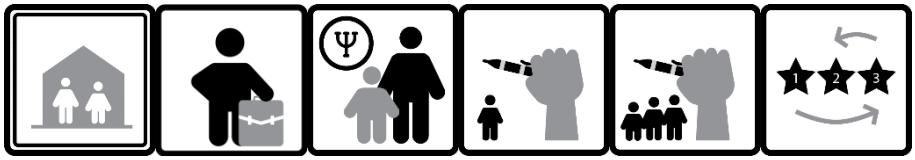
VÝSKUMNÝ ÚSTAV DETSKEJ PSYCHOLÓGIE A PATOPSYCHOLÓGIE

ŠTANDARDY NÁRODNÝ PROJEKT

Odborné postupy

v pedagogickej a poradenskej praxi

Dieťa s depresiou, sebapoškodzovaním a so samovražedným správaním v podmienkach reedukačného centra



Kompetenčný rámec:

ZARIADENIE/A	REEDUKAČNÉ CENTRUM
ODBORNÝ ZAMESTNANEC/CI	PSYCHOLÓG
VEKOVÁ KATEGÓRIA	2.STUPEŇ ZŠ, SŠ
FORMA	INDIVIDUÁLNA, SKUPINOVÁ
AUTOR/KA	Mgr. Eva KUKUČKOVÁ
KONZULTANT/KA	PhDr. Jana Olíková
EDITOR/KA	Mgr. Žofia Kovács Cselényi
DÁTUM	DECEMBER 2022

Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z Európskeho sociálneho fondu a Európskeho fondu regionálneho rozvoja v rámci Operačného programu Ľudské zdroje.

EURÓPSKA ÚNIA Európsky sociálny fond Európsky fond regionálneho rozvoja

OPERAČNÝ PROGRAM ĽUDSKÉ ZDROJE

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SLOVENSKEJ REPUBLIKY

www.esf.gov.sk
www.minedu.sk

Dieťa s depresiou, sebapoškodzovaním a so samovražedným správaním v podmienkach reedukačného centra

Úvod do problematiky

Podľa § 122 Zákona č. 245/2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov **reedukačné centrum** (ďalej len RC) na základe výchovno-vzdelávacieho programu a individuálneho reedukačného programu poskytuje deťom do veku 18 rokov (s možnosťou predĺženia o jeden rok) výchovu a vzdelávanie vrátane prípravy na povolanie, s cieľom ich opätovného začlenenia do pôvodného sociálneho prostredia.

Podľa § 4 Vyhlášky 323/2008 Z.z. o špeciálnych výchovných zariadeniach sa RC zameriava na reedukáciu sociálne, mravne a emocionálne narušených detí, u ktorých boli zistené také nedostatky v sociálnej prispôsobivosti v osobnostných vlastnostiach a charakterovom vývine, že ich výchova a vzdelávanie v iných zariadeniach alebo v prirodzenom rodinnom prostredí by neviedli k náprave. Poskytuje deťom výchovu a vzdelávanie zamerané na optimalizáciu ich psychosociálneho vývinu, odstraňovanie porúch správania a vytvorenie predpokladov na ich osobnostnú a sociálnu integráciu.

Medzinárodná klasifikácia chorôb (MKCH- 10) definuje **poruchy správania** ako opakujúci sa a trvalý (v trvaní najmenej šesť mesiacov) vzorec disociálneho, agresívneho a vzdorovitého správania, ktoré porušuje sociálne normy a očakávania primerané veku dieťaťa, napr. krádeže, bitky, opakované klamstvá, záškoláctvo, úteky z domu a pod. DSM-IV uvádza pretrvávanie aspoň troch a viacerých kritérií počas 12 mesiacov pričom aspoň jedno z kritérií pretrváva posledných 6 mesiacov. Kritériá súvisia s prítomnosťou agresie voči ľuďom a zvieratám, deštrukcie majetku, nepoctivosti a krádeží, so závažným porušením pravidiel (úteky z domu, absencie v škole, nedodržiavanie návratu domov pred 13. rokom, úteky z domu a iné), pričom rozlišuje dva typy – jeden začínajúci v detstve, pred 10. rokom a druhý začínajúci v adolescencii. Kým v prvom type je vyššia prevalencia smerom k antisociálnej poruche osobnosti, druhá skupina a jej prognóza závisí aj „od povahy delikventnej skupiny, ktorej súčasťou dieťa/mladistvý je, a tiež od dostupnosti alternatívnych sociálnych podpôr“ (s. 38, in Dulcan, Martini, 2003).

Dôvodom umiestnenia detí v RC je diagnostikovaná porucha správania, ktorá sa prejavuje dlhodobou nedisciplinovanosťou dieťaťa, nerešpektovaním rodičov a učiteľov, záškoláctvom, verbálnou, ale aj brachiálnou agresiou, útekmi z domu, experimentovaním s návykovými látkami, automutilačnými tendenciami a i.

Etiologické vymedzenie porúch správania je rôznorodé a vzniká následkom kombinácie viacerých faktorov. Medzi **spúšťače porúch správania** patria:

A) **vnútorné činitele** (genetické faktory k predispozícii ku psychiatrickej poruche – napr. antisociálna porucha osobnosti, sklony k zneužívaniu substancií, poruchy nálady, ADHD, schizofrénia; Neurologické faktory, ktoré môžu narušať vzťah medzi exekutívnymi funkciami a správaním – napr. poškodenie CNS, nízka pôrodná hmotnosť, perinatálne problémy, poranenia hlavy, záchvatová pohotovosť; temperamentové predispozície – vysoká úroveň vyhľadávania stimulov, impulzivita, zvýšená dráždivosť, zlá adaptácia na zmenu, intenzívna aktivita; Iné – poruchy nálady, znížené prežívanie zábran, menšia citlivosť na spätnú väzbu, posttraumatická stresová porucha, poruchy komunikácie, psychózy...) a

B) **vonkajšie činitele** (sociálne znevýhodnené prostredie; depresívny, dráždivý, závislý či psychotický rodič; absencia rodiča v rodine; poruchy osobnosti u rodiča; zanedbávajúca a ľahostajná výchova bez vytvárania bezpečných hraníc; absencia pozitívneho vzoru rodiča/starého rodiča; neprimeraný tlak na výkon; vzájomná dlhoročná rozvodová či porozvodová nenávisť rodičov; fyzické a psychické ubližovanie, príp. týranie v rodine; traumatizujúce udalosti a zážitky; nespracované straty; narastajúci fenomén novo-konštituovaných rodín; absencia mimoškolskej záujmovej aktivity a iné.

Základné princípy

V posledných rokoch pribúdajú v RC deti s depresívnou poruchou správania, čo prináša kombinácie prejavov problémov v správaní a ťažkostí súvisiacich s depresiou, nezriedka kombinované s nevhodnými copingovými stratégiami (napr. sebapoškodzovaním). Starostlivosť o deti, adolescentov v RC musí vychádzať z pochopenia ťažkostí a zohľadňovať zložitú kombináciu problémov v správaní, v súvislosti s kontextom výchovného prostredia, z ktorého prichádzajú, rovnako však i kontext aktuálnych spoločenských kríz a dynamiku prežívania detí/adolescentov a ich potrieb.

Aktuálne nie sú dostupné diagnostické kritériá pre depresívnu poruchu, resp. afektívne poruchy špeciálne pre detský a adolescentný vek. Preto pedopsychiater vychádza zo súčasných kritérií, ktoré nerozlišujú detský a dospelý vek, podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH 10) a podľa "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-5).

Medzinárodná klasifikácia chorôb definuje **depresívnu poruchu správania (F92.0)** ako kombináciu poruchy správania (F91) s pretrvávajúcou a závažnou depresiou prejavujúcou sa príznakmi, ako sú nadmerné utrpenie, strata záujmov a potešenia z bežnej činnosti, sebaobviňovanie a beznádejnosť, poruchy spánku a chuti do jedla.

Depresia sa vyznačuje patickým smútkom, zníženou emočnou reaktivitou, pocitmi beznádejnosti, bezperspektívnosti, zníženou aktivitou a zníženým sebavedomím chorého. Častá je anhedónia. Vitalita dieťaťa a mladistvého je výrazne znížená, fyzicky sa to môže prejaviť aj pri postoji (väčšinou sú viac zhrbení, ich pohyby sú ako „bez života“(Kolibáš, 2011).

Medzi hlavné **symptómy depresie u pubescentov a adolescentov** v jednotlivých oblastiach patria:

- **kognitívna:** bradypsychizmus, poruchy koncentrácie pozornosti, nerozhodnosť, znížené sebahodnotenie, suicidálne ideácie, negatívne automatické myšlienky, strata záujmov, zhoršovanie školského prospechu, až úplné zlyhanie (depresiu nevylučuje, ak je dieťa schopné presedieť pred počítačom celé poobedie alebo ho zaujmú hry s minimálnym vynaložením energie a pozornosti),
- **emočná:** prudké kolísanie nálad, úzkosť, záchvaty plaču, pocity beznádeje, nudy, hypo až anhedónia, pocity beznádeje až zúfalstva, pocity viny kvôli vlastnej nedostatočnosti, suicidálne ideácie, tendencie až pokusy (pozn. prechodné prejasnenie emotivity, napr. pri návšteve kamarátov, nevylučuje depresiu),
- **motorická:** apatia, abúlia, pocit straty energie striedaný s nepokojom, podráždenosťou,
- **somatická:** únava, bolesti hlavy, rôzne hypochondrické sťažnosti, poruchy spánku v zmysle hyper alebo hyposomnie, zmeny chuti do jedla so zmenou hmotnosti,
- **sociálna:** zhoršený až žiadny kontakt s rovesníkmi, strach z ľudí, pocity samoty, nepochopenia a i.,
- **behaviorálna:** autoobservácia, hypochondrické obavy, zvýšená iritabilita, impulzivita, riskantné správanie, hostilita a zneužívanie psychoaktívnych látok. Častejšie sa vyskytuje tzv. tichá rezignácia - zasnenosť, izolácia, náladové rozlady.

Neschopnosť adekvátneho zvládania stresu vedie k antisociálnej aktivite, a tá k prehĺbeniu depresívneho prežívania, k autoakuzáciám a pocitom bezvýchodiskovosti. Vytvára sa začarovaný kruh, kde sa suicídium môže zdať pre adolescenta ako jediné riešenie. Pocity smútku, bezmocnosti sú spájané s hostilitou, pseudofilozofovaním, hypochondrickými obavami, sťažnosťami na somatické bolesti a únavu. Typické je striedanie apatie a ľahostajnosti so zhovorčivosťou a povrchným nadväzovaním kamarátstiev bez hlbšej citovej väzby. V niektorých prípadoch sa môžu vyskytovať paranoidné percepcie skôr v náznakoch (pozerajú sa na mňa, budú sa mi smiať), prípadne až poruchy vnímania a myslenia.

Pre deti s touto diagnózou umiestnené v RC je typické prežívanie pocitu neúspechu, znížené sebavedomie, deti sa môžu o sebe negatívne vyjadrovať, podobné s prejavmi depresívnej poruchy u dospelých sú pocity viny, úzkosti až suicidálne ideácie a tendencie. K tomu sa pridružuje zhoršenie edukačných výsledkov, vyhýbanie sa rovesníkom, deti pociťujú neúspech, stávajú sa utiahnutými, čo vedie k zníženému sebahodnoteniu. U adolescentov sa klinický obraz depresívnej poruchy podobá klinickému obrazu u dospelých.

Depresívna porucha sa môže vyskytovať v rôznych vývinových obdobiach človeka, teda aj v detskom a adolescentnom veku. Môže vyústiť do zníženej kvality života, problematických medziľudských vzťahov, komorbidity s inými psychiatrickými ochoreniami, nezdravého životného štýlu, automutilačných tendencií, suicidálnych proklamácií až suicidality.

Trebatická (2017) poukazuje na fakt, že kým pred pubertou je depresívna porucha rovnako zastúpená u oboch pohlaví, v adolescencii a v dospelom veku sa pomer mení v neprospech dievčat - v pomere dievčatá : chlapci = 2:1, pričom tu hrajú veľkú úlohu nielen genetické, neuroendokrinné a neurochemické biologické faktory, ale aj psychosociálne, vrátane negatívnych životných udalostí. Práve psychosociálne súvislosti depresívnych porúch tvoria významný rámec, ktorý ak nie je vhodne ovplyvnený, môže depresívny stav udržiavať alebo zhoršovať.

Zdravé deti používajú pri zvládaní negatívnych emócii a záťažových situácií aktívne, konštruktívne, na problém zamerané copingové stratégie. Naopak deti s depresiou majú osvojenú celú škálu nekonštruktívnych, príp. deštruktívnych reakcií (napr. sebaznehodnocujúce myšlienky: pocit bezcennosti, neužitočnosti, prenasledovania, strata pocitu vlastnej hodnoty, pocity viny, racionalizácia, vyhýbavosť, nesústredenosť; sebadeštrukčné správanie a sebapoškodzovanie, a i.).

Depresívne deti i mládež majú zvýšený sklon k neadekvátnym pocitom viny, niekedy až bludného charakteru. V prípade závažnejšej depresie sú poškodené homeostatické mechanizmy, čo vedie ku vzniku pocitu beznádeje, zúfalstva i bezmocnosti. Beznádej a zúfalstvo sa vzťahuje k hodnoteniu situácie, bezmocnosť sa spája s narušeným sebapoňatím (Vágnerová, 2014).

Podľa Kafku a kol. (1998) sa **pojem depresívna porucha správania často spája aj s nesocializovanou poruchou správania**, kedy je dieťa skupinou rovesníkov odmietané, izolované, nepopulárne. Je preukázané, že tie deti, ktoré boli vystavené nežiadúcim stresogénnym životným udalostiam a boli nimi ovplyvnené, majú štatisticky významne zvýšené riziko nielen pre vznik depresie, ale aj ďalších typov psychopatológie. Z faktorov, ktoré na dieťa pôsobia okamžite/aktuálne, boli uvádzané: zmena školy, somatické ochorenie, smrť príbuzného a psychická porucha člena rodiny. Nepriaznivo a stresogénne pôsobia aj iné, často dlhodobo pôsobiace faktory z minulosti. Z najčastejších boli zistené: trestanie dieťaťa učiteľom, vážne finančné problémy rodiny, psychické poruchy rodinných členov, citová deprivácia.

Väčšina autorov, venujúca sa problematike depresívnej poruchy u detí, sa zhoduje v tom, že zhruba **polovica depresívnych epizód u detí a mladistvých preukázateľne súvisí s negatívnymi životnými udalosťami.** Stresujúce udalosti zasahujú do neurobiológie organizmu a ovplyvňujú vulnerabilitu jedinca voči možnému rozvoju depresie.

Prikláňame sa k Trebatickej (2017), podľa ktorej z evolučného hľadiska môže byť depresia (rovnako ako sociálna úzkosť) považovaná za obrannú odpoveď na vnímanie nízkej sebahodnoty, porážky a bezmocnosti. Ľudia, ako aj iní primáti v pozícii oslabenia, majú tendenciu byť napätí, bdelí na sociálne hrozby, majú vysoké hladiny kortizolu, nižšie hladiny serotonínu, vykazujú submisívne správanie. Dlhodobé submisívne správanie a súvisiaci stav chronického stresu predstavujú koncepčné prepojenie medzi biologickými markermi patológie a negatívnymi vlastnými schémami.

Negatívny self-koncept, rigídne myslenie charakteristické prístupom „všetko alebo nič“ a neprijímanie čiastočného uspokojenia, sebadevalvačné myšlienky, bezmocnosť, pocity viny, prázdnoty, ktoré môžu súvisieť s patologickým prostredím dieťaťa, v kombinácii zvýšenej záťaže a nedostatočne rozvinutých copingových stratégií, so sklonom k impulzivite, ev. tendeciou k disharmonickému vývinu, môžu zvyšovať riziko automutilácie (sebapoškodzovania).

Sebapoškodzovanie je zámerné, opakované, cielené, autoagresívne správanie, s cieľom dosiahnuť úľavu od neznesiteľného napätia, ale bez vedomého suicidálneho zámeru. V istom zmysle je formou neprimeranej zvládacej stratégie, ktorá má uľaviť od silných emócií, alebo nepríjemného pocitu prázdnoty. Nutkanie k sebazraneniu je signálom narušenej psychickej pohody, ktoré ak nie je liečené, môže viesť i k samovražde (Vágnerová, 2014).

Podľa Suttonovej Modelu 8C (2005, in Kriegelová,2008) má sebapoškodzovanie rôzne funkcie:

1. ,,Coping and crisis intervention“ – je stratégiou zvládania a krízovej intervencie, s cieľom ihneď uvoľniť napätie;
2. ,,Calming and comforting“ – slúži na upokojenie a utešenie, pomáha zmierniť psychickú bolesť, navodzuje pohodu;
3. ,,Control“ - pomáha nadobudnúť vedomie kontroly a pocit sily;
4. ,,Cleansing“ – znamená očistenie – napr. pre obete znásilnenia, ktoré sa cítia špinavé, zahanbené, môže tečúca krv symbolicky predstavovať formu očistenia;
5. ,,Confirmation of existence“ – je potvrdením existencie, reality – tečúca krv znamená život;
6. ,,Creating comfortable numbness“ – navodzuje pocity útlmu a únik od reality (podobne ako pri zneužívaní návykovej látky);
7. ,,Chastisement“ – je sebatrestaním pri pocite viny;
8. ,,Communication“ – je formou vyjadrenia svojich pocitov, keď ich nedokáže vyjadriť ináč.

Sebapoškodzovanie môže mať rôzne formy ako napr. rezanie, pálenie, predávkovanie liekmi, požívanie škodlivých látok, hryzenie alebo bitie, narážanie telom do tvrdých predmetov, ťahanie za vlasy, škrabanie a pichanie do bolestivých miest. V širšom chápaní môže byť za sebapoškodzovanie podľa Kriegelovej (2008) považované aj prejedanie sa, obhrýzanie prstov a nechtov, extrémne rizikové správanie, obáranie sa, obsesívne čistenie a umývanie (do krvi), hladovanie, zotrvanie v násilnom vzťahu, prepracovanie a i.

Sebazraňovanie máva typický priebeh. Stresujúca udalosť vyvoláva nepríjemné emócie a zvýšené napätie. Úzkosť a podráždenosť narastajú do neúnosnej intenzity, vedú k úpornej potrebe regulácie, úľavy, oslobodenia od napätia. Sila emócií je mimoriadna a môže narastať až k stavu podobnému panike a k disociácii. Vo vrchole tejto aktívnej fázy dochádza k sebazraneniu a krátkodobému pocitu úľavy (krátkodobý pozitívny efekt). Vzápätí prichádzajú negatívne myšlienky a emócie s prežívaním hanby a sklamania, pohŕdania sebou, až zhnusenia, s prežívaním pocitu viny (čiže opäť silné negatívne a nepríjemné emócie).

Kast (2010) uvádza, že v súčasnosti tomuto správaniu rozumieme ako ľudskej snahe, ktorá sa snaží po tom, čo stratila cit pre svoje telo a pre seba, znovu začať cítiť a vnímať svoje telo. Toto deštruktívne správanie možno chápať ako úsilie získať znovu kontakt so sebou samým.

Je potrebné vychádzať z toho, že depresia u detí sa môže prejavovať práve v behaviorálnej oblasti, ako je zvýšená agitácia (hádavosť, odvrávanie, hostilita, agitovanosť, obtiažne vychádzanie), zhoršenie školského výkonu (znížená snaha, motivácia, zhoršenie prospechu), zhoršenie socializácie. Tlak na „normalizáciu“ bez zodpovedajúcej liečby a podpory môže mať opačný efekt a zhoršovať príznaky depresie.

Ciele

Odborný tím RC v zložení vychovávateľ, učiteľ, psychológ a iní odborní zamestnanci, často v spolupráci s pedopsychiatrom a zdravotníckym pracovníkom, má za cieľ pôsobiť stimulujúco a akcelerujúco na psychický vývin umiestnených detí s diagnózou depresívna porucha správania, a to predovšetkým svojimi poradenskými a reedukačnými činnosťami, výchovno-vzdelávacím programom, využívaním špeciálno-pedagogických postupov vo výchove a rozvojom záujmovej sféry u detí.

Cieľom je zmierniť prejavy depresivity, úzkosti, napätia u dieťaťa s diagnózou depresívna porucha správania a posilniť jeho sebahodnotu, sebaprijatie a pozitívne sebahodnotenie, prežívanie vlastnej kompetencie a celkovej psychickej odolnosti.

Najdôležitejším faktorom v reedukačnom procese je citlivý, akceptujúci a kongruentný prístup k deťom, k ich každodenným problémom a starostiam.

Hlavným cieľom poradenstva a reedukácie v RC je rozvoj kľúčových kompetencií a nadväzne tréning konštruktívnych modelov a vzorov spoločensky akceptovateľného správania. Pri diagnóze depresívna porucha správania preferujeme **individuálny poradenský prístup.** Dieťaťu je poskytnutá poradenská, terapeutická, lekárska starostlivosť, edukácia a ponuka poradenstva jeho zákonnému zástupcovi. Vypracovávame odporúčania v rámci výchovno-vzdelávacieho procesu, usmerňujeme a priebežne upozorňujeme pedagogický tím na prípadné špecifiká v prístupoch k dieťaťu.

Obdobie puberty a adolescencie považujeme za významné, vzhľadom na budovanie vlastnej identity jedinca. Aj keď si človek v období detstva vytvorí negatívny sebaobraz, či nedostatočný pocit svojej vlastnej hodnoty, práve v období puberty a adolescencie, kedy človek dozrieva, sa mnoho vecí u neho mení, je možné pozitívne pôsobiť v oblasti sebaobrazu a sebahodnoty, na jeho negatívne prežívanie a postupne korigovať doterajšie negatívne vzorce správania.

Podpora motivácie u pubescentov a adolescentov, vlastnej kompetentnosti, copingových stratégií, môže významne prispieť k zdravému a zrelšiemu sebaobrazu a sebahodnote, zmierniť prejavy depresivity. Je preto nosným cieľom psychologickej intervencie pre klientov RC.

Medzi čiastkové ciele môžeme zaradiť napr.:

- nacvičovane a aplikovanie techník v situáciách stresu, záťaže, ktoré sú zamerané na zníženie depresie, vnútorného napätia, úzkosti a zvýšenie psychickej odolnosti u detí,
- prostredníctvom audiovizuálnej stimulácie, regulovať stav vedomia, výkonnosť mozgu, s cieľom relaxácie, harmonizácie fyziologických funkcií,
- pomocou vhodne zvolených skupinových aktivít pracovať na zlepšení komunikačných a sociálnych zručnosti u detí s diagnózou depresívna porucha správania v kolektíve, a tým podporovať ich sebadôveru.

Postup činnosti

Do RC prichádzajú deti so stanovenou diagnózou depresívna porucha správania, indikovanou pedopsychiatrom.

Nástup dieťaťa do nového a neznámeho prostredia RC je vysoko stresujúcou udalosťou a adaptačné predpoklady u týchto detí sú oslabené. V začiatkoch je možné i výrazné zhoršenie stavu. Práve z týchto dôvodov je spočiatku potrebný zvýšený dohľad, a tiež kontinuálna spolupráca s pedopsychiatrom.

Dôležitou úlohou počas celého pobytu je poskytnúť dieťaťu bezpečné, predvídateľné, prijímajúce a uznanlivé prostredie. Depresia je totiž často, najmä u adolescentov, reakciou na nepriaznivé udalosti, dlhodobo nahromadený stres, nepriaznivý životný štýl, prípadne prejav posttraumatickej stresovej poruchy či narušenej vzťahovej väzby. Práve tento typ depresie sa niekedy vyskytuje spoločne s prejavmi úzkosti. Dieťa, ktoré má depresiu, v RC preto potrebuje najskôr skúsenosť bezpečných vzťahov, nakoľko často sa stáva, že bezpečnú vzťahovú väzbu vo svojom živote nezažívalo.

Poradenské/terapeutické prístupy psychológa v RC s dieťaťom s depresívnou poruchou správania začínajú:

1. **vstupným rozhovorom – anamnestické interview:**

Po preštudovaní vstupných materiálov z osobného spisu dieťaťa pristupuje psychológ RC k vedeniu vstupného rozhovoru s dieťaťom, k tzv. anamnestickému interview, na konci ktorého ponúkne dieťaťu možnosť individuálneho a skupinového poradenstva. Za účinný spôsob, ako nadviazať pozitívny prvý kontakt a následne vytvoriť dôverný vzťah s dieťaťom, sa považuje aktívne počúvanie dieťaťa a citlivý prístup. Proces zapisovania zachytených informácií sa počas prvého stretnutia minimalizuje len na nutné množstvo. Odporúča sa zaznamenávať anamnestické údaje až po ukončení kontaktu s dieťaťom, a nie počas jeho priebehu. Otázky, ktoré psychológ kladie, sú väčšinou otvorené, pričom sa kladie dôraz na zistenie potreby dieťaťa, počas tohto procesu dieťa aktívne počúva a psychológ má na zreteli fakt, že dieťa s depresívnou poruchou správania môže byť apatické, s nedostatočnou motiváciou a i.

Pri úvodnom stretnutí je dôraz kladený na nadviazanie kvalitného poradenského/terapeutického vzťahu a vytvorenie atmosféry bezpečia a dôvery. V komunikácii by mal dominovať prijímajúci a rešpektujúci prístup a jej forma by mala zohľadňovať vývinovú zrelosť a vek dieťaťa. Je potrebné sa vyvarovať emotívnym reakciám, hodnoteniu, falošnej úteche, alebo vzbudzovaniu pocitov viny. Je potrebné zdržať sa hodnotenia správania (napr. sebapoškodzovania), prežívania klienta, či jeho rodinnej alebo sociálnej situácie. V popredí by mala byť skôr snaha porozumieť mu ako hodnotiť ho, falošne utešovať, či nadmerne ochraňovať. Pri rozhovore s dieťaťom sa môže stať, že sa psychológ dozvie informácie, ktoré sú prekvapujúce až šokujúce a môžu vyvolať silné emócie (napr. informácie o samovražednom správaní, či jeho príprave, alebo ukázanie rán po sebapoškodzovaní), no v tejto situácii je dôležité zdržať sa prejavov zhrozenia a sústrediť sa skôr na porozumenie a empatickú podporu dieťaťu /najdôležitejšie je venovať dieťaťu pozornosť a vytvárať priestor na vypovedanie jeho skutočnej potreby, s uistením, že nie je samé na svoje ťažkosti, poskytnúť mu podporu a prijatie.

2. individuálne poradenstvo začína psychológ **uzavretím kontraktu s dieťaťom a stanovením poradenského cieľa** (ide o dohodu, záväzok, na čo sa spolu v priebehu stretnutí u dieťaťa v jednotlivých intervenciách majú zamerať, čo zmeniť, korigovať, prípadne zmierniť, až odstrániť v správaní a vonkajších prejavoch dieťaťa a v interakcii so sociálnym prostredím). Po uzatvorení kontraktu s dieťaťom môže

psychológ pokračovať v budovaní prijímajúceho, dôverného, pomáhajúceho vzťahu a v poradenstve, v zmysle hľadania motivácie a podpory potrebnej na zmenu v živote dieťaťa.

Okrem štandardných cieľov súvisiacich s diagnózou depresívna porucha správania, pri automutilačných tendenciách si môžeme dať za cieľ napr. znížiť výskyt automutilácií, pravidelne trénovať iné formy ventilácie napätia, prípadne posilnenia sebahodnoty.

3. **Výber metód a postupov** zohľadňuje stanovený kontrakt a ciele a je súčasťou **individuálneho reedukačného programu** (ďalej len IRP).

Pri práci s klientom s depresiou v období pubescencie a adolescencie je možné použiť viacero poradenských/terapeutických prístupov. Medzi efektívne a uplatňované **psychoterapeutické smery** pre prácu psychológa s depresívnym dieťaťom v RC sa javia: kognitívne-behaviorálna terapia, SUR komunitná psychoterapia, Rogersova psychoterapia, Satirovej psychoterapia, Gestalt psychoterapia, Systemická psychoterapia, Relaxačno – symbolická psychoterapia a i.

Vhodné sú expresívne techniky zamerané na prácu s emóciami, zlepšenie emočnej regulácie a posilnenie pozitívneho prežívania, techniky zamerané na formovanie pozitívneho sebaobrazu. Na redukciu napätia je možné použiť napr. Body2Brain techniky , dýchacie techniky, mindfulness relaxácie, audiovizuálnej stimulácie prístrojom laxman na zníženie depresivity.

Pri práci s negatívnymi modelmi myslenia, pri osvojovaní si vhodných copingových stratégií je vhodné využívať postupy kognitívne-behaviorálnej terapie. Ďalšou možnosťou je i racionálna terapia alebo psychoedukácia, ktoré u starších detí a dospievajúcich môžu zvýšiť povedomie a racionálny náhľad na ich ťažkosti.

Podľa Cabyho (2014) **je dôležité zamerať pozornosť depresívneho klienta na vlastné ciele.** Medzi nápomocné techniky zaraďuje **ukotvenie pozitívnej nálady** (napr. vetu „som statočný“ má napísať tak často, ako to ide a zakaždým inou farbou na papier veľkosti A4, prípadne ho požiadame, aby túto vetu napísal nedominantnou rukou, tým sa jeho zámer spojí s inými oblasťami mozgu a stabilizuje sa, túto úlohu mu môžeme dať aj za domácu úlohu), **škálovanie** (pýtame sa na vlastný odhad a porovnanie vlastného škálovania s cirkulárnymi otázkami), **preznačkovanie** (posudzovať veci iným spôsobom alebo s iným zameraním, čím získajú iný rámec a vyzerajú zrazu inak), **externalizácia** prípadne maľovanie. Namaľovaním problému sa nám podarí oveľa lepšie dostať ku podstate problému, skonkretizovať ho.

V **rámci individuálnej i skupinovej poradenskej práce s dieťaťom** psychológ v RC najčastejšie využíva metódy a postupy, ako napr. klarifikácia, ventilácia, povzbudenie, interpretácia, konfrontácia, reflexia, tréning (napr. komunikačné tréningy, nácvik konštruktívnych hádok, tréning asertivity a pod.), hranie rolí.

Ako **hlavnú poradenskú stratégiu** psychológ využíva v individuálnom poradenstve **motivačný rozhovor**, prácu s motiváciou a zmenou, ktorej účelom je navodenie poradenského vzťahu vyznačujúceho sa kvalitami ako dôvernosť, blízkosť, empatickosť, kongruentnosť. U dieťaťa sa pracuje na napĺňaní jeho potrieb, napr. potreby ocenenia, pozornosti, lásky cez pomáhajúci rozhovor, zohľadňujúci **šesť účinných zložiek rýchlej intervencie** /Vojtová, 2012/:

1. Spätná väzba (Feedback) – poskytovanie spätnej väzby dieťaťu
2. Zodpovednosť (Responsibility) – zodpovednosť za zmenu je predovšetkým na strane dieťaťa
3. Rada (Advice) – konkrétna rada dieťaťu
4. Ponuka viacerých možností (Menu) – ponuka viacerých alternatív, dáva dieťaťu pocit slobody a kontroly nad vlastným konaním
5. Empatia zo strany poradcu (Empathy)
6. Podpora dôvery dieťaťa vo vlastné schopnosti (Self-efficacy).

Pre metódu motivačných rozhovorov je typické najmä **prenesenie zodpovednosti za zmenu a udržanie zmeny zo psychológa/poradcu na dieťa,** pričom zmena v správaní a prežívaní dieťaťa prechádza procesom rozhodovania o zmene:

- **prekontemplácia** – je fáza pred uvažovaním o zmene správania. Typické je, že dieťa nevníma potrebnosť zmeny, nie je si vedomé nutnosti akejkoľvek zmeny svojho správania. Typickým znakom je, že ak nejaký problém pociťuje, vidí jeho príčinu vo svojom okolí, nie u seba samého. Prípadný nesúlad vo svojom správaní a prežívaní si dokáže dobre racionalizovať,
- **kontemplácia** – býva nazývaná ako fáza uvažovania a zvažovania. Zmenou oproti predchádzajúcej fáze je fakt, že dieťa už je schopné aspoň niektoré svoje súčasné problémy, rozpory, spojiť so svojím súčasným správaním a ich riešenie so zmenou tohto správania, začína zvažovať možnosť zmeny svojho správania,
- **rozhodnutie** – v tomto štádiu sa dieťa rozhoduje pristúpiť k zmene správania,
- **akcia (konanie)** – spočíva v realizácii zmien,
- **udržiavanie** – je fáza, v ktorej dieťa udržuje dosiahnuté zmeny. Táto fáza môže byť vnímaná ako zložitá alebo ohrozujúca, pretože sa človek vracia do bežného života,
- **relaps** – nastáva, ak sa človek vracia k pôvodnému správaniu, do fázy prekontemplácie. Relaps môže nastať počas ktorejkoľvek predchádzajúcej fázy.

Proces zmeny chápeme ako cyklický proces, ktorý sa na ceste ku zmene môže i niekoľkokrát zopakovať.

Hlavné princípy metódy motivačných rozhovorov sú:

- vyjadrovanie empatie,
- rozvíjanie rozporov /je nutné nájsť rozpor medzi súčasným konaním dieťaťa a dlhodobými hodnotami a cieľmi/,
- využitie odporu /tzv. „psychologické džudo“, nejde o víťazstvo nad dieťaťom, skôr o spoločné dosiahnutie cieľa/,
- podpora vlastných schopností dieťaťa /dôvera vo vlastné schopnosti a presvedčenie dieťaťa o vlastnej schopnosti úspešného splnenia úlohy - tvoria dôležitú zložku motivácie na zmenu/.

Motivačné rozhovory využívajú päť základných postupov – **otvorené otázky, reflektívne načúvanie, oceňovanie, sumarizovanie, vyvolanie reči zmeny.**
Medzi signály naznačujúce väčšiu ochotu a pripravenosť dieťaťa na zmenu patrí: **znížený odpor, zníženie snahy diskutovať o probléme, riešenie –** dieťa sa správa, akoby našlo nejaké riešenie, je pokojnejšie**,**
reč zmeny – dieťa uznáva nevýhody súčasného stavu a potrebu zmeny alebo úmysel zmeniť sa, **otázky týkajúce sa zmeny –** dieťa zisťuje, čo by malo urobiť pre uskutočnenie zmeny, **predstavy týkajúce sa zmeny –** dieťa si skúša predstavovať, ako bude vyzerať jeho život po uskutočnení zmeny, **experimentovanie –** klient skúša zmenu nanečisto, na skúšku.

Skupinová terapia je neoddeliteľnou súčasťou práce s dieťaťom RC, ktoré funguje na princípe terapeutickej komunity.

Pravidelne sa opakujúce stretnutia detí s diagnózou depresívna porucha správania so psychológom v RC sú zamerané na posilňovanie identity, preberanie dôležitých informácií o živote, vzájomné podávanie riešení jednotlivých problémov, poskytovanie skúseností jednotlivých členov spojené s pozitívnym citovým prežívaním. Priebeh každého sedenia má svoje pravidlá, ktoré vytvárajú rámec bezpečia a otvorenosti. Pravidlá vytvárajú deti spoločne s dospelými. Medzi najčastejšie pravidlá patrí: slušné vyjadrovanie názorov,

neprekrikovanie sa, nevynášanie dôležitých informácií, hovoriť pravdu, počúvať aj ostatných, to, čo sa dohodne, platí aj pre ostatných členov a i.

Psychológ vykonáva skupinové intervencie s cieľom predchádzať alebo eliminovať nežiadúce prejavy rizikového správania, ako je napr. šikanovanie, prejavy agresie. Ďalej sú skupinové rozhovory zamerané na riešenie konfliktov a sporov medzi deťmi, alebo na riešenie nezhôd medzi deťmi a pedagógmi. Pri skupinových sedeniach psychológ využíva hry a skupinové aktivity, ktoré sú vyberané na základe potrieb a špecifík jednotlivcov konkrétnej skupiny.

Cez zážitkové aktivity u dieťaťa posilňuje psychológ RC u dieťaťa napr. sebavedomie, vieru v seba a svoje schopnosti, naladenie sa na pozitívne riešenia problémových situácií, identitu dieťaťa, pracuje napr. s konfrontáciou a následnou reštrukturalizáciou chybných presvedčení dieťaťa, pričom v záťaži nastáva proces zmeny smerom k väčšej kongruencii a k pozitívnemu prežívaniu, k zmierneniu adolescentnej krízy a k navodeniu pozitívnej zmeny.

Snahou psychológa RC je pomôcť deťom s diagnózou depresívna porucha správania porozumieť ich vnútornému prežívaniu, nie prioritne zistiť príčinu ich konania. Je potrebné ponechať dieťaťu čas, aby sa otvorilo až vtedy, keď je na to pripravené. Určite sa neodporúča vypočúvanie, vypytovanie sa dieťaťa, návrat k okolnostiam, ktoré ho doviedli do RC. Je mimoriadne dôležité dieťaťu prízvukovať, napr.: „Nazdávam sa/Myslím, že máš za sebou ťažkú minulosť a ťažké zážitky. Ak budeš pripravená, budem rada, ak sa o nich porozprávame/ak sa mi s nimi zdôveríš. Prosím ťa, vždy hovor len toľko, koľko uznáš za vhodné.“

Deti s depresívnou poruchou správania často vykazujú deficity v oblasti sociálnych zručností, medzi ktoré patrí aj riešenie konfliktov, kooperatívne správanie, sebaregulácia správania, zvládanie negatívnych emócií, primerané vyjadrovanie potrieb, pozitívne formy nesúhlasu a pod. Jednoduchosť a zrozumiteľnosť sú preto základnými atribútmi kvalitne vedených skupinových aktivít s deťmi, ktorých cieľom nie je zahltiť ich informáciami a poznatkami, ale skúsenosť spojená s emočným zážitkom a nácvik sociálnych zručností, napr. schopnosť naučiť sa počúvať, vzájomne sa akceptovať, adekvátne spolupracovať, konštruktívne komunikovať i riešiť konflikty.

Ťažiskom stretnutí psychológa s depresívnym dieťaťom v RC je vytvoriť atmosféru bezpečia, prijatia a emočne vyživujúceho prostredia a okrem individuálneho a skupinového poradenstva mu poskytnúť podporu aj cez **relaxačné aktivity, napr. nácvik autogénneho tréningu,** pričom najčastejšie sa využíva **Schultzov autogénny tréning a Jakobsonova progresívna svalová relaxácia.** Výhodou týchto relaxačných cvičení je priestorová a časová nenáročnosť, s možnosťou využitia aj v priebehu iných aktivít. Deťom s dg. depresívna porucha správania o to viac pomáhajú **relaxačné metódy, sugescie i autosugescie** zamerané na navodenie stavu prehĺbeného uvoľnenia tela a mysle a sugesciu pomocou prospešných predstáv a myšlienok. Pokiaľ si pred nejakou náročnou životnou situáciou dieťa hovorí: „To sa mi nikdy nepodarí“, alebo „Zvládnem to“, je to autosugescia. V prvom prípade negatívna, v druhom pozitívna. Môže si teda vsugerovať krátke povzbudzujúce, upokojujúce či sebadôveru navodzujúce formulky. Základným a najdôležitejším pravidlom pre autosugesciu sú **pozitívne vety.** Napr. „Verím si“, „Moja sebadôvera stále rastie“ a i.

Damon (2010) píše, že **autosugestívna terapia** si vybojovala uznanie vo všetkých vedeckých kruhoch a ako súčasť psychoterapie pri liečbe duševných a nervových chorôb dokáže skutočne uzdravujúco, prostredníctvom sugescií, pôsobiť na podvedomie.

Veľmi nápomocná pri terapii depresívnej poruchy správania sa ukazuje aj **hypnoterapia,** ktorá môže pomôcť dieťaťu vyrovnať sa napr. s traumatickými zážitkami, zraneniami z detstva a následkami pocitov z týchto udalostí, kedy klient ako dieťa ešte nebol dostatočne zrelý na to, aby im porozumel, umožní mu prehodnotiť minulé udalosti a získať nadhľad (Fricker, Butler, 2006).

Siegel (2016) vo svojej knihe meditačných techník odporúča pri práci s depresívnym klientom najmä techniku uvedomovania si emócií v tele, ktorá privedie jeho pozornosť k potláčaným alebo k prehliadaným emóciám, techniku relaxácie v prírode, dychové cvičenia a relaxácie s pozitívnymi sugesciami.

Pri počúvaní relaxačnej nahrávky či odriekavaní si sugescií v duchu platia rovnaké pravidlá ako pri iných relaxáciách: vyhradiť si chvíľu času, byť niekde, kde nás nebude nik rušiť a zvoliť si pohodlnú polohu. Druhou, veľmi výhodnou možnosťou je využiť uvoľnený stav pred zaspaním a opakovať si pre seba prospešné sugescie. Okrem účinku samotných sugescií sa týmto spôsobom u ťažko zaspávajúcich ľudí výrazne skracuje čas potrebný na zaspanie (Peterková, 2017).

Užitočnou pri regulácii emócií môže byť i **muzikoterapia** v individuálnej i v skupinovej forme, aktívne (spev, hra na hudobný nástroj), alebo receptívne (počúvanie hudby), prípadne ako súčasť relaxácie (AVS stimulácia) či pohybu. Skúsenosti ukazujú, že výchovný terapeutický potenciál hudby býva nedostatočne využívaný najmä v práci s adolescentami. Posilňovanie návyku k spoločnému spevu vedie deti k sebaregulácii, k rešpektovaniu rytmu a melódie. Muzikoterapia posilňuje najmä skupinovú kohéziu, identitu, relaxáciu. U detí v RC je veľmi obľúbená a efektívna.

Pri práci s dieťaťom s diagnózou depresívna porucha správania sa v rámci relaxačných a regulačných techník osvedčila audiovizuálna stimulácia RELAXMAN a LAXMAN (pozn. použitie audiovizuálnej stimulácie pri duševných poruchách je viazané na súhlas ošetrujúceho lekára/pedopsychiatra), napr. na zníženie depresivity u dieťaťa, ďalej BODY2BRAIN a MINDFULNESS techniky na zvládanie záťažových situácií, práca s terapeutickým pieskoviskom, rodinnou doskou, ale aj s terapeutickými kartami.

4. IRP určuje optimálny spôsob práce s dieťaťom a postup, ako u dieťaťa dosiahnuť pozitívnu zmenu správania, praktických zručností a vedomostí vzhľadom na jeho individualitu. Identifikácia aktuálnych prejavov správania, situačná analýza a pravidelné záznamy sú dôležité pri vytváraní hypotéz príčin porúch správania, v kontexte osobnostných charakteristík dieťaťa a plánov ďalšej reedukačnej a resocializačnej práce s dieťaťom.

Prehodnocovanie IRP pomáha psychológovi a odbornému tímu RC sledovať efektivitu použitých reedukačných, resp. poradenských stratégií, stanoviť nové reedukačné stratégie a sledovať zlepšenie, prípadne zhoršenie správania konkrétneho dieťaťa s diagnózou depresívna porucha správania.

IRP sa vypracováva a vyhodnocuje v pravidelnom časovom intervale, čím poskytuje spätnú väzbu o účinnosti použitých stratégií u jednotlivých detí.

Jedným z odporúčaní zo strany psychológa je vytvoriť hlavne u detí s depresiou bezpečné prostredie. Medzi takéto odporúčania patria napr. „uprednostňovať písomné skúšanie pred ústnym“, „umožniť žiakovi individuálne preskúšanie“, „znížiť resp. zosúladiť požiadavky kladené na dieťa s jeho aktuálnymi možnosťami“, „aktívne napomáhať integrácii dieťaťa v kolektíve“ a ďalšie.

Psychológ pravidelne mapuje **aktuálne emocionálne prežívanie dieťaťa**. V prípade zmeneného psychického stavu urobí rediagnostické vyšetrenie a výsledky prekonzultuje s pedopsychiatrom. V prípade potreby pripraví dieťa aj na možnosti potrebnej liečby (napr. ak je potrebná zmena psychofarmák, príp. pobyt na psychiatrii).

Pre mimoriadne situácie môže viesť psychológ „**linku dôvery“**, ktorá je umiestnená v špeciálnej schránke, do ktorej má prístup len psychológ a dieťa tak môže vhodením písomnej otázky žiadať o pomoc, mimoriadnu intervenciu, či zdieľať s ním touto formou svoje aktuálne prežívanie a potreby, rovnako môže mať psychológ dohodu s deťmi, že cez pedagogických zamestnancov ho majú kontaktovať v prípade, ak je to potrebné. Samozrejme musí im byť jasne vysvetlené, v akých situáciách to majú robiť, aby to nezneužívali.

5. Reedukačný proces v RC sa končí vypršaním doby pobytu stanovenej súdnym rozhodnutím alebo doby dohodnutej so zákonným zástupcom o dobrovoľnom pobyte.

Záverečné správy predstavujú komplexné sumarizačné hodnotenie dieťaťa a diagnostické závery jednotlivých odborných a pedagogických zamestnancov, na základe používania diagnostických techník, priebežného pozorovania a priebežného vyhodnocovania reedukačného procesu. Vypracovaním záverečnej správy psychológ prezentuje ďalšie odporúčania pre prácu s dieťaťom po návrate domov, napr. pre sociálnu kuratelu, aby v prípade potreby, napr. po prepustení dieťaťa domov na určité obdobie, nariadila dieťaťu dohľad zo strany ÚPSVaR, prípadne odporučí dieťaťu ambulantnú liečbu v spádovej ambulancii pedopsychiatra, psychologickú intervenciu/terapiu a zákonným zástupcom poskytne odporúčania pre efektívnejšiu a konštruktívnejšiu komunikáciu s ich dieťaťom, prípadne rodinnú terapiu a i.

Výstup činnosti

Dokumentáciu dieťaťa (osobný spis dieťaťa) založí pri prijatí do RC sociálny pedagóg a tvorí ho:

- návrh na umiestnenie dieťaťa do RC zo strany zákonného zástupcu a v prípade dohody vypracovanie dokumentu dohoda o umiestnení dieťaťa v zariadení medzi RC a zákonným zástupcom dieťaťa,
- v prípade výchovného opatrenia zo strany sociálnej kurately žiadosť o umiestnenie dieťaťa a sociálna správa o dieťati,
- v prípade súdneho rozhodnutia rozsudok o umiestnení dieťaťa a dôvody nariadenia neodkladného opatrenia, výchovného opatrenia, prípadne ústavnej starostlivosti zo strany príslušného okresného súdu,
- správy z odborných vyšetrení (napr. pedopsychiatrické, psychologické, neurologické), prípadne z predchádzajúcich umiestnení (napr. diagnostické centrum, pedopsychiatrická ambulancia a i.),
- vysvedčenia dieťaťa, oznámenie o prijatí dieťaťa do RC, rodný list.

Psychológ RC si zakladá **osobnú zložku dieťaťa**, kde pravidelne zapisuje termíny a záznamy z individuálnych a skupinových sedení, témy, ktoré spoločne preberali, mimoriadne udalosti, odborné konzultácie so zákonným zástupcom dieťaťa, administratívnu činnosť /správy pre ÚPSVaR, príslušné okresné súdy, prípadne pre policajné oddelenie SR/, výsledky rediagnostiky /počítačové výsledky testu HSPQ pre individuálny reedukačný plán dieťaťa, Luscherova klinická diagnostika, príp. ROR, Hand test alebo Škála depresivity a i./.

Psychológ RC zakladá aj výstupné formuláre IRP a zastrešuje **kontrolu individuálnych reedukačných plánov** jednotlivých výchovných skupín/písomné hodnotenie dieťaťa vychovávateľom 1x mesačne a testové hodnotenie 4x do roka zo strany triedneho učiteľa, kmeňového vychovávateľa a psychológa/, realizuje záverečné výstupy a odporúčania.

Spolupráca

Psychológ RC spolupracuje so:

- **zákonným zástupcom dieťaťa**:

Psychológ RC so zákonným zástupcom dieťaťa v pravidelných intervaloch konzultuje progres, príp. regres v práci s dieťaťom. Táto kooperácia s ním je pre úspech ďalšieho progresu dieťaťa, ale aj ich vzájomných vzťahov nevyhnutná. V prípade, že zákonní zástupcovia dieťaťa nespolupracujú, resp. spolupracujú len čiastočne, zmena v správaní dieťaťa môže byť len čiastočná, resp. žiadna. Je vhodné, aby sa v terapeutickej podpore pokračovalo aj po prepustení dieťaťa z RC v mieste bydliska, formou poradenstva pre celú rodinu (rodič, dieťa, súrodenec, ev. i partner rodiča), psychoterapie (napr. rodinná psychoterapia). V tejto súvislosti môže psychológ sprostredkúvať kontakt rodiny a príslušnej CPP v mieste bydliska, ev. nasmerovať k vyhľadaniu psychoterapeutickej starostlivosti v ambulancii klinického psychológa.

- **so sociálnym kurátorom ÚPSVaR:**

Psychológ poskytuje sociálnej kuratele osobné konzultácie o dieťati pri ich návšteve v RC a v pravidelných intervaloch informuje kuratelu aj písomne, vypracovaním priebežných hodnotiacich správ na dieťa, prípadne na vyžiadanie sociálnej kurately pri vytýčení súdneho pojednávania z dôvodu napr. predĺženia výchovného opatrenia, zmeny neodkladného opatrenia na ústavnú starostlivosť, zrušenie ústavnej starostlivosti a i. Rovnako konzultuje ďalšie možnosti terapeutickej práce s rodičmi a s dieťaťom v mieste bydliska.

- **s učiteľmi, vychovávateľmi a zdravotným pracovníkom RC:**

Konzultuje s nimi priebeh reedukačného procesu a zdravotný stav dieťaťa, hlavne pri zmenenom psychickom stave a pri ťažkých životných situáciách dieťaťa s depresiou, napr. pri strate rodinného príslušníka, zmenách v domácom prostredí, atď..

- **s pedopsychiatrom dieťaťa:**

V prípade medikamentóznej indikácie, zhoršenia stavu dieťaťa, prípadne z dôvodu odporúčania hospitalizácie dieťaťa na pedopsychiatrickom oddelení poskytuje dôležité informácie o dieťati, a zároveň podľa potreby konzultuje použitie niektorých terapeutických postupov (ak si vyžadujú vyjadrenie ošetrujúceho lekára).

Úskalia postupu

Pri deťoch s diagnózou depresívna porucha správania si všetci odborní a pedagogickí zamestnanci musia dávať pozor napr. na:

Nepočúvanie dieťaťa – napriek tomu, že sluchom zachytáva informáciu, nerozlišuje jej podstatu z hľadiska potreby dieťaťa.

Povrchné počúvanie – počúvajúci zaregistruje tému hovoreného, na základe ktorej usúdi, že mu je dôverne známa a ďalší obsah informácie ho hlbšie nezaujíma. Väčšinou neudržiava zrakový kontakt s dieťaťom a počas sedenia si tvorí záznam o zachytenej informácii.

Počúvanie na úrovni obsahu - bez hlbšieho zamyslenia. Pri tejto chybe je charakteristická pasivita počúvajúceho, čo vytvára u dieťaťa pocit neprítomnosti. Samotný obsah prijímanej informácie je v poradenstve dôležitý, no jeho skutočné porozumenie súvisí s hlbším zamyslením, porozumením, precítením a následným prepojením so skutočnou potrebou dieťaťa, ktorú ono často nevie verbálne vypovedať.

Medzi ďalšie **komunikačné chyby, ktorým je potrebné sa vyhnúť, patrí:**

- **dvojitá väzba v komunikácii** – súvisí s tým, aby verbálny prejav psychológa bol v súlade s jeho neverbálnym prejavom,
- **„neznačkujme“** - znižuje to sebavedomie dieťaťa – namiesto označenia je vhodnejšie pomenovať prejav alebo formu jeho správania,
- v komunikácii nepoužívame „**ponižujúce výrazy**“ – ani počas priateľskej konverzácie,
- **neporovnávajme** dieťa s nikým iným alebo s normou, porovnávame len výkony a osobnosť u toho istého dieťaťa,
- **nehodnoťme, neposudzujme, nekritizujme a nevytvárajme súdy,** ktorým pripisujeme status pravdy, a tým berieme deťom šancu na zmenu /napríklad: Takéto drzé dieťa som ešte nevidel/,
- **mentorovanie, moralizovanie** – kázanie je častou prekážkou v poradenskom procese, pretože sa spája s tým, čo by dieťa malo urobiť a neurobilo. Kázanie vytvára pocit nepochopenia, neprijatia dieťaťa takého aké je, ako aj nepochopenia vnútornej potreby klienta / Nie je pekné, keď sa takto správaš... Nemal by si takto hovoriť.../,
- **varovanie, vyhrážanie, zastrašovanie** súvisí s vysvetľovaním dosahu konania či správania dieťaťa prostredníctvom **negatívneho podmieňovania** /napr. Ak to neurobíš, tak potom uvidíš.../,
- príkazy, nariadenia v podobe **rozkazov**, rady, návrhy a riešenia, ktoré môžu byť vnímané ako nútené poradenstvo,
- **prehnané chválenie, zľahčovanie, utešovanie, odpútanie pozornosti** dieťaťa od jeho potreby.

Kompetenčné limity

Odbornú starostlivosť v zmysle diagnostiky a poradenstva zabezpečuje odborný zamestnanec - psychológ.

Kvalifikačné predpoklady

Odborný zamestnanec: psychológ - splnenie kvalifikačných predpokladov na výkon pracovnej činnosti odborného zamestnanca v kategórii psychológ v zmysle aktuálnej.

K psychodiagnostike projektívnymi výrazovými technikami/metódami (ROR test, Hand test, Lüscherova klinická diagnostika) je na prehĺbenie informácií k administrácii a interpretácii potrebné absolvovanie seminára/kurzu k príslušným metódam.

K uplatňovaniu psychoterapeutických postupov je potrebné absolvovať psychoterapeutický výcvik alebo byť zaradený do výcviku a pracovať pod supervíziou. K uplatňovaniu intervenčných metód je potrebné výcvikové vzdelávanie k príslušnej metóde.

Doplňujúce informácie

Zoznam použitých diagnostických metód a postupov

Anamnestické interview

CDI – sebaposudzovacia škála depresivity

Rosenbergova škála sebahodnotenia adolescentov
HSPQ
Luscherova klinická diagnostika
ROR
Hand test

Zoznam organizácií

Reedukačné centrum

Použité zdroje

CABY, F.2014. Příručka psychoterapeutických technik pro práci s dětmi a rodinou. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0710-8

DAMON, C. 2010. Tajemství hypnózy a sugesce. Břeclav: Eko-konzult, 2010. ISBN 80-88809-31-2

FRICKER, J., BUTLER, J. 2006. Tajemství hypnoterapie. Praha: Svojtka s.r.o, 2006. ISBN 80-7352-332-9

KAFKA, J. a kol. 1998. Psychiatria. Martin : Osveta, 1998. ISBN 80-88824-66-4

KAST, V. (2010). Hněv a jeho smysl: podněty k seberozvoji. Praha: Portál.

KOLIBÁŠ, E. a kol. 2007. Všeobecná psychiatria. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 80-229-2388-8

KRIEGELOVÁ, M. (2008). Zámerné sebepoškozování v dětství a adolescenci. Praha: Grada.LABÁTH, V. 2009. Dissociálne poruchy správania. Bratislava: OZ Sociálna práca. ISBN 978-80-89185-31-3

MKCH – 10 medzinárodná klasifikácia chorôb

PETERKOVÁ, M. 2014. Kurz duševní rovnováhy. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0585-2

SIEGEL, R.D. 2016. Velká kniha meditačních technik. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5569-4

TREBATICKÁ, J. 2017. Depresívna porucha v detskom a adolescentnom veku. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2017. ISBN 978-80-223-4428-9

VÁGNEROVÁ, M., KLÉGROVÁ, J. 2008. Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících. Praha: Nakladateství Karolinum. ISBN 978-80-246-1538-7.

VÁGNEROVÁ, M. 2014. Současná psychopatologie pro pomáhající profese.1.vyd. Praha: Portál s.r.o, 2014. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5

VOJTOVÁ, Z. 2012. Poradenské zručnosti pre prácu s adolescentmi. MPC Bratislava

Vyhláška 323/2008 Z. z. o špeciálnych výchovných zariadeniach

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

VÝSKUMNÝ ÚSTAV
DETSKEJ PSYCHOLÓGIE
A PATOPSYCHOLÓGIE

ŠTANDARDY
NÁRODNÝ PROJEKT

Štandardizáciou systému poradenstva a prevencie
k inklúzii a úspešnosti na trhu práce