

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



# DIAGNOSTIKA PORÚCH SPRÁVANIA v kontexte liečebnej pedagogiky

Zuzana FÁBRY LUCKÁ (Ed.)

# DIAGNOSTIKA PORÚCH SPRÁVANIA V KONTEXTE LIEČEBNEJ PEDAGOGIKY

## **Editor:**

Mgr. Zuzana FÁBRY LUCKÁ, PhD.

## **Autori kapitol:**

Mgr. Zuzana FÁBRY LUCKÁ, PhD.

Mgr. Zuzana YAKHYAEV, PhD.

## **Recenzenti:**

doc. PaedDr. Daniela VALACHOVÁ, PhD.

doc. PaedDr. Barbora KOVÁČOVÁ, PhD.

**Grafický návrh:** BOKER – reklamná agentúra

**Grafická úprava:** Mgr. Ivana LIŠTIAKOVÁ, PhD.

**Jazyková korektúra:** Ing. Eleonóra LIŠTIAKOVÁ

*Publikácia je výstupom projektu KEGA č. 067UK-4/2015 E-learningové vzdelávacie moduly k problematike porúch správania u detí*

**Vydavateľstvo:** Univerzita Komenského v Bratislave

**Rok vydania:** 2015

**Rozsah:** 61 s.

**Vydanie:** prvé

**ISBN 978-80-223-3996-4**

**EAN 9788022339964**

**OBSAH**

O AUTORKÁCH.....	4
ÚVOD .....	5
1 DIAGNOSTIKA – ZÁKLADNÝ TERMINOLOGICKÝ APARÁT .....	6
<i>Zuzana Fábry Lucká</i> .....	6
1.1 Diagnostika ako komplexný pohľad na človeka.....	10
1.2 Metódy diagnostiky .....	12
1.3 Pravidlá diagnostiky .....	16
2 DIAGNOSTIKA VO VZŤAHU K PROBLÉMOVÉMU SPRÁVANIU SA DIEŤATA 21	
<i>Zuzana Fábry Lucká – Zuzana Yakhyaev</i> .....	21
2.1 Procesuálna stránka diagnostického skúmania vo vzťahu k problémovému správaniu sa dieťaťa.....	25
2.2 Pozorovanie v kontexte problémového správania sa dieťaťa.....	27
2.3 Pozorovanie problémového správania sa dieťaťa pri hre .....	28
2.4 Interakcia dieťa – dospelý .....	32
2.5 Projektívne metódy v diagnostickom procese .....	33
2.6 Diagnostický rozhovor – základné princípy .....	35
2.7 Odporúčenie odbornej intervencie.....	40
2.8 Odporúčania rodine .....	41
3 IDENTIFIKÁCIA A NAPŔNANIE ŠPECIFICKÝCH POTRIEB A PODMIENOK VÝCHOVY DIEŤAŤA S PORUCHAMI SPRÁVANIA .....	45
<i>Zuzana Fábry Lucká – Zuzana Yakhyaev</i> .....	45
3.1 Pozorovanie prejavov dieťaťa s poruchami správania .....	47
3.2 Rozhovor s rodičmi dieťaťa s poruchami správania.....	53
3.3 Špecifické potreby .....	54
3.4 Silné stránky dieťaťa s poruchou správania .....	55
3.5 Identifikácia rizikových faktorov .....	57
3.6 Špecifické podmienky výchovy v inkluzívnom ponímaní .....	58
ZÁVER.....	63

### O AUTORKÁCH

**Mgr. Zuzana Yakhyaev, PhD.** sa ako navrhovateľka projektu KEGA č. 067UK-4/2015 E-learningové vzdelávacie moduly k problematike porúch správania u detí podieľala na tvorbe projektového zámeru a realizácie projektu v roku 2015. Vychádzala pri tom z potreby praxe v nadväznosti na výskum, ktorý realizovala ako súčasť svojej dizertačnej práce Účinnosť intervenčného programu IAP na redukciiu problémového správania žiakov primárnej školy. Dlhodobu sa venuje téme porúch správania, ku ktorej publikovala množstvo vedeckých a odborných publikácií (Orientačná diagnostika a opatrenia pri problémovom správaní dieťaťa v kontexte vzťahov v rodine, Raabe, 2012; Problémové správanie žiakov – jeho intervencia a prevencia, Raabe, 2010; Agresívne správanie žiakov a problémy učiteľov s jeho zvládaním, Votobia, 2009).

**Mgr. Zuzana Fábry Lucká, PhD.** absolvovala magisterské štúdium liečebnej pedagogiky na Pedagogickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave, následne v odbore špeciálna pedagogika obhájila dizertačnú prácu. Od roku 2008 pracuje ako liečebný pedagóg v domove sociálnych služieb pre deti a dospelých s viacnásobným postihnutím. Od roku 2013 je odborným asistentom na Katedre liečebnej pedagogiky Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. Jej odborným zameraním je využitie psychomotorickej terapie v liečebnopedagogickej intervencii, problematika včasnej intervencie, koncepty Snoezelen terapie a Bazálnej stimulácie, liečebnopedagogická diagnostika a problematika jednotlivcov s viacnásobným postihnutím.

### ÚVOD

Diagnostika je zložitý proces, ktorý vo všeobecnosti musí predchádzať akejkoľvek forme pomoci. Poruchy správania sú ochorením, ktoré zasahuje celú osobnosť človeka, ale i jeho rodinu a blízke okolie. Preto je potrebné procesu diagnostiky venovať náležitú pozornosť, pričom odborník – diagnostik získava dostupné informácie zo všetkých zdrojov v blízkosti človeka s podozrením na poruchu správania. Porucha správania s jej prejavmi je ľahko zameniteľná za „nevychované správanie“, najmä v detskom či adolescentnom veku človeka. Rodina s členom s poruchou správania tak býva často odsudzovaná nielen spoločnosťou, ale i blízkou rodinou. Preto je potrebné rodinu zapájať i do diagnostického procesu, pričom tu má funkciu nielen ako vhodný zdroj dostupných informácií z domáceho prostredia, ale tiež funkciu katarznú. Diagnostický proces má z uvedených dôvodov svoje špecifiká, ktoré je potrebné rešpektovať a zohľadňovať. Nakoľko porucha správania býva často diagnostikovaná v školskom veku či vo veku adolescencie, je i školské prostredie diagnosticky zaujímavé ako prostredie, v ktorom sa pohybuje, nadväzuje sociálne interakcie, ale tiež prostredie, kde má porucha správania najvýraznejší dopad. Nakoľko poruchy správania majú vplyv na sociálne interakcie človeka, najmä na jeho správanie sa v spoločnosti, je nevyhnutné získavať diagnostický materiál práve z oblastí, kde sa sociálne prejavuje, či v tých oblastiach jeho života, kde sa porucha správania najčastejšie zviditeľňuje a spôsobuje sekundárne problémy.

# 1 DIAGNOSTIKA – ZÁKLADNÝ TERMINOLOGICKÝ APARÁT

*Zuzana Fábry Lucká*

## **Zámer kapitoly**

Zámerom kapitoly je objasniť terminológiu používanú v procese diagnostiky v kontexte liečebnej pedagogiky.

## **Kľúčové slová**

Diagnostika.

Diagnostický proces.

Pravidlá diagnostiky.

Pojem *diagnostika*, pochádzajúci z latinských slov „dia“ – jedinečný, osobitý, a „gnosis“ – poznanie, už sám naznačuje, že ide o skúmanie jedinečného dostupnými prostriedkami tak, aby poznanie bolo na najvyššej úrovni. Poznanie všetkých skutočností, dôležitých pre človeka, ktorého prostredníctvom diagnostického skúmania vyšetrujeme. Diagnostika je zložitý proces, ktorý je cyklický, plánovitý a najmä nikdy nekončí. Vo všeobecnosti to znamená, že tak ako je dôležitý proces diagnostiky, je dôležitá tiež rediagnostika pri každej zmene v živote skúmaného človeka, či už ide o zmeny z hľadiska biodromálneho, zmeny v rodinnom systéme človeka, či zmeny v jeho sociálnom statuse alebo systéme. Diagnostický proces by mal citlivo reagovať na aktuálne dianie v živote človeka z hľadiska toho, na čo konkrétne sa daný odborník – diagnostik zameriava. Z hľadiska človeka v kontexte skúmanej oblasti môžeme diagnostiku rozlišovať na pedagogickú, sociálnu, špeciálno-pedagogickú a liečebnopedagogickú. Vyústením diagnostického procesu je stanovenie diagnózy, na základe ktorej stanovuje odborník ďalšie optimálne intervenčné postupy, vedúce k zmenám v charaktere či dopade skúmaného problému na rodinné a sociálne prostredie i na jeho osobnostný vývin. Po stanovení diagnózy je predpokladom odborníka uskutočňovanie zmien v doterajšom postupe, ale tiež pravidelná rediagnostická činnosť.

Predmetom diagnostického skúmania je z pohľadu rôznych typov diagnostického skúmania z hľadiska odborovosti to, čím sa daný odbor zaoberá. V krátkosti uvedieme, že v prípade pedagogickej diagnostiky ide o diagnostiku vzhľadom ku špecifikám pedagogického procesu, v prípade sociálnej diagnostiky ide predovšetkým o skúmanie sociálneho prostredia človeka a dopadov tohto prostredia na tvorbu a udržiavanie jeho vzťahov v spoločnosti, či už bližších, alebo širších. Diagnostika je teda komplexný proces, no je rozdiel v jej ponímaní z hľadiska rôznych odborníkov. Kým v lekárskej vede ide primárne o súhrnné skúmanie z pohľadu biologickej stránky človeka, pedagogické a psychologické vedy skúmajú diagnostiku vo vzťahu k svojmu zameraniu. To znamená, že psychologické vedy sa zameriavajú najmä na psychické prežívanie jednotlivca, ale i jeho vzťahy s rodinou či okolím, pedagogické vedy sa zameriavajú na diagnostiku vo vzťahu k procesom výchovy a vzdelávania.

**Pedagogická diagnostika** je realizovaná učiteľom v pedagogickom procese. Ako vyplýva z tejto základnej definície, ide o diagnostiku, ktorá sa odohráva v školskom veku dieťaťa. Je súčasťou pedagogického procesu, pričom v procese diagnostiky vystupuje diagnostikovaný človek ako žiak. Manniová (2004) uvádza, že pedagogická diagnostika je realizovaná učiteľom v diagnostickom procese, kedy učiteľ poznáva príčiny a mieru školskej úspešnosti, hľadá odpovede na otázky, aký je v skutočnosti žiak, či aké sú príčiny jeho školskej

neúspešnosti. Ide o zložitý, plánovitý a systematický proces. Hadj Moussová, Dolinský a kol. (2002) uvádzajú, že ide o proces, zahŕňajúci v sebe všetky dôležité informácie z rozličných dostupných zdrojov, pričom sa zameriava nielen na získavanie týchto informácií, ale i analýzu získaných dát a interpretáciu, potrebnú pre ďalšiu intervenciu v školskom prostredí dieťaťa.

**Sociálna diagnostika** sa zameriava na skúmanie sociálnych javov v prirodzenom prostredí dieťaťa/človeka, ale tiež v prostredí, kde má možnosť nadväzovať prirodzené sociálne vzťahy a väzby. Sociálna diagnostika sa zameriava nielen na nadväzovanie vzťahov, ale aj na schopnosť či tendenciu ich udržiavať dlhodobo. Oravcová (2005) uvádza, že pri skúmaní sociálnych vzťahov a väzieb sa zameriavame na:

- interakciu,
- spoločné ciele skupiny/society,
- spoločné hodnoty a normy správania,
- vedomie súdržnosti a spolupatričnosti,
- štruktúru skupiny,
- autonómiu skupiny.

Z uvedeného vyplýva, že sociálna diagnostika alebo diagnostika sociálneho prostredia a vzťahov sa zameriava, okrem základných kompetencií pre vytváranie a udržiavanie vzťahov, tiež na fungovanie človeka v rámci skupiny. Sociálne prostredie je súčasťou života človeka v každom veku, či už ide o dieťa, dospelého či osobu v seniorskom veku.

**Špeciálnopedagogická diagnostika** je dlhodobo využívanou metódou, ktorá v priebehu času vyvinula svoje vlastné nástroje a metódy orientujúce sa na špecifiká diagnostického procesu z pohľadu špeciálnej edukácie. Retrospektívne Vašek (1988, s. 5) vymedzil pojem *diagnostika* ako „náuka o rozpoznaní chorôb, či súbor aktivít pre rozpoznanie chorôb“. Uvedená definícia pojmu je stále platná, avšak pojem diagnostika v novšom, a najmä nie striktne medicínskom ponímaní Přinosilová (2007, s. 10) definuje ako „poznávací proces, ktorého cieľom je čo najdokonalejšie poznanie predmetu či objektu nášho záujmu, a to všetkých jeho dôležitých znakov a charakteristík a ich vzájomných vzťahov a súvislostí“. Práve formulácia „čo najdokonalejšie“ naznačuje, že v súčasnosti je potrebná hĺbková zameranosť na všetky oblasti diagnostikovaného človeka, a to aj v bežných situáciách (napr. v domácom prostredí), nielen v prostredí ambulancií či herní. Konkrétne pri špeciálnopedagogickej diagnostike Přinosilová (2007, s. 10) tvrdí, že „v odbore špeciálnej pedagogiky sa diagnostika zameriava na zdravotne postihnutého či znevýhodneného jednotlivca, jeho osobitosti a na



*možnosti jeho výchovy a vzdelávania*“. Ako naznačuje uvedená definícia, v minulosti išlo pri špeciálnopedagogickej diagnostike prioritne o skúmanie špecifik v edukačnom kontexte, v súčasnosti sa odbor špeciálnej pedagogiky perspektívne zameriava nielen na človeka v školskom období jeho života, ale poskytuje mu intervencie počas celého života, až do obdobia sénia. Súčasným trendom je teda zameranie sa na človeka v každom životnom období, nielen v kontexte edukácie.

Vašek (1991) už v deväťdesiatych rokoch minulého storočia upozorňoval na fakt, že proces diagnostiky je cyklický a akákoľvek zmena v jeho premenných automaticky ovplyvňuje celý diagnostický proces. Diagnostik musí citlivo a flexibilne reagovať na zmeny a verifikovať stanovenú diagnózu a následné intervenčné postupy vzhľadom k týmto zmenám. Špeciálnopedagogická diagnostika je teda pomerne rozpracovaná v porovnaní napr. s liečbnopedagogickou diagnostikou.

**Liečbnopedagogická diagnostika** je základom liečbnopedagogickej intervencie, bez poznania človeka, jeho situácie, jeho histórie či poznania interpersonálnych väzieb, intervencia nejestvuje. Práca liečebného pedagóga má byť jasná, plánovitá a systematická. Na základe získaných informácií liečebný pedagóg analyzuje, plánuje dlhodobé i krátkodobé ciele. Zvlášť dôležitou oblasťou je rediagnostika – najmä u ľudí, ktorých znevýhodnenie je ťažké a ovplyvňuje ich schopnosť komunikovať s okolím bežnou formou a liečebný pedagóg musí flexibilne reagovať na všetky zmeny nielen zo strany diagnostikovaného človeka, ale i jeho prostredia, či nových životných situácií. Oblasť liečbnopedagogickej diagnostiky je však v slovenských podmienkach stále pomerne málo spracovaná, najmä v porovnaní so špeciálnopedagogickou diagnostikou, ktorá má dlhodobú históriu práve v kontexte vzdelávania. Z tohto dôvodu je pre potreby liečebnej pedagogiky nutné vymedziť základný pojmový aparát. Z pohľadu liečebnej pedagogiky ide o akýsi súhrn vyššie uvedených. Liečebný pedagóg sa zameriava v rámci diagnostického procesu na človeka komplexne, jeho práca si vyžaduje analýzu informácií od iných odborníkov, rodiny, blízkeho okolia, od školského či pracovného prostredia (v závislosti od veku diagnostikovaného), v neposlednom rade od sociálneho prostredia. Diagnostický proces je tu celistvým pohľadom na človeka, pričom medzi hlavné zásady liečebnej pedagogiky patrí, že diagnostik nie je zameraný na problém diagnostikovaného, ale na jeho osobu so všetkými súvisiacimi faktormi.

## 1.1 Diagnostika ako komplexný pohľad na človeka

Pri skúmaní diagnostiky z rôznych pohľadov konštatujeme, že tak ako v pedagogickej diagnostike, tak i v ostatných diagnostických odboroch je potrebné zoskupovať informácie zo všetkých dostupných zdrojov v okolí človeka. Skúmame jeho rodinné, sociálne, školské prostredie, ale tiež udalosti, ktoré sa udejú v živote človeka neočakávane. Komplexný pohľad na človeka ako na jedinečnú bytosť je nevyhnutným prístupom, pričom cieľom je čo najvyššie možné poznanie človeka. Lopúchová (2011, podľa Harčaríková, Lopúchová, 2011) používa pojem „komplexná diagnostika“, ktorý sa uplatňuje najmä v poradenskej praxi, pričom táto má slúžiť nielen v poradenskej činnosti, ale aj ako podklad pre ďalších odborníkov, ktorí s dieťaťom pracujú. Práve spolupráca s inými odborníkmi je v rámci diagnostického procesu ťažisková. Pre odborníka, ktorý sa zameriava prioritne na školské prostredie a pozná dieťa najmä v školskom prostredí, sú informácie od odborníka skúmajúceho rodinné či sociálne prostredie hodnotným materiálom. Slowík (2007) taktiež píše o potrebe komplexnosti diagnostiky, pričom má na mysli dôležitosť spolupráce odborníkov pracujúcich s dieťaťom. Spolupráca odborníkov je dôležitá nielen v detskom veku, ale najmä v ďalšom období života človeka, nakoľko vekom získava človek nové sociálne vzťahy a väzby, prirodzene mení prostredie svojho pôsobenia a aktuálne zmeny sa v jeho živote uskutočňujú spravidla častejšie, pretože musí samostatne pôsobiť v spoločnosti ako jej súčasť. Nielen odborníci sú však v tomto procese dôležití. Rodina a rodinné prostredie sú tak pre diagnostický, ako i pre intervenčný proces dôležité tak v detskom veku, ako i v období adolescencie a dospelom veku. Lopúchová (2011, podľa Harčaríková, Lopúchová, 2011) zdôrazňuje potrebu spolupráce s rodinou, ak ide o dieťa, lebo práve rodina je tou jednotkou, v ktorej dieťa trávi najviac času, je ovplyvnené jej tradíciami, výchovnými vplyvmi, systémom spolunažívania. Každý člen rodiny má v rámci nej svoje postavenie, mechanizmy správania a pre diagnostický proces je dôležitý. V prípade potreby je rodič osobou, ktorá môže objasniť niektoré vzniknuté problémové situácie, lebo pozná najlepšie reakcie svojho dieťaťa. V adolescentnom i dospelom veku človeka je rodina akýmsi oporným bodom. Ak je funkčná a rovnako i vzťahy v nej, je pre odborníka nevyhnutnosťou zapojiť ju do procesu pomoci, pretože nesie v sebe potenciál zmeny. Bez podpory rodinného prostredia nemusí mať zmena trvalejší charakter, keďže nie je umocňovaná v domácom prostredí.

Cieľom diagnostiky je zamerať sa na človeka z komplexného pohľadu, čo znamená identifikovať, zosumarizovať, analyzovať a interpretovať potrebné údaje. Kým napríklad v systéme špeciálnej pedagogiky je podľa Vaška (2003) cieľom špeciálnopedagogickej

diagnostiky pomoc človeku s postihnutím v oblasti výchovy a vzdelávania, z hľadiska liečebnej pedagogiky je potrebné koncipovať cieľ širšie. V liečebnej pedagogike nie je cieľom vzdelávanie a výchova jednotlivca, ale komplexný analytický pohľad na človeka v jeho aktuálnej životnej situácii, vedúci k plánovaniu a následnej realizácii vhodných intervenčných postupov. V pedagogických vedách je taktiež cieľom komplexné poznanie človeka, avšak spravidla ide o poznanie dôležité pre pedagogický proces, ktoré má možnosť tento proces ovplyvňovať a nasmerovať k pedagogickej úspešnosti. V sociálnych vedách ide o ciele zamerané na skúmanie sociálneho prostredia. Komplexné poznanie je tu teda taktiež dôležitým diagnostickým kritériom, avšak ciele smerujú prioritne k úspešnému fungovaniu v sociálnom prostredí a uplatniteľnosti v spoločnosti.

Pre komplexnosť diagnostického procesu je dôležité plánovanie. Plánovitosť je ukotvením v čase, zrozumiteľným pre diagnostikovaného človeka, s jasne stanoveným konečným cieľom. Na základe týchto poznatkov uvádzame autorský návrh plánovania jednotlivých fáz v procese diagnostiky (Fábry Lucká, Lištiaková, 2014):

1. Formulácia problémovej situácie, sumarizácia potrebných údajov.
2. Formulácia problémovej hypotézy, vychádzajúca zo získaných údajov.
3. Voľba diagnostických metód.
4. Formulácia diagnózy, verifikovanie diagnózy.
5. Stanovenie intervenčných postupov.
6. Rediagnostika v prípade zmenenej situácie človeka.

Venovali sme sa diagnostickému procesu z hľadiska rôznych vedných odborov. Vždy je však potrebné zachovať komplexnosť diagnostiky a skúmať človeka celistvo so všetkými súvisiacimi premennými. Za dôležité zdroje informácií o vyšetrovanom človeku považuje Vágnerová (1999, s.47-48):

- lekársku a psychologickú dokumentáciu (výsledky doterajších vyšetrení, priebehu liečby),
- informácie od rodinných príslušníkov (komplexná predstava o vzťahoch v rodine, dynamike a postoji k diagnostikovanému človeku),
- informácie z rôznych inštitúcií (školy, pracoviska), návšteva v byte (teritorialita, izolácia jednotlivých členov rodiny),
- pozorovanie diagnostikovaného človeka (zjav, spôsob komunikácie, nápadnosti v správaní).

Formulovanie záverov diagnostiky je zvlášť citlivou oblasťou, pretože je potrebné formulovať ich objektívne a verifikovať. Iba týmto spôsobom môže odborník predchádzať tzv. „nálepkovaniu“, ktoré môže byť pre človeka neprínosné, ba až poškodzujúce. Preto je potrebné formulovať závery diagnostiky otvorene, zohľadňujúc potenciál vyšetrovaného človeka v jeho komplexnosti.

## 1.2 Metódy diagnostiky

Stanovenie diagnózy predpokladá výber a plánovanie metód diagnostiky. Klein, Meinertz a Kausen (2009) prisudzujú veľký význam včasnej identifikácii poruchy u detí. Považujú ju za jednu z najvýznamnejších úloh liečebného pedagóga. Dieťa prejavujúce sa agresívne je pre rodiča/rodičov náročnou skúškou, najmä z pohľadu vnímania verejnosti. Ich rola rodičov je spochybňovaná, dieťa s poruchou správania je vnímané ako nevychované, čo vedie k ďalším nesprávnym výchovným postupom, ak sa jedná o dieťa s psychickým ochorením. Pre diagnostiku psychického ochorenia poruchy správania je potrebné zamerať sa na problém objektívne a skúmať prejavy dieťaťa v rôznych situáciách či podmienkach.

Prvotným je zisťovanie nálezu odborníkom, pričom nevyhnutnosťou je konzultácia zistených diagnostických položiek s inými odborníkmi. Multidisciplinárna spolupráca rodiny a odborníkov, podieľajúcich sa na diagnostike konkrétneho dieťaťa, je prvým predpokladom nielen pre stanovenie správnej diagnózy, ale tiež prognózy ďalšieho života rodiny.

Vo všeobecnosti metódy diagnostiky Přinosilová (2007) člení na:

- klinické,
- testové.

Medzi klinické zaradujeme metódy anamnestické – pozorovanie, rozhovor, analýzu výsledkov činnosti. Testové metódy sú štandardizovaným spôsobom diagnostiky. Ich výhodou je prehľadnosť a rovnosť podmienok pri testovaní.

Slowík (2007, s. 52) uvádza najčastejšie používané diagnostické metódy:

- anamnéza (osobná, rodinná, školská),
- pozorovanie (zámerné a nezámerné),
- rozhovor (interview),
- dotazníky, testy (psychologické, pedagogické, didaktické,...),

- metódy overovania vedomostí a zručností (písomné a ústne skúšanie,...),
- analýza výsledkov činnosti (rozbor prác, posudzovanie výtvorov,...),
- prístrojové metódy (audiometria,...).

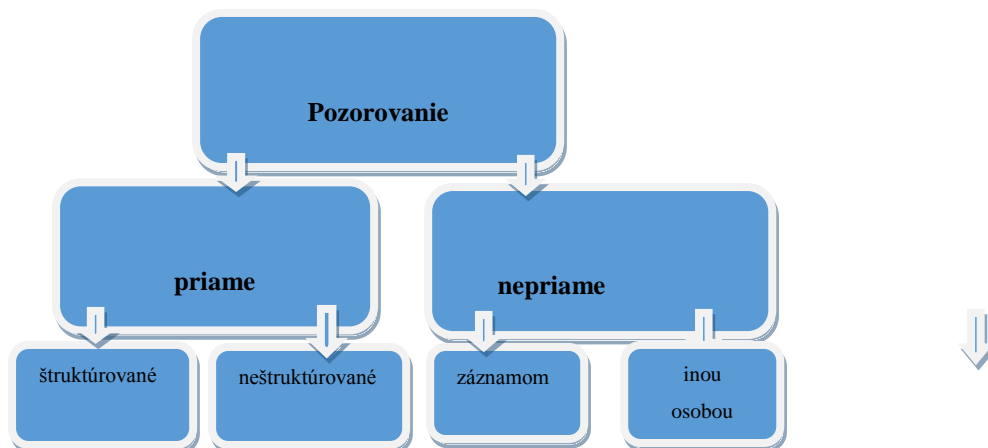
**Anamnéza** je podľa Hadj Moussovej (2002, citované podľa Hadj Moussová, Duplinský a kol.) súhrnom informácií získaných z rôznych zdrojov. V anamnéze analyzujeme možné problémy diagnostikovaného človeka, zbierame a analyzujeme údaje v rôznom prostredí – v domácom, rodinnom, školskom či sociálnom. Dôležitosť rodinného prostredia je opätovne zdôrazňovaná, pretože rodina je miestom, kde dieťa trávi najviac času.

Šauerová, Špačková a Nechlebová (2012) medzi druhy anamnézy zaraďujú osobnú a rodinnú anamnézu, pričom rodinná sumarizuje údaje o rodičoch, súrodencoch, starých rodičoch a ich problémoch v genetickej i sociálnej oblasti. Osobná anamnéza vychádza z rodinnej a zameriava sa na vývin človeka od narodenia až po súčasnosť, popisujúc všetky vývinové i sociálne medzníky v tomto období. Vzhľadom na fakt, že v rámci liečebnej pedagogiky nám ide o komplexný vhlad do situácie, anamnéza mapuje tiež školskú a sociálnu oblasť (u dospelých pracovnú či profesijnú oblasť), a tiež aktuálny stav diagnostikovaného človeka.

Ďalšou z diagnostických metód je **pozorovanie**, ktoré Čabálová (2011, s. 100) definuje ako plánovité, cieľavedomé a sústavné sledovanie danej skutočnosti. Šauerová, Špačková a Nechlebová (2012, s. 51) vymedzuje znaky pozorovania, dôležité pre komplexnosť procesu:

- plánovitosť;
- systematickosť;
- dlhodobosť;
- možnosť opakovania;
- zameranosť na podstatné javy;
- presnosť;
- diskretnosť.

Vo všeobecnosti pozorovanie môžeme realizovať priamou a nepriamou formou. V priamom pozorovaní odborník volí druh realizácie pozorovania – štruktúrované alebo neštruktúrované. Štruktúrované má vopred pripravený scenár realizácie, liečebný pedagóg ho člení na určité významové celky. Pri nepriamom pozorovaní ide o pozorovanie sprostredkované záznamom či inou osobou. V Grafe 1 uvádzame prehľadnú tabuľku základných druhov pozorovania.



Graf 1: Základné druhy pozorovania (modifikované podľa Čabálová, 2011)

Trpišová (2002, citované podľa Hajd Moussová, Duplinský a kol.) považuje za dôležitú časť pozorovania zhotovovanie záznamu. Pretože pri pozorovaní ide o proces vo väčšine prípadov dlhodobý, voľba vhodného spôsobu zaznamenávania je dôležitou jednotkou. Ideálnym spôsobom je zaznamenávanie na videonahrávku, čo odborníkovi umožní plne sa sústrediť na prebiehajúci proces a po jeho skončení má dostatok času na opätovné overenie a diagnostiku zaznamenaného. Pozorovaný však v tomto prípade musí byť oboznámený so zaznamenávaním a vyjadriť sa k nemu súhlasne. Snímanie deja kamerou môže na diagnostikovaného pôsobiť rušivo, avšak zaznamenávanie po skončení procesu môže byť pre odborníka skreslenou informáciou.

Ďalšou metódou diagnostického skúmania je **rozhovor** (interview). Je obľúbeným diagnostickým nástrojom najmä pre výhodu osobného kontaktu s diagnostikovaným človekom. Odborník sa tak môže pri rozhovore zameriavať aj na neverbálne i paralingvistické prejavy klienta, ktoré sú často hodnotným materiálom. Neverbalita či paralingvistické prejavy prezrádzajú o človeku mnohé, a ak nie je v súlade s verbálnym prejavom človeka, značí to, že pre získanie objektívnych informácií je potrebné zamerať sa i na jeho neverbálny prejav (Szabová, 1998). Prevendárová (2001) uvádza, že nesúlady verbálneho, neverbálneho a paraverbálneho prejavu je dôvodom pre špecifickú prácu s človekom i jeho rodinou.

Dôležitou premennou je tiež flexibilita diagnostikovaného pri reakciách na položené otázky. Gavora (2010) skúmal silné a slabé stránky rozhovoru ako diagnostickej metódy. Medzi silné stránky zaraďuje:

- osobný kontakt pri rozhovore,

- nadviazanie otvoreného kontaktu s diagnostikovaným.

Nevýhody spočívajú v hanblivosti dopytovaného pri chúlostivých otázkach, v prípade ak ide o človeka, pre ktorého je lepšou voľbou anonymita. Taktiež rozhovor v počiatočných fázach diagnostiky môže byť poznačený zámerným skresľovaním informácií zo strany diagnostikovaného človeka. Šauerová, Špačková a Nechlebová (2012) uvádzajú formy pozorovania z hľadiska počtu pozorovaných osôb – individuálna a skupinová. Individuálna forma je zameraná priamo na skúmaného človeka bez rušivých faktorov okolia. Skupinová forma sa zameriava na skúmanie vzťahov človeka s okolím, na jeho vystupovanie voči iným ľuďom, sociálne fungovanie. Ďalším delením je členenie rozhovoru podľa formy realizácie – riadené a neriadené. V súčasnosti, v dobe technologického rozmachu, sú nám ponúkané aj iné možnosti okrem uvedených. Gavora (2010) vymedzuje tiež telefonické a online interview. Tieto sú v súčasnej dobe obľúbené vzhľadom k absencii osobného kontaktu. Vzhľadom k spomenutým výhodám rozhovoru znamenajú pre odborníka nemožnosť využiť i ďalšie metódy diagnostiky, ktoré by bolo možné využiť iba pri osobnom kontakte. Podľa Čabálovej (2011) je vhodné kombinovať rozhovor s inými metódami, napr. dotazníkom, experimentom alebo pozorovaním. Duplinský (2002, citované podľa Hajd Moussová, Duplinský a kol.) považuje rozhovor za vzácny diagnostický nástroj, ale zároveň ho chápe i ako významnú súčasť poradenského procesu.

**Dotazník** a **testy** patria k často využívaným metódam. Ide o časovo úspornejšie a finančne nenáročné metódy, ktoré svojím spracovaním nezaberajú veľké množstvo času na vyplnenie. Pre odborníka sú výborným nástrojom, ak chce situáciu daného človeka posudzovať v čase. V diagnostickej činnosti sa využívajú tiež testové metódy zamerané na testovanie vývinovej úrovne dieťaťa, z hľadiska kognitívnych schopností, psychomotorických kompetencií, vývinu reči, či hrubej a jemnej motoriky. Podľa Slowíka (2007, s. 52), sa odborníci zameriavajú na diagnostiku nasledovných oblastí:

- motorika (hrubá, jemná, očné pohyby, motorika artikulačných orgánov, grafomotorika, pohybová koordinácia, senzomotorika, vyšetrenie telesnej schémy);
- percepcia (vestibulárna, taktilná, kinestetická, zraková, sluchová, rytmická);
- komunikácia (verbálna a neverbálna);
- rozumové schopnosti (inteligénčné testy);
- lateralita (zistenie dominantnej ruky a oka);

- priestorová a časová orientácia;
- sociálne faktory (rodinné zázemie, školské prostredie, rovesnícke vzťahy...);
- telesné a psychické charakteristiky (vývinové ukazovatele, emócie, motivácia, záujmy...);
- správanie;
- úroveň schopností a zručností (najmä školských zručností).

Okrem dotazníkového šetrenia sú s obľubou využívané tiež testové metódy. Lopúchová (2011, podľa Harčariková, Lopúchová, 2011) uvádza špecifické testovacie metódy využívané na zisťovanie úrovne zrakového vnímania – Edfeldov reverzný test, Modifikovaný reverzný test pre deti predškolského veku, Rekogničný test reverzných tendencií, Test diskriminácie tvarov, Frostigovej vývinový test zrakového vnímania, In Sight test či Lea test.

**Analýza výsledkov činnosti** má pre odborníka špecifický význam. Zameriavame sa na diagnostikovanie prostredníctvom rôznych výtvarných, pohybových či literárno–dramatických činností. Špecifickým pri tejto metóde je odbor liečebnej pedagogiky, sústrediaci sa nie na výsledok činnosti, ale na proces ako taký. Okrem základných diagnostických metód využíva liečebná pedagogika v jednotlivých expresívnych terapiách špecifické možnosti diagnostiky. Napríklad Šicková-Fabrici (2002) v arteterapii zdôrazňuje diagnostické aspekty výtvarného prejavu, konkrétne sleduje kresbu v arteterapii (detská kresba rešpektujúca vývinové aspekty), kresebné testy (kresba ľudskej postavy, test stromu, test domu, dynamický test kresby ľudskej postavy, test začarovanej rodiny...), body image (test telesnej schémy), farbu v arteterapii (symbolika farieb, farebné kombinácie, preferencia farieb, kresebné testy) a diagnostický potenciál autora vidí tiež v snoch. Szabová (1996, s. 30) za diagnostický cieľ v psychomotorickej terapii ako v jednej z liečebnopedagogických disciplín považuje „snahu o rozpoznanie a získanie čo najhlbších a najkomplexnejších poznatkov o jednotlivcovi“.

### 1.3 Pravidlá diagnostiky

Ako každý proces, i diagnostika má svoje zákonitosti a pravidlá. Na to, aby diagnostika bola skutočne „multidisciplinárna“ so zameraním na človeka v centre pozornosti, je potrebné nahliadať na ňu v komplexnom duchu. Zahŕňame sem špeciálnopedagogickú, liečebnopedagogickú diagnostiku, lekársku diagnostiku, sociálnu diagnostiku



i psychodiagnostiku (Přinosilová, 2007). Princípy diagnostického procesu sa stanovujú aj z hľadiska biodromálneho, t.j. na základe veku skúmanej osoby. S vekom totiž úzko súvisí tiež prostredie, ktoré je pre človeka v danom období špecifické a ovplyvňuje jeho ďalšie sociálne fungovanie. Tichá (2008), vymedzuje princípy diagnostiky dieťaťa s problémovým vývinom raného a predškolského veku:

- diagnostika je založená na integrovanom vývinovom modeli,
- diagnostika musí byť založená na viacerých zdrojoch informácií a musí obsahovať viaceré komponenty,
- diagnostika rešpektuje postupnosť,
- diagnostika rešpektuje základnú vývinovú úroveň dieťaťa, jej základom je poznanie vzťahu rodiča a dieťaťa,
- proces diagnostiky musí identifikovať aktuálne kompetencie dieťaťa i perspektívne vývinové posuny,
- ide o proces založený na kooperácii (spolupráca),
- diagnostický proces musí byť vnímaný ako krok k intervencii, opakovaná diagnostika vývinovej úrovne dieťaťa má byť vykonávaná v kontexte bežného života.

Pre dieťa v predškolskom veku je najprirodzenejšou diagnostickou situáciou hra. Podľa Tichej (2006) je práve hra spôsobom komunikácie dieťaťa, ktorý je pre dieťa prirodzený.

Diagnostika v humanitných odboroch by mala byť orientovaná perspektívne a pozitívne, mala by človeku s problémom i jeho rodine naznačovať možnosti do budúcnosti. Slowík (2007, s. 51) tvrdí, že „*by mala byť orientovaná vždy pozitívne, mala by vyhľadávať schopnosti, zručnosti a kompetencie*“. Z uvedeného vyplýva, že pravidlom diagnostiky je nezameriavať sa na deficity vyšetrovaného človeka, ale na určenie jeho silných stránok, ktoré môžu v budúcnosti pôsobiť podporne a intervenčne. Vo fáze diagnostiky je dôležité odhalenie vnútorných a vonkajších zdrojov dieťaťa a jeho rodiny a ich zaznamenanie v kontexte intervencie. Vnútorné zdroje pochádzajú zo samotnej osobnosti diagnostikovaného a z jeho blízkeho okolia, vonkajšie zdroje sú zdrojmi zo sociálneho prostredia, školského prostredia, či nezriedka tiež z náboženského prostredia, ak ide o nábožensky orientovanú rodinu.

Spáčilová (2003, s. 8) označuje za hlavné úlohy diagnostiky nasledovné: „*rozpoznanie určitého aktuálneho stavu jednotlivca, stanovenie príčin vzniku tohto stavu, navrhnutie ďalších krokov – prognóza*“. Z tejto definície vymedzujeme pravidlá diagnostiky:

- identifikácia silných stránok človeka;

- spolupráca s ďalšími odborníkmi v rámci multidisciplinárneho tímu;
- stanovenie prognózy;
- rediagnostika v zmysle flexibility (pri zmene v situácii človeka).

Častým problémom pri diagnostickom procese býva podľa Wolberga (2013) zameranie sa len na jeden problém (najčastejšie to býva stanovená lekárska diagnóza) a absencia komplexného vzhľadu.

Prípadová štúdia je často využívanou metódou. Ide o hĺbkovú štúdiu zameranú na jednu osobu, ktorá nie je zovšeobeciteľná vzhľadom ku širšej populácii. Ide pre to o jedinečnú metódu, ktorá sa zaoberá príbehom človeka v čase, priestore, z hľadiska jeho osobnej histórie a vzťahov, a z tohto dôvodu môže byť veľmi efektívnou metódou zameranou na jednotlivca. Prípadová štúdia môže byť orientovaná perspektívne alebo retrospektívne, pričom častejšie využívanou formou je retrospektívna. Zamiera sa na skúmanie faktorov, ktoré mohli byť v príčinných súvislostiach pre vznik ochorenia. Najmä v prípade, ak ide o diagnostiku poruchy správania, má zisťovanie príčiny a príčinných dôsledkov vysokú mieru dôležitosti pri ďalších intervenčných postupoch. Bez odhalenia príčinných faktorov podieľajúcich sa na vzniku porúch správania môže byť pohľad na skúmanú osobu nekomplexný, a tým diagnostický proces stráca jednu zo svojich hlavných definícií.

**Použitá literatúra**

- BAJO, I., VAŠEK, Š. 1988. *Psychopédia*. 1. vyd. Bratislava: Pedagogická fakulta UK, 1988.
- ČABÁLOVÁ, D. 2011. *Pedagogika*. Praha: Grada Publishing. 2011. ISBN 978-80-247-2993-0.
- FÁBRY LUCKÁ, Z., LIŠTIAKOVÁ, I. 2014. *Diagnostické plánovanie vo včasnej intervencii*. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 978-80-223-3778-6.
- GAVORA, Peter a kol. 2010. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu*. [online]. Bratislava : Univerzita Komenského, 2010. Dostupné na: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/> ISBN 978-80-223-2951-4.
- HADJ-MOUSSOVÁ, Z., DUPLINSKÝ, J. a kol. 2002. *Diagnostika: Pedagogicko-psychologické poradenství II*. Praha: Pedagogická fakulta. 2002.
- KLEIN, F., Meinertz, F., Kausen, R. 2009. *Liečebná pedagogika*. Bratislava: Sapientia. 2009. ISBN 978-80-89229-14-7.
- LOPÚCHOVÁ, J. 2011. *Špecifiká procesu diagnostiky u detí raného a predškolského veku so zrakovým postihnutím*. In HARČARÍKOVÁ, T., LOPÚCHOVÁ, J. (Eds) 2011. *Paedagogica Specialis XXV*. Bratislava: Univerzita Komenského. 2011. ISBN 978-80-223-2862-3.
- MANNIOVÁ, J. 2004. *Kapitoly z pedagogiky I*. Bratislava: Luskpress s.r.o. 2004. ISBN 80-968956-2-1.
- ORAVCOVÁ, J. 2005. *Sociálna psychológia*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, 2005.
- PREVENDÁROVÁ, Jitka. *Rodinná terapia a poradenstvo*. Bratislava : Humanitas, 2001. ISBN 80-968053-6-3.
- PŘINOSILOVÁ, D. 2007. *Diagnostika ve speciální pedagogice – Texty k dištančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. 2007. ISBN 978-80-7315-142-3.
- SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing. 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SPÁČILOVÁ, H. 2003. *Pedagogická diagnostika v primární škole I*. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého. 2003. ISBN 80-244-0568-7.
- SZABOVÁ, M. 1998. *Náčrt psychomotorickej terapie*. 2. vyd. Bratislava : PdF UK, 1998. ISBN 80-88868-06-8.
- SZABOVÁ, M. 2003. *Pohybom proti astme*. 1. vyd. Bratislava : LIEČREH GÚTH, 2003. ISBN 80-88932-03-3.
- ŠAUEROVÁ, M., ŠPAČKOVÁ, K., NECHLEBOVÁ, E. 2012. *Speciální pedagogika v praxi*. Praha: Grada Publishing. 2012. ISBN 978-80-247-4369-1.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J. 2002. *Základy arteterapie*. Praha: Portál. 2002. ISBN 80-7178-616-0.
- TICHÁ, E. 2006. *Diagnostické možnosti spoločnej hry rodičov a detí raného a predškolského veku*. In: *Paedagogicca specialis XXIII*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2006.
- TICHÁ, E. 2008. *Základy špeciálnopedagogickej diagnostiky*. Bratislava: Mabag. 2008. ISBN 978-80-89113-60-6.

VÁGNEROVÁ, M. 1999. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. 1999. ISBN 80-7178-678-0.

VAŠEK, Š. 1991. *Špeciálnopedagogická diagnostika*. Bratislava: Sapiaientia, 1991.

VAŠEK, Š. 2003. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapiaientia. 2003. ISBN 80-968797-0-7.

WOLBERG, L. R. 2013. The technique of psychotherapy. International Psychotherapy Institute E-Books.

## 2 DIAGNOSTIKA VO VZŤAHU K PROBLÉMOVÉMU SPRÁVANIU SA DIEŤATA

*Zuzana Fábry Lucká – Zuzana Yakhyaev*

**Zámer kapitoly**

Zámerom kapitoly je poukázať na možnosti diagnostiky pri výskyte problémového správania s cieľom pomoci rodine.

**Kľúčové slová**

Diagnostika.

Problémové správanie.

Príčiny a prejavy problémov v správaní.

Diagnostika vo vzťahu k problémom súvisiacim s problémami správania má svoje špecifiká. Okrem základných stanovených postupov, akými sú napríklad zber dostupných údajov, ich následná analýza a určovanie intervenčných postupov, je potrebné zohľadňovať individualitu diagnostikovaného. Ako sme uviedli, poruchy správania bývajú identifikované v detskom veku či vo veku adolescencie, pričom odhalenie tejto poruchy vo veku adolescencie predpokladajú jej históriu začiatku už v detskom veku. Z uvedeného dôvodu sa budeme v tejto kapitole zaoberať špecifikami diagnostiky poruchy správania v detskom veku. Porucha správania býva pred diagnostikovaním definovaná ako problémové správanie sa dieťaťa. Až následná orientačná diagnostika je predpokladom pre riešenie problémov súvisiacich s touto diagnózou. Problémové správanie sa dieťaťa je možné vymedziť z viacerých pohľadov, a to z pedagogického, sociologického, medicínskeho, právneho, politického a kriminologického. Problémové správanie je komplexným problémom dieťaťa a zasahuje do prostredia dieťaťa ako interdisciplinárny problém.

V odbornej literatúre nie je termín *problémy v správaní* presne vymedzený. Na vyjadrenie problémov v správaní sa využívajú viaceré pojmy, ako problémové správanie, asociálne správanie, nežiaduce správanie, emocionálne a sociálne narušené správanie, ťažkovochoveľnosť, nedisciplinovanosť, odchýlky v správaní, výchovne problémové správanie, psychosociálne narušené správanie, odchýlky v správaní, poruchy správania a i.

Čáp (1997, s. 420) definuje **výchovne problémové správanie** ako „*správanie, ktoré vychovávajúci považujú za nežiaduce. Odporuje zdravému telesnému i duševnému vývinu, narúša normy výchovy a spoločnosti, sťažuje adekvátne zaradenie jedinca do spoločnosti, či už v prítomnosti alebo potenciálne v ďalšom vývine.*“ Podobne Fontana (1997) vymedzuje problémové správanie ako správanie, ktoré je pre učiteľa neprijateľné. Uvedené vymedzenia naznačujú subjektivitu v chápaní problémového správania najmä v pedagogickej oblasti, keďže o tom, či správanie žiaka je alebo nie je problémové rozhoduje vychovávateľ podľa svojho uváženia.

V odbornej literatúre sa stretávame s pojmom **problémové dieťa, problémový žiak**. Podľa Průchu, Walterovej a Mareša (1998, s. 198) ide o často používané, ale málo presné označenie, pod ktorým sa rozumie „*dieťa, ktoré svojimi výkonmi, svojím správaním, reagovaním na výchovné pôsobenie, svojimi sociálnymi kontaktmi sa ocitá mimo normu.*“ Autori upozorňujú, že záleží na tom, o akú normu ide. Či ide o normu populačnú – danú psychologickými výskumami, alebo konsenzuálnu – danú skúsenosťami učiteľov a rodičov, alebo normu

individuálnu. K problémovým deťom podľa autorov patria deti, ktoré kradnú, klamú, šikanujú spolužiakov, chodia poza školu, túlajú sa s partiou, zneužívajú návykové látky.

Preto je potrebné, aby problémové správanie bolo vnímané odborníkmi z rôznych oblastí, aby jeho diagnostika bola tak komplexným procesom zahŕňajúcim všetky faktory podieľajúce sa na jeho vzniku či priebehu. Jednotliví odborníci používajú svoje špecifické poznatky a termíny. Podľa toho sa tiež líšia rôzne klasifikácie výchovných problémov správania (Čáp, 1997). Grác (podľa Čáp, 1997, s. 420) vytvoril prehľadnú **klasifikáciu z hľadiska etického hodnotenia v kombinácii s rozlíšením obsahu a formy**:

- **Celkom prispôbené správanie** - kladný vzťah k obsahu aj forme etických noriem, problémovým sa stáva v prípade konformizmu.
- **Jednostranne prispôbené správanie** - nekonvenčné správanie, akceptuje obsah noriem, ale je ľahostajné k jemnosti, zdvorilosti v soc. styku, alebo konvenčné správanie až prehnane akceptujúce vonkajšiu formu, etiketu, bontón, ale je ľahostajné k obsahu noriem.
- **Nedostatočne prispôbené správanie** - kladný vzťah k obsahu normy pri zápornom vzťahu k forme, alebo naopak, indiferentný vzťah k obsahu aj forme, zahŕňa tiež disciplinárne priestupky, negativizmus, aktívne opozičné správanie, ale tiež pasívne negativistické správanie, vrátane úniku do fantázie.
- **Zle prispôbené správanie** - prevažuje záporný postoj k normám, patrí sem asociálne správanie, anarchistické, delikvencia, ktorá zahŕňa záškoláctvo, túlanie sa, krádeže, násilie k druhej osobe, poškodzovanie cudzích vecí, sexuálne delikty, podvody, vydieranie, zakázané hry, alkoholizmus, drogovú závislosť.
- **Celkom neprispôbené správanie** - zámerné ničenie hodnôt, ohrozovanie zdravia a života, chuligánstvo, punk, niektoré suicidiálne formy.

Pre porovnanie, Mezera, Škerík a Kubíček (2000) vymedzili klasifikáciu problémového správania pozostávajúcu zo siedmich kategórií:

- **Asociálne správanie** nezodpovedajúce spoločenským pravidlám alebo normám spoločnosti, pritom ale nedosahuje intenzitu prejavov, ktoré by boli namierené proti spoločnosti.
- **Antisociálne správanie**, keď jedinec vystupuje zámerne proti pravidlám, hodnotám a sociálnym normám spoločnosti, vedie k aktívnym konfliktným stretnutiam.
- **Egocentrické správanie**, najmä upútavanie pozornosti, prehnané sebedovolenie, vymáhanie rešpektu k vlastnej osobe, snaha vnucovať ostatným vlastné záujmy, predstavy a i.

- **Impulzívne správanie**, prejavujúce sa psychomotorickým nepokojom, zvýšenou dráždivosťou, neprímeranými reakciami, nedostatkom sebakontroly, emocionálnou nestálosťou, povrchnosťou v konaní a i.
- **Maladaptívne správanie**, preferovanie menej adekvátnych foriem správania, ktoré vedú k cieľu, ale zároveň sú zdrojom viacerých konfliktov, často býva dôsledkom nedostatkov v sociálnom učení, chýbajú sociálne kompetencie.
- **Negativistické správanie**, odmietavé reakcie prejavujúce sa vzdorom, odporom, negáciou činnosti formou pasívneho odporu, nečinnosti, nepriateľskými prejavmi, aktívnym vzdorom, odmietaním, únikovými reakciami.
- **Inklinovanie k problémovej skupine**, začlenenie jedinca do činnosti skupiny, ktorá svojimi aktivitami vybočuje zo sociálnych noriem.

Vzniku problémového správania predchádzajú tzv. spúšťače, faktory, ktoré celý proces ovplyvňujú. Vo všeobecnosti vymedzujeme exogénne a endogénne faktory, ale tiež kombináciu oboch uvedených.

**Exogénne príčiny** zahŕňajú príčiny pôsobiace z vonkajšieho prostredia dieťaťa. Najčastejšie medzi ne patrí strata jedného z rodičov, rozvod, alkoholizmus alebo kriminalita v rodine, presťahovanie sa, nevhodná partia kamarátov, narušené sociálne vzťahy v triede a i..

**Endogénne príčiny** zahŕňajú vnútorné faktory, akými sú napr. endogénne poškodenie mozgu, disproporcie vo vývine intelektu, emocionálna labilita a i.. Endogénne a exogénne faktory sa často spolu ovplyvňujú a tvoria tak poslednú skupinu príčin – príčiny kombinované (Záhorová, 2007).

Ako uvádza Levčíková (2004) väčšinou dochádza ku **kombinácii vnútorných a vonkajších faktorov**, pričom často „spúšťačiu“ funkciu má jedna skupina a druhá tento proces podporuje alebo brzdí. Napríklad dieťa so syndrómom ADHD pôsobí svojím impulzívnym správaním rušivo na svoje okolie a spätná reakcia najbližšieho okolia posilňuje jeho neadekvátne odpovede a celkové správanie. Podobne Majzlanová (1998) hovorí o **multifaktoriálnom prístupe k problémom v správaní**, ktorý predpokladá pôsobenie viacerých faktorov a postupnosť príčin v neustálej interakcii.

Vágnerová (2008, s. 181) rozlišuje nasledovné príčiny vzniku problémov v správaní: genetické dispozície, biologické dispozície, úroveň inteligencie, vplyv sociálneho prostredia. Autorka poukazuje na skutočnosť, že v majoritnej spoločnosti prevažuje **negatívny postoj k problémovému správaniu**. S tým súvisí tendencia značkovať jedincov s problémovým správaním. Dieťa, ktoré má určité problémy sa tak môže ocitnúť v roli asociála a byť



odmietané v sociálnych skupinách. Takéto dieťa si nedokáže získať adekvátnu sociálnu pozíciu a stráca motiváciu správať sa inak.

### 2.1 Procesuálna stránka diagnostického skúmania vo vzťahu k problémovému správaniu sa dieťaťa

Pre diagnostické skúmanie problému je potrebná zákonitá postupnosť. Pri problémovom správaní sa dieťaťa je účelom orientačnej diagnostiky poznanie, popísanie a hodnotenie individuality dieťaťa. Dôležitá je tu orientácia na prognózu, čiže predpoveď ďalšieho vývoja aktuálneho stavu smerom do budúcnosti, a tiež návrh vhodných opatrení, výchovných postupov pre kompenzáciu, podporu a rozvoj sledovaných oblastí v správaní.

Pri výskyte problémového správania môže učiteľ postupovať podľa nasledovných bodov:

- Zozbieranie diagnostických údajov
- Analýza a interpretácia získaných údajov, stanovenie prognózy
- Návrh vhodných opatrení, výchovných postupov

**Zozbieranie diagnostických údajov** by malo byť komplexnou činnosťou odborníka. Vhodné je využiť kombináciu viacerých metód pre získanie relevantných údajov – napr. pozorovanie dieťaťa pri hre, analýzu spontánnych kresieb dieťaťa a rozhovor s rodičmi dieťaťa. Odborník tak môže získať komplexnejší a objektívnejší pohľad na dieťa a jeho problém. Pri výskyte problémového správania odporúčame zamerať sa na nasledovné oblasti:

- Zistenie aktuálnej úrovne socializácie vo vzťahu k vekovej norme.
- Zistenie úrovne vývinu v ďalších oblastiach.
- Zistenie a podrobný popis aktuálneho stavu – aktuálneho problému v správaní v kontexte celkovej osobnosti dieťaťa, pričom je vhodné popísať:
  - konkrétne prejavy správania,
  - anamnézu ich výskytu – kedy sa začalo vyskytovať, ako sa vyvíjalo v čase,
  - frekvencia výskytu – ako často sa vyskytuje (denne, týždenne, mesačne, príležitostne a pod.),
  - intenzita výskytu – akú intenzitu majú jednotlivé prejavy správania,
  - okolnosti výskytu - za akých okolností sa správanie objaví, prípadne neobjaví,
  - ako dieťa reaguje na výchovné opatrenia.
- Zistenie informácií o správaní sa dieťaťa mimo skúmaného prostredia, najmä jeho správanie sa v rodine.

Zozbieranie údajov je teda plánovitou a náročnou úlohou pre odborníka, kedy je vhodné využiť metódy zberu dát s ohľadom na vek dieťaťa. Tichá (2008) uvádza, že pozorovanie pri hre je často najvhodnejšou metódou diagnostiky dieťaťa v predškolskom veku, pretože hra je preň prirodzenou činnosťou.

**Analýza a interpretácia získaných údajov, stanovenie prognózy** - slúži na sumarizáciu získaných údajov, ich triedenie, uvažovanie o ich významnosti, ich vzájomných vzťahoch a prepojeniach, hľadanie príčin problému. Aj v prípade, že sa orientujeme a posudzujeme najmä oblasť správania dieťaťa, je potrebné pristupovať k diagnostike komplexne, brať do úvahy jeho prejavy a vývin vo všetkých ostatných oblastiach, uvažovať o vzájomných vplyvoch a súvislostiach. V tejto fáze odporúčame zamerať sa na nasledovné oblasti:

- o aký typ problémového správania sa jedná, aká je jeho závažnosť,
- ako zasahuje do oblasti sociálneho fungovania dieťaťa,
- hľadanie dôvodov, prečo problém v správaní dieťaťa vznikol,
- hľadanie dôvodov, prečo problém v správaní pretrváva,
- aká je pravdepodobnosť, že sa bude naďalej prehľbovať alebo naopak, že spontánne odoznie.

Pri analýze a interpretácii získaných údajov je rodinné, sociálne a školské prostredie dieťaťa pre odborníka cenným zdrojom informácií, kedy odborník môže porovnávať vplyv problémového správania v týchto prostrediach, či príčiny jeho vzniku. Tento fakt je dôležitý pre odborníka najmä vtedy, ak sa problémové správanie dieťaťa objavuje len v niektorom z uvedených prostredí, a nie vo všetkých. Ak je tomu tak, pre diagnostiku je vhodné analýzu uvedených oblastí rediagnostikovať vzhľadom ku konkrétnemu prostrediu, kde sa problémové správanie dieťaťa opakovane objavuje. Ak sa objavuje v rôznych prostrediach – sociálnom, školskom i rodinnom, je pre odborníka diagnosticky zaujímavé pozorovať rozdiely v problémovom správaní sa, konkrétne pri príčinách jeho vzniku v rôznom prostredí, dĺžke trvania a spôsobe prejavu dieťaťa. Pre komplexnosť diagnostického procesu je potrebné zabezpečiť, aby pozorovanie v rôznych prostrediach malo spoločné kritériá a odborník ho tak mohol objektívne vyhodnotiť.

**Návrh vhodných opatrení, výchovných postupov** je záverečnou fázou diagnostiky. Jeho cieľom je zlepšiť aktuálny stav, poskytnúť dieťaťu i jeho rodine dostatočnú podporu a umožniť nápravu problémového správania. Dieťa a jeho rodina sú v tejto fáze procesu s odborníkom v partnerskom vzťahu, ktorý je potrebný pre citlivé a zrozumiteľné podanie informácií o ďalšom postupe.

Pri návrhu vhodných opatrení odporúčame zamerať sa na nasledovné oblasti:

- Ako je možné odstrániť alebo zmierniť zistené problémy.
- Hľadanie vhodných výchovných opatrení - ako možno čo najefektívnejšie rozvíjať osobnosť dieťaťa so zameraním sa na kompenzáciu nevhodného správania a rozvíjanie vhodnejších foriem správania.
- Koho je potrebné do procesu zmeny zapojiť – rodičov, ďalších učiteľov, iných odborníkov.
- Zváženie potreby odporučiť rodičom odbornú intervenciu.
- Prekonzultovanie zistení s rodičmi dieťaťa, vzájomná spolupráca, hľadanie spoločných riešení.
- V prípade potreby poskytnutie výchovného poradenstva rodičom.

Jedným z uvedených odporúčaní je zapojenie sa ďalších osôb do procesu zmeny, ktoré sú pre dieťa či jeho rodinu systémovo dôležité. Bez spolupráce osôb, ktoré boli súčasťou situácií výskytu problémového správania, je prognóza nejasná. Je potrebné pripraviť chápanie a podnecujúce prostredie, pripravené na zmeny v živote dieťaťa i jeho rodiny bez rušivých vplyvov.

### 2.2 Pozorovanie v kontexte problémového správania sa dieťaťa

Pri pozorovaní správania sa dieťaťa možno získať informácie o sociálnom fungovaní dieťaťa, o aktuálnej úrovni socializácie, ako aj o kontexte problémového správania dieťaťa, frekvencie a intenzite jeho výskytu, závislosti výskytu od rôznych situácií a pod. V prípade, že zachytávame problém dieťaťa vo vzťahoch k druhým deťom, problémy v jeho fungovaní v detskom kolektíve, pozorovanie môže byť cielene orientované na dané oblasti, čo môže odborníkovi pomôcť zozbierať informácie o probléme, presne uchopiť problémové správanie dieťaťa a odborne ho popísať, hlbšie analyzovať vzniknuté problémy a nájsť adekvátne riešenie.

#### Pozorovanie môže prebiehať:

- pri hre – spontánnej, rolovej, hre s pravidlami, samostatnej hre, hre vo dvojici, hre v skupinke detí,
- pri kontakte s rodičom – reakcie dieťaťa a úroveň kontaktu pri príchode a odchode zo školského prostredia,
- pri ďalších aktivitách – stolovanie, spánok, kontakt a komunikácia s dospelými.

Pozorovateľ si všíma a zaznamenáva aj neverbálne prejavy dieťaťa, ktoré naznačujú jeho vnútorné prežívanie. Zameriava sa na neverbálne i verbálne zložky jeho správania – telesný postoj, meniace sa polohy tela, mimiku, gestá ako aj hlasový prejav. Všíma si tiež tendenciu k telesnému kontaktu, k dotyku s inými deťmi, ako aj s dospelými. Získané informácie naznačujú najmä prežívanie dieťaťa v zmysle pozitívnych a negatívnych emócií, prežívanej radosti, uvoľnenosti, alebo naopak smútku, hnevu, napätia, strachu.

Neverbálny prejav dieťaťa je prostriedkom komunikácie. Citlivý pozorovateľ vníma problémy dieťaťa prejavujúce sa v jeho pohybovom prejave. Paralingvistické prejavy sú taktiež dôležité pri komplexnom náhľade na dieťa s problémami v oblasti správania. Sledujeme diagnostické kritéria, ako napríklad sčervenanie kože, zrýchlenie dýchania či tepovej frekvencie pri bežných situáciách a pri situáciách vyžadujúcich pozornosť okolia, kedy dieťa prejavuje problematcké správanie, či už agresívnou alebo inou formou.

Pri pozorovaní **neverbálneho správania** sa dieťaťa pri hre sa možno zamerať na nasledovné oblasti:

- postoj tela,
- psychomotorika – nepohodlné polohy tela, trhané pohyby,
- mimika, gestá – primeranosť k situácii,
- dýchanie – zmeny v dýchaní,
- hlasový prejav - intenzita, tón hlasu, zmeny pri hre – zajakávanie, krik,
- tendenciu k telesnému kontaktu – vyhľadáva telesný kontakt s inými deťmi alebo sa mu naopak vyhýba.

### 2.3 Pozorovanie problémového správania sa dieťaťa pri hre

Hra je prirodzenou činnosťou dieťaťa, kde sa prejavuje jeho prežívanie, modely správania, konflikty a vzťahy k druhým. Každé dieťa sa hrá, aj keď spôsob hry môže byť individualizovaný vzhľadom na konkrétne dieťa. Pri pozorovaní hry dieťaťa odporúčame zamerať sa na úroveň vzťahov s rovesníkmi, kvalitu emocionálneho prežívania pri hre, úroveň samostatnosti a sebakontroly, úroveň sociability a prosociálneho správania. Šuleková (2015) uvádza, že hra v dieťati prebúdzá túžbu po zdokonalení, formuje návyky jeho spoločenského konania, dieťa sa cez ňu orientuje v právach a povinnostiach, rozvíja jeho humánne city, má sociálny pôvod, kultivuje zmyslové vnímanie, pamäť, myslenie a pozornosť, vytvára vznik etických emócií, ktoré ovplyvňujú vôľové konanie detí. Hra je v kontexte problémového

správania vstupnou bránou ku diagnostickému skúmaniu, najmä v predškolskom veku dieťaťa.

Hra s rovesníckou skupinou je ukazovateľom špecifických vzťahov v skupine, zohľadniac podmienky pre hru v určitom veku. Rovesnícke vzťahy dieťaťa poukazujú na jeho kompetencie nadväzovať a udržiavať vzťahy a väzby s deťmi rovnakého veku. Dôležitou premennou je tu najmä schopnosť kooperácie s rovesníckou skupinou. Pri výskyte problémového správania sa odráža najmä vo vzťahoch s okolím, v prevahe individuálnej formy hry nad párovou či skupinovou formou. Oblúbenosť či odmietanie rovesníckou skupinou môže byť spúšťačom problémového správania. Pri skúmaní **úrovne vzťahov s rovesníkmi** posudzujeme, či dieťa:

- prejavuje záujem o vzťahy s inými deťmi,
- aký typ detí vyhľadáva,
- do akej miery je medzi deťmi obľúbené a vyhľadávané,
- vyhľadáva hry osamote, hry vo dvojici alebo v skupinkách,
- je schopné začleniť sa do detského kolektívu - je schopné vstupovať do interakcií s inými deťmi, alebo zlyháva pri pokusoch o kontakt,
- akým spôsobom sa zapája do kolektívu – aktívne alebo zostáva v role pozorovateľa,
- ako reaguje na deti pripájajúce sa do hry.

Emocionálne prežívanie pri hre je podľa Franca (2007) dôležité pre rozvoj kľúčových kompetencií osobnosti dieťaťa. Pri posudzovaní **kvality emocionálneho prežívania** pri hre posudzujeme:

- základné emočné rozpoloženie dieťaťa – radosť, pozitívne naladenie, smútok, hnev,
- prítomnú apatiu, depresívnu náladu, nezáujem o dianie v kolektíve,
- prítomnosť negatívnych pocitov pri niektorých situáciách,
- zvýšenú dráždivosť, afektívne výbuchy hnevu,
- prejavy hnevu a ich zvládanie,
- prejavy agresivity voči deťom – prejavy verbálnej, fyzickej či skrytej agresie, aký typ detí si vyberá,
- správanie sa k veciam, hračkám – úzkostná opatrnosť, rozbíjanie hračiek,
- reagovanie na konflikt pri hre,
- prejavy fyzického kontaktu pri hre.

Samostatnosť dieťaťa je základným princípom jeho rozvoja. Dieťa podľa Kušnirikovej (2015) musí byť samostatné pri plnení cieľov a úloh, avšak popri samostatnosti je dôležitou tiež spolupráca s okolím.

Pre dieťa je potrebné budovanie sebakonceptu. Obraz, ktorý má dieťa samo o sebe – sebakoncept (ang.: self–koncept; nem.: selbstkoncept), vzniká na základe skúseností. Všetky informácie, ktoré dieťa o sebe dostáva sú subjektívne hodnotené, interpretované, spracovávané. Rozhodujúci pre sebahodnotenie je pri tom obraz, ktorý majú o človeku ostatní. Tak aj dieťa, ktoré je objektívne šikovné si o sebe môže myslieť, že je nešikovné. Na stavbe sebakonceptu sa podieľajú:

- informácie získané zmyslovými skúsenosťami,
- skúsenosti z účinkov nášho konania,
- výsledok porovnávania sa s druhými,
- vlastnosti, ktoré nám pripisujú iní,
- očakávania okolia,
- zážitok vlastnej spokojnosti samého so sebou,
- súhrn informácií získaných prostredníctvom činností – schopnosti, nadanie, možnosti, výkon (Zimmerová, 2006).

Pri posudzovaní **úrovne samostatnosti a sebakontroly** posudzujeme, či dieťa:

- dokáže zostať dlhší čas bez matky, prípadne bez dospelaj osoby,
- dokáže ovládať svoje potreby, dokáže odložiť ich okamžité uspokojenie,
- dokáže regulovať prejavy svojich emócií,
- kladie druhým deťom podmienky, nasilu presadzuje svoju vôľu,
- je primerane disciplinované, dokáže sa prispôbiť.

Výdrž dieťaťa bez prítomnosti jedného z rodičov poukazuje na emocionálne naviazanie sa v rodinnom systéme. Na odchod rodiča zo situácie musí byť dieťa pripravené a informované o ďalšom postupe. Čo sa týka naviazanosti na inú dospelú osobu, napríklad učiteľku v materskej škole, je potrebné skúmať rodinné prostredie dieťaťa. Často sa vyhľadávanie dospelaj osoby ako partnera pri hre objavuje u detí, ktoré sú jedinými potomkami svojich rodičov, a teda sú zvyknuté z domáceho prostredia na spolupartnerstvo dospelých ľudí. V tomto prípade nemusí ísť o znak problémového správania, ale o zvyk získaný z rodinného prostredia.

Správanie sa dieťaťa prosociálne je ďalším diagnostickým kritériom. Pri posudzovaní **úrovne sociability a prosociálneho správania** posudzujeme, či dieťa:

- je schopné prosociálneho správania — empatia, pomoc slabšiemu,
- je schopné spolupracovať s druhými deťmi,
- je schopné sa prispôbiť,
- je schopné dodržiavať pravidlá,
- má tendenciu pri hre klamať a podvádzať,
- má tendenciu manipulovať druhými pre dosiahnutie svojich cieľov.

Keďže ide o problémové správanie vyskytujúce sa v detskom veku, častokrát ide u dieťaťa len o reakciu na rodinnú výchovu, prostredie, z ktorého pochádza a v ktorom vyrastá. Dieťa môže z domáceho prostredia získavať spoločensky neprijateľný model správania, ktorý je však o jeho naučených zvykoch a nejde o poruchu v správaní. Len poznaním rodinného prostredia môžeme vylúčiť prvý z uvedených dôvodov, kedy je prvopočiatkom problému v správaní sa dieťaťa rodinná výchova, ktorá poskytuje dieťaťu nevhodné vzorce správania, ktoré sú spoločensky neprijateľné. Dôsledky takejto výchovy sú často premietnuté dieťaťom do bežných interakcií s okolím.

Uvádžeme typy problémového správania, ktoré môže byť reakciou na rodinnú výchovu, rodinnú konšteláciu, či krízovú situáciu v rodine:

- nízka frustračná tolerancia – dieťa sa ťažko vyrovnáva s novou alebo konfliktnou situáciou, pri najmenšom konflikte reaguje neprimerane citlivo – afektom, plačom, hnevom, smútkom,
- časté branie vecí druhým deťom,
- pomstychtivosť, prejavy škodoradosti,
- obťažovanie a provokovanie druhých,
- podráždenosť a prejavy zlosti,
- agresívne správanie,
- vyhrážanie sa agresivitou,
- neovládanie afektov, časté výbuchy hnevu zlosti,
- provokovanie hádok s dospelými,
- aktívny vzdor voči prianiam či pravidlám dospelých,
- pri upozornení na chyby alebo nevhodné správanie tendencia obviňovať okolie a prenášať vinu na druhých.

Aj v prípade prejavu problémového správania dieťaťa môže ísť o správanie prinesené z domáceho prostredia. Martínek (2004) uvádza, že dieťa má pomerne malú rozlišovaciu schopnosť definovať, čo je zlé a čo je dobré. Z tohto dôvodu môže byť problémové správanie dieťaťa len premietnutím pomerov z domácnosti, niečím, na čo je od útleho veku navyknuté a v sociálnych interakciách nevie reagovať iným spôsobom, len tým naučeným a pre okolie problémovým.

### 2.4 Interakcia dieťa – dospelý

Vo vzťahu k dospelým sa dieťa môže prejavovať odlišne než vo vzťahu k rovesníkom. Môže byť bezprostredné a priateľské a vyhľadávať kontakt s dospelým. Naopak sa mu však môže vyhýbať, cítiť sa pri ňom nepríjemne a v napätí. Ďalšou dimenziou, na ktorú je vhodné sa zamerať, je vzťah dieťaťa k dospelému ako k autorite. Dieťa môže rešpektovať prirodzenú autoritu dospelého - učiteľa, na druhej strane sa jej môže brániť, byť vzdorovitý, neprispôsobivý. Rešpektovanie prirodzenej autority dospelého – v školskom prostredí učiteľa – vychádza zo vzorcov správania, ktoré má dieťa vo svojom okolí. Vzdorovitosť sa prejavuje tým, že nechce robiť to, čo povie učiteľ, robí to, čo učiteľ zakazuje, prípadne robí opak toho, čo je žiadané.

Pri pozorovaní si odborník všíma aj to, ako dieťa reaguje na pochvalu a úspech a prípadný neúspech. Pochvala a úspech by mali na dieťa pôsobiť povzbudzujúco. Všíma si tiež, či dieťa dokáže akceptovať pokarhanie, či napomenutie a primerane veku na ne reagovať.

Pre lepšie uchopenie problému môže byť nápomocný **Dotazník správania sa predškolských detí** T 18 britských autorov J. McGuira, N. Richmana, ktorý upravil pre naše pomery V. Černý. Je určený zvlášť pre učiteľov pracujúcich s deťmi v predškolských zariadeniach, všetkých odborných pracovníkov, ktorí sa zaoberajú rôznymi problémami týchto detí. Ide o rýchly 22-položkový inventár, ktorého administrácia zaberie učiteľovi 10 minút. Z hľadiska časovej náročnosti je teda aplikovateľný v praxi. Dotazník popisuje určitú mieru správania sa detí a pomáha identifikovať deti s emocionálnymi problémami a s problémami správania sa. Môže tiež slúžiť ako rýchly skriningový nástroj pre posúdenie celej skupiny detí a môže poslúžiť ako základ pre spracovanie plánu intervencie.



### 2.5 Projektívne metódy v diagnostickom procese

Projektívne metódy a techniky sa s obľubou využívajú u detí predškolského veku, pre ktoré je náročné reflektovať a popisovať svoje prežívanie, ktoré sa má však tendenciu prejavovať v spontánnej hre dieťaťa a detských výtvoroch. Pri diagnostike interpersonálnych vzťahov dieťaťa, vzťahu k sebe, rodinného prostredia je využívaný najmä diagnostický potenciál **detskej kresby**.

Detský výtvarný prejav odhaľuje intelektuálny, sociálny a morálny vývoj dieťaťa, stav jemnej aj hrubej motoriky, vzťahy dieťaťa k okoliu, rodinné zázemie dieťaťa. Môže upozorňovať na prípadnú psychickú tenziu, hyperaktivitu, agresivitu, pocity menejcennosti, psychické poruchy, na prežité traumy a pod. Zrkadlí vnútorný svet dieťaťa, jeho aktuálne prežívanie, smútky a nevedomé konflikty, ale aj radosti a pokrok vo vývoji. Hamráková (2015) uvádza, že prostredníctvom výtvarných aktivít vyjadruje dieťa vlastné názory, a zároveň je kresba prostriedkom komunikácie s okolím.

Dieťa vo svojej kresbe zobrazuje svet svojimi očami. To znamená, že ho zachytáva tak, ako ho vidí, ako mu rozumie. Zvýrazňuje to, čo je pre neho podstatné. Veľa informácií o dieťati možno vyčítať nielen z detskej kresby, ale aj z pozorovania dieťaťa pri tvorbe. Pozorujeme rýchlosť s akou dieťa pracuje, vytrvalosť, unaviteľnosť, samostatnosť, náladu, komunikáciu s inými, istotu alebo neistotu, prípadnú „reč pre seba“ a pod.

V kresbe dieťaťa si všimame nasledovné prvky a znaky:

- **Využitie plochy papiera** – či je zaplnená celá plocha papiera alebo iba jej časť, čo napovedá o vyrovnanosti, či úzkosti a labilite, psychickej pohode, či nepohode, napätí, optimálnom, či nízkom sebavedomí dieťaťa. Ak dieťa kreslí veľmi malé objekty, možno uvažovať o pocitoch stratenosti, osamotenosti, ustráchanosti, nízkom sebavedomí. V opačnom prípade, pri obrovských objektoch, kde mu nestačí plocha papiera, môžeme uvažovať o nedostatku životného priestoru, frustrovanej potrebe autonómie.
- **Usporiadanie kresby** – plochu papiera možno symbolicky vnímať ako vnútorný svet dieťaťa, jeho životný priestor. Harmonické usporiadanie objektov môže naznačovať vnútornú rovnováhu a pozitívne prežívanie dieťaťa. Naopak chaotické rozmiestnenie objektov, kde sa jednotlivé objekty prelínajú, sú začarované, šrafované, môže naznačovať negatívne prežívanie dieťaťa, vnútorný nepokoj, chaos, problém s chýbajúcimi hranicami, s rešpektovaním hraníc.

- **Líniu kresby** – všímame si istotu vedenia čiary, prítlak, hrúbku, prerušovanie čiary. Hrubé línie so silným prítlakom naznačujú prežívaný hnev, agresiu, impulzivitu. Jemné, sotva viditeľné a prerušované línie naznačujú prežívanú úzkosť, ustráchanosť, introverziu, komunikačné problémy, pocity menejcennosti, depresívne prežívanie.
- **Tvary v kresbe** – všímame si oblosť, či ostrosť tvarov, ich uzavretosť alebo nedokončenosť. Oblé a uzavreté tvary naznačujú prežívané vnútorné bezpečie. Ostré tvary, hrany, nedokončené, neuzavreté tvary môžu naznačovať pocit ohrozenia.
- **Primeranosť veku** – či kresba zodpovedá veku dieťaťa po stránke obsahovej – zobrazované osoby a predmety, aj formálnej – kvalita kresby, detaily, perspektíva a pod. Vekový regres v kresbe môže poukazovať na aktuálne prežívaný konflikt, depriváciu alebo traumu.
- **Tému, obsah kresby** – zobrazované postavy a javy. Všímame si konflikty znázornené v kresbe – výrazné hranice, boje, katastrofy. Všímame si tiež patologické obsahy, akými sú neprimerane veľké alebo malé postavy, zvláštne predmety, chýbajúce časti tela a pod.
- **Nadmerné opravovanie** – môže svedčiť o neistote dieťaťa, o nadmernej sebakritike.
- **Používanie farieb** – môže veľa vypovedať o vnútornom prežívaní dieťaťa. Všímame si adekvátnosť použitých farieb, ich sýtosť, rozmanitosť, farebný kontrast.

Používanie farieb v detskej kresbe má diagnostický potenciál a dieťa prostredníctvom farieb vyjadruje veci, udalosti a vzťahy, ktoré nevie, či nemôže komunikovať verbálnou formou. Výber a kombinácia farieb odborníkovi/diagnostikovi napomáha pri odhaľovaní nevypovedaných problémov dieťaťa. Symboliku farieb popisuje Šicková (2005):

- **Biela** symbolizuje čistotu, nevinnosť a naivitu. Môže signalizovať nezrelú osobnosť alebo inklinovanie k perfekcionizmu.
- **Čierna** je farbou tajomna, smútku, askézy. Výhradné používanie čiernej farby u detí môže signalizovať prežitú traumu, depresiu.
- **Modrá** je farbou mora, neba, matky, konzervativizmu, povinnosti. Nesie v sebe protikladné významy. Bizarné používanie modrej (modré stromy) môže signalizovať prežitú traumu v súvislosti s rodinou.
- **Žltá** je farbou slnka, božstva, otca. Stimuluje ľavú hemisféru, podporuje duševnú kapacitu človeka.
- **Zelená** je farbou rovnováhy medzi modrou a žltou. Symbolizuje nádej a pokoj. Týrané a sexuálne zneužívané deti používajú často zelenú v kombinácii s červenou (červeno-zelený dážd').

- **Červená** symbolizuje silu, vitalitu, život, revolúciu. Preferujú ju deti v mladšom veku. Môže signalizovať hyperaktivitu a agresivitu.
- **Ružová** je farbou nezrelosti a naivity, je farbou tela. Môže signalizovať fyzické príznaky spôsobené chorobou alebo stresom.

Pri interpretácii detského výtvarného prejavu je nutné byť veľmi opatrný. Rovnaký znak môže mať v kresbe viacerých detí vždy iný význam. Preto je potrebné na získané údaje nahliadať v kontexte ostatných údajov získaných individuálne, a tiež diagnostické závery formulovať objektívne a verifikovať ich. Informácie z kresby sa dopĺňajú pozorovaním dieťaťa a rozhovorom s ním. Môžu nám doplniť obraz, ktorý už o dieťati máme.

Na diagnostiku dieťaťa sa často využívajú práve projektívne - kresebné testy. Najčastejšie sa používajú testy kresby ľudskej postavy, kresby rodiny, kresby začarovanej rodiny, Wartegov test, test tváre, test stromu, test domu a i. Z farbových testov sa využíva Lüscherov test, Farebný pyramídový test, Lowenfeldovej mozaikový test a i. Šicková – Fabrici (2002) však zdôrazňuje, že aj v prípade diagnostiky prostredníctvom kresebných testov nejde o automatizované posudzovanie jednotlivých detailov, ale o celostné hodnotenie výtvarného prejavu dieťaťa. Diagnostický význam má aj spontánna detská kresba, kde dieťa zobrazuje témy, ktoré sú pre neho práve aktuálne, dochádza pri nej k vyjadreniu jeho aktuálneho prežívania.

### 2.6 Diagnostický rozhovor – základné princípy

Pri výskyte problémov, zmien, odchýlok v správaní dieťaťa je nevyhnutná spolupráca s rodičmi dieťaťa. Tí môžu učiteľovi poskytnúť dôležité informácie o správaní sa dieťaťa v rodinnom prostredí, v kolektíve detí mimo materskej školy, naznačiť problémy, prípadne zmeny v rodine, rodinnom fungovaní, čo môže učiteľovi pomôcť lepšie uchopiť a porozumieť problémom dieťaťa, jeho prežívaniu a cielenejšie mu pomôcť.

Pripomenieme **základné pravidlá pre vedenie rozhovoru** s rodičom:

- Rozhovor by sa mal odohrávať v priateľskej, kooperujúcej atmosfére, kde si rodič a odborník vzájomne dôverujú a nie sú ničím a nikým rušení.
- K bezpečnej atmosfére môže prispieť dopredu dohodnutý rozhovor.
- Pri poradenskom rozhovore je vhodné, ak sú prítomní obaja rodičia.
- Rodič by mal byť uistený, že informácie, ktoré odborník získa o rodinných vzťahoch a prostredí, sú súčasťou profesionálneho tajomstva a nebudú použité proti nemu.

- Pri otvárani, vedení aj ukončovaní rozhovoru by mal odborník dbať na slušnosť, zdvorilosť a spoločenské normy.
- V úvode je vhodné oboznámiť rodiča/rodičov o ciele rozhovoru, o jeho priebehu a časovej dotácii, ktorá je naň potrebná.
- Vyjadrovanie odborníka by malo byť pre rodiča jasné a zrozumiteľné.

V úvode rozhovoru by mal odborník povzbudiť rodiča/rodičov vyzdvihnutím jeho/ich výchovných kompetencií a snahy, ktorú na výchovu dieťaťa vynakladajú. Ak bude rodič cítiť, že si ho odborník váži, prijíma ho a vníma ako kompetentného pomôcť svojmu dieťaťu, môže vzniknúť kooperujúca atmosféra, v ktorej je možné hľadať konštruktívne riešenia a skutočne dieťaťu pomôcť. Spolupráca s rodinou je nenahraditeľným zdrojom pomoci pre dieťa, ale i pre rodinu a odborníka.

V prípade, že učiteľ rodičovi neposkytne potrebný prejav úcty a akceptácie, môže dôjsť k uzatvoreniu sa rodiča pred spoluprácou. Rodič sa v takomto prípade často dostáva do obrannej pozície a dochádza k zbytočným konfliktom, ktoré môžu v konečnom dôsledku ešte viac skomplikovať situáciu dieťaťa.

Rozhovor by mal byť zameraný na zistenie sociálneho prostredia dieťaťa, ktoré môže ovplyvňovať jeho správanie, ale i na ďalšie dôležité faktory z prostredia rodiny dieťaťa. Už samotná ochota rodiča/rodičov problém dieťaťa riešiť je pre odborníka diagnosticky významnou položkou. Odborník sa v rozhovore sústreďí na potrebné informácie a zbytočne nezasahuje do súkromia rodiny. Veľký význam má príprava odborníka na rozhovor s rodičom, je potrebné mať ujasnený cieľ diagnostického rozhovoru s rodinou, smerovanie rozhovoru. Prípravu vyžadujú tiež otázky, ktoré počas rozhovoru odborník bude rodičom klásť. Diagnostický rozhovor sa vo všeobecnosti môže zameriavať na nasledovné oblasti (Valachová, 2009):

- **Zdravotný stav dieťaťa a ostatných členov rodiny.** Otázky nekladíme priamo, ale tak, aby sme nenarušili súkromie rodiny. Zaujímame sa o choroby v rodine, výskyt závažných ochorení, výskyt zmyslových porúch ako nedoslýchavosť, zrakové chyby, prípadne dyslexia a iné špecifická a dôležité údaje, ako napr. ľaváci v rodine.
- **Vzťahy v rodine.** Zaujímame sa o vzájomné vzťahy medzi členmi rodiny, koho má dieťa najradšej z rodiny, ku komu má chladnejší vzťah, aký má dieťa vzťah k súrodencom.
- **Súrodenci.** Zaujímame sa o to, či dieťa má súrodencov, ak áno, koľko ich je a v akom

veku, aký je medzi súrodencami vzájomný vzťah, ktorý zo súrodencov je dieťaťu dávaný za príklad.

- **Štýl rodinnej výchovy.** Významným spôsobom sa podieľa na vývine dieťaťa. Ak je rodina funkčná, uplatňuje pozitívny výchovný štýl, ktorý dáva možnosť rozvoja dieťaťu, zdôrazňuje význam životnej perspektívy, hodnôt ľudských vzťahov, rozvíja zdravé sebavedomie a podnecuje tvorivé myslenie a jednanie. Dysfunkčná rodina negatívne ovplyvňuje vývoj dieťaťa.

Severe (2000), uvádza 10 pravidiel úspešnej rodičovskej výchovy:

1. Odmeňujte správne správanie, nielen trestajte nesprávne.
2. Premýšľajte, čo poviete. Keď niečo poviete, dodržte to.
3. Očakávajte od svojich detí primerané správanie. Deti musia vedieť, čo od nich očakávate a čo oni môžu očakávať od vás.
4. Dieťa verí tomu, čo mu poviete. Ved'te svoje deti k úspešnosti. Naučte ich, že snaha a námaha je podstatnou časťou úspechu. Povzbudzujte ho!
5. Predvídajte problémy. Stanovte pravidlá vopred. Buďte konkrétni a rozumní. Akonáhle zistíte u svojho dieťaťa nejaký zlovyk, premyslite si, urobte si plán, ako ho odstrániť. Sústreďte sa aj na malé, čiastkové úspechy. Povzbudzujte a podporujte dieťa.
6. Používajte také tresty, ktoré vedú dieťa k zodpovednosti a lepšiemu správaniu. Netrestajte v návale zlosti, netrestajte z pomstychtivosti.
7. Začnite deti učiť zodpovednosti za svoje správanie už v rannom detstve. Pripravujte ho na život v reálnom svete so všetkými jeho nástrahami. Buďte prísni, ale pozitívni.
8. Milujte svoje deti bez ohľadu na to, ako sa správajú. Sústreďte sa pri výchove na ich kladné stránky.
9. Podporujte svoje deti aj vo chvíľach, ktoré nie sú ľahké, príjemné, nečakané. Ovládajte sa a buďte dobrým vzorom.
10. Vytvorte svojim deťom zdravé a príjemné rodinné ovzdušie. Hovorte otvorene o tom, čo je dobré a čo zlé. Hovorte o hodnotách a cieľoch života.

Odborník sa taktiež zaujíma o oblasti, ktoré súvisia s konkrétnym problémovým správaním dieťaťa. V kontexte problémového správania môže zisťovať:

- Ako sa prejavuje dieťa doma?
- Vedia rodičia o problémovom správaní dieťaťa a prejavuje sa podobným alebo rovnakým spôsobom v domácom prostredí?
- Kedy sa problémy objavili?

- Ako sa vyvíja správanie v čase?
- Či sa zvyrazňuje pri niektorých situáciách?
- Ako dieťa reaguje na výchovné opatrenia?

Prejavy dieťaťa v domácom prostredí v rámci rodinných vzťahov, ale tiež pri bežných denných situáciách sú cennou zásobárňou zdrojov pre odborníka. Často rodič neeviduje problémové správanie sa dieťaťa ako problémové, kým nedostane príležitosť rozprávať o bežných situáciách z domácnosti v súvislostiach s problémami z iných oblastí, napríklad zo sociálneho či školského prostredia. Pre odborníka je významné poznať históriu rodiny z hľadiska pochopenia rodinných rituálov a nadväznosti vzťahov.

Pri **poradenskom rozhovore** je vhodné sa orientovať na pozitívne stránky výchovy, podporu silných stránok rodiny, či vhodných výchovných postupov. Na postupy, ktoré sú nevhodné, je potrebné rodiča upozorniť s primeraným zdôvodnením. Mal by rozumieť tomu, prečo by sa mal takýmto postupom vyhnúť, aký dopad môžu mať na prežívanie a správanie dieťaťa aj jeho fungovanie v budúcnosti. Upozornenie na nevhodné postupy je vhodné realizovať v role spolupracovníka, partnera, nie autority. Partnerský prístup zo strany odborníka vedie k spolupráci, ktorej úlohou nie je rodičovi prikazovať, ako sa má v problémových situáciách zachovať. Pri poradenskom rozhovore ide o poskytnutie pomocnej ruky rodičovi, a realizáciu pomoci formou odporúčaní. Urobiť z rodiča dieťaťa partnera je zároveň príležitosťou pre rodiča, aby prinášal vlastné návrhy pre riešenie situácie. Ak odborník vzhľadom k diagnostickému skúmaniu rodiny zistil, že v rodine sú uplatňované nevhodné výchovné štýly, prípadne že v rodine je nesúlad oboch rodičov z hľadiska pôsobenia prostredníctvom výchovných štýlov, **pri nevhodnom výchovnom štýle rodiča** možno odporučiť:

- Dávať dieťaťu najavo pozitívne emócie.
- Akceptovať jeho individualitu a reagovať na jeho potreby.
- Oceňovať dieťa.
- Byť dôsledný pri uplatňovaní požiadaviek na dieťa.
- Byť v rodičovskom páre jednotní, dopĺňajúci sa, spolupracujúci vo výchovných opatreniach.
- Snažiť sa o spoločné činnosti v pozitívnej atmosfére.

Ak je štýl výchovy ambivalentný, dieťa sa často stáva obeťou situácie, nakoľko nevie dôsledky svojho konania identifikovať, očakávať. Neistota, prameniaca z ambivalentného výchovného štýlu rodičov, môže byť spúšťačom problémového správania sa dieťaťa.

Pri **problémoch s ambivalentnou výchovou** možno odporučiť:

- Spoluprácu, každý by sa mal podieľať svojím dielom na autorite a zodpovednosti, pričom by mal byť podiel vyvážený.
- Potrebná je vzájomná komunikácia a vytvorenie rodičovského tímu.
- Výchovné kroky by mali byť zosúladené, nemali by si navzájom odporovať.
- Obaja rodičia by mali poskytovať aj emočnú náklonnosť dieťaťu, podporovať a povzbudzovať dieťa.

Prevendárová (2001) píše o záťažových situáciách, ktoré ovplyvňujú rodinu ako systém. Jednou z limitujúcich situácií je rozvod rodičov. Pri **rozvodovom procese** rodičov:

- Uisťovať dieťa o láske oboch rodičov.
- Uisťovať dieťa o tom, že nebudú ani jedným z rodičov opustené.
- Nevzdávať sa zodpovednosti za výchovu dieťaťa, dieťa potrebuje naďalej oboch rodičov.
- Rodičia by sa mali vyhnúť nepriateľskému správaniu, v záujme dieťaťa sa snažiť o korektné vzťahy.
- Uisťovať dieťa, že nijakým spôsobom nemôže za rozchod rodičov.
- V prípade vytvorenia nových rodín, uisťovať dieťa, že môže mať rado aj vlastných, aj nevlastných rodičov.

Ak prišlo k rozvodu rodičov, môže dôjsť ku ďalšej záťažovej situácii v prípade vzniku novej rodiny, a teda príchodom nového partnera jedného z rodičov do domácnosti, kde dieťa žije. Ak k takejto udalosti príde skoro po ukončení vzťahu rodičov, dieťa má problém s nadviazaním vzťahu s novou osobou, najmä ak má pocit, že má „nahradit“ biologického rodiča, s ktorým dieťa vzťah malo. Pri **problémoch nevlastného rodiča s nadviazaním vzťahu a výchovou dieťaťa** možno odporučiť (Prevendárová, 2008):

- nevyžadovať a nevyucuovať si poslušnosť od nevlastných detí,
- postupovať pomaly a nesnažiť sa urýchliť zblížovanie,
- ak vznikne konflikt, mali by ho riešiť predovšetkým tí, ktorých sa týka a nezaťahovať do sporov druhého rodiča ako rozhodcu,
- jasne stanoviť právomoci a zodpovednosť pri výchove.

Ak nový partner jedného z rodičov má potomkov, ktorí sa stávajú nevlastnými súrodencami dieťaťa, prípadne sa ocitnú natrvalo v jednej domácnosti, je pre rodičov veľmi dôležité udržiavať hranice vychovávaní svojho vlastného dieťaťa a neprikazovať autoritatívnym spôsobom nevlastnému dieťaťu. Nevhodne zvolený autoritatívny prístup nového nevlastného rodiča vedie často k následnému problémovému správaniu sa dieťaťa a nerešpektovaniu rodičovských autorít, v prenesenom význame i na vlastných rodičov.

Pri **problémoch s rodičovskou autoritou** môžu byť pre rodiča nápomocné nasledovné odporúčania:

- Poukazovať na dopad výchovného štýlu na správanie dieťaťa - v potrebnej miere objasniť rodičovi výhody a nevýhody jednotlivých štýlov výchovy v rodine, s vyzdvihnutím demokratického štýlu s láskavým vzťahom k dieťaťu a zároveň primeraným riadením.
- Poukazovať na význam autority v rodine, spôsoboch ako ju možno budovať bez potlačania individuality dieťaťa a jeho súčasnej akceptácii.
- Viest' rodičov k optimálnemu plneniu svojej rodičovskej role.
- Poukazovať na význam osobných príkladov a pozitívnych vzorcov správania.

Rodina je zložitý systém, ktorý má svoje vlastné pravidlá a zákonitosti. Ak nastane akákoľvek zmena v tejto rodinnej konštelácii, dieťa sa dostáva do stavu neistoty či obáv z nového, neznámeho. Ak ide o dieťa v predškolskom veku, práve zmeny v rodinnom systéme môžu byť spúšťačom problémového správania, pričom paradoxne problémové správanie sa nemusí objavovať v prostredí rodiny, ale napríklad v sociálnych vzťahoch dieťaťa.

### 2.7 Odporúčenie odbornej intervencie

Stáva sa, že rodina dieťaťa prechádza rodinnou krízou, akou môže byť rozchod partnerov, rozvodový proces, výskyt vážneho ochorenia v rodine, úmrtie v rodine, strata materiálneho zabezpečenia rodiny, či iné. V takomto prípade závisí od viacerých faktorov do akej miery bude rodina schopná situáciu zvládnuť, vyrovnať sa s ňou a zostať stabilizovaná ako systém bez ohrozenia a vážnejších dopadov na dieťa.

Dieťa reaguje na krízu v prvom rade podľa úrovne jej zvládania v rodine, ale aj podľa individuálnych predispozícií. Typickou reakciou je prechodné zhoršenie fyzického aj psychického stavu dieťaťa, ktoré sa môže prejavovať:

- zvýšenou chorľavosťou,
- regresom v niektorých oblastiach vývinu,
- zvýšenou pripútanosťou na rodičov,
- úzkosťou a psychomotorickým nepokojom.

V takýchto prípadoch, keď sú prejavy a reakcie dieťaťa závažné, prípadne ak si rodič dlhodobo nevie rady s výchovou dieťaťa, je vhodné odporučiť rodičovi odbornú intervenciu vo forme psychologického vyšetrenia alebo rodinnej intervencie.



### 2.8 Odporúčania rodine

V prípade, že sú reakcie, prejavy dieťaťa intenzívne, prípadne trvajú dlhšiu dobu, tzn. prirodzene neodznievajú so stabilizujúcou sa situáciou, je namieste odporučiť rodičom psychologické vyšetrenie dieťaťa, ktoré overí závažnosť demonštrovaných problémov a následne navrhne adekvátne formy intervencie s cieľom pomoci a konsolidácie stavu dieťaťa.

Ďalším možným opatrením je rodinná intervencia ako odborná pomoc rodine. Prevendárová (2001) uvádza, že intervencia rodine môže mať formu:

- rodinnej terapie,
- rodinného poradenstva,
- rodinnej krízovej intervencie.

Realizujú ju odborníci špeciálne vyškolení na prácu s rodinou – psychológovia, liečební pedagógovia, sociálni pracovníci. Rodičia sa na nich môžu obrátiť v rámci centier pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, prípadne v iných typoch zariadení orientovaných na rodinu alebo v súkromných ambulanciách.

Špecifikum rodinnej intervencie spočíva v práci s rodinou ako celkom, čiže podľa možnosti so všetkými členmi rodiny a vedie k stabilizácii situácie v rodine a ozdraveniu jednotlivých vzťahov. **Rodinnú intervenciu možno odporučiť rodičom, v prípade že:**

- rodina je pod vplyvom krízy destabilizovaná, rodičia nie sú schopní venovať potrebnú pozornosť dieťaťu,
- rodičia si dlhodobo nevedia rady s prejavmi, či správaním dieťaťa,
- rodina je krízovou situáciou dlhodobo poznamenaná, rodičia sú z nej vyčerpaní.

Význam vzťahov v rodine dieťaťa, u ktorého sa vyskytli problémy v oblasti správania je veľký i pre odborníka, ktorý s dieťaťom a rodinou pracuje. Zámerne používa výraz, že odborník pracuje s dieťaťom a jeho rodinou, lebo v detskom veku je rodina dôležitou významovou jednotkou. I keď odborník diagnostikuje dieťa, bez informácií zo strany rodiny sa nezaobíde. Rovnako je to i pri plánovaní intervenčných postupov po ukončení diagnostického procesu. Ak absentuje podpora zo strany rodiny a dieťa nie je podporované pri bežných denných činnostiach v domácom prostredí, intervencia v ambulancii odborníka, či v herni alebo v škole, nemôže dosiahnuť terapeutický potenciál v plnom rozsahu. Dôležitosť rituálov, ktoré má každá rodina osobitú, je vysoká a prostredníctvom nich získava dieťa

## 2 DIAGNOSTIKA VO VZŤAHU K PROBLÉMOVÉMU SPRÁVANIU SA DIEŤAŤA

informácie o okolitom svete, formuje si vzorce správania a nadobúda sociálne kompetencie, potrebné pre jeho ďalší život.

## Použitá literatúra

- ČÁP, J. 1997. Výchove problémové správanie. in ĎURIČ, L., BRATSKÁ, M. Pedagogická psychológia. Terminologický výkladový slovník. 5.zv. Bratislava: SPN, 1997. ISBN 80-08-02498-4.
- FONTANA, D. 1997. Psychologie ve školní praxi. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-063-4.
- FRANC, D. a kol. : *Učení zážitkem a hrou. Praktická příručka instruktora.* Brno. 2007. ISBN 978-80-251-1701-9.
- HAMRÁKOVÁ, M. 2015. Rozvíjanie predčitateľskej gramotnosti v praxi materskej školy. Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum. 2015. ISBN 978-80-565-1184-8.
- KUŠNIRÍKOVÁ, R. 2015. *Inkluzívny model vzdelávania na predprimárnom stupni školskej prípravy.* Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum. 2015. ISBN 978-80-565-1192-3.
- LEVČÍKOVÁ, M. 2004. Žiak s poruchami správania v základnej a strednej škole. Metodicko-informatívny materiál. Bratislava: Štátny pedagogický ústav. [online] Dostupné na: <[http://search.icq.com/search/results.php?q=poruchy+spr%C3%A1vania+%C5%A0t%C3%A1tny+&ch\\_id=start&search\\_mode=web](http://search.icq.com/search/results.php?q=poruchy+spr%C3%A1vania+%C5%A0t%C3%A1tny+&ch_id=start&search_mode=web)> [cit. 02.10.2015]
- MAJZLANOVÁ, K. 1998. Poruchy správania u detí predškolského veku. Bratislava: Humanitas, 1998. ISBN 80-967890-4-X.
- MARTÍNEK, Z. 2009. Agresivita a kriminalita školní mládeže. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2310-5.
- MEZERA, A., ŠKERŮ, L., KUBÍČEK, J. 2000. *Škála rizikového správania T-184.* Bratislava: Psychodiagnostika a.s., 2000.
- PREVENDÁROVÁ, Jitka. Rodinná terapia a poradenstvo. Bratislava : Humanitas, 2001. ISBN 80-968053-6-3.
- PREVENDÁROVÁ, J. 2008. *Rekonštruovaná rodina a problémová výchova.* In: *Soc. vzťahy a problémy na školách.* Bratislava: Raabe, 2008. ISBN 8089182070.
- PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. 1998. Pedagogický slovník. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-178-252-1.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J. 2002. Základy arteterapie. Praha: Portál. 2002. ISBN 80-7178-616-0.
- ŠICKOVÁ – FABRICI, J. 2005. *Význam výtvarných materiálov a médií v arteterapii.* Bratislava: Terra therapeutica. 2005. ISBN 80-969376-2-6.
- ŠULEKOVÁ, A. 2015. *Aktivity na realizáciu interkultúrnej výchovy v podmienkach materskej školy.* Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum. 2015. ISBN 978-80-565-1204-3.
- TICHÁ, E. 2008. Základy špeciálnopedagogickej diagnostiky. Bratislava: Mabag. 2008. ISBN 978-80-89113-60-6.
- VÁGNEROVÁ, M. 2008. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2002. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VALACHOVÁ, D. 2009. *Ako poznať dieťa v materskej škole. Pedagogická diagnostika v materskej škole.* Bratislava: ZING PRINT, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-8052-342-8.
- ZÁHOROVÁ, S. 2007. Problémy so správaním. Metodický manuál pre

rodičov a učiteľov. PPP Námestovo, 2007. [online] Dostupné na: <[//.htm](http://www.ldp.sk/rozhodovanie/clanky_subory/ProblemySoSpravanim.pdf) > [cit. 14.10.2015]

ZIMMER, R. 2006. *Handbuch der Psychomotorik*. Freiburg im Breisgau: Herder, 2006. ISBN-10: 3-451-28930-9.

### **3 IDENTIFIKÁCIA A NAPŔŇANIE ŠPECIFICKÝCH POTRIEB A PODMIENOK VÝCHOVY DIEŤAŤA S PORUCHAMI SPRÁVANIA**

*Zuzana Fábry Lucká – Zuzana Yakhyaev*

**Zámer kapitoly**

Zámerom kapitoly je popísať spôsob, akým sa identifikujú a napŕňajú potreby dieťaťa s problémami v správaní v kontexte výchovného procesu.

**Kľúčové slová**

Špecifické potreby dieťaťa s poruchami správania.

Výchovný proces.

Výchovné odporúčania.

### 3 IDENTIFIKÁCIA A NAPŔNANIE ŠPECIFICKÝCH POTRIEB A PODMIENOK VÝCHOVY DIEŤAŤA S PORUCHAMI SPRÁVANIA

Psychiatrická diagnóza dieťaťa je náročná najmä pre jeho rodinné prostredie. Preto je potrebné už pri odhalení prípadného problému s rodičmi otvorene hovoriť o určenej psychiatrickej diagnóze, ale zároveň i o možných riešeniach a perspektíve dieťaťa do budúcnosti. Prevendárová (1998) uvádza, že odhalenie diagnózy dieťaťa je pre rodinu záťažovou situáciou, s ktorou sa rodina vyrovnáva v jednotlivých fázach:

- emocionálna dezorganizácia,
- reintegrácia,
- zrelá adaptácia.

Fáza emocionálnej dezorganizácie je obdobím zúfalstva rodiny, kedy rodina vníma ochorenie dieťaťa emocionálne, odmieta racionalizovanie situácie a neorientuje sa na prípadné riešenia. Vo fáze reintegrácie nastupuje i racionálne zmýšľanie, ide o akýsi „náhľad“ na situáciu odznova, len s inými premennými. Fáza zrelej adaptácie je zameraná na riešenie vzniknutého problému z racionálneho hľadiska, kedy rodina smeruje perspektívne ku riešeniu problému. Tak ako pri iných problémoch poznačujúcich rodinu, i v prípade ak ide o psychiatrické ochorenie dieťaťa je potrebné problém včas identifikovať. Včasná identifikácia je diagnosticky významným kritériom i z hľadiska plánovania ďalších krokov.

Psychické ochorenia vznikajú už u detí predškolského veku. Keďže ide o vek významný pre vývin osobnosti, motoriky, kognitívnych a ďalších funkcií, včasná detekcia a následná intervencia môže zabrániť prehĺbeniu príznakov poruchy a znížiť tak deštruktívny vplyv na vývin. Pomáha tiež brániť utrpeniu dieťaťa a zachovať čo možno najvyššiu kvalitu jeho života. Učiteľ v materskej škole môže byť prvým, kto zachytí problém, rozvíjajúce sa symptómy a môže prispieť k včasnému odhaleniu psychickej poruchy. Včasná identifikácia, diagnostika a liečba môže tiež pomôcť zabrániť vzniku ďalších pridružených problémov. Keďže ide o citlivý vek dieťaťa, rodičia často popierajú prítomnosť problému, ktorý je pre ostatných evidentný. Častým prístupom rodiny je, že dieťa samo z tohto problému „vyrastie“. Citlivý prístup okolia a uistenie rodičov, že ich dieťaťu začatím riešenia jeho problému pomôžu, býva otvorením spolupráce s rodinou, ktorej dôležitosť je vzhľadom k veku dieťaťa vysoká.

Pri každom podozrení na výskyt psychickej poruchy, je potrebné odporučiť rodičovi odborné pedopsychiatrické a psychologické vyšetrenie. Pri zaznamenaní neobvyklého správania, komunikácie, fungovania dieťaťa vo vzťahoch, či pri bežných činnostiach je potrebné ďalšie pozorovanie a následný rozhovor s rodičom dieťaťa. Učiteľ v prvom rade rodiča informuje

o dieŤati, zároveň môže prostredníctvom rodiča získať komplexnejší a objektívnejší pohľad na dieŤa a jeho problém.

Pre získanie komplexnejšieho pohľadu je vhodné zamerať pozornosť aj na ďalšie oblasti vývinu dieŤaŤa a uvažovať o vzájomných vplyvoch a súvislostiach. Prostredníctvom pozorovania zisťujeme o aký typ problémového správania, či nápadných prejavov sa jedná, aká je ich závažnosť a ako zasahujú do oblasti sociálneho fungovania dieŤaŤa. Následne získané údaje sumarizujeme a uvažujeme o ich významnosti.

#### 3.1 Pozorovanie prejavov dieŤaŤa s poruchami správania

Pozorovaním prejavov, správania dieŤaŤa je cielene orientované na zaznamenaný negatívny prejav dieŤaŤa. Cieleným pozorovaním možno získať presnejšie informácie o sledovanom jave ako aj ďalších oblastiach fungovania dieŤaŤa, pričom sa zameriavame najmä na oblasť socializácie, emocionality, komunikácie, aktivity a správania. Cielená orientácia na dané oblasti môže odborníkovi pomôcť zozbierať informácie o probléme a odborne ich popísať. Odborník si vyhotovuje záznam z pozorovania. **Pri pozorovanom jave zisťujeme:**

- presný popis javu - popis konkrétnych prejavov,
- frekvenciu výskytu - ako často sa vyskytuje (denne, týždenne, mesačne, príležitostne a pod.),
- intenzita výskytu – akú intenzitu majú jednotlivé prejavy,
- závislosti výskytu od rôznych situácií - pri akých príležitostiach sa vyskytuje, čo mu predchádza.

Pozorovanie dieŤaŤa je potrebné realizovať v preňho prirodzených situáciách a prostredí, v ktorom sa cíti bezpečne. Ak sa jedná o dieŤa s podozrením na psychiatrické ochorenie, je významnosť prostredia na pozorovanie vysoká, nakoľko je potrebné prispôbiť ho i agresívnemu prejavu dieŤaŤa. Pozorovanie môže prebiehať pri hre, keďže ide o prirodzenú aktivitu pre dieŤa. Tichá (2006) uvádza, že najmä v predškolskom veku má diagnostický potenciál hra dieŤaŤa s rodičom, nakoľko sa do nej premietajú rodinné vzťahy a tiež v hre sú vypovedané situácie z rodinného prostredia, ktoré rodič v rozhovore zámerne neuviedol. Môžeme realizovať pozorovanie pri hre, tiež pri kontakte a komunikácii dieŤaŤa s dospelými, pri kontakte s rodičmi, ako aj pri ďalších aktivitách, ako stolovanie či spánok.

V oblasti **vnímania** sa zameriavame najmä na úroveň vestibulárneho a kinestetického vnímania. Friedlová (2011) uvádza, že absencia podnetov pre vestibulárny a kinestetický

aparát vedie k nedostatku senzorických prejavov dieťaťa. Kvalita a presnosť vnímania sa môže meniť pod vplyvom emocionálneho stavu dieťaťa, ako aj úrovne jeho bdelosti. Zmeny vo vnímaní môžu byť podnetom pre diagnostické skúmanie, ktoré môže odhaliť závažný problém dieťaťa. Všimame si preto odchýlky a mylné vnemy v zrakovom a sluchovom vnímaní.

#### **Medzi symptómy psychických porúch v oblasti vnímania zaradujeme:**

- výskyt skresleného vnímania,
- mylné vnemy - obrazy, hlasy, ktoré vznikajú bez vonkajšieho podnetu,
- neschopnosť rozoznávať predmety,
- narušenie alebo strata rovnováhy,
- narušené vnímanie tela.

Zmeny úrovne vnímania sú jasným signálom, že je potrebné sa dieťaťom zaoberať. Odchýlky v zrakovom i sluchovom vnímaní môže identifikovať v predškolskom veku učiteľ v materskej škole, nakoľko práve tam sú zmeny vo vnímaní viditeľné najjasnejšie, či už v porovnaní s bežným výkonom samotného vnímania alebo jeho rovesníckej skupiny.

V oblasti **psychomotoriky** sa zameriavame na úroveň hrubej a jemnej motoriky a koordinácie pohybov. Podľa Szabovej (2003, s.26) psychomotorika „vyjadruje spätosť tela a pohybu so psychikou človeka, znamená nerozlučné spojenie, súvislosť, nadväznosť a vzájomné ovplyvňovanie sa psychiky (duševných pochodov) a motoriky (telesných pochodov a pohybu)“. Všimame si najmä zvláštnosti v psychomotorických prejavoch ako nadmerná aktivita, mechanické opakovanie pohybov tela, tiky, psychomotorický nepokoj, narušená koordinácia pohybov a pod.

#### **Symptómy psychických porúch v oblasti psychomotoriky:**

- oslabenie, celkový útlm psychomotorickej aktivity,
- ťarbavosť, narušená psychomotorická koordinácia,
- stereotypné opakovanie pohybov,
- strata cielených pohybov ruky,
- motorické, vokálne tiky,
- bizarné pohyby,
- stereotypy - mechanické opakovanie pohybov tela,
- nepohodlné polohy tela, trhané pohyby,



### 3 IDENTIFIKÁCIA A NAPŔNANIE ŠPECIFICKÝCH POTRIEB A PODMIENOK VÝCHOVY DIEŤAŤA S PORUCHAMI SPRÁVANIA

- hyperaktivita, nedostatočne regulovaná, nadmerná aktivita,
- psychomotorický nepokoj,
- dieťa je neposedné, hrá sa s rukami, pokrikuje.

Prejavy v psychomotorike dieťaťa často naznačujú problémy dieťaťa v bežných aktivitách. Napríklad psychomotorický nepokoj dieťaťa v predškolskom veku môže i učiteľovi v materskej škole napovedať, že ide o problém, s ktorým je potrebné obrátiť sa na odborníka.

Pri pozorovaní **komunikácie** dieťaťa si všimame jeho verbálne aj neverbálne prejavy. Vo verbálnom prejave si všimame úroveň komunikácie s dospelými aj deťmi, nápadnosti v rečovom prejave, zajakavosť, vynechávanie a zámena hlások. Zaznamenávame tiež tendenciu dieťaťa vyhl'adávať alebo vyhýbať sa rečovému prejavu.

#### **Symptómy psychických porúch v oblasti verbálnej komunikácie:**

- schopnosť rozprávať je pod úrovňou mentálneho veku dieťaťa,
- malá slovná zásoba,
- ťažko zrozumiteľná reč,
- zamieňanie slov,
- vynechávanie alebo zámena hlások,
- narušená artikulácia reči,
- bľabotanie,
- zajakavosť,
- nedostatočné porozumenie jazyka,
- úplná absencia, strata reči.

Neverbálne prejavy dieťaťa naznačujú jeho vnútorné prežívanie. Pri pozorovaní neverbálneho správania dieťaťa sa zameriavame na postoj tela, psychomotoriku, mimiku a gestá, ich primeranosť k situácii, hlasový prejav (intenzita, tón hlasu, krik), tendenciu k telesnému kontaktu. Všimame si tiež tendenciu k dotyku s inými deťmi, ako aj s dospelými. Získané informácie naznačujú najmä prežívanie dieťaťa v zmysle pozitívnych a negatívnych emócií, prežívanej radosti, uvoľnenosti, alebo naopak smútku, hnevu, napätia, strachu.

#### **Symptómy psychických porúch v oblasti neverbálnej komunikácie:**

- neschopnosť komunikovať neverbálne,
- mimika a gestá neprimerané situácii,
- chudobné mimické a pantomimické prejavy,

- častý krik,
- vyhýbanie sa telesnému kontaktu.

Uvedené zvláštnosti v neverbálnom prejave dieťaťa môžu, ale i nemusia byť prejavom psychiatrického ochorenia, pre diagnostické skúmanie je potrebné zohľadniť aj ďalšie premenné. Na základe zvláštností v komunikačnom prejave nie je možné diagnostikovať poruchy správania, ten môže byť len spojivom, potrebným na ďalšie preskúmanie.

**Emocionalita** dieťaťa s poruchami správania prejavuje nápaditosť už pri bežnom skúmaní. Emočné rozpoloženie dieťaťa je často kolísavé, nestále, dieťa prejavuje radosť v situáciách, ktoré sú spoločensky chápané ako smutné a naopak. V oblasti emocionality si všimame základné emočné rozpoloženie dieťaťa, prežívanú radosť, pozitívne naladenie, smútok či hnev. Môžu sa vyskytovať negatívne pocity pri niektorých situáciách. Všimame si tiež reagovanie dieťaťa pri konflikte, prejavy hnevu a ich zvládanie.

#### **Symptómy psychických porúch v oblasti emocionality:**

- apatia, nezáujem o dianie v kolektíve,
- sklúčenosť, smutná, depresívna nálada,
- emocionálna labilita, neprimerané výkyvy nálady,
- anxieta, obavy, pocity ohrozenia,
- bizarné strachy (strach z vodovodu),
- pohotovosť k strachovým a útekovým reakciám,
- stav neprimerane nadnesenej nálady,
- zvýšená dráždivosť, afektívne výbuchy hnevu,
- znížená tolerancia na záťaž,
- nedôvera k cudzím ľuďom,
- prejavy agresivity voči deťom – prejavy verbálnej, fyzickej, či skrytej agresie.

Agresivita v prejave voči rovesníckej skupine v prostredí materskej školy je častým prejavom poruchy správania už v skorom veku.

V oblasti **kognitívnych funkcií** si u dieťaťa s poruchami správania všimame najmä úroveň myslenia, pamäte, schopnosti učenia, orientácie miestom, časom. Všimame si najmä zmeny v úrovni psychických funkcií v čase a nápadnosti v obsahoch mysleniam, akými sú napríklad vtieravé myšlienky a narušená logika myslenia. Posudzujeme tiež kognitívne funkcie s ohľadom na vek dieťaťa, pričom dôležité je nezovšeobecňovať bez validných informácií.

#### **Symptómy psychických porúch v oblasti kognitívnych funkcií:**

- chudobné, obmedzené uvažovanie,
- zhoršená krátkodobá pamäť, zapamätávanie,
- narušená orientácia v realite,
- nedostatočné sebaovládanie,
- celkové spomalené myslenie, ľahká unaviteľnosť,
- opakovanie slov alebo slovných spojení,
- paranoidné uvažovanie,
- infantilné magické myslenie - odvracanie nešťastia alebo odčičovanie,
- traumatické myšlienky, desivé sny,
- vtieravé, opakujúce sa obsahy v myslení, ktoré ovplyvňujú jeho správanie,
- narušená logika myslenia, roztrieštený, nelogický verbálny prejav.

Paranoidné uvažovanie či infantilné magické myslenie sú často prvým znakom, že nie je nič v poriadku a je potrebné zaoberať sa dieťaťom podrobnejšie. Absencia logických súvislostí súvisí tiež s vývinovým potenciálom dieťaťa. Nelogický verbálny prejav a zvláštnosti v komunikácii s inými ľuďmi je potrebné diagnosticky skúmať nielen v prípade, že existuje podozrenie na poruchu správania.

**Pozornosť** je ďalšou skúmanou premennou, dôležitou pri psychiatrickom ochorení dieťaťa. Daniel a kol. (2002) tvrdí, že s pozornosťou ako zameranosťou psychickej činnosti veľmi úzko súvisí aj sústredenosť dieťaťa na určitú činnosť. Všimame si schopnosť dieťaťa zamerať a sústrediť svoje vedomie na určitú činnosť alebo predmet. V oblasti pozornosti sa zameriavame na úroveň úmyselnej aj mimovoľnej pozornosti.

#### **Symptómy psychických porúch v oblasti pozornosti:**

- neschopnosť sústrediť sa,
- neschopnosť vydržať pri činnosti vyžadujúcej myslenie,
- tendencia prechádzať z jednej činnosti na druhú bez ich dokončenia,
- ľahká vyrušiteľnosť,
- dieťa je zabudlivé,
- stráca veci.

Skúmanie pozornosti a jej udržania na veku primeraný čas prináleží odborníkovi v rámci odbornej diagnostiky. Medzi uvedené symptómy sme zaradili tiež vyrušiteľnosť či

zábudlivosť dieťaťa. Je potrebné odborníkom posúdiť na základe dlhodobejšieho skúmania, či nejde o povahové alebo temperamentové vlastnosti dieťaťa.

**Správanie sa dieťaťa** ako také je evidentným diagnostickým materiálom, ktoré často vedie ku prvým podozreniam, že niečo nie je v poriadku. Pozorujeme správanie sa dieťaťa pri samostatnej hre, hre s rovesníkmi, pri komunikácii s dospelými aj pri bežných činnostiach. Všimame si tiež správanie sa dieťaťa k veciam, hračkám. Registrujeme najmä nápadnosti v správaní, akými sú nutkavé, neprimerané, stereotypné alebo agresívne správanie. Kapitánová (2008) skúma prostredie, v ktorom sa porucha správania prejavuje, pričom identifikuje, že toto vzniká najčastejšie v rodinnom či v školskom prostredí, v ťažších prípadoch sa porucha prejavuje v oboch prostrediach súčasne.

#### **Symptómy psychických porúch v oblasti správania:**

- obmedzené záujmy a činnosti,
- opakované usporiadanie hračiek,
- opozičné, vzdorovité správanie,
- výskyt stereotypných aktivít a rituálov,
- nutkavé správanie, ktoré vyplýva z vtieravých myšlienok,
- sebapoškodzovanie, proti sebe namierená agresivita - udieranie hlavou, fliaskanie tváre, štvachanie do očí a hryzenie rúk, pier a iných častí tela,
- neprimerané pohyby,
- tendencia izolovať sa,
- bezohľadné a impulzívne správanie,
- výbuchy zlosti, náhle útočné správanie.

Psychické poruchy sa v oblasti správania manifestujú agresívnou i neagresívnou formou. Agresívna forma je pre okolie evidentná, a preto dieťa s agresívnymi prejavmi je automaticky vnímané ako problémové. Porucha správania, ktorá sa neprejavuje agresívnym prejavom, ale naopak introvertným prejavom, býva ťažšie rozoznateľná a diagnostikovateľná. Takéto deti sú považované za introvertné.

**Sociálne prostredie** je v živote človeka dôležité. Ide o prostredie, kde môže dieťa nadväzovať vzťahy, prichádzať do sociálnych interakcií a budovať si tak vlastné sociálne povedomie. U detí s poruchami správania je často narušená oblasť socializácie. V oblasti socializácie zaznamenávame úroveň interpersonálnych vzťahov - k rovesníkom, učiteľkám, rodičom. Ďalej si všimame záujem dieťaťa o okolie, schopnosť osvojovania si sociálnych rolí,

schopnosť začleniť sa do detského kolektívu, úroveň spolupráce, prosociálneho správania. Pri socializácii osobnosti človeka ide o celoživotný proces, a práve z tohto dôvodu aj intervenčné postupy sú vhodné v každom veku.

#### **Symptómy psychických porúch v oblasti pozornosti:**

- nezáujem o okolie,
- chýbanie očného kontaktu,
- sociálna úzkosť, utiahnutosť,
- časté konflikty,
- odmietanie hry,
- problémy spolupracovať v skupine,
- nevýberové príchylné správanie,
- problém porozumieť sociálnym situáciám,
- neschopnosť vytvárať si pozitívne vzťahy s rovesníkmi,
- bojzivosť a prílišná ostražitosť,
- nezáujem o rovesníkov,
- nezáujem o rodičov.

Dieťa s psychiatrickým ochorením pôsobí na svoje okolie disocálne, nemá ambíciu sa včleniť do kolektívu a uplatniť sa v sociálnom okolí. Z pohľadu diagnostického skúmania je oblasť socializácie zaujímavou oblasťou, ktorú je potrebné preskúmať.

#### **3.2 Rozhovor s rodičmi dieťaťa s poruchami správania**

Pri pozorovaných nápadnostiach v prežívaní, prejavoch a správaní dieťaťa, ktoré vyvolávajú podozrenie na vznik psychickej poruchy, je nevyhnutné informovať rodiča. Rozhovor s rodičom by mal byť pripravený, s ujasneným cieľom. Charakter rozhovoru by mal byť informačný a podporný. Učiteľ, ako najčastejší podnecovateľ faktu, že niečo nie je v poriadku, počas neho informuje rodiča/rodičov o priebehu a výsledkoch vlastného pozorovania dieťaťa.

Pre skompletizovanie obrazu zisťuje ďalšie informácie od rodiča. Sústreď sa pri tom na získanie potrebných informácií a zbytočne nezasahuje do súkromia rodiny. V kontexte problémového javu v správaní a prežívaní dieťaťa môže zisťovať:

- Pohľad rodiča - ako vníma problém rodič, nakoľko je s ním oboznámený.

- Obavy rodiča – čo zo súčasnej situácie vníma rodič ako najväčší problém.
- Prežívanie a prejavy dieťaťa v domácom prostredí - ako sa jav prejavuje v domácom prostredí.
- Vývin problému - kedy sa problém objavil, ako sa vyvíjal.
- Závislosť výskytu od rôznych situácií - nakoľko sa zvyrazňuje pri určitých situáciách.

Odborník pri úvodnom diagnostickom rozhovore poskytuje rodičovi potrebnú podporu a spoluprácu pri riešení problému. Navrhuje a odporúča rodičovi ďalšie opatrenia. **Pri výskyte podozrenia na psychickú poruchu je potrebné odporučiť rodičovi odborné vyšetrenie:**

- pri miernejších, menej vypuklých problémoch možno odporučiť psychologické vyšetrenie u detského psychológa v pedagogicko-psychologickej poradni, na základe ktorého sa zväží ďalší postup odbornej intervencie (Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie CPPP, CPPP a P),
- pri vážnejších problémoch odporučiť pedopsychiatrické vyšetrenie (Ambulancia detského a dorastového psychiatra).

Odporúčenie špecializovaného vyšetrenia je základom pre ďalšiu intervenciu odborníka. Ak sa rodič na základe odporúčania rozhodne pre návštevu odborníka, často ide o začatie komplexného systému pomoci dieťaťu i jeho rodine.

### 3.3 Špecifické potreby

U detí, ktorým boli diagnostikované poruchy správania, je potrebný individuálny prístup, rešpektujúci špecifické potreby a podmienky výchovy. Na základe identifikácie špecifických potrieb a podmienok výchovy, možno vytvárať predpoklady pre ich napĺňanie. Zisťovanie potrebných informácií prebieha predovšetkým formou priameho kontaktu s dieťaťom a rozhovormi s jeho rodičmi.

Pri rozhovore s rodičom zisťuje učiteľ podrobné informácie o charaktere a prejavoch psychickej poruchy, pridružených symptómoch, rizikách a pod. Pri rozhovore sa orientuje tiež na funkčné stránky, teda oblasti fungovania dieťaťa, ktoré nie sú poruchou zasiahnuté a môžu pôsobiť pre jeho vývin kompenzačne.

**Ďalej v rozhovore zisťuje:**

- špecifiká v prístupe k dieťaťu, kedy sa príznaky zhoršujú,
- v ktorom prostredí, čase,
- čo pomáha, čo sa rodičom osvedčilo,

- čo zhoršuje príznaky, čomu sa treba vyhnúť,
- ktoré formy relaxácie/uvolňovania zaberajú,
- ktoré formy aktivizácie zaberajú,
- čo možno použiť ako motiváciu dieťaťa k želaným aktivitám.

#### 3.4 Silné stránky dieťaťa s poruchou správania

Protektívne faktory chránia dieťa pred vplyvom negatívnych javov. Obzvlášť dôležité je identifikovať a cielene rozvíjať tieto faktory u detí s psychiatrickou diagnózou. Protektívne faktory totiž zmierňujú negatívne pôsobenie rizikových faktorov, ktoré sa podieľajú na vzniku a pretrvávaní poruchy u dieťaťa. Hort (2000) delí faktory na protektívne faktory na strane dieťaťa, protektívne faktory vo vzťahu k rodine a protektívne faktory vo vzťahu k sociálnemu prostrediu.

Protektívne faktory na strane dieťaťa sú silné stránky dieťaťa, prostredníctvom ktorých je možné dieťa chrániť vlastnými zdrojmi pred dopadom jeho ochorenia.

##### **Protektívne faktory na strane dieťaťa:**

- pozitívny temperament,
- nadpriemerná inteligencia,
- sociálna zdatnosť,
- úspešnosť v materskej škole,
- adaptácia v skupine rovesníkov,
- ľahký kontakt s cudzími autoritami,
- fyzické zdravie a zdatnosť.

Rodina dieťaťa ako taká má ochranný charakter, ak je funkčná a štýl výchovy rodičov je pre dieťa prínosný a podnecujúci. Najčastejšie **protektívne faktory v rodine dieťaťa sú:**

- harmonické rodinné usporiadanie,
- primerané výchovné postoje a postupy rodičov,
- podpora dieťaťa,
- dobrá vzťahová väzba s matkou,
- postoje rodičov k problémom, poruche dieťaťa.

### 3 IDENTIFIKÁCIA A NAPŔNANIE ŠPECIFICKÝCH POTRIEB A PODMIENOK VÝCHOVY DIEŤAŤA S PORUCHAMI SPRÁVANIA

Ak je postoj rodičov dieťaťa k jeho ochoreniu pozitivisticky orientovaný, dopad samotného ochorenia pre dieťa nemusí byť plne rozvinutý, ale dieťa aj s poruchou správania ako psychiatrickou diagnózou môže byť plnoprávnym členom spoločnosti.

V neposlednom rade medzi protektívne faktory zaraďujeme tiež vonkajšie faktory, a to dostupnosť vhodnej starostlivosti, či už miestnu alebo časovú, alebo stabilitu vonkajšieho prostredia z pohľadu osôb, školských a iných zariadení, ktoré problém dieťaťa evidujú a spolupracujú pri špeciálnom prístupe k nemu.

Protektívne faktory vytvárajú **rezilienciu jedinca**, čo je odolnosť voči záťaži, ktorá nám pomáha vyrovnávať sa s náročnými životnými situáciami. Reziliencia, čiže odolnosť voči okolitým podmienkam prostredia, súvisí so silnými stránkami dieťaťa.

Fleming a Ledogar vytvorili vo svojej štúdii **členenie protektívnych faktorov – zdrojov reziliencie**, ktoré prehľadne uvádzame v tabuľke 1.

Protektívne faktory/zdroje reziliencie	Protektívny mechanizmus
<b>Individuálna úroveň</b>	
Konštitučná reziliencia	Pozitívny temperament, Zdatný neurobiologický systém
Sociabilita	Citlivosť k ostatným, empatia Prosociálne postoje Citová väzba (attachment)
Inteligencia	Školský výkon Plánovanie a rozhodovanie
Komunikačné schopnosti	Rozvinutá reč Čitateľské schopnosti
Osobnostné charakteristiky	Tolerancia k negatívnym emóciám Sebadôvera, pozitívny sebaobraz Zmysel pre humor Stratégie zvládania stresu Trvalý hodnotový systém atď.
<b>Úroveň rodiny</b>	
Podporujúca rodina	Rodičovská vrelosť Povzbudenie, pomoc Súdržnosť a starostlivosť v rodine Blízky vzťah s opatrojúcou osobou Viera v dieťa, neobviňovanie atď.



### 3 IDENTIFIKÁCIA A NAPŔŔANIE ŠPECIFICKÝCH POTRIEB A PODMIENOK VÝCHOVY DIEŤAŤA S PORUCHAMI SPRÁVANIA

Socioekonomický status	Materiálne prostriedky
<b>Úroveň komunity</b>	
Školské skúsenosti	Podporujúci kamaráti/vrstovníci, Pozitívny vplyv učiteľa Úspech v škole alebo inde
Podporujúca komunita	Viera v jedinca Netrestanie
<b>Úroveň kultúry</b>	
Faktory kultúry	Tradičné aktivity Tradičná spiritualita Tradičný jazyk atď.

Tabuľka 1.- členenie protektívnych faktorov – zdrojov reziliencie (Šolcová , 2009, str. 43)

Tieto schopnosti, spôsobilosti možno trénovať, posilňovať, rozvíjať. Rezilienciu dieťaťa možno podporovať na jednotlivých jej úrovniach. Na úrovni osobnosti je vhodné rozvíjať sociabilitu a komunikačné schopnosti. Na úrovni rodiny najmä vzájomnú podporu, súdržnosť, bezpečie a prejavovanú vrelosť. Na úrovni komunity sú to zásahy do širšieho sociálneho prostredia dieťaťa v zmysle sociálnej inklúzie – začlenenia dieťaťa.

#### 3.5 Identifikácia rizikových faktorov

Rizikové faktory podmieňujú vznik, udržiavanie či prehlbovanie príznakov psychickej poruchy. Rizikové faktory úzko súvisia s vulnerabilitou, čo je citlivosť jedinca na záťaž. Vplyvom rizikových faktorov sa vulnerabilita dieťaťa zvyšuje, stáva sa tak psychicky menej odolné. Eliminácia, či oslabovanie rizikových faktorov, ktorá je možná aj cieľovým posilňovaním protektívnych faktorov, môže pomôcť:

- znížiť intenzitu, častosť prejavov psychickej poruchy,
- vytvárať priestor pre kompenzačné mechanizmy a zdravý vývin dieťaťa,
- zlepšiť vnútorný pocit spokojnosti dieťaťa,
- zvýšiť celkovú kvalitu života dieťaťa.

Hort (2000) delí rizikové faktory na strane dieťaťa, rizikové faktory vo vzťahu k rodine a rizikové faktory na sociálne prostredie. Medzi **rizikové faktory na strane dieťaťa** patrí:

- vývinové oneskorenie,
- podpriemerná inteligencia,

- sociálna neobratnosť,
- zložitý temperament dieťaťa,
- chronické ochorenie dieťaťa,
- hendikep.

Ďalšími **rizikovými faktormi** sú **rodinné faktory**:

- rozvod rodičov,
- násilie v rodine,
- situácie, kedy je dieťa svedkom násilia medzi rodičmi,
- alkoholizmus a drogová závislosť rodičov,
- psychiatrické ochorenie rodičov,
- kriminalita rodičov,
- dysfunkčné výchovné postoje rodičov,
- v extrémnych prípadoch fyzické týranie, sexuálne zneužívanie dieťaťa.

**Sociálne prostredie** ako diagnostický potenciál má taktiež svoje limitujúce faktory, ktoré môžu ovplyvniť vznik ale tiež dopad poruchy správania na bežný život:

- chudoba rodiny,
- strata zamestnania niektorého z rodičov,
- časté sťahovanie rodiny,
- nedostatočná starostlivosť o dieťa.

Nízky sociálny status rodiny je prediktorom ku vzniku druhotných komplikácií v živote rodiny s dieťaťom s poruchou správania. Dieťa vyrastajúce v rodine s nízkym sociálnym statusom je často označované ako delikventné, nie ako dieťa s poruchou správania, ktorú je potrebné diagnostikovať a liečiť.

#### 3.6 Špecifické podmienky výchovy v inkluzívnom ponímaní

Napĺňanie špecifických potrieb a podmienok výchovy vychádza z dôkladného porozumenia charakteru a príznakov duševnej poruchy dieťaťa, jeho individuality, silných stránok, protektívnych a rizikových faktorov. Učiteľ i iní odborníci z okolia dieťaťa by sa mali snažiť o to, aby dieťa, napriek svojim problémom, zažívalo úspech a mohlo rásť vo všetkých oblastiach vývinu.

Sociálna izolácia a sociálne vylúčenie patria medzi rizikové faktory, ktoré významným spôsobom ovplyvňujú duševné zdravie. Naopak medzi protektívne faktory patrí začlenenie sa do skupiny a komunity, sociálna ochrana, pozitívne vzťahy v rodine, pozitívne vzťahy s rovesníkmi, kvalitná výchova, optimizmus a nádej (O'Sullivan, 2010).

Sociálna inklúzia detí s duševným ochorením, podobne ako u dospelých, je o možnosti zúčastňovať sa a prispievať do všetkých aspektov spoločnosti. Zabraňuje vzniku a výskytu vyčleňovania, diskriminácie a stigmatizácie (Merton, Bateman, 2007).

Súčasťou sociálnej inklúzie je aj integrácia detí s duševnou poruchou do bežnej materskej školy. Dieťa so psychiatrickou diagnózou môže byť integrované do bežnej materskej školy ako dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. Prijímanie a integrácia dieťaťa do MŠ sa riadi Zákonom č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a Vyhláškou č. 306/2008 o materskej škole v znení neskorších predpisov.

Pri **problémoch so sústredením a impulzivitou** je vhodné upraviť harmonogram dňa so zameraním na pravidelnosť, rituály a prispôbovať úlohy individuálnym možnostiam dieťaťa. Vzápätí po dokončení úlohy by mala nasledovať pochvala alebo iný druh odmeny. Pri problémoch so sústredením a impulzivitou možno odporučiť (podľa Hučíková, Hučík 2010):

- Zadávať krátke úlohy.
- Nechajte dieťa, nech si vyberie svoje vlastné miesto na hranie.
- Vnášajte do harmonogramu dňa dieťaťa pravidelné činnosti, rituály.
- Stanovte jednoduché a jasné pravidlá, ktoré často opakujte a dôsledne dodržiavajte.
- Úlohy zadávajte individuálne, s ohľadom na možnosti sústredenia dieťaťa.
- Dlhšie, náročnejšie úlohy rozdeľte na menšie časti.
- Majte k dispozícii databázu náhradných činností.

Aj dieťa so psychiatrickým ochorením môže byť v školskom prostredí úspešné, ak je prítomná pripravenosť ľudí či odborníkov, ktorí s ním pracujú, ale tiež sociálneho prostredia, ktoré je v tejto situácii nápomocné.

Na **znižovanie strachu a úzkosti** u detí sú vhodné rôzne druhy relaxačných aktivít, ako aj využívanie rituálov a vytváranie pozitívnych zážitkov, skúseností. Relaxačný potenciál má využívanie rôznych foriem umenia a ich vzájomné prepájanie - maľovanie na hudbu, výtvarné hry s pieskom, dramatizácia počutej rozprávky, senzomotorické hry s rôznymi výtvarnými

materiálmi a i. Pri problémoch so strachom a úzkosťou možno odporučiť (podľa Hučíková, Hučík 2010):

- Do harmonogramu dňa zaraďujte pravidelné relaxačné aktivity.
- Venujte sa vytváraniu pozitívnej klímy v skupine.
- Sprostredkujte dieťaťu pozitívne zážitky v skupine.
- Vnášajte do harmonogramu dňa dieťaťa pravidelné činnosti, rituály.
- Stanovte jednoduché a jasné pravidlá, ktoré často opakujte a dôsledne dodržiajte.

Pri **problémoch s komunikáciou** je vhodné využívať a podporovať dostupné náhradné formy dorozumievania. Ako prostriedok komunikácie možno využiť aj výtvarný prejav, ktorý umožňuje dieťaťu komunikovať o zložitých témach, redukovať stres a zmiernovať negatívne pocity. **Pri problémoch s komunikáciou** možno odporučiť (podľa Hučíková, Hučík 2010):

- Sústreďte sa na nepretržitú podporu a zmiernenie úzkostí.
- Podporujte dieťa v akejkoľvek komunikácii.
- Zamerajte sa na sprostredkovanie pozitívnych zážitkov.
- Ponúknite dieťaťu rôzne spôsoby, pomôcky, ktorými sa môže vyjadriť.
- Zaveďte jasné neverbálne pokyny (tvárové, telesné gestá).
- Učte dieťa tieto gestá rozlišovať – ukáž, zopakuj, odmena a pod.
- Dávajte jednoznačné (presné) pokyny, nekladte neurčité rečnícke otázky.
- Vyhýbajte sa prirovnaniam, metaforám a dvojzmyselným vyjadreniam.

Prežitie úspechu pri bežných činnostiach dieťa so psychiatrickým ochorením podnecuje k aktivite v budúcnosti, najmä ak doteraz zažívalo skôr neúspech a odmietanie. Dôležitá je tiež špeciálna príprava osôb, ktoré s dieťaťom pracujú.

Duševné poruchy detí často negatívne ovplyvňujú ich **schopnosť sociálnej adaptácie**. Problémy v prežívaní a správaní deťom sťažujú situáciu v jednotlivých socializačných aspektoch – schopnosti porozumieť sociálnym interakciám, osvojovať si sociálne role, rozvíjať sociálne zručnosti, osvojovať si spoločensky žiadúce správanie. Ich snaha o sociálne interakcie končí často neúspechom, sklamaním a frustráciou.

Problémy so sociálnou adaptáciou sa môžu zrkadliť aj vo vzťahoch s dospelými. Správanie týchto detí môže byť totiž pri neznalosti problému dieťaťa zo strany dospelých nesprávne vyhodnocované, a následný spôsob reagovania na dieťa môže prehlbovať jeho stratu dôvery v ľudí, jeho pocit nepochopenia a neprijatia druhými, v tomto prípade autoritami.

### 3 IDENTIFIKÁCIA A NAPŔNANIE ŠPECIFICKÝCH POTRIEB A PODMIENOK VÝCHOVY DIEŤAŤA S PORUCHAMI SPRÁVANIA

Jedným zo spôsobov, ako podporiť socializáciu detí, je cieľené využívanie skupinových hier a cvičení. Môže ísť o problémové hry, inscenačné hry, stimulačné hry, efektívne môže byť využitie tvorivej dramatiky. Aktivity môžu byť cielene zamerané na konkrétne oblasti socializácie:

- rozvíjanie sebaoznania a sebaúcty,
- znižovanie stresu a napätia, relaxáciu,
- lepšie spoznanie všetkých členov skupiny,
- pozitívne hodnotenie seba aj druhých,
- vytváranie pozitívnej klímy v skupine,
- nadväzovanie a prehľbovanie vzťahov medzi členmi skupiny,
- porozumenie druhým,
- vyjadrenie vlastných názorov, postojov,
- vyjadrenie hnevu a zlosti primeraným spôsobom,
- emocionálne uvedomenie,
- zvládanie impulzivity,
- sebaovládanie,
- ohľaduplné a slušné správanie.

Pri socializácii ide o celoživotný, nikdy nekončiaci proces sociálneho učenia sa v prirodzených interakciách, na základe ktorých si osvojujeme sociálne zručnosti, normy správania, postoje, hodnoty či zvyky potrebné pre spoločensky prijateľné správanie sa v spoločnosti. Ide teda o normy prijateľné pre širšiu vrstvu našej spoločnosti, v ktorej žijeme. Proces socializácie má veľký význam pre formovanie osobnosti a aj v prípade ak dieťa má poruchu správania, je potrebné podporiť proces socializácie v čo najvyššej možnej miere.

Pri zmiernovaní problémov so socializáciou je vhodné využiť viaceré zdroje pomoci. Na mieste je siahnuť po intervenčných stratégiách expresívnych terapií, ktoré sú využiteľné tak v diagnostickom ako i v intervenčnom procese.

#### Použitá literatúra

- DANIEL, J. A KOL. 2002. *Prehľad všeobecnej psychológie*. Nitra: Fakulta sociálnych vied UKF v Nitre, 2002. ISBN 80-8050-551-9.
- HORT, V. et al. 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.
- HUČÍKOVÁ, A., HUČÍK, J. 2010. *Metodické minimum pre pedagóga o ADHD, ADD, ŠPU*. Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum v Bratislave, 2010. ISBN 978-80-8052-351-0.
- FRIEDLOVÁ, K. 2011. *Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz bazální stimulace®*. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, s. r. o. 2011.
- KAPITÁNOVÁ, D. 2008. *Človek človeku človekom. Metodický materiál pre učiteľov a rodičov stredných škôl*.
- MERTON, R., BATEMAN, J. 2007. *Social inclusion Its importance to mental health*. Mental Health Coordinating Council, Rozelle, 2007.
- O'SULLIVAN, CH. 2010. *Social inclusion and mental health*. In Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-being. European Communities, 2010.
- PREVENDÁROVÁ, J. 1998. *Rodina s postihnutým dieťaťom*. Nové Zámky : Psychoprof, ISBN 89-967148-9-9.
- SZABOVÁ, M. 2003. *Pohybom proti astme*. 1. vyd. Bratislava : LIEČREH GÚTH, 2003. ISBN 80-88932-03-3.
- ŠOLCOVÁ, I. 2009. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-6234-0.
- TICHÁ, E. 2006. *Diagnostické možnosti spoločnej hry rodičov a detí raného a predškolského veku*. In: Paedagogicca specialis XXIII. Bratislava: Univerzita Komenského, 2006.

### ZÁVER

Diagnostika v kontexte porúch správania má svoje špecifiká, potrebné pre určenie možností ďalších intervenčných postupov. Poruchy správania vznikajú v detskom veku. Často sa začínajú prejavovať už v predškolskom období a bývajú zamieňané za nevychované či problémové správanie vo vzťahu k rôznym problémovým okruhom. Z tohto dôvodu sa poruchy správania ako také úzko dotýkajú aj rodiny dieťaťa, pretože zo strany okolia býva rodina odsudzovaná a pranierovaná. Rodičia podliehajú beznádeji a pochybujú o svojich rodičovských kompetenciách a výchovnom pôsobení na dieťa. Často prvým odborníkom, ktorý si všimne, že niečo nie je v poriadku, je učiteľ v materskej škole. Jeho úlohou je v tomto prípade podať rodine pomocnú ruku a odporučiť dieťa aj s rodinou k odborníkovi na diagnostické preskúmanie problému. Dôležitou premennou je tiež určenie, kedy ide o problémové správanie sa dieťaťa, a kedy už môžeme hovoriť o poruche správania ako takej. Do procesu diagnostiky je každopádne potrebné začleniť dôležité osoby z rodinného, sociálneho i školského prostredia dieťaťa.

**DIAGNOSTIKA PORÚCH SPRÁVANIA V KONTEXTE LIEČEBNEJ  
PEDAGOGIKY**

**Editor:**

Mgr. Zuzana FÁBRY LUCKÁ, PhD.

**Autori kapitol:**

Mgr. Zuzana FÁBRY LUCKÁ, PhD.

Mgr. Zuzana YAKHYAEV, PhD.

**Recenzenti:**

doc. PaedDr. Daniela VALACHOVÁ, PhD.

doc. PaedDr. Barbora KOVÁČOVÁ, PhD.

**Grafický návrh:** BOKER – reklamná agentúra  
**Grafická úprava:** Mgr. Ivana LIŠTIAKOVÁ, PhD.  
**Jazyková korektúra:** Ing. Eleonóra LIŠTIAKOVÁ

*Publikácia je výstupom projektu KEGA č. 067UK-4/2015 E-learningové vzdelávacie moduly  
k problematike porúch správania u detí*

**Vydavateľstvo:** Univerzita Komenského v Bratislave

**Rok vydania:** 2015

**Rozsah:** 61 s.

**Vydanie:** prvé

**ISBN 978-80-223-3996-4**

**EAN 9788022339964**



**E-learningové vzdelávacie moduly k problematike porúch správania  
u detí (KEGA č. 067UK-4/2015)**

