťaťa, lebo dojča nemá rozvinuté regulačné mechanizmy pomocou ktorých by mohlo eliminovať rušivé javy vo svojich sociálnych vzťahoch a takto a brániť následkom sluchového postihnutia. Nepočujúce deti nepočujúcich rodičov majú dobré postavenie v rodine, lebo ich komunikačné zručnosti (väčšinou manuálnymi znakmi) sa rozvíjajú od začiatku bez problémov. Nápadným anomáliám v psychickom vývine sa možno vyhnúť, prípadne zmierniť pod vplyvom pedagogicko - terapeutickú starostlivosti, ktorá podľa možnosti začne čo najskôr od identifikovania danej poruchy .

### ***Vývin sluchovo postihnutého dieťaťa***

Sluchovo postihnuté deti nebývajú v prvom roku života ničím mimoriadne nápadné, pretože ich postihnutie v tomto období ešte nie je bežne registrovateľné a viditeľné a ani ich prejavy nie sú natoľko odlišné, aby jednoznačne signalizovali, že sa jedná o sluchové postihnutie. Väčšina rodičov zaregistruje približne okolo 6-8 mesiacu, že ich dieťa na sluchové podnety nereaguje, neotáča sa za zvukom, hlasom. Z hľadiska súčasných medicínskych možností je možné diagnostikovať poruchu už v prvých mesiacoch života dieťaťa. Ak sa jedná o ťažkú poruchu sluchu, táto býva spravidla diagnostikovaná koncom prvého alebo počas druhého roku života dieťaťa. Ľahšie poruchy sa obvykle diagnostikujú až v neskoršom období, často až v predškolskom veku (Říčan, Krejčířová, 1995).

Pre psychický vývin dojčaťa je primárny kontakt s matkou. Ťažko sluchovo postihnuté dieťa sa v sociálnej interakcii obvykle nespráva tak ako od neho najbližší očakávajú. Matka týmto nezvyčajným prejavom dieťaťa spočiatku nerozumie a nevie na ne adekvátne reagovať. Následkom je časté vzájomné „nepochopenie sa“ a oslabovanie motivácie komunikovať na oboch stranách, čo sa výraznejšie prejavuje v období batolaťa. U zdravých detí v tejto fáze vývinu dochádza k rýchlemu rozvoju reči a s tým spojeným rozvojom sociálnych spôsobilostí. U sluchovo postihnutých detí aj vzhľadom na neschopnosť rozpoznať podnet často dochádza k podnetovej deprivácii. Táto

nevzniká len vplyvom postihnutia; často je dôsledkom postojov rodičov, ktorí strácajú záujem o komunikáciu, resp. volia nevhodné spôsoby stimulácie.

V predškolskom veku sa porucha (v závislosti od miery postihnutia) najčastejšie prejavuje na artikuláčnej úrovni (nepresnosti v reči, dieťa nevyslovuje slová správne, komolí), tiež narušeniami v oblasti melódie, rytmu reči, malou slovnou zásobou a jednoduchou stavbou vety. Dieťa nie je schopné správne vnímať hovorenú reč a nie je schopné svoj vlastný rečový prejav samo korigovať. Obmedzenie sluchovo postihnutého dieťaťa v oblasti komunikačných kompetencií sa môže prejaviť aj v problematickom chápaní okolia. Často dochádza k tomu, že dieťa nerozumie správaniu a konaniu iných ľudí, čo vedie k frustrácii a k pocitom izolácie. Späťne, takéto dieťa nedokáže (vôbec, alebo len čiastočne) verbalizovať, komentovať a opisovať svoje činnosti a v rámci celkového poznávania uprednostňuje poznávanie prostredníctvom pozorovania a manipulácie s predmetmi. V predškolskom veku by malo dochádzať k určitému osamostatňovaniu sa dieťaťa. V praxi sa však potvrdilo, že matky sa k svojim nepočujúcim deťom správajú direktívnejším spôsobom. Viac ich usmerňujú a menej podporujú ich vlastnú iniciatívu (Hrubý, 1999).

Sluchovo postihnuté deti mávajú zvyčajne odloženú školskú dochádzku o jeden rok. Z hľadiska vývinu dieťaťa môže byť otázka voľby vhodnej školy problematická vzhľadom na mieru a stupeň postihnutia. Výhodou zaradenia sluchovo postihnutého dieťaťa do špeciálnej základnej školy pre sluchovo postihnutých žiakov je vybavenosť a vhodné didaktické podmienky na učenie spolu s primeranosťou výučby, rešpektujúcou možnosti dieťaťa. Za výhodu tiež možno považovať osvojovanie si znakov reči v bežných situáciách. Negatívom špeciálnych škôl je však istá izolovanosť voči zdravej populácii, čo môže viesť k narušeniu schopnosti nadväzovať vzťahy aj mimo komunitu svojich spolužiakov.

Integrácia do bežnej školy je v prípade sluchovo postihnutého dieťaťa problematická vzhľadom k tomu, že dieťaťu chýba základný predpoklad štandardnej výučby a socializácie, reč. Tieto deti málo rozumejú hovorenej reči a naopak, je náročné porozumieť tomu, čo hovoria oni. Reč sluchovo postihnutého dieťaťa býva nezrozumiteľná, obsahovo chudobná, nerešpektuje základné gramatické pravidlá. Často pozostáva zo slov bez logického spájania. Ak by sluchovo postihnuté dieťa malo byť zaradené do bežnej školy, potrebovalo by tlmočníka do posunkovej reči. Z tohto pohľadu je jednoduchšia integrácia dieťaťa, ktoré môže používať načúvací aparát

a jeho rečové schopnosti sú na prijateľnej úrovni. Výhodou integrácie do bežných škôl je možnosť socializácie so zdravými rovesníkmi a získavanie potrebných sociálnych spôsobilostí. Dieťa si zvyká na reakcie okolia na jeho postihnutie, učí sa v klasických podmienkach, čo je predpokladom na zvládanie bežných situácií v dospelosti.

Existuje však isté riziko vyčlenenia takéhoto dieťaťa z kolektívu. Vo všeobecnosti majú postihnuté deti adaptačné problémy, čo výrazne negatívne ovplyvňuje sebavedomie dieťaťa. V prípade odmietnutia si dieťa obvykle reaguje obrannými mechanizmami, ktoré môžu mať formu afektívnych prejavov, agresívneho správania alebo apatie, uzavretosti a neochoty komunikovať, čím sa stráca zmysel integrácie (Prevendárová, 1998).

V období dospievania prichádza u detí so sluchovým postihnutím k obvyklým premenám telesnej a psychickej zložky, tak ako je to u zdravých jednotlivcov. Určitý rozdiel môže predstavovať oneskorený nástup formálnych logických operácií u sluchovo postihnutých detí. Vplyvom pomalšieho a problematickejšieho rozvoja reči u týchto detí pretrváva spôsob uvažovania v rovine konkrétnych operácií. Charakteristickým pre toto obdobie je snaha o vyhľadávanie spoločnosti vrstovníkov. Ku koncu obdobia dospievania prichádza k rozhodnutiu pokračovať v štúdiu alebo pracovať; v prípade sluchovo postihnutých jednotlivcov je toto rozhodnutie závislé od miery a stupňa postihnutia spolu s motiváciou a schopnosťou adaptovať sa.



## 13 PORUCHY PRÍJMU POTRAVY

### Obsah kapitoly

V kapitole sa zameriavame na základné charakteristiky a formy porúch príjmu potravy – mentálnu anorexiu, mentálnu bulímiu a nešpecifické a nové formy porúch príjmu potravy, ktoré ako poruchy posledného polstoročia zaraďujú niektorí autori medzi tzv. civilizačné choroby.

### Charakteristika a príznaky porúch príjmu potravy

Poruchy príjmu potravy predstavujú závažné primárne duševné ochorenie a zahŕňajú zmeny v psychickej a somatickej oblasti. Pre poruchy príjmu potravy je charakteristická patologická zmena postoja k vlastnému telu, neprimerané hodnotenie proporcií tela a jeho hmotnosti a z toho vyplývajúci narušený vzťah k jedlu. Dve hlavné formy poruchy predstavujú mentálna anorexia a mentálna bulímia. Jednotlivci trpiaci poruchou príjmu potravy sa vyznačujú nadmernou sústredenosťou na jedlo a tieto ich prejavy je možné niekedy označiť ako obsedantno - kompulzívne. Ide o poruchu vzťahu k jedlu a z toho vyplývajúce správanie, ktoré máva nutkavý charakter (napr. dôsledné počítanie kalorickej hodnoty jedla, schovávanie a hromadenie jedla). Nápadná je tiež zameranosť na vlastné telo a ambivalentný až negatívny vzťah k nemu (napr. tendencia nadhodnocovať proporcie tela). Veľakrát môžeme hovoriť o komplexnejšej poruche sebachápania (Krch, 1999).

Prvýkrát sa zmienky o poruchách príjmu potravín objavili v záznamoch lekárskejších a anglických lekárov v roku 1870. Písalo sa „o odmietaní potravy, extrémnom poklese hmotnosti s amenoreou, zápchou, poklesom tepovej frekvencie“. V 19. storočí trpelo relatívne veľa dospievajúcich dievčat zo strednej vrstvy hypochochronnou anémiou – nápadnou bledosťou a nechutenstvom. Lekári už vtedy upozorňovali na súvislosti medzi týmto ochorením a úmyselným obmedzovaním potravy z psychogénnych príčin (Krch, 2003).

Medzi faktory posilňujúce strach z obezity môžeme zaradiť:

- tlak médií ( predovšetkým televízie) na predstavy a životné vzory súčasného človeka;

- chudnúcí ideál krásy;
- médiami a komerčnou reklamou posilňovaná predstava, že človek môže mať získať všetko, čo chce;
- povrchné spojovanie vychudnutosti so zdravím;
- dôraz kladený na konformitu (ľudia uznávajú podobné hodnoty, nechcú sa líšiť);
- veľký dôraz kladený na telesný vzhľad a výkon v rodine;
- príliš veľký dôraz kladený na to, čo sa je, či je to zdravé....;
- súťaživosť v rodine, napríklad medzi dvojčatami ale aj súrodencami;
- nevhodné stravovacie návyky rodičov (Weisová, 2009).

Medzi poruchy prijímania potravy zaraďujeme mentálnu anorexiu, mentálnu bulímiu, kompulzívne prejedanie sa, bigorexiu.

### **Mentálna anorexia**

Mentálna anorexia je závažné ochorenie, ktoré sa väčšinou vyskytuje u dievčat vo veku 11-18 rokov, zriedkavejšie u chlapcov. Príznaky anorexie boli zaznamenané už u detí mladších ako 10 rokov. Vo všeobecnosti ju charakterizuje odmietanie jedla a úmyselné znižovanie telesnej hmotnosti. Existujú rôzne stupne a typy mentálnej anorexie a jej symptómy sa často prekrývajú so symptómami mentálnej bulímie. Spúšťačom poruchy je viacero faktorov (Marádová, 2007).

### ***Diagnostické kritéria mentálnej anorexie***

Diagnostické kritéria podľa MKCH-10 (F50.0):

1. Telesná hmotnosť je aspoň 15% pod predpokladanou úrovňou alebo BMI je 17,5 nižší
2. Zníženie hmotnosti si spôsobuje pacient sám tým, že sa vyhýba jedlám, po ktorých "sa priberá" a že užíva jeden alebo niekoľko z nasledovných prostriedkov: Vypovokované zvracanie, užívanie laxatív, anorektík, diuretík, nadmerné cvičenie
3. Pretrvávajúci strach z obezity a skreslená predstava o vlastnom tele, ako vtieravá obava z ďalšieho priberania
4. Ide o rozsiahlu endokrinnú poruchu, ktorá zasahuje hypotalamo – hypofyzi – gonádovú os, u žien sa prejavuje stratou menštruácie, u mužov stratou sexuálneho záujmu a potencia

5. Ak ochorenie začína pred pubertou, pubertálne prejavy sú oneskorené alebo sa zastavujú (Medzinárodná klasifikácia nemocí, 1992).

### ***Klinické prejavy, výskyt, príčiny, priebeh a prognóza mentálnej anorexie***

Pre vymedzenie mentálnej anorexie sú dôležité tri faktory :

- aktívne udržiavanie abnormálne nízkej telesnej hmotnosti
- strach z priberania, ktorý trvá aj napriek abnormálne nízkej telesnej hmotnosti
- amenorea u žien (Hort, 2000).

### ***Príčiny a výskyt mentálnej anorexie***

Mentálna anorexia postihuje najmä dospievajúce dievčatá a mladé ženy, po 30. roku života je jej vznik skôr vzácny. Z hľadiska pohlavia prevažujú dievčatá/ženy oproti chlapcom/mužom, v pomere 10:1. Výskyt mentálnej anorexie je udávaný v odbornej literatúre v rozmedzí 0,5 – 1%, niekedy až 3%. Mentálna anorexia je jednou z najčastejších psychiatrických diagnóz mladých žien a zomiera na ňu 5 až 20% mentálnych anorektikov. Pravdepodobnosť smrti sa zvyšuje priamo úmerne s predlžovaním ochorenia. Mentálna anorexia sa zvyčajne objaví na začiatku adolescencie. Rozvoj problémov a porúch býva pomalý a plynulý. Príznaky anorexie boli zaznamenané už u detí mladších ako 10 rokov.

Príčinou mentálnej anorexie je pravdepodobne komplexné pôsobenie biologických (aj genetických), psychických a sociálnych faktorov a interakcia určitých dispozícií so záťažovými vplyvmi. Neuvedomelá tendencia nestotožniť sa so ženskou rolou sa považuje za jednu z možných príčin mentálnej anorexie (podľa Říčana a Krejčířovej, 1995).

### ***Klinické prejavy mentálnej anorexie***

V počiatocnom štádiu nie je jednoduché anorexiu odhaliť. Možno na ňu usudzovať aj podľa výpočtu BMI (Body Mass Index). BMI sa vypočíta ako podiel hmotnosti v kg a umocnenej telesnej výšky v m. BMI. Priemer obyvateľstva leží medzi hodnotami BMI 20 až 25. Pri hodnote pod BMI 20 hovoríme o podváhe. Pri BMI pod 17,5 uvažujeme o anorexii. Samotný BMI však neurčuje diagnózu (Krch, 2002).

## **Mentálna bulímia**

Slovo bulímia je odvodené z dvoch gréckych slov. Bous je krava alebo aj vôl a limos znamená hlad, aj hladomor. Mentálnu bulímiu charakterizuje neodolateľná túžba po jedle a opakované záchvaty prejedania. Snaha o kontrolu hmotnosti sa prejavuje ako nutkanie zbaviť sa zjedenej potravy vyvolávaním zvracania, použitím laxatív. Príklady takéhoto „spôsobu stravovania“ sa opisovali už v antike. Ochorenie sa vyskytuje častejšie ako anorexia, systematickejšie sa o ňom začalo hovoriť v 60. rokoch minulého storočia a slovo bulimia nervosa prvý použil psychiater G. Russell (Heretik a kol., 2007).

### ***Príčiny, výskyt klinické prejavy, priebeh a prognóza mentálnej bulímie***

Bulímia je charakteristická prehnaným strachom z priberania a záchvatmi prejedania s následným zvracaním. Bulímia je typická pre dievčatá a mladé ženy, ktoré práve opustili rodičovský dom.

Diagnostické kritéria podľa MKCH-10 (F50.2)

1. Opakované záchvaty prejedania sa (najmenej dvakrát týždenne v priebehu troch mesiacov) s konzumáciou veľkých dávok jedla počas krátkej doby.
2. Neustále zaoberanie sa jedlom, neodolateľná túžba po jedle .
3. Snaha potlačiť možný účinok jedla na priberanie niektorým z nasledujúcich spôsobov: vyprovokované zvracanie, zneužívanie preháňadiel, striedavé obdobia hladovania, užívanie anorektík alebo diuretík.
4. Pocit prílišnej tučnosti spojený so silnou obavou z tučnosti (MKCH, 1992).

Mentálna bulímia postihuje takmer iba ženy (pomer výskytu u oboch pohlaví je 1:10). Kým pri anorexii sa uvádza 90 % ochorení u žien, pri bulímii je toto číslo ešte o niečo vyššie a menšia pravdepodobnosť, že ochorenie sa vyskytne u muža. Porucha postihuje asi 2–4 % žien vo veku 20–35 rokov, niektoré štatistiky udávajú 1–3 % adolescentných dievčat a mladých žien. Porucha začína o niečo neskôr ako anorexia, má tendenciu pretrvávajúť niekoľko rokov, upraviť sa a môže sa objaviť znova. Uvádzaná úspešnosť liečby je asi 70 %, kritériom úspešnosti je redukovanie návalov prejedania.

Mentálna anorexia a mentálna bulímia sa môžu vyskytovať i v ranom detskom veku alebo na začiatku dospievania. V týchto prípadoch sú charakteristiky ochorenia trochu odlišné. Mentálna bulímia s typickými záchvatmi prejedania a následného

vyprovokovaného zvracania a trvajúcou obavou sa v detskom veku pod štrnásť rokov vyskytujú zriedka. (Hort, 2000).

### ***Špecifické typy bulímie***

*Purgatívny typ*: pravidelné zvracanie, zneužívanie laxatíva alebo diuretík

*Nepurgatívny typ*: prísne diéty, hladovky alebo intenzívne fyzické cvičenie – nie však pravidelné purgatívne metódy (Held, 2006).

Termín atypická mentálna bulímia (F50.3) by sa mal použiť pre tých jednotlivcov, u ktorých chýba jeden alebo viac kľúčových črt, ako sú uvedené v kritériách pre mentálnu bulímiu, ale u ktorých sa inak prejavuje takmer typický klinický obraz. Zvyčajne ide jednotlivcov s normálnou alebo nadmernou váhou, ale s typickými obdobiami prejedania nasledovanými zvracaním alebo zneužívaním preháňadiel. Taktiež nie sú nezvyčajné časté syndrómy spolu s depresívnymi príznakmi. (Krch, 2003).

Medzi somatické následky záchvatov jedenia a zvracania patria: ezofagitída (zápal pažeráka), ruptúra (trhlina) ezofagu a žalúdka, funkčná porucha žalúdka a čriev odprevádzaná zápchou, zväčšenie pankreasu, dysfágia (sťažené prehĺtanie), posuny v mineráloch, hypokalémia (znížená hladina draslíka v krvi), metabolická alkalóza (porucha vnútorného prostredia organizmu), zvýšené hodnoty pečeneových enzýmov, pankreatitída (zápal pankreasu), hypotonia (znížený tlak), arytmia (porucha srdcového rytmu), bradykardia (spomalenie srdcového rytmu), opuchy, poškodenie obličiek, aspirácia (vniknutie cudzieho telesa do dýchacích ciest pri vdychu), poškodenie zubov, poranenie pokožky na hánkach ruky v spojení so zvracaním vyvolaným samotnými pacientkami, amenorea (vynechanie menštruácie), sekundárne hormonálne zmeny atď. (Hort, 2000).

Medzi alarmujúce príznaky mentálnej bulímie môžeme zaradiť nasledujúce príznaky: „miznutie potravín“ váženie sa viackrát denne odchod na toaletu po každom jedle nápadne vysoký výskyt zubných kazov sčervenanie, napuchnuté oči (Held, 2006). Zvracanie má závažné zdravotné dôsledky. Vyvolávanie reflexu zvracania pomocou prstov alebo iným predmetom môže viesť k poraneniu krku a pažeráka. Kyslé žalúdočné šťavy poškodzujú zubnú sklovinu. Jedným z dôsledkov je aj opuch veľkých párových slinných žliaz, ktoré vytvárajú dojem guľatej tváre. Nebezpečným dôsledkom je narušenie rovnováhy telesných tekutín (dehydratácia) a solí vo vnútornom prostredí

organizmu. Znižuje sa obsah draslíka v krvnom sére, čo má za následok poruchy srdečného rytmu. Tiež preháňadlá a diuretiká narušajú vnútornú rovnováhu tekutín a solí. Používanie preháňadiel sa stáva návykom a vedie k zápche (Machová, Kubátková a kol., 2009).

### ***Priebeh a prognóza mentálnej bulímie***

Rozvoj mentálnej bulímie býva plynulý, pacientky sa postupne dostávajú do štádia, kedy choroba začína silno narušovať ich životy a vedie k rôznym somatickým poruchám. V tomto období sa už nedokážu normálne najesť, buď hladujú alebo sa prejedajú. Obvykleedia tajne a v ústraní sa tiež zbavujú zjedeného jedla, pretože sa za svoje správanie hanbia. Ich hmotnosť často značne kolísá, v závislosti od aktuálnej fázy. Ďalší priebeh môže byť rôzny. U klinicky závažných prípadoch je zvýšené riziko, že sa ich problémy stanú chronickými. Prognóza závisí aj od osobnosti. Samostatná mentálna bulimia má priaznivejšiu prognózu, než keď je kombinovaná s anorexiou. Výhodou je pozitívna motiváciu bulimikov k liečbe (Vágnerová, 2004).

### **Nešpecifické a nové formy porúch príjmu potravy**

Medzi nešpecifické a nové formy porúch príjmu potravy patrí napr.: binge - eating – porucha nočného prejedania, ortorexia a bigorexia. Ortorexia je nový pojem a používa sa na označenie správania sa ľudí, ktorí chorobne kontrolujú zloženie svojej stravy - je to diagnóza nesprávneho stravovania a postihuje aj mužov.

Bogorexia sama o sebe nepredstavuje stravovaciu poruchu, ale je typická pre mnoho jednotlivcov s mentálnou anorexiou a bulímiou. Predstavuje nadmernú starostlivosť o svoj vzhľad a telo, nutkavé pestovanie svalovej hmoty so sústredením sa výlučne na vlastné telo. Iné označenie pre bigorexiu je reverzná anorexia a postihuje najmä mužov a chlapcov (Kusá, 2003).

## 14 TÝRANÉ A ZNEUŽÍVANÉ DIEŤA

### Obsah kapitoly

Kapitola predstavuje charakteristiku problémov, typy, formy, priebeh týrania detí a klinické prejavy týraných a zneužívaných detí. Bližšie sa zameriavame na syndróm CAN, telesné týranie, psychické týranie, sexuálne zneužívanie, zanedbávanie a Münchhauserov syndróm by proxy.

### Charakteristika problémov súvisiacich s problematikou týrania a zneužívania detí

Asi tretinu zo šiestich miliárd ľudí na svete tvoria deti. Podľa zistení UNICEF udáva asi 56 miliónov detí, že sú v rodine vystavené násilnému alebo agresívnemu správaniu. S bitkou v rodine sa stretáva 16 percent detí. Fyzické násilie v rodine je podľa štatistík najvyššie v strednej Európe, stretáva sa s ním až 21 percent detí a v západnej Európe je to 16 percent. Jedenásť percent detí hovorí, že s násilím v rodine a s agresívnym správaním sa stretáva často. Koľko presne je týraných a zanedbávaných detí na Slovensku, nevieme. Odhady hovoria o jednom až dvoch percentách, ide však o neoficiálne odhady. Podľa Európskej únie má Slovensko o týraní detí málo prieskumov. Združenia Slonad v SR uvádza, že podľa prieskumu v roku 1999 na vzorke 5 230 detí od 15 do 16 rokov až štvrtina detí zažila od rodičov telesné týranie - ako bitie, kopanie či rezanie. Viac ako 12 percent detí uviedlo, že boli obeťami pohlavného zneužívania, a agresorom bola osoba blízka či známa. Podľa tretiny týraných ich tento zážitok stále traumatizuje a tretina sa ešte nikomu nezdôverila (podľa [www.uvzsr.sk](http://www.uvzsr.sk)).

### Syndróm CAN

Syndróm týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa sa v anglosaskej literatúre označuje ako CAN - Child Abuse and Neglect. Tento pojem zahŕňa „akékoľvek nenáhodné, preventabilné, vedomé (prípadne nevedomé) správanie rodiča, vychovávateľa či inej osoby voči dieťaťu, ktoré je v danej spoločnosti neprijateľné alebo odmietané a ktoré poškodzuje telesný, duševný i spoločenský stav a vývoj dieťaťa, prípadne spôsobuje jeho smrť“ (Fuchsová, 2008). Syndróm CAN sa vyskytuje

asi u 1-2% detí. Uvedené percento vyjadruje zachytené prípady, veľa ich však zostáva neodhalených.

### **Základné formy CAN syndrómu**

Rozoznávame viaceré formy syndrómu CAN: aktívnu, pasívnu a tzv. zvláštnu formu.

#### ***Aktívna forma***

Ide o ohrozovanie dieťaťa prostredníctvom priameho násillia rôznej podoby :

- a) spôsobom telesného týrania, zneužívania a zanedbávania – bitím, spôsobením poranení (tržné rany, zlomeniny), otravami vedúcimi niekedy až k smrti,
- b) spôsobom duševného (citového) týrania, zneužívania a zanedbávania – tzv. verbálny abúzus (nadávky, strašenie, ponižovanie, šikana),
- c) sexuálne zneužívanie – rôzne sexuálne hry, ohmatávanie v oblasti erotogénnych zón, incest, znásilnenie.

#### ***Pasívna forma***

Zaraďujeme sem zanedbanie uspokojenia základných životných potrieb v podobe:

- a) telesného týrania, zneužívania a zanedbávania – prejavuje sa ako vyhladovanie, nedostatky prejavujúce sa vo výchove, zdravotnej starostlivosti, či nedostatky v podmienkach bývania,
- b) zanedbávanie základných duševných potrieb – psychická deprivácia citových potrieb (nedostatok porozumenia, lásky),
- c) sexuálne zneužívanie – video, audiopornografia, fotografie...

#### ***Zvláštne formy***

Medzi zvláštne formy syndrómu CAN zaraďujeme:

- a) Münchhausenov syndróm by proxy. Pri tomto syndróme rodičia umelo vytvárajú príznaky chorôb u svojich detí, čím im spôsobujú nielen fyzickú, ale tiež psychickú bolesť. Rodičia následne požadujú od odborníkov údajne potrebnú starostlivosť a liečbu
- b) systémové týranie – sekundárne ponižovanie alebo zneužívanie, vyplýva z predchádzajúcej situácie
- c) organizované týranie – zahŕňa rozsiahle, pravidelne dôkladne pripravované formy pohlavného zneužívania, využitia deti na prácu (napr. dílerstvo narkotík,



drog), až po najextrémnejšiu podobu: vraždy detí pre využitie ich orgánov za účelom transplantácie

- d) rituálne týranie – manipulácia s deťmi v súvislosti s náboženskými symbolmi, súvisiacimi s nadprirodzenou silou/mocou alebo využitie detí počas rituálov
- e) sexuálny turizmus – pohlavné zneužívanie komerčného charakteru: detská pornografia, detská prostitúcia, obchodovanie s deťmi (podľa Fuchsovej, 2008).

Syndróm CAN (Child Abuse and Neglect) predstavuje zložitý sociálny fenomén. Ide o súbor konkrétnych foriem neadekvátneho zaobchádzania s dieťaťom, ktoré vedú k nedostatočnému napĺňaniu jeho základných potrieb – biologických, emočných, pocitu bezpečia, istoty a tým k závažnému narušeniu až trvalému poškodeniu vývinu, osobnosti, sebavedomia a medziľudských vzťahov dieťaťa. Dieťa môže byť vystavené len jednej z foriem syndrómu CAN. Častejšie sa však stretávame s kombináciou viacerých z nich, čím sa závažnosť aj hĺbka traumy prehľbuje (Hort a kol., 2000).

Väčšina foriem syndrómu CAN sa viaže na rodinné prostredie. Tým sa neguje základná bezpečnosť dieťaťa a úloha najbližších, ktorí majú chrániť záujmy dieťaťa a naplňovať jeho základné potreby (Šramová, 2004).

Medzi rizikové faktory, v ktorých rodina zažíva krízové situácie a tieto môžu za istých okolností viesť k týraniu dieťaťa, patria: nízka sociálna a ekonomická úroveň rodiny, nezamestnanosť, stiesnený životný priestor, spoločenská izolácia, sklamanie z vlastnej neúspešnosti, fyzické a psychické vyčerpanie spôsobené chronickou ochorením a ďalšie.

#### ***Charakteristiky týrajúceho rodiča:***

- týrajúcim rodičom býva väčšinou muž
- zvýšený sklon reagovať násilím
- sústredenosť na svoje problémy alebo záujmy – dieťa je záťažou
- rodič nemá záujem o deti - dieťa je na obtiaž
- zvýšená potreba moci nad dieťaťom
- negatívne skúsenosti z detstva.

#### ***Charakteristiky týraných detí:***

- správanie detí je málo zrozumiteľné, ich výchova je preto náročná
- deti svojim správaním rodičov zaťažujú
- deti nespĺňajú očakávania rodičov
- deti vyžadujú uspokojenie svojich potrieb správaním, ktoré provokuje rodičov.

## Typy týrania dieťaťa

### V rámci syndrómu CAN rozlišujeme:

1. telesné týranie a fyzické zneužívanie
2. psychické týranie
3. sexuálne zneužívanie
4. zanedbávanie.

## Telesné týranie

### *Fyzické zneužívanie*

Ide predovšetkým o využívanie detí na prácu najmä v rodinách s nízkym sociálnym a ekonomickým statusom, prípadne u migrantov z chudobných východných krajín, ktorí využívajú svojich potomkov na žobranie, drobné krádeže a pod.

Detská práca zahŕňa všetky formy práce, ktoré sú vykonávané deťmi mladšími ako 18 rokov a ktoré sú škodlivé pre ich psychické zdravie a vývin a bránia im v školskej dochádzke bez ohľadu na to, či za to dieťa dostáva mzdu. Najťažšie formy ohrozujú bezpečnosť, zdravie a morálny vývin dieťaťa; patrí sem napríklad ťažba, ale aj otroctvo, prostitúcia alebo obchod s drogami.

### *Telesné týranie*

Z definície Zdravotnej komisie Rady Európy vyplýva, že pri tomto druhu týrania ide o telesné ublíženie dieťaťa alebo o jeho nezabránenie, prípadne nezabránenie utrpeniu dieťaťa, vrátane úmyselného otrávenia alebo udusenia dieťaťa, a to tam, kde je určitá znalosť či dôvodné podozrenie, že zranenie bolo spôsobené, alebo že mu vedome nebolo zabránené.

Telesné týranie chápeme ako akékoľvek vedomé fyzické ubližovanie dieťaťa a predstavuje vlastne všetky neprimerané praktiky násilia na dieťati. Často ho spôsobuje konanie dospelého, ktorý sa má o dieťa postarať, alebo naopak, nedostatok jeho konania. Telesné týranie sa môže vyskytovať ako ojedinelý incident, ako sporadický hrubý útok na dieťa alebo pretrváva dlhší čas. V tomto prípade zahŕňa aj pravidelné telesné tresty ako dominantný výchovný prostriedok.

Jedným z hlavných predpokladov vzniku telesného týrania sú telesné tresty - údery za drobné prehrešky, zlé známky, aj nezavinené nehody postupne prerastú v každodennú

tyraniu, spojenú s nadávkami a ponižovaním. Dieťa sa cíti byť v bezvýhodiskovej situácii, kedy je krutý rodič zároveň jedinou alternatívou rodiča, ktorého strata by priniesla negatívne dôsledky pre dieťa. Častou reakciou dieťaťa je sebaobviňovanie, depresie a možné je aj suicídium. Dôležitú úlohu pri odhaľovaní týchto prípadov zohrávajú učitelia, blízki známi, susedia. Neohlásenie je odôvodňované strachom z rozpadu danej rodiny, o ďalší osud dieťaťa i o vlastnú bezpečnosť.

Okrem opísaného rodičovského správania má značný vplyv na vznik telesného týrania aj povaha samotných detí. V odborných štúdiách sa potvrdilo, že niektoré deti vyrastajúce v tej istej rodine sú odsudzované viac ako iné. Sú to najmä deti s nepokojným správaním, deti s nevládnuteľným temperamentom a s oneskoreným vývinom. Ide o deti, ktoré spôsobujú rodičom nepríjemnosti alebo stresy. Z uvedeného vyplýva, že ohrozené sú predovšetkým deti príliš pasívne alebo naopak príliš živé, a tiež deti mentálne postihnuté. Vyžadujú si náročnejšiu, resp. mimoriadnu starostlivosť a bývajú častejším objektom neprimeraného zaobchádzania. V týchto rodinách žije zväčša viac súrodencov, z ktorých je týrané spravidla iba to dieťa, ktoré spôsobuje rodičom nepríjemnosti. Ťažkosti pri výchove detí vzbudzujú v rodičoch pocit narušenia autority a presvedčenie, že nestíhajú. V ich výchove prevládajú tresty, zákazy, okrikovanie, bitky (podľa Heretik a kol., 2007).

Priama úmernosť medzi silou a frekvenciou útokov a ich následkov neexistuje. Medzi deťmi sú rozdiely v tom, ako znášajú útrapy trestu, aká je ich fyzická a psychická odolnosť. Závisí to nielen od individuality dieťaťa, ale tiež od jeho veku, vývinovej fázy a pohlaví. Vo väčšine prípadov však platí, že čím je dieťa menšie, tým je zraniteľnejšie. Telesné týranie vytvára alebo zvyšuje pravdepodobnosť odchýlky, vrátane delikvencie v adolescencii a násilnej kriminality vo vnútri rodiny i mimo nej v dospelom veku (podľa Labáta, 2001). U týraných detí pozorujeme častejší výskyt negatívneho sebahodnotenia a pocitov menejcennosti, charakterizujúce narušený vzťah k rodičom, pre ktorých je násilie výrazom moci a nadradenosti nad dieťaťom. Závažným následkom neprimeraného zaobchádzania s deťmi, prežívanie detstva v neustálom strachu z násilia a ohrozenia je utváranie budúceho vzťahu k výchove vlastných potomkov.

### **Psychické týranie**

Psychické týranie je koncentrovaný útok dospelého jednotlivca na psychický vývin dieťaťa, ktorý sa týka jeho „ja“ (self, sebahodnotenia, sebavedomia) a jeho sociálnych

spôsobilostí. Ide o súbor psychicky deštruktívneho správania, ktoré má päť foriem: odmietanie dieťaťa a odopieranie emocionálnych vzťahov, izolácia (zatváranie, zákaz kontaktu s inými ľuďmi), terorizovanie (vyhrážanie sa zranením, zabitím, opustením, sústavné spochybňovanie a ponižovanie, kontrola a následné neprimerané trestanie), ignorovanie a korupcia (Hort a kol., 2000).

Niektorí autori rozlišujú psychické týranie aktívne a pasívne. V prvom prípade ide o používanie interpersonálnych techník zo strany poškodzovateľov, ktoré dieťa neurotizujú, dezintegrujú jeho osobnosť, dokonca môžu spôsobiť vážne psychické poruchy, napr. psychózy. Pasívne psychické týranie býva obvykle spojené so zanedbávaním, vedie k psychickej deprivácii, či subdeprivácii, výsledkom ktorej je emocionálna otupenosť, sociálna nespôsobilosť, ako aj intelektové a kognitívne zaostávania ako dôsledok nedostatočnej stimulácie.

Za psychické týranie možno považovať aj situáciu, keď je dieťa svedkom násillia či agresívnej komunikácie. Často používanou formou psychického týrania je verbálna agresia, ktorá môže byť aktívna (komunikácia, ktorá je zameraná na to, aby spôsobila psychickú bolesť v podobe nadávok, slovných útokov, poznámok znižujúcich dôstojnosť dieťaťa, zastrasovanie) alebo pasívna (odmietanie komunikácie, mlčanie, neverbálne vyjadrenie odmietnutia, ignorovanie želaní a názorov dieťaťa).

Jedným zo závažných problémov psychického týrania je fakt, že sa dá veľmi ťažko zistiť, identifikovať a ešte ťažšie dokázať. Príznakmi sú poruchy správania, ktorých príčinu je ťažké jednoznačne určiť. Problémom dokazovania je tiež nedostatočná dôvera voči dieťaťu - hodnota jeho výpovede je oproti výpovedi dospelého nižšia.

### **Sexuálne zneužívanie**

Sexuálne zneužívanie je každé nevhodné vystavenie dieťaťa sexuálnemu kontaktu, ktorý vedie predovšetkým k uspokojovaniu sexuálnych potrieb staršej osoby. Dieťa je zákonom chránené pred sexuálnym správaním v akejkoľvek forme až do svojich 15 rokov. Veková hranica nie je stanovená tam, kde je zneužívaná závislosť jednej osoby od druhej.

Ide o jednu z najzložitejších foriem násillia, o ktorej sa otvorene začalo hovoriť len nedávno. Sexuálne zneužívanie zahŕňa všetky druhy aktivít so sexuálnym podtónom, vrátane tých, kedy dieťa na prvý pohľad netrpí alebo nie je ohrozované. Dieťa totiž

môže niektoré formy sexuálneho zneužívania prežívať ako relatívne telesne príjemné, ale aj vtedy má sexuálne zneužívanie závažný negatívny vplyv na jeho ďalší psychický vývin. Z konkrétnych praktík sa často stretávame s tým, že zneužívateľ zasahuje do sexuality dieťaťa, vyzýva ho k dotykom, núti k určitým sexuálnym aktivitám, vystavuje vlastné genitálie v prítomnosti dieťaťa a pod. (podľa Heretik a kol., 2007).

Zneužívateľom môže byť ktokoľvek, často to však býva osoba, ktorú dieťa dobre pozná – osoba príbuzná, či rodine dobre známa, menej často osoba celkom neznáma a cudzia. Zneužívateľ môže pôsobiť na okolie dobrým dojmom, môže mať príjemné vystupovanie na verejnosti a môže zastávať v zamestnaní prestížne miesto.

Pre dospelého, ktorý zneužíva dieťa je typické: je to skôr muž, môže mať aj iné sexuálne zameranie, môže byť sexuálne nezrelý a morálne narušený, stráca schopnosť kontroly pudového konania, rodina je dysfunkčná alebo doplnená. Zneužívané deti sú väčšinou dievčatá, znevýhodnené alebo postihnuté deti.

### ***Komerčné sexuálne zneužívanie detí***

Komerčne sexuálne zneužívané deti boli vo svojom detstve signifikantne častejšie obeťami sexuálneho zneužívania, a táto korelácia platí predovšetkým pre detskú prostitúciu. Každé sexuálne zneužitie dieťa je stigmatizované a precitlivé, čo vytvára predpoklad pre reviktimizáciu vrátane prostitúcie. Asi dve tretiny osôb prevádzajúcich prostitúciu boli vo veku od 3 do 16 rokov sexuálne zneužitie (Weis a kol., 2005). Problémom je skutočnosť, že sexuálne zneužívané dieťa je zaangažované na utajení (syndróm detského prispôsobenia sa sexuálnemu zneužívaniu) alebo sa obáva zveriť s touto skutočnosťou. Absencia či deficit intervencie a terapie sú zodpovedné za dlhodobé následky, medzi ktoré patrí rozvoj sociálnopatologického správania (Weis a kol., 2005).

„Sociálne toxíny“, medzi ktoré patrí predovšetkým domáce násilie a chybný výchovný systém, sú spúšťače sociálno-patologického správania. Telesne týrané deti častejšie utekajú z od rodiny a na ulici hľadajú spôsob obživy, kde platený sex budí dojem lepšej alternatívy ako účasť na kriminálnych aktivitách (Vaničková, 2007).

### **Zanedbávanie**

Ide o akýkoľvek nedostatok starostlivosti, ktorý dieťa ohrozuje alebo spôsobuje vážnu ujmu na jeho vývine. Telesné zanedbávanie sa konkrétne chápe ako neuspokojovanie

telesných potrieb dieťaťa. To zahŕňa podľa Zdravotnej komisie Rady Európy „neposkytovanie primeranej výživy, oblečenia, prístrešia, zdravotnej starostlivosti a ochrany pred zlom.“ Väčšina dospelých však nezanedbáva deti úmyselne. Zanedbávanie zvyčajne vyplýva z neschopnosti plánovania alebo z nevedomosti o tom, čo je primeraná starostlivosť o dieťa. Zanedbávajúci rodič nemá pre rolu rodiča dostatočné kompetencie a nemá k rodičovstvu dostatočnú motiváciu.

Medzi formy zanedbávania patrí napr. neuspokojovanie telesných potrieb dieťaťa, nedostatočná a nepravidelná strava, slabá alebo žiadna hygiena, nedostatočná čistota a kvalita ošatenia, aj vzhľadom na počasie, ponechávanie najmä malých detí bez adekvátneho dozoru, nedostatočná lekárska starostlivosť, zanedbávanie prevencie, časté absencie v škole. Zanedbávanie je späté s nízkym sociálnym a ekonomickým postavením rodiny, preto jeho riešením, ak sa vôbec odhalí, je takmer vždy ústavná starostlivosť, teda strata rodiny. Zanedbávané deti nedokážu zaujať svojich rodičov, sú nevýrazné apatické, skôr pasívne a veľakrát sú nejakým spôsobom znevýhodnené a preto nenapĺňajúce očakávania svojich rodičov (Řičan, Vágnerová, a kol., 1995).

### **Münchhausenov syndróm by proxy**

Pojmom Münchhausenov syndróm (MS) sa označuje sebapoškodzovanie pacienta bez zjavnej príčiny a prospechu. Münchhausenov syndróm by proxy patrí do oblasti problémov týrania detí (CAN syndróm), pričom najčastejšie matka predstiera neskutočné problémy svojho dieťaťa, alebo ich sama vyvoláva. V oboch skupinách ide o časté zbytočné návštevy lekára, vynucovanie opakovaných neindikovaných hospitalizácií, vyšetrení a ordinovaní liečiv. Choroba sa až v tretine prípadov vyskytuje u zdravotníckych pracovníkov, je ťažko odhaliteľná a liečiteľná.

Münchhausenov syndróm v zastúpení (by proxy) prvýkrát opísal pediater Meadow v Lancete v r. 1977. Podľa DMS IV ide „o úmyselnú produkciu a predstieranie telesných alebo psychických symptómov alebo nálezov u ďalšej osoby, ktorá je v starostlivosti osoby chorej“. Syndróm sa zaraďuje tiež ako forma týrania, zneužívania a zanedbávania detí (CAN syndróm – child abuse and neglect) a môže mať formy od zveličovania a vymýšľania obtiaží u dieťaťa spravidla matkou s častými návštevami zdravotníckeho zariadenia alebo rôznych zariadení – lekárov, až po ťažké ubližovanie dieťaťu na zdraví s následným možným exitom (smrťou). Sú opisované formy realizácie niekoľkých desiatok rtg. vyšetrení u dieťaťa na žiadosť matky na rozličných

pracoviskách, vymyslený diabetes mellitus (cukrovka) u dieťaťa s následným podávaním inzulínu matkou, podávanie laxatív, iných liečiv a toxínov, kuchynskej soli za účelom navodenia chorobného stavu s následnou hospitalizáciou, zbytočnými vyšetreniami a liečbou. Príčinou stavu u matky je obvykle pocit nedostatku pozornosti voči svojej osobe, snaha získať pozornosť zdravotníckeho personálu a okolia. Stav sa vyskytuje spravidla u matky, otec hrá podružnú úlohu. Matky robia dojem starostlivosti a vzornej opaterky, sú často zdravotníčky, zdravotné sestry (asi tretina) alebo lekárky, alebo majú zdravotnícke vzdelanie získané štúdiom literatúry. Z uvedeného vyplýva, že choroba sa dobre maskuje a ťažko odhalí, systém „skrytých kamier“ odporuje ľudským právam a diagnostika ostáva na intuícii a pozorovacom talente ošetrojúceho personálu. Dnes môžu byť nápomocné zdravotnícke poisťovne, sledujúce pohyb pacienta od lekára k lekárovi a evidujúce počet a druh vyšetrení, ako tiež predpis liečiv a diagnostík (Říčan, Krejčířová 1997).

Münchhausenov syndróm by proxy môže mať nepriaznivý dosah i v spoločenskej oblasti. Matka (resp. opatrovatel') môže udať vymyslené údaje napr. v zmysle sexuálneho alebo iného zneužívania dieťaťa partnerom v rámci rozvodových sporov, obracia sa na krízové centrá, súdy a pod. Zo strany matiek počínanie budí dojem príkladnej starostlivosti, ich manipulácia sa ťažko odhalí.

Matky týraných detí v zmysle Münchhausenovho syndrómu by proxy boli v minulosti často týrané a sexuálne zneužívané, mali alebo majú poruchu v príjme potravy, častejšie sa u nich vyskytli prípady predávkovania liekmi alebo abnormity správania, napr. častejšie somatizačné poruchy a inklinácia k zdravotníckemu a ošetrovateľskému povolaniu (Hort a kol., 2000).

Liečba Münchhausenovho syndrómu by proxy je náročná a často neúspešná. O „zdravotníckej turistike“ pacienta treba predovšetkým vedieť, nepodľahnúť jeho tlaku a požiadavkám. Pri Münchhausenovom syndróme by proxy treba niekedy v záujme dieťaťa použiť až donucovacie opatrenia voči rodičom.

### **Klinické prejavy a dôsledky týraných a zneužívaných detí**

Týranie postihuje deti v každom veku, najčastejšie však vo veku dva až päť rokov. Vo všeobecnosti platí, že čím je dieťa mladšie, tým je väčšie riziko poškodenia jeho ďalšieho psychického vývinu. Už u batoliat sa vplyv týrania prejavuje najčastejšie

pasivitou, apatiou, stratou záujmu o okolie a celkový útlm. Tieto deti neprejavujú žiadne emócie, prípadne len emócie spojené s napätím a nepokojom. Vo vzťahu k ľuďom sú neisté, niekedy sú ich reakcie ambivalentné a preto nie sú okoliu zrozumiteľné. Týrajúci rodičia im neumožnili získať pocit základnej dôvery. Rodičia sú pre týrané dieťa jediným zázemím a preto na nich veľmi lipnú, snažia sa získať záujem rodiča alebo popierajú negatívny význam týrania, alebo popierajú existenciu týrania. Dieťa tak odmieta odlúčenie od rodiny, ktoré by mu mohlo priniesť úľavu, no pre neho znamená obavy z neznáameho, nebezpečného sveta a zároveň v ňom vyvoláva pocit, že sklamalo svojich rodičov. Aby dieťa mohlo zážitok týrania psychicky spracovať, vytvára si rozštiepenú predstavu o rodičovi – nie je schopné integrovať „dobrého“ a „zlého“ rodiča. Začína pripisovať vinu sebe, usudzuje, že rodič má dôvod sa takto správať (Vágnerová, 1999) .

Opakované agresívne prejavy rodiča vedú u dieťaťa ku vzniku posttraumatického stresového syndrómu, pričom sa zážitok útoku dieťaťa vracia v podobe denných „flashbackov“ a nočných mor, prejavom sú aj psychosomatické prejavy. U detí nie je neobvyklý regres, návrat na ten stupeň vývinu, kde sa dieťa cítilo bezpečne. Nálada týraného dieťaťa je trvale zmenená, dieťa môže byť nepokojné, hyperaktívne, impulzívne a agresívne voči okoliu, negativistické a naopak apatické, neprejavujúce pozitívne ani negatívne emócie, pasívne. Týrané a zneužívané deti trpia zníženým sebavedomím, úzkosťami, depresiami, poruchami príjmu potravy, majú horšie vzťahy s vrstovníkmi i s dospelými. Vyskytuje sa u nich aj agresivita voči nim (pokusy o samovraždu, sebapoškodzovanie, správanie s vysokým rizikom zranenia sa alebo smrti, vyhľadávanie takýchto situácií).

Podľa Lanyadoovej a Horneyovej (2005) hľadanie identity v puberte a adolescencii sa u týraných detí môže spojiť s identifikáciou s agresívnym rodičom. Je to jeden z najzávažnejších dôsledkov týrania, nakoľko vedie k tomu, že je dieťa náchylné uplatňovať násilné spôsoby správania vo svojich interpersonálnych vzťahoch. V dospelosti býva zážitok opakovaného násilia v detstve dávaný do súvislostí s emočným otupením, zníženou emočnou a sociálnou kompetentnosťou, vyšším výskytom psychických porúch, psychosomatických ochorení, neschopnosťou vytvárať partnerské vzťahy a zvládať životné roly.



## POUŽITÁ LITERATÚRA

American Psychiatric Association. 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association

Atkinson a kol.: Psychologie. Praha, Portál 2003

Benkovič, J. 2006. Zavislosť od internetu a počítačových hier. Predná Hora: 45 Česko-Slovenska AT konferencia. [online]. 2006.[citované 4.10.2012]. Dostupné na internete: < <http://www.psychiatriepropraxi.cz/> >

Bucková, M.: Aspergerov syndróm: kognitívno-behaviorálna odpoveď, ale nie vyliečenie. Psychológia a patopsychológia dieťaťa. 2006, 41, 1

Čálek, O.: Raný vývoj dieťa nevidomého od narodení. Praha, Univerzita Karlova 1984

Čornák, L., Popelková, M.: Sebahodnotenie školskej úspešnosti žiakov so špecifickými poruchami v učení. In psychologické dny 2008. Já & my a oni. Brno, MU, ČMPS 2009

Fuchsová, K.: Týrané dieťa. Bratislava, Iris 2008

Gelfand, D. M., Jenson, W. R., Clliford, J. D.: Handbook of psychotherapy and behavior disorders. Ford Worth, Harcourt Brace, 1997

Goetz, M., Uhlíková, P.: 2009. ADHD Porucha pozornosti s hyperaktivitou. Praha, Galén 2009

Harineková, M., Štempelová, J.: Poruchy psychického vývinu u detí a dospelých. Trnava, Katedra psychológie TU 2003

Heretik, A., Heretik, A. jr. a kol.: Klinická psychológia, 16. kapitola: Vývinové poruchy. Nové Zámky, Psychoprof 2007

Held, L. a kol.: Teória a prax výchovy k zdravej výžive v školách. Bratislava, Veda 2006

Heřmanská, D.: Psychologická analýza detskej predelikvence. Hradec Králové, Gaudeamus 1994

Hort, V. a kol.: Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha, Portál 2000

Hrdlička, M., Komárek, V.: Dětský autismus. Praha, Portál 2004

- Hrubý, J.: Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu. Praha, Septima 1999
- Hupková, I.: Sociálna prevencia – Prevencia nelátkových návykových chorôb. Bratislava, Národné osvetové centrum 2009
- Chess, S.: Individuality and Baby Care, Develop. Medecine and Child Neurology, 11, 749 - 754
- Jakabčic, I., Požár, L.: Všeobecná psychopatológia a patopsychológia mentálne postihnutých. Bratislava, Iris 1995
- Janiaková, D.: Tak už dost! Východiská zo závislostí. Bratislava, Kontakt 2003
- Kariková, S.: Poruchy vývinu osobnosti detí a mládeže. Banská Bystrica, UMB v Banskej Bystrici 1996
- Kolář, M.: Skrytý svět šikanování ve školách. Praha, Portál 1997
- Kolektív autorov: Sociálne determinanty zdravia školákov. HBSC – Slovensko – 2009/2010. Košice, Equilibria, s.r.o. 2011
- Kolektív autorov: Sociálne determinanty zdravia školákov. HBSC – Slovensko – 2005/2006. Košice, Equilibria, s.r.o. 2009
- Končeková, E.: Poruchy psychického vývinu. Prešov, UPJŠ v Košiciach 1996
- Kondáš, O.: Klinická psychológia. Osveta, Martin 1977
- Košč, L.: Vybrané state z vývinovej psychológie a patopsychológie. Bratislava, SPN 1980
- Koukolík, F.: Lidský mozek, funkční systémy: Norma a poruchy. Praha, Portál 2000
- Krch F.: Poruchy příjmu potravy. Praha, Grada 1999
- Krch F.: Mentální anorexie. Praha, Portál 2002
- Krch F.: Bulimie. Jak bojovat s přejídáním. Praha, Grada 2003
- Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Grada, Praha 2002
- Kusá, J.: Bulímia, anorexia a nešpecifické poruchy príjmu potravy. In: Empatia 2, 2003
- Labáth, V. a kol.: Riziková mládež. Praha, Slon 2001
- Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J.: Dětská psychoterapie. Praha, Portál 2000

- Lanyadoová, M., Horneyová, A.: Psychoterapie dětí a dospívajících. Praha, Triton 2005
- Lietava, J.: Drogy v dejinách ľudstva. Bratislava, Uniapress 1997
- Linka detskej dôvery. Ohrozenia detského vývinu. [online]. [citované 4.10.2012]  
[http://www.linkadeti.sk/syndrom\\_can.html](http://www.linkadeti.sk/syndrom_can.html) ]  
[http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com\\_content&view=article&id=370:tyranie-deti&catid=63:deti-a-mlade&Itemid=70](http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=370:tyranie-deti&catid=63:deti-a-mlade&Itemid=70)
- Machová, J., Kubátková, D. a kol.: Výchova ke zdraví. Praha, Grada 2009
- Marádová, I.: Poruchy príjmu potravy. Praha, Agama 2007
- Mareš, J. a kol.: Dítě a bolest. Praha, Grada 1997
- Mareš, J.: Posttraumatický rozvoj člověka. Praha, Grada 2012
- Matějček Z.: Teoretická úvaha nad pozdnými následky psychické deprivace a subdeprivace. Československá psychologie, 1996, XL, 5, s. 369-375
- Matějček, Z., Dytrych, Z.: Děti, rodina a stres. Praha, Galén 1994
- Matějček, Z.: Praxe dětského psychologického poradenství. Praha, Portál 2011
- Matoušek, O.: Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha, Slon 2003
- Medzinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha, Psychiatrické centrum 1992
- Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. revízia. Bratislava, Obzor 1994
- Munden, A., Arcelus, J.: Poruchy pozornosti a hyperaktivita. Praha, Portál 2006
- Nesnidalová, R.: Extrémní osamělost. Praha, Portál 1994
- Nešpor, K.: Návykové chování a závislost. Praha, Portál 2007
- Nešpor, K.: Zůstat střízlivý. Host, Brno 2006
- Nešpor, K.: Jak poznat a překonat problém s hazardní hrou. Praha, Sportpropag 1999
- Novomeský, F.: Drogy. História – Medicína – Právo. Martin, Advent Orion 1996
- Novotný, J. S., Okrajek, P.: Prevalence návykového chování u dětí v 11 a 15 letech v rámci studie ELSPC. Psychologie a její kontexty. Ostrava, FFOU v Ostravě, 1/2012, 3, s 27-36

- Ondrejkoovič, P. a kol.: Protidrogová výchova. Bratislava, Veda 1999
- Oravcová, J.: Sociálna psychológia. Banská Bystrica, UMB v Banskej Bystrici 2004
- Orosová, O.: Prevencia – Pomoc- Rovesníci alebo Preventívne nie nepoškodí. Košice, UPJŠ 2003
- Paulík, K.: Vybrané poradenské a psychoterapeutické smery. Ostrava, FFOU v Ostravě 2009
- Plante, T.G.: Současná klinická psychologie. Praha, Grada 2001
- Poliaková, E. a kol.: Pedagogické a psychologické otázky výchovy k drogovej prevencii. Nitra, UKF 2000
- Popelková, M.: Poruchy psychického vývinu v detstve a adolescencii, Nitra, PF UKF 1994
- Požár L.: Školská integrácia detí a mládeže s poruchami zraku. Bratislava, UK 1996
- Požár L.: Základy psychológie ľudí s postihnutím. Trnava, TU 2008
- Presl, J.: Drogová závislosť: Múže byť ohrozeno i vaše dieť? Praha, Maxdorf 1994
- Prevendárová, J.: Rodina s postihnutým dieťat'om. Nové Zámky, Psychoprof 1998
- Riefová S. F.: Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole. Praha, Portál 2007
- Říčan, P.: Psychologie osobnosti. Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy, n.p. Bratislava 1982
- Říčan, P. Krejčířová, D.: Dětská klinická psychologie. Praha, Grada, 1997; Avicenum 1995
- Říčan, P. , Vágnerová, M. a kol.: Dětská klinická psychologie. Praha, Avicenum 1995
- Rogge, J. U.: Dětské strachy a úzkosti. Praha, Portál 1999
- Rojková, Z., Popelková, M.: Vzťahy medzi rodinnými, osobnostnými a situačno-motivačnými faktormi z perspektívy alkoholovej závislosti. Psychologie a její kontexty. Ostrava, FFOU v Ostravě, 2/2010, 1, s.149-160
- Ronenová, T.: Psychologická pomoc dětem v nesnázích. Praha, Portál 2000
- Satková, V., Bräuerová, E., Kokořová, T.: Duševní vývoj u chlapce po těžkém zranění hlavy a mozgu. Psychológia a patopsychológia dieťat'a, 8, 1, s. 81-83, 1973

- Schopler, E., Mesibov, G. B.: Autistické chování. Praha, Portál 1997
- Schopler, E., Příběhy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje: Výchova a vzdělávání dětí s autismem. Praha, Portál 1999
- Sobotková, I.: Psychologie rodiny. Praha, Portál 2001
- Syřišťová, E.: Normalita osobnosti. Praha, Avicenum 1972
- Škodáček, I.: Toxikománia detí a mládeže na Slovensku. Bratislava, SAP 1999
- Šlapal, R., Makovská, Z.: Zajímavý dlouholetý vývoj záchvatového onemocnění. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 36, 4, s. 364 – 368, 2001
- Šmahel, D.: Psychologie a internet – děti dospělými, dospělí dětmi. Praha, Triton 2003
- Šramová, B. : Domáce násilie páchané na deťoch a mládeži. Nitra, FSVaZ UKF 2004
- Štátny pedagogický ústav: Metodické pokyny k výchove a vzdelávaniu žiakov s vývinovými poruchami učenia v základných a stredných školách č. CD-2004-12003/23597-1:095 [online]. 2004. [cit. 2007-05-11]. In Štátny pedagogický ústav, c2004 Dostupné na internete: WWW: <[http://www.statpedu.sk/buxus/docs//integracia/Met\\_pok\\_VaV\\_ziakov\\_vyv\\_por\\_uc.pdf](http://www.statpedu.sk/buxus/docs//integracia/Met_pok_VaV_ziakov_vyv_por_uc.pdf) >
- Štúr, I.: Ľudské mláďa. Bratislava, Mauro 1995
- Štúr, I.: Podoby života. Bratislava, Mauro 1998
- Štúr, I., Zlámalová, V.: Pediatrická psychológia. Bratislava, Mauro 1999
- Štúr, I.: Metamorfózy života. Bratislava, Pre Procter & Gamble 2006
- Thorová, K.: Dětský autismus. Praha, Portál 2007
- Train, A.: Nejčastější poruchy chování u dětí. Praha, Portál 2001
- Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky. Týranie detí. [cit. 2012- 05-11]. Dostupné na internete:  
[http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com\\_content&view=article&id=370:tyranie-deti&catid=63:deti-a-mlade&Itemid=70](http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=370:tyranie-deti&catid=63:deti-a-mlade&Itemid=70)
- Urban, E.: Toxikomanie. Praha, Avicenum 1973
- Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha, Portál 1999
- Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha, Portál 2004
- Vaničková, E.: Dětská prostituce. Praha, Grada 2007

Weiss, P. a kol.: Sexuální zneužívání dětí. Praha, Grada 2005

Vymětal, J. Úzkost a strach u dětí. Praha, Portál 2004

Vymětal, J. a kol.: Obecná psychoterapie. Praha, Psychoanalytické nakladatelství, 1997

Weissová G.: Diagnóza F50. Bratislava, EvitaPress 2009

.

## **MENNÝ REGISTER**

### **A**

American Psychiatric Association - 17, 54, 106

Atkinson a kol. - 82

### **B**

Benkovič, J. - 108

Bucková, M. - 92, 94

### **Č**

Čálek, O. - 115

Čornák, L., Popelková, M. - 64

### **F**

Fuchsová, K. - 127, 129

### **G**

Gelfand, D. M., Jenson, W. R., Cliford, J. D. - 13

Goetz, M., Uhlíková, P. - 49

### **H**

Heretik, A., Heretik, A. jr. a kol. - 29, 61, 124, 131, 133

Held, L. a kol. - 125

Heřmanská, D. - 75

Hort, V. a kol. - 17, 43, 85, 90, 93, 95, 123, 125, 129, 132, 135

Hrdlička, M., Komárek, V. - 91

Hrubý, J. - 118, 119

Hupková, I. - 108

Chessová, S. - 16

### **J**

Jakabčic, I., Požár, L. - 111

## **K**

Kariková, S. - 34, 69, 72

Kolář, M. - 75

Kolektív autorov - 103

Končeková, L. - 31

Kondáš, O. - 50, 60, 74

Košč, L. - 63

Koukolík, F. - 15

Krch F. - 121, 123, 125

Křivohlavý, J. - 111

Kusá, J. - 125

## **L**

Labáth, V. a kol. - 131

Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J. – 10, 12, 13

Lanyadoová, M., Horneyová, A. - 136

Lietava, J. - 103

Linka detskej dôvery. Ohrozenia detského vývinu

[http://www.linkadeti.sk/syndrom\\_can.html](http://www.linkadeti.sk/syndrom_can.html) ] [citované 4.10.2012]

[http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com\\_content&view=article&id=370:tyranie-deti&catid=63:deti-a-mlade&Itemid=70](http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=370:tyranie-deti&catid=63:deti-a-mlade&Itemid=70) [citované 4.10.2012] - 127

## **M**

Machová, J., Kubátková, D. a kol. - 126

Marádová, I. - 122

Mareš, J. a kol. - 12

Mareš, J. - 32

Matějček, Z. – 31, 49, 51, 53, 54, 57, 59

Matějček, Z., Dytrych, Z. – 40, 50, 61, 66, 68

Medzinárodná klasifikácia chorôb. 10. revízia. Duševní poruchy a poruchy chování.

Popisy klinických příznaku a diagnostická vodítka. Praha,

Psychiatrické centrum 1992 - 107, 123, 124

Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov.

10. revízia. Bratislava, Obzor 1994 - 6, 18



Munden, A., Arcelus, J. - 52

## **N**

Nesnidalová, R. - 91

Nešpor, K. – 104, 106, 108, 109, 110

Novotný, J. S., Okrajek, P. - 103

## **O**

Ondrejkovič, P. a kol. - 99

Oravcová, J. - 57

Orosová, O. – 100, 104, 109

## **P**

Paulík, K. - 94

Plante, T.G. - 7

Poliaková, E. - 04

Popelková, M. – 41, 73

Požár, L. – 111, 112, 115, 117

Presl, J. - 104

Prevendárová, J. – 111, 113, 120

## **R**

Riefová S. F. – 52, 56

Říčan, P. – 31, 35

Říčan, P. Krejčířová, D. – 36, 39, 43, 52, 28, 94, 111, 112, 118, 123, 134, 135

Říčan, P. , Vágnerová, M. a kol. – 36, 46, 55, 56, 59, 62, 80

Rogge, J. U. - 81

Ronenová, T. - 91

Rojková, Z., Popelková, M. - 103

## **S-Š**

Satková, V. a kol. - 46

Schopler, E. – 89, 91

Sobotková, I. - 16

Syřišťová, E. - 15

Škodáček, I. - 97

Šlapal, R., Makovská, Z. - 43

Šmahel, D. - 108

Šramová, B. - 129

Štúr, I. - 5, 16

## **T**

Thorová, K. – 89, 91

Train, A. – 89, 92

## **U**

Urban, E. - 97

## **V - W**

Vágnerová, M. -31, 35, 38, 45, 61, 70, 75, 83, 104, 126, 136

Vaničková, E. - 133

Weiss, P. a kol. - 133

Vymětal, J. – 80, 81

Vymětal, J. a kol. - 10

Weiss, P. a kol. - 133

Weissová G. - 122

## VECNÝ REGISTER

### A

abnormalita, 112

ADD, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 57

ADHD, 18, 34, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 67, 137

adolescencia, 79

Aspergerov, 22, 88, 92, 93, 94, 137

autizmus, 18, 21, 88, 92, 93, 95, 137

### B

bolešť, 12, 44, 128, 132

bulímia, 121, 124, 125

### Č

činitele, 3, 27

čítanie, 21, 61, 114

### D

demencia, 9, 24

depresia, 78, 79

depresívne, 10, 70, 79, 105

deteriorácia, 9, 24

DMO, 34, 35, 36, 37

Downov syndróm, 28

DSM, 6, 17, 18, 49, 50, 53, 54, 93, 106

dysgrafia, 60, 62

dyskalkúlia, 60

dyslexia, 21, 60, 61, 62

### E

elektívny mutizmus, 77

emočné poruchy, 19, 39, 67, 77, 78, 85, 86

emočný, 40, 91, 115

enkopréza, 77

enuréza, 19, 77, 84, 85

epilepsia, 3, 34, 42, 43, 45

## **F**

faktory, 5, 15, 27, 30, 47, 53, 68, 82, 84, 85, 89, 100, 101, 102, 121, 123, 129

fóbia, 82, 83

## **H**

hráčstvo, 106

hyperkinetické poruchy, 22, 50

## **I**

impulzivita, 18, 51, 54, 55, 56, 58, 67, 71

infekcia, 89

inteligencia, 9, 91

## **K**

klasifikácia, 3, 17, 103

kognitívny, 35, 93

## **L**

LMD, 49, 50, 51, 52, 57

## **M**

maladaptácia, 82

mentálna anorexia, 121

mentálna retardácia, 3, 9, 19, 34, 37, 39

MKCH, 6, 17, 18, 19, 38, 50, 53, 59, 67, 68, 70, 77, 78, 82, 83, 84, 85, 88, 106, 107,  
122, 124

motorika, 78

myslenie, 38, 39, 94

## **N**

nádor, 3

návykové látky, 103

nočné, 85

normalita, 9, 14

normálne, 15, 16, 20, 24, 25, 26, 44, 47, 94, 115, 126

normálneho, 8, 18, 24, 38, 57, 91, 94

## **O**

odolnosť, 47, 131

organický psychosyndróm, 34

## **P**

pamäť, 44, 51, 90

patologický, 17, 81

perinatálny, 63

Pervazívne vývinové poruchy, 3, 88

porucha, 7, 9, 10, 20, 21, 22, 23, 27, 32, 36, 38, 40, 46, 49, 50, 51, 52, 53, 60, 61, 63,  
64, 67, 69, 77, 78, 82, 83, 85, 86, 88, 89, 91, 92, 94, 115, 118, 119, 125, 126

postihnutie, 34, 35, 36, 37, 40, 42, 47, 54, 64, 89, 90, 111, 112, 113, 115, 117, 118, 120

posttraumatický, 139

prevencia, 9, 69, 138, 140

psychogénny, 121

psychosomatický, 136

psychotický, 73

## **R**

reč, 20

retardácia, 18, 19, 21, 28, 37, 38, 39, 40, 46, 93

Rettov syndrón, 22, 88, 94

## **S**

senzorický, 20

separačná, 77, 82

sociálna fóbia, 83

sociálna úzkostná porucha, 77

spánok, 43

suicídium, 131

syndróm, 11, 22, 24, 28, 50, 52, 57, 72, 88, 92, 93, 94, 98, 99, 127, 128, 133, 134, 135,  
137

## Š

školská fóbia, 82

špecifická porucha, 20

## T

týranie, 75, 127, 128, 129, 130, 131, 132

## U

úraz, 3

úzkosť, 12, 39, 77, 80, 81, 82, 84, 86, 99, 101, 104

úzkostné poruchy, 77, 80

## V

vnímanie, 11, 28, 51, 115, 116, 117

vývin, 1

## Z

závislosť, 15, 37, 69, 79, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 132

zneužívané dieťa, 3, 127, 133



Autor: doc. PhDr. Marta Popelková, PhD.  
Názov: Poruchy psychického vývinu v detstve a v dospievaní  
Vydavateľ: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva  
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre  
Jazyková úprava: text neprešiel jazykovou úpravou  
Technickí redaktori: Mgr. Zuzana Majerová  
Stanislav Chovanec  
Rok vydania: 2013  
Vydanie: prvé  
Rozsah: 150 strán  
Náklad: 100 ks  
Tlač: ŠEVT a.s., Bratislava

**ISBN 978-80-558-0300-5**

**EAN 9788055803005**