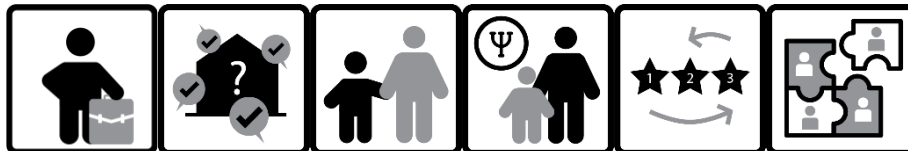


# Odborné postupy

## v pedagogickej a poradenskej praxi

### Dieťa s depresiou, sebapoškodzovaním a so samovražedným správaním v poradenskom procese



#### Kompetenčný rámec:

ZARIADENIE	Zariadenie poradenstva a prevencie
ODBORNÝ ZAMESTNANEC	psychológ
VEKOVÁ KATEGÓRIA	2. stupeň ZŠ a SŠ
FORMA	individuálna
VYPRACOVALI	Mgr. Lenka Čigášová, Mgr. Silvia Olejníková
KONZULTOVALA	PhDr. Zuzana Matejčíková Šareková
DÁTUM	Jún 2021

# Dieťa s depresiou, sebapoškodzovaním a samovražedným správaním v poradenskom procese

---



## Úvod do problematiky

**Depresívna porucha** patrí do širšieho spektra tzv. afektívnych porúch (porúch nálady) a ide o najviac diagnostikované psychické poruchy, pričom unipolárna depresia je celosvetovo najčastejšou príčinou invalidity. Ide zväčša o chronické ochorenie, s vyššou prevalenciou v ženskej populácii. V laickej verejnosti zľudovel pojem depresia na označenie akéhokoľvek negatívneho prežívania spojeného so smútkom. V odbornej praxi je však nevyhnutné odlišovať prežívanie bežného smútku, melanchólie či rozladenosti od patologických symptómov klinickej depresie.

Základným prejavom depresívnej poruchy je zmena nálady manifestovaná ako hlboký dlhotrvajúci smútok, strata záujmu o dianie okolo a nedostatok pocitu radosti z obvyklých vecí. Toto narušenie, ktoré je relatívne stále, sa spája s ďalšími symptómami, ako sú: pesimistické myšlienky, pokles energie, psychomotorická retardácia alebo agitácia, narušenie spánku, zmena chuti do jedla.

Depresívna porucha sa vyskytuje vo všetkých vývinových obdobiach, a teda aj v detskom veku a adolescencii. Môže vyústiť do zníženej kvality života, zhoršeného akademického fungovania, narušených medziľudských vzťahov, ale i rozvoja somatických ochorení. Vzhľadom na závažné dôsledky pre život jednotlivca, ale i celej spoločnosti je potrebné venovať tomuto ochoreniu zvýšenú pozornosť, najmä v detskom veku a dospievaní. Klinické symptómy detskej a adolescentnej depresie sa rôznia v jednotlivých vývinových obdobiach a závisia od vývinovej úrovne dieťaťa. Pri diagnostike je preto nutné zohľadňovať variabilitu jednotlivých prejavov.

V predškolskom veku dominuje zvýšená dráždivosť, záchvaty kriku a plaču, strata záujmu o hru a zníženie zvedavosti o dianie v okolí. Tiež nesústredenosť, nechutenstvo a poruchy spánku. Prítomné môže byť seba poškodzujúce správanie a vysoká miera agresivity. **Stav trvá dlhšie ako dva týždne.**

V období mladšieho školského veku sa najčastejšie objavujú somatické príznaky (bolesti hlavy, brucha), tiež nespavosť, nočné desy, enuréza, enkopréza. V oblasti afektivity sú to striedanie smiechu a plaču. V sociálnej oblasti dochádza k narušeniu interpersonálnych vzťahov a sťaženej adaptácii v predškolskom zariadení.

Pre starší školský vek je typické znížené sebavedomie, sebahodnotenie, prežívanie pocitov neúspechu a bezcennosti. Podobne ako u dospelých sa objavujú pocity viny, suicidálne myšlienky a tendencie. Často je prítomné sebapoškodzovanie.

Depresia u adolescentov najviac pripomína obraz depresívnej poruchy u dospelých. Medzi hlavné príznaky patrí strata záujmu o komunikáciu, sociálna izolácia, sociálna fóbia, poruchy spánku, zvýšená únava. Riziko suicidálneho správania je v tomto období najvyššie.

Vo všetkých vývinových obdobiach zároveň pozorujeme pokles školských výsledkov a kognitívnych výkonov.

**Prítomné môže byť sebapoškodzovanie i samovražedné správanie.**

**Sebapoškodzovanie (selfharming, automutilácia)** je opakované správanie s úmyslom ublížiť si, porušiť si vonkajšiu stránku tela alebo niektojej jeho časti (narušiť si telesnú celistvosť) bez úmyslu zomrieť



(Kocourková). Najbežnejším spôsobom je rezanie sa na predlaktiach alebo v hornej časti stehien. Ďalej spôsobovanie popálenín, udieranie sa rukami do oblasti hlavy, stehien a tiež extrémne obhrýzanie nechťov, prípadne vytrhávanie vlasov alebo mihalníc.

Pre vznik sebapoškodzovania je jedným z kľúčových faktorov zneužívanie v detstve, ale i ďalšie traumatizujúce udalosti, ako je zanedbávanie, dlhotrvajúci rozvod, domáce násilie, šikanovanie a pod. **Aj keď sa sebapoškodzovanie vyskytuje prevažne v staršom školskom veku a adolescencii, ojedinele je prítomné aj u mladších detí, kde ho nezriedka sprevádzajú afektívne záchvaty. Častejšie sa sebapoškodzovanie vyskytuje u dievčat.**

**V poslednom období sa sebapoškodzovanie vyskytuje aj ako forma imitovaného správania (v skupinách tínedžerov), ako spôsob riešenia náročnej životnej situácie alebo ako forma úľavy po dlhotrvajúcom napätí. Pre mnohé deti je sebapoškodzovanie zdrojom úniku pred neprímeraným tlakom zo strany rodičov, nadmernými požiadavkami na ich výkon a schopnosti v oblasti učenia či športu.**

**Samovražedné (suicídne) správanie, suicídium** je vedomé a úmyselné ukončenie vlastného života. Samovražda sa v našich podmienkach považuje za druhú najčastejšiu príčinu úmrtí u mladých ľudí a mladých dospelých (prvou najčastejšou príčinou sú úrazy, nehody, autonehody a pod.). Viac samovražedných pokusov evidujeme u dievčat, kým chlapci dominujú v dokonaných samovraždách. Rozlišujeme viacero foriem suicídneho správania. Ide o suicídne myšlienky, suicídne tendencie, suicídny pokus a dokonané suicídium.

**Suicídne myšlienky** predstavujú úvahy „čo by bolo, keby... som sa nezobudil“. Tieto myšlienky sú typické pre obdobie dospievania. Zväčša však ide o suicídne nápady bez tendencie k realizácii. Pokiaľ sa tieto myšlienky zintenzívnia, nutkavo sa opakujú a dospievajúci sa nimi zapodieva väčšinu dňa, je potrebné im venovať zvýšenú pozornosť.

**Suicídne tendencie** zahŕňajú aj zložku vedomej aktivity smerovanej k samovražde (napr. zhromažďovanie liekov a pod.). **Suicídny pokus** je ďalší stupeň samovražedného správania ako akt so zámerom ukončiť svoj život. **Dokonaná samovražda** je sebapoškodzujúci akt s následkom smrti, je úmyselný a vedomý, spôsobený sebou samým.



## Základné princípy

**Depresia** sa môže objavovať v rôznych vývinových obdobiach človeka, ako v detskom, tak aj adolescentnom veku. Spôsobuje problémy v medziľudských vzťahoch, znižuje kvalitu života, dochádza k zhoršeniu fungovania a nezdravému životnému štýlu. Tiež môže viesť k automutilačným tendenciám, suicídny proklamáciám až k suicidalite.

V rámci odbornej pomoci a starostlivosti v poradenskom zariadení sa ako najpodstatnejšie javí nadviazanie vzťahu s dieťaťom a vytvorenie pocitu bezpečia a dôvery ako základu vzájomnej spolupráce. To je taktiež dôležité aj s ďalšími členmi poradenského či terapeutického procesu, najmä so zákonnými zástupcami dieťaťa. Odporúčaná časť procesu je aj vytvorenie antisuicídneho kontraktu, keďže pri depresii sú pomerne časté aj samovražedné myšlienky či tendencie. Následne je možné stanoviť ciele spoločnej práce a naplánovať dlhodobú poradenskú či terapeutickú starostlivosť. Je potrebné informovať školu a osloviť ju na vzájomnú spoluprácu. Vzhľadom na individuálny charakter jednotlivých prípadov je niekedy nevyhnutné spolupracovať multidisciplinárne a odporučiť dieťa aj do starostlivosti ďalších špecialistov, ako napr. pedopsychiater či klinický psychológ.

**Pri práci s dieťaťom s prejavmi depresie alebo depresívnou poruchou je potrebné:**

**Porozumenie a rešpekt** – depresívna porucha sa prejavuje viacerými symptómami. Jedným z nich je pokles energie. Neaktivita sa u detí a dospelujúcich premieta do zníženia celkovej výkonnosti, resp. školského prospechu. Zo strany rodičov či širšieho okolia je v kombinácii s anhedóniou zamieňaná za lenivosť a nezáujem. Depresívne deti sú v dôsledku takéhoto postoja často obviňované z ľahostajnosti a neochoty spolupracovať. Tiež sebapoškodzovanie, ako častý jav spojený s depresiou, je vnímané ako snaha napodobňovať „módnu vlnu z internetu“. Zo strany sociálneho okolia tak deti a dospelujúci zažívajú nezriedka hnevliivé až trestajúce reakcie (obmedzený čas na internete, trest za zlú známku, výčitky a pod.). Uvedené vedie k popieraniu prežívania dieťaťa a následne k ďalšiemu prehĺbeniu jeho ťažkostí a zvýšeniu rizika suicidálneho správania. Bezpodmienečne je potrebné vyhnúť sa popieraniu emočného prežívania dieťaťa, jeho prekrúcaniu či bagatelizovaniu. V kontakte s dieťaťom s depresiou je preto dôležitý chápaný a rešpektujúci prístup.

**Uvedenie si rôznosti vonkajších prejavov** – symptómy depresie sa u detí a dospelujúcich rôznia. Predstava o „typickom obraze depresívneho dieťaťa“ ako navonok smutného, nenápadného, utiahnutého môže byť zavádzajúca až mylná. Najmä mladšie deti s prejavmi depresie sa navonok môžu javiť ako nepokojné, agitované, so známami hyperaktivity, ktorá sa strieda s apatiou. U starších detí a adolescentov zaznamenávame hostilitu, agresívne správanie či výbuchy hnevu, v niektorých prípadoch i antisociálne správanie.

Rovnako zavádzajúco môže pôsobiť aj vonkajší vzhľad, nápadné oblečenie, doplnky či príslušnosť k istej subkultúre vyvolávajú v okolí skôr pobúrenie ako záujem o citové prežívanie dospelujúcich. Naopak, deti, ktoré sa navonok javia ako **nenápadné, tiché, nekonfliktné** sú dospelými vnímané ako bezproblémové, čo v konečnom dôsledku vedie k ich prehliadaniu. Uvedenie si rôznosti vonkajších prejavov depresie umožňuje efektívnejšie identifikovať deti, ktoré potrebujú pomoc.

**Nepodceňovať situáciu a duševný stav dieťaťa** – hĺbka psychického utrpenia u detí a dospelujúcich s depresívnou poruchou nemusí byť vždy zjavná navonok, najmä ak je dieťa príliš uzavreté alebo má tendenciu vystupovať sociálne žiaduco. Svoje ťažkosti zmierňuje, aby psychológa/rodiča/dospelého upokojil. Suicidálne správanie bagatelizuje alebo popiera, čo predstavuje vážne riziko najmä v súvislosti s impulzivitou. Mylné môže pôsobiť aj náhle upokojenie, ktoré vyvoláva v okolí falošný dojem zlepšenia stavu. Býva však skôr dôsledkom konečného rozhodnutia o samovražde. Z tohto pohľadu je dôležité nepodceňovať okolnosti situácie a prežívania dieťaťa a zabezpečiť mu adekvátnu starostlivosť, ako i informovanosť rodičov.

**Zabezpečiť komplexnú starostlivosť** – efektívny prístup pri pomoci deťom s depresiou, sebapoškodzovaním a samovražedným správaním zahŕňa spoluprácu s ďalšími odborníkmi. Ide najmä o pedopsychiatra, ktorý do spolupráce vstupuje vždy, keď prejavy trvajú viac ako 2 týždne, a podľa závažnosti stavu indikuje farmakologickú liečbu. Ďalšími sú psychoterapeut, klinický psychológ, špeciálny pedagóg, ak ide o dieťa, u ktorého boli diagnostikované poruchy učenia. Vzhľadom na časté psychosomatické príznaky depresie do spolupráce vstupujú i ďalší odborníci z oblasti zdravotníctva. **Kľúčovú úlohu v rámci komplexnej starostlivosti zohráva kooperácia s rodičom, ktorá je zameraná na psychedukáciu, poradenstvo, zmenu výchovného prístupu.**

## Ciele



Psychológ v zariadení poradenstva a prevencie pri práci s dieťaťom s depresiou, sebapoškodzovaním a samovražedným správaním zabezpečuje starostlivosť formou individuálneho poradenstva. Jeho úlohou je zabezpečiť pravidelnú odbornú starostlivosť ako psychoterapeutickú, tak v prípade potreby aj psychiatrickú. Potrebná je aj práca s rodinou a jej podpora, aby sa stabilizovalo prostredie, v ktorom dieťa funguje, a zároveň spolupráca so školským prostredím z dôvodu nastavení odporúčaní vo výchovno-vzdelávacom procese. Cieľom poradenského/terapeutického procesu je



preskúmať rôzne oblasti života dieťaťa, v ktorých sa môžu vyskytovať ťažkosti, a následne s nimi a na nich intenzívne pracovať.

## Postup riešenia

---

### 1. Identifikácia dieťaťa s depresiou, sebapoškodzovaním a samovražedným správaním

V mnohých prípadoch to je rodič, ktorý si všimol zmeny v správaní a prežívaní svojho dieťaťa, alebo je znepokojený inými jeho prejavmi, ako sú znížený prospech, nevykonnosť, strata záujmu o voľnočasové aktivity, prípadne si na tele dieťaťa všimol stopy po sebapoškodzovaní.

Na ťažkosti dieťaťa môže upozorniť tiež školský psychológ alebo pedagogický zamestnanec, ktorí zákonným zástupcom následne odporúčia psychologické vyšetrenie v poradenskom zariadení.

### 2. Prvý kontakt

Prvý kontakt s dieťaťom prebieha zvyčajne na pôde poradenského zariadenia. Predchádza mu súhlas zákonného zástupcu so psychologickým vyšetrením a zaradenie dieťaťa do starostlivosti poradenského zariadenia. Pri úvodnom stretnutí je dôraz kladený na nadviazanie poradenského/terapeutického vzťahu a vytvorenie atmosféry bezpečia a dôvery. Už v prvom kontakte s dieťaťom je potrebné zohľadniť jeho vývinovú úroveň a tiež aktuálne emočné prežívanie. V komunikácii by mal dominovať prijímajúci a rešpektujúci prístup a jej forma by mala zohľadňovať vývinovú zrelosť a vek dieťaťa. Je potrebné sa vyvarovať emotívnych reakcií, hodnoteniu, falošnej úteche alebo vzbudzovaniu pocitov viny (napr. „trápiš rodičov, keď si ubližuješ“ a pod.). S atmosférou dôvery súvisí i otázka informovania rodičov. Suicidálne správanie či sebapoškodzovanie sa zväčša snažia dospievajúci pred rodičmi utajiť. Na druhej strane je psychológ v prípade maloletého dieťaťa povinný informovať zákonného zástupcu o jeho psychickom zdraví a aktuálnom duševnom stave. Aby bola zachovaná dôvernosť a bezpečie poradenského/terapeutického vzťahu, je dôležité už v úvodnej fáze s dieťaťom citlivo prebrať výnimky zo zachovania dôvernosti informácií, ktorými sú situácie možného ohrozenia zdravia a života dieťaťa. Dôraz pri tom kladieme na rozdiel medzi detailmi príbehu, ktorý dieťa prináša, a všeobecným popisom duševného zdravia. A tiež na potrebu pomoci a poskytnutie podpory. Mnohým deťom sa po zdôverení napriek prvotným obavám v skutočnosti uľaví.

### 3. Psychodiagnostický postup

Psychodiagnostické vyšetrenie môže byť rozdelené do viacerých stretnutí v závislosti od situácie a zvládacích kapacít vyšetrovaného. V úvode vyšetrenia je realizovaný anamnestický rozhovor so zákonným zástupcom zameraný na získanie základných informácií o ťažkostiach dieťaťa, jeho zdravotnom stave, vývine, informácií z rodinnej a školskej anamnézy.

Pri psychodiagnostickom posúdení je potrebné zamerať sa na preskúmanie:

- aktuálnych ťažkostí, somatických prejavov, problémov so spánkom a stravovaním,
- emočného prežívania v období posledných niekoľkých týždňov a popis pretrvávajúcej nálady,
- symptómov depresívnej poruchy, tiež prejavov disociácie,
- porúch vnímania (prítomné v prípade rozvinutej a neliečenej depresie),
- zdrojov podpory, obzvlášť sociálnej podpory (absencia alebo nedostatočná kvalita sociálnej podpory, pocity osamelosti zhoršujú prognózu),



- mechanizmov zvládania záťaže s dôrazom na sebapoškodzovanie ako patologickú formu,
- suicidálneho správania, suicidálnych myšlienok,
- osobnostných charakteristík a sebaobrazu,
- úrovne začlenenia v rovesníckom kolektíve a subjektívne prežívanej spokojnosti s interpersonálnymi vzťahmi,
- rodinnej situácie, vzťahov vnútri rodiny,
- prípadných traumatických udalostí (rozvod, zanedbávanie, týranie, sex. zneužívanie – aj na internete, šikanovanie, kyberšikanovanie).

Súčasťou odborného posúdenia je tiež určenie príčinných a udržiavacích faktorov depresívneho prežívania doma, v škole a sociálnom prostredí dieťaťa. Napr. zameranie sa na pretrvávajúce stresory či nepriaznivú situáciu v živote dieťaťa.

V rámci psychodiagnostického vyšetrenia je možné použiť niektoré zo psychodiagnostických metód, ktoré sú uvedené v časti zoznam použitých metód. Súčasťou tohto vyšetrenia môže byť aj vyšetrenie kognitívnych funkcií, keďže prejavy depresívnej poruchy môžu negatívne ovplyvňovať kognitívny výkon, resp. školské výsledky detí a dospievajúcich. Náhly pokles výkonov môže poukazovať na rozvíjajúcu sa poruchu. V akútnej fáze ochorenia môže byť dlhšiu dobu schopnosť dieťaťa zvládať nároky školy značne obmedzená. To si vyžaduje úpravu podmienok výchovno-vzdelávacieho procesu prostredníctvom odporúčaní. U detí s podozrením na poruchy učenia je potrebné odporučiť špeciálnopedagogické vyšetrenie.

Ak výsledky psychodiagnostického vyšetrenia odhalia prítomnosť viacerých symptómov depresie, zákonnému zástupcovi je odporúčané pedopsychiatrické vyšetrenie. Indikátory pedopsychiatrického vyšetrenia:

- subjektívne prežívané veľké utrpenie, smutná nálada, strata zmyslu života, pocity beznádeje, zúfalstva, popisované pocity prázdnoty, straty kontaktu s realitou, masívne pocity viny spojené so sebatrestaním („nezaslúžim si byť na svete“),
- extrémna uzavretosť, vyhýbanie sa sociálnemu kontaktu, pocity osamelosti,
- neaktivita, nadmerná únava vedúca k nezvládaniu bežných činností (návšteva školy, obmedzenie mimoškolskej činnosti, nezáujem o dianie),
- narušený spánok (insomnia, ťažkosti so zaspávaním alebo naopak nadmerná spavosť), problémy so stravovaním (odmietanie stravy alebo naopak prejedanie),
- prítomnosť porúch vnímania (ide zväčša o sluchové pseudohalucinácie),
- sebapoškodzovanie (najmä v prípade opakovaného dlhodobého sebapoškodzovania, keď dieťa, resp. dospievajúci nie je schopný používať iné formy zvládania),
- suicidálne myšlienky.

#### **4. Poskytnutie odbornej poradenskej/terapeutickej starostlivosti dieťaťu s depesiou, sebapoškodzovaním a samovražedným správaním**



Poradenská/terapeutická práca s dieťaťom s depresiou, sebapoškodzovaním a samovražedným správaním by v prvom rade mala zohľadňovať jeho vek a vývinové charakteristiky.

### **Poradenská/terapeutická starostlivosť – predškolský, mladší školský vek:**

V tomto vývinovom období sa depresia prejavuje najčastejšie psychosomatickými symptómami, ako sú rôzne bolesti hlavy, bruška, ale i enuréza, poruchy spánku a stravovania. Tiež nadmerná únava a nechúť k aktivite. V oblasti emócií sú časté pretrvávajúca smutná nálada, podráždenie, celková labilita, záchvaty plaču alebo kriku. V kognitívnej oblasti je prítomná nesústredenosť, strata zvedavosti, kreativity a záujmu o hru. U zaškolených detí sa objavuje odpor k učeniu a pokles školských výkonov. Suicídálne správanie v tomto veku je výnimočné, ale môže sa objaviť na konci tohto vývinového obdobia. Sebapoškodzovanie u detí predškolského veku sa najčastejšie objavuje pri afektívnych záchvatoch a má podobu udierania sa do rôznych častí tela, škrabania a pod. U detí mladšieho školského veku sú častými formami škrabanie sa po tele (napr. kružidlom, ceruzou), udieranie sa a ďalšie.

Poradenská/terapeutická práca s dieťaťom v týchto vývinových obdobiach je v prvom rade zameraná na emočné uvoľnenie, posilnenie zvládacích stratégií a zrelšej afektívnej regulácie. Dôležitou súčasťou je budovanie pozitívneho sebaobrazu a sebaopory. Pri práci s dieťaťom kladieme dôraz na citlivý a rešpektujúci prístup a vhodné zadávanie hraníc zo strany rodičov a učiteľov. Vyhneme sa nadmerne autoritatívnym zásahom alebo naopak prílišne ochranárskemu správaniu, ktoré by mohlo u dieťaťa brzdiť rozvoj pocitu vlastnej kompetencie. Neoddeliteľnú časť práce predstavuje i spolupráca s rodičom.

Na dosiahnutie vyššie uvedených cieľov je možné použiť viacero poradenských/terapeutických techník. K najefektívnejším patrí terapia hrou, ktorá zohľadňuje dominantnú aktivitu dieťaťa najmä v predškolskom období. Ďalšiu možnosť predstavujú rôzne expresívne techniky, ako je kreslenie, práca s hlinou, plastelínou, imaginácie a pod. Ďalej projektívne techniky, napr. terapeutické pieskovisko, hra s bábkami, čítanie príbehov a iné. Osvojenie efektívnych copingových stratégií, zlepšenie komunikačných schopností je možné doceliť použitím techník KBT.

### **Poradenská/terapeutická starostlivosť – starší školský vek, obdobie adolescencie**

U detí staršieho školského veku je typické prežívanie pocitu neúspechu, znížené sebavedomie a sebahodnotenie. Z toho vyplýva úzkosť zo skúšania a podávania výkonov. Základnými prejavmi depresie v tomto období sú somatizácie a podráždenosť na okolie bez zjavného dôvodu. Tá často mátie rodičov, ktorí ju vnímajú ako drzosť, nevychovanosť, čo vedie k autoritatívnejším zásahom a celkovému nepochopeniu situácie dieťaťa. Medzi najčastejšie somatické prejavy patria bolesti brucha a hlavy, insomnia, poruchy stravovania. V afektívnej oblasti sú to prejavy striedania nálad, pocity smútku, viny, sklúčenosť. Takéto dieťa sa môže javiť motoricky inhibované, ale naopak i agitované. V kognitívnej oblasti zaznamenávame pokles výkonu, nesústredenosť, problémy s pamäťou, zníženú výkonnosť a pokles školských výsledkov.

U adolescentov depresia najviac pripomína klinický obraz depresívnej poruchy u dospelých. Medzi základné symptómy patrí strata záujmu o komunikáciu, uzatváranie sa až izolácia, sociálna fóbia a kognitívne zhoršenie. Zo somatických prejavov sú časté poruchy spánku, insomnia alebo naopak hypersomnia, zmena hmotnosti, únava. V afektívnej oblasti dominuje kolísanie nálad, pocity nudy, anhedónia. Prítomné sú tiež zvýšené sebaopozorovanie, hypochondrické obavy, impulzivita.

U detí staršieho školského veku a adolescencie sa objavujú suicídálne ideácie, suicídálne tendencie, ktoré môžu prerásť do suicídálneho pokusu. Často sa tiež stretávame so sebapoškodzovaním.

Pri poradenskej/terapeutickej práci s depresívnym dieťaťom, adolescentom na prvom mieste kladieme dôraz na vytvorenie bezpečného poradenského/terapeutického vzťahu. Postoj odborného zamestnanca, jeho spôsob komunikácie, zvlášť s adolescentmi, môže byť facilitujúcim, ale i naopak brzdiacim faktorom. Dôraz



musí byť kladený na rešpektujúci a prijímajúci prístup. Je potrebné zdržať sa hodnotenia správania (napr. sebapoškodzovania), prežívania či rodinnej alebo sociálnej situácie. V popredí by mala byť skôr zvedavosť, snaha porozumieť dieťaťu než hodnotenie, falošná útecha alebo nadmerne ochranársky postoj. Pri rozhovore s dieťaťom sa môže stať, že sa odborný zamestnanec dozvie informácie, ktoré sú prekvapujúce až šokujúce a môžu vyvolať silné emócie (napr. informácie o samovražednom správaní, príprave alebo ukázanie rán po sebapoškodzovaní). Psychológ by sa mal v tejto situácii zdržať prejavov zhrozenia a sústrediť sa skôr na porozumenie a empatickú podporu dieťaťa.

Pri práci s dieťaťom s depresiou v období staršieho školského veku a adolescencie je možné použiť viacero poradenských/terapeutických prístupov. Vhodné sú expresívne techniky zamerané na prácu s emóciami, zlepšenie emočnej regulácie a posilnenie pozitívneho prežívania. Tiež techniky zamerané na formovanie pozitívneho sebaobrazu. Pri práci s negatívnymi modelmi myslenia, pri osvojovaní vhodných copingových stratégií je možné siahnuť po technikách z KBT. Ďalšou možnosťou je i racionálna terapia alebo psychoedukácia, ktoré u starších detí a dospievajúcich môžu zvýšiť povedomie a racionálny náhľad na ich ťažkosti.

### 5. Poskytnutie poradenstva zákonnému zástupcovi

Neoddeliteľnou súčasťou poradenskej/terapeutickej práce s dieťaťom s depresiou, sebapoškodzovaním a samovražedným správaním sú pravidelné individuálne konzultácie so zákonným zástupcom. Ich cieľom je scitlivieť rodiča k potrebám dieťaťa a zvýšiť jeho povedomie o príčinách, prejavoch i liečbe depresívnej poruchy. Uvedené môže prebiehať formou psychoedukácie. Podmienkou je vytvorenie bezpečnej a nekritizujúcej atmosféry. Rodičia detí a dospievajúcich s uvedenými ťažkosťami prichádzajú do poradenstva často vystrašení v obavách o zdravie a život svojich detí. Je potrebné poskytnúť im podporu, ale zároveň ich otvorene informovať o aktuálnom zdravotnom stave dieťaťa. Rodičia si ťažkosti dieťaťa často vysvetľujú nesprávnym spôsobom. Považujú ich za prejav rozmazanosti, lenivosti, nedostatočnej výchovy či ako dôsledok nerešpektovania pravidiel. V takom prípade je dôležité citlivo sa pokúsiť zmeniť ich uhol pohľadu. A to formou poukázania na doterajšie poznatky o depresii, uvedenie príkladov a efektívnych výchovných reakcií.

Kontrakt o poskytovaní poradenstva dieťaťu i rodičovi je potrebné s rodičom prerokovať a uzavrieť počas úvodných stretnutí, po ukončení diagnostiky. Dohoda zahŕňa okrem cieľov, ktoré chceme poradenstvom dosiahnuť, i spresnenie počtu stretnutí.

### 6. Vypracovanie odporúčaní pre výchovno-vzdelávací proces

Depresívna porucha významne ovplyvňuje školskú výkonnosť dieťaťa a tiež jeho adjustáciu v rovesníckom kolektíve. V akútnej fáze ochorenia môže byť plnenie školských povinností pre dieťa náročné až nezvládnuteľné. Vzhľadom na situáciu je potrebné upraviť podmienky výchovno-vzdelávacieho procesu. Cieľom odporúčaní zo strany psychológa je vytvoriť bezpečné školské prostredie. Medzi takéto odporúčania patrí napr. „uprednostňovať písomné skúšanie pred ústnym“, „umožniť žiakovi individuálne preskúšanie“, „znižovať, resp. zosúladiť požiadavky kladené na dieťa s jeho aktuálnymi možnosťami“, „aktívne napomáhať integráciu dieťaťa v kolektíve“ a ďalšie. Odporúčania je vhodné konzultovať s dieťaťom, resp. komunikovať s ním o jeho potrebách smerom k výchovno-vzdelávaciemu procesu.

## KRÍZOVÁ INTERVENCIA

Krízová intervencia predstavuje odborný zásah a aktivity, ktoré súvisia so situáciou, keď u niektorého zo žiakov danej školy došlo k suicídálnemu pokusu alebo k dokonanému suicídiu. Je zacielená na osoby (žiakov, pedagogických zamestnancov) v rôznej sociálnej blízkosti daného dieťaťa. Môže ísť o kamarátov, priamych spolužiakov, prípadne svedkov udalosti, ale i deti z iných ročníkov, ktoré by mohli byť z nejakého dôvodu v tomto kontexte zraniteľné (napr. majú diagnostikovanú depresívnu poruchu). Ide o extrémne náročnú





situáciu, ktorá vyžaduje zapojenie viacerých odborných zamestnancov CPP, ktorí sú vzdelávaní v krízovej intervencii. Zahŕňa realizáciu špecifických aktivít, ako je identifikácia okruhov zraniteľných osôb (žiacov, pedagógov), poskytnutie krízovej pomoci s cieľom predchádzať rozvoju traumy, zabezpečenie ďalšej starostlivosti, ak je to potrebné. Súčasťou je správne zvolená komunikácia smerom k žiakom, pedagógom ako i rodičom a súbor prístupov a opatrení v školskom zariadení zameraných na prevenciu „Wertherovho efektu“.



## Výstup činnosti

Osobný spis by mal obsahovať:

- žiadosť a informovaný súhlas zákonného zástupcu o zaradenie dieťaťa do starostlivosti v CPP,
- anamnestické údaje,
- výsledky a závery psychologickéj diagnostiky,
- záznamy z práce s projektívnymi technikami,
- správy z odborných vyšetrení, napríklad u pedopsychiatra, klinického psychológa, neurológa,
- záznamy psychológa z vyšetrenia a z konzultácie so zákonným zástupcom,
- záznam z poradenských/terapeutických stretnutí v osobnom spise,
- poradenský/psychoterapeutický kontrakt,
- antisuicidálny kontrakt.



## Spolupráca

Na efektívnu pomoc deťom s depresiou, sebapoškodzovaním a suicidálnym správaním je dôležitá vzájomná spolupráca so zákonnými zástupcami a s viacerými odborníkmi.

### **V poradenskom zariadení:**

*Špeciálny pedagóg* – pri podozrení na vývinové poruchy učenia psychológ odporúča špeciálnopedagogické vyšetrenie.

*Psychológ* – supervízor – poradenská/terapeutická práca v poradenskom zariadení by mala byť supervidovaná odborným zamestnancom s príslušnými kompetenciami. Možno je tiež realizovať na pracovisku pravidelné intervízie.

### **Ďalšia odborná starostlivosť mimo poradenského zariadenia:**

*Pedopsychiater* – pri prítomnosti viacerých symptómov depresívnej poruchy, pri zvýšenom riziku suicidálneho správania je potrebné rodičovi odporučiť pedopsychiatrické vyšetrenie.

*Klinický psychológ* – spolupráca psychológa a klinického psychológa je kľúčová pri zosúladzovaní postupov a odporúčaní a ich napĺňaní v školskom prostredí.

**V školskom prostredí:**

*Školský psychológ* – v spolupráci so školským psychológom je možné realizovať preventívne aktivity zamerané na oblasť duševného zdravia, edukáciu/poradenstvo smerom k pedagogickým zamestnancom. Môže sa tiež aktívne podieľať na identifikácii rizikových detí. Školský psychológ môže byť nápomocný pri sprostredkovaní záverov vyplývajúcich z poradenskej/terapeutickej starostlivosti pre pedagógov vstupujúcich do výchovno-vzdelávacieho procesu, aby dieťa aj v prostredí školy mohlo zažívať prijatie a podporné prostredie. Prípadne ak by sa v rámci anamnestického rozhovoru ukázalo, že na vznik a priebeh depresie pôsobia aj negatívne podnety vyskytujúce sa v školskom prostredí, je potrebné aktívne riešiť tieto ťažkosti aj na pôde školy. Školský psychológ zároveň môže predstavovať významný zdroj sociálnej podpory pre dieťa s depresiou.

*Výchovný poradca* – koordinuje zavádzanie odporúčaní do výchovno-vzdelávacieho procesu, v prípade potreby sa podieľa na vypracovaní IVVP.

*Triedny učiteľ* – je nevyhnutné, aby vedel o ťažkostiach dieťaťa a primerane im rozumel. Aktívne pomáha pri začlenení dieťaťa do kolektívu a poskytuje mu emočnú podporu. Zároveň pomáha pri vyhľadávaní ohrozených žiakov.

*Špeciálny pedagóg, pedagogický asistent* – spolupracujú najmä v prípade, ak je u dieťaťa diagnostikovaná vývinová porucha učenia.

## Úskalia postupu

---



Depresia sa môže objavovať v rôznych vývinových obdobiach človeka, ako v detskom, tak aj adolescentnom veku. Aktuálne v širšom kontexte je potrebné upozorniť na situáciu v súvislosti s pandemiou COVID-19. Toto obdobie zasiahlo celú spoločnosť a zvlášť deti a dospievajúcich. V súčasnosti zaznamenávame zvýšený výskyt depresívnych porúch, suicidálneho správania i hospitalizácií detí s touto poruchou.

**Na strane dieťaťa:**

Úskalím je úroveň verbálnej komunikácie a schopnosť sebareflexie, ktorá je vekovo determinovaná. Deti mladšieho veku nedokážu plne zachytiť a pomenovať svoje emócie či opísať svoje ťažkosti. Vtedy môže byť vhodné použiť projektívne hry a metódy, ktoré môžu pomôcť odhaliť vnútorné prežívanie a videnie sveta.

Ohrozujúce pre dieťa môže byť aj to, ak do poradenského/terapeutického procesu má vstúpiť ďalší odborník. V rámci dohody o spolupráci je nevyhnutné vopred dieťa upozorniť na to, že v prípade zhoršenia stavu a prítomných sebapoškodzujúcich tendencií či samovražedných myšlienok má psychológ povinnosť zverejniť tieto informácie a kontaktovať zákonného zástupcu, spolupracovať s klinickým psychológom i pedopsychiatrom.

**Na strane zákonného zástupcu:**

- Medzi úskalia postupu, najmä v úvodnej fáze, patrí nespokojnosť zákonného zástupcu. Dôvody neochoty zákonného zástupcu spolupracovať s poradenským zariadením môžu byť rôzne. V prvom rade to môže byť obava zo stigmatizácie. Pre mnohých rodičov je návšteva u psychológa dôkazom ich zlyhania či nekompetentnosti. Ďalší dôvod predstavuje nesprávny uhol pohľadu na problémy dieťaťa. Symptómy depresie ako neaktivita, anhedónia, pocity nudy, zlyhávanie v školských výkonoch sú zo strany rodičov nezriedka pripisované nechote dieťaťa spolupracovať, snahe provokovať alebo jeho lenivosti či nadmernému používaniu zariadení, ako sú mobily alebo tablety. Afektívnu labilitu, výbuchy hnevu si rodičia nezriedka vysvetľujú ako prejav dospievania. Uvedené následne vedie k odkladaniu



psychologického vyšetrenia a mnohé deti sa tak do starostlivosti odborníka dostávajú už s rozvinutou depresívnou poruchou sprevádzanou sebapoškodzovaním a prítomnými suicidálnymi myšlienkami.

- Úskalím postupu môže byť i neskorá identifikácia dieťaťa v školskom prostredí z dôvodu podcenenia alebo nesprávneho vyhodnotenia príznakov.
- Výraznú komplikáciu predstavujú rozvedení rodičia, medzi ktorými pretrváva porozvodový konflikt. Táto situácia je sama osebe zdrojom nadmernej emočnej záťaže.
- Špecifickým faktorom, ktorý negatívne ovplyvňuje pomoc dieťaťu s depesiou, je rodič, ktorý sám trpí psychickými ťažkosťami. Tento faktor je najvýraznejší najmä u mladších detí. V takom prípade je namieste v rámci konzultácie vhodným spôsobom odporučiť rodičovi odbornú pomoc.

### **Na strane školy:**

Medzi ďalšie úskalia patria ťažkosti v spolupráci na strane školy a pedagogických pracovníkov.

- V praxi sa stretávame aj s nerešpektujúcim prístupom pedagógov a vedenia školy voči špecifickým potrebám žiakov trpiacich depresívnou poruchou. Ide hlavne o bagatelizujúci postoj voči ťažkostiam dieťaťa či prehliadanie šikanovania v triednom kolektíve. Zvlášť nesprávne a nedôsledné riešenie šikanovania a konfliktov v triede má za následok dlhodobú traumatizáciu s vysokým potenciálom rozvoja úzkostných a depresívnych porúch.
- Pri identifikácii dieťaťa s depesiou môže zohrať rolu pedagóg, ktorý prehliada žiakov, ktorí sú v ústraní, sťahujú sa z kontaktu s pedagógmi či spolužiakmi, ktorí sú menej aktívni, skôr tichí. Môže to byť aj tým, že pozornosť v triede sa skôr orientuje na žiakov s agresívnymi prejavmi, s dominantným postavením, keďže viac narúšajú chod výchovno-vzdelávacieho procesu.

Pri komunikácii s rodičom je kontraproduktívne kritizovanie jeho rodičovských zručností či vzbudzovanie pocitov viny. Podobne v komunikácii s pedagogickými zamestnancami je vhodné zvoliť formu komunikácie, ktorá má kooperatívny, nie konfrontujúci charakter a otvára nové možnosti riešenia.

**Na strane psychológa** zo zariadenia poradenstva a prevencie môžeme rovnako identifikovať viacero úskalí. Prekážky na strane psychológa môžu byť napr. málo skúseností s podobnými deťmi či protiprenosom.

Ťažkosti môžu byť pri nadväzovaní kvalitného poradenského/terapeutického vzťahu. Tie môžu byť dané aktuálnym stavom dieťaťa, ktorý mu neumožňuje efektívne vstupovať do kontaktu (bradypsychizmus, inhibovanosť v správaní, prežívaní, nadmerná únava).

Úskalím sa môže javiť základná komunikácia s dieťaťom. Potrebné je citlivo pristupovať ku dieťaťu a jeho ťažkostiam. Dôležité je, aby nemal pocit, že ho tlačíme hovoriť o niečom, na čo nie je pripravený, alebo aby sme situáciu a jeho prežívanie nezľahčovali. Naopak, malo by zažiť pocit prijatia a porozumenia, aby sa mohol pozrieť na svoje prežívanie a lepšie mu porozumieť, a tým ho aj lepšie zvládať.

Pri práci s takýmto dieťaťom by si mal psychológ uvedomovať svoje limity a v prípade potreby by nemal váhať s oslovením do spolupráce iného kolegu alebo odborníka z iného rezortu.

### **Čomu sa vyhnúť**

1. V prvom rade je potrebné vyhnúť sa bagatelizovaniu („aké ty môžeš mať starosti“, „si ešte mladá, nesmieš si robiť také starosti“) či hodnoteniu správania a prežívania dieťaťa („tým, že sa režeš, sa len snažíš upútať na seba pozornosť“, „to je teraz taká móda, ubližovať si“) a pod.



2. Používať v prístupe mentorovanie, zľahčovanie, nátlak, popieranie toho, ako sa dieťa cíti, ako vníma situáciu. Mohlo by to viesť k strate dôvery a pocitov bezpečia, dieťa by sa mohlo uzavrieť, čo by mohlo viesť k zhoršeniu stavu.
3. Používať nadmerne ošetrojúci a hyperprotektívny prístup a obmedzovať konfrontáciu, ktorá by mohla byť podporná v procese zmeny. Môže ísť napr. o prílišnú lútosť voči dieťaťu, kontraproduktívne môže pôsobiť aj falošné utešovanie.
4. Používať opatrný prístup v snahe nerozrušiť dieťa. Ten môže viesť k nepresným informáciám o úmysloch dieťaťa. Pri komunikácii s dieťaťom so suicidálnymi myšlienkami je efektívne klásť otázky konštruktívnym spôsobom a pýtať sa priamo a otvorene.
5. Používať odborný jazyk, ktorý by nevedol k porozumeniu, ale skôr by vytváral priepasť medzi dieťaťom a psychológom.

## Doplňujúce informácie

---

### **Kvalifikačné predpoklady:**

- odborný zamestnanec: psychológ – splnenie kvalifikačných predpokladov na výkon pracovnej činnosti,
- poradenský proces – samostatný odborný zamestnanec,
- terapeutický proces – psychoterapeutický výcvik v príslušnom inštitúte absolvovaný a ukončený skúškou, príp. s povolením pracovať terapeutickým prístupom pod vedením supervízie, napr. terapia hrou, KBT, Gestalt terapia, ďalšie aktualizčné vzdelávania v poradenstve.

### **Zoznam použitých metód:**

- pozorovanie (so zameraním na úroveň aktivity v behaviorálnom prejave dieťaťa, psychomotorické tempo, spôsob vstupovania do kontaktu, interakciu s rodičom a pod.),
- diagnostický rozhovor,
- kresba postavy (predškolský, mladší školský vek), test stromu (starší školský vek a adolescenti),
- kresba rodiny/začarovanej rodiny,
- osobnostné dotazníky: B-JEPI, EPQR.

### **Na objektivizáciu depresívnej poruchy:**

- Beckov dotazník depresie,
- T-94 CDI sebaopisová škála depresivity pre deti.

### **Projektívne techniky zamerané na expresiu či nadviazanie kontaktu v poradenskom procese:**

- terapeutické karty, práca s hlinou, pieskom,



- imaginatívne techniky,
- relaxačné techniky, autogénny tréning.

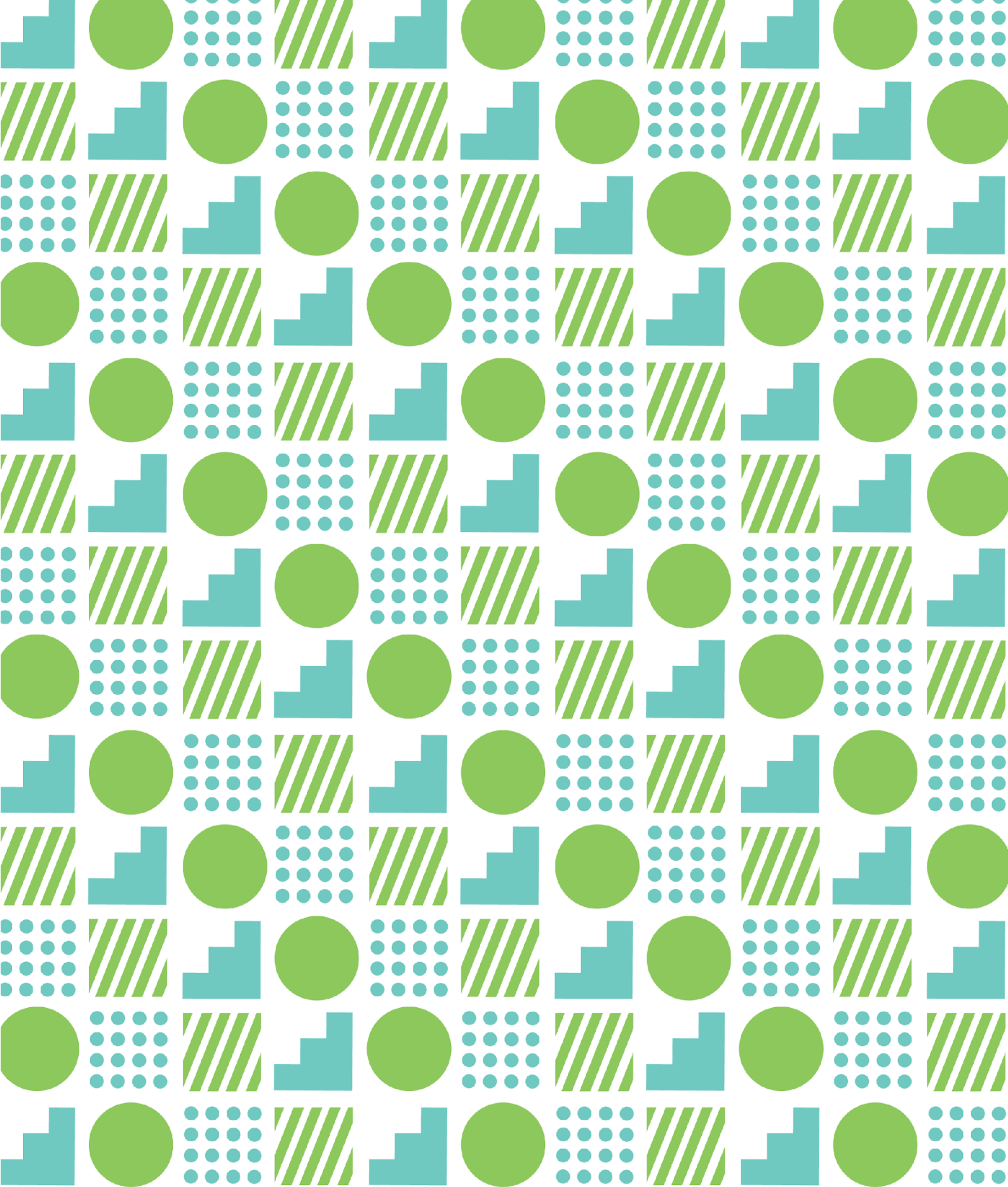
**Zoznam organizácií:**

- zariadenie poradenstva a prevencie,
- pracoviská klinickej psychológie,
- pedopsychiatrické a psychiatrické ambulancie.

**Použité zdroje**

HERETIK, A. – HERETIK, A. jr. (eds) 2007. *Klinická psychológia*. 1. vyd. Nové Zámky: Psychoprof, spol. s r. o., 2007. 813 s. ISBN 978-80-89322-00-8

TREBATICKÁ, J. 2017. *Depresívna porucha v detskom a adolescentnom veku*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2017. 70 s. ISBN 978-80-223-4428-9



VÝSKUMNÝ ÚSTAV  
DETSKEJ PSYCHOLÓGIE  
A PATOPSYCHOLÓGIE



**ŠTANDARDY**  
NÁRODNÝ PROJEKT

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