

OBAL ZÁVERECNEJ PRÁCE

Názov vysokej školy: **Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave**

Názov fakulty: **Lekárska fakulta, katedra psychológie**

Názov práce:

**Globálny pohľad na psychologické poradenstvo
pri poruchách pozornosti, učenia, správania**

Typ záverečnej práce: **špecializačná práca**

Autor: **PhDr. Zdenka Kubišová**

Kód:

Rok vydania práce: **2011**

TITULNY LIST

Názov vysokej školy: **Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave**

Názov fakulty: **Lekárska fakulta, katedra psychológie**

Názov práce:

**Globálny pohľad na psychologické poradenstvo
pri poruchách pozornosti, učenia a správania.**

Typ záverečnej práce: **špecializačná práca**

Autor: **PhDr. Zdenka Kubišová**

Kód:

Študijný program: **poradenská psychológia**

Číslo a názov študijného odboru:

Meno, priezvisko a tituly školiteľa: **PhDr. František Skokan**

Školiace pracovisko:

Meno, priezvisko a tituly konzultanta: **PhDr. František Skokan**

Miesto a rok vydania práce: **Bratislava, 2011**

ZADANIE ZÁVERECNEJ PRÁCE

Typ záverečnej práce: **špecializačná práca**

Názov záverečnej práce:

**Globálny pohľad na psychologické poradenstvo
pri poruchách pozornosti, učenia a správania.**

Meno, priezvisko a tituly študenta: **PhDr. Zdenka Kubišová**

Meno, priezvisko a tituly školiteľa: **PhDr. František Skokan**

Meno, priezvisko a tituly konzultanta: **PhDr. František Skokan**

Meno, priezvisko a tituly vedúceho pracoviska: **PhDr. Šovčíková Eva, PhD.**

Pod'akovanie: Ďakujem školiteľovi pánovi doc. PhDr. Jurajovi Štenclovi, PhD. za odborné a vedecky erudované vedenie, pani PhDr. Dagmar Kopčanovej z úseku výskumu VÚDPaP v Bratislave za pomoc pri získavaní podkladov, poskytnuté materiály, ochotu a podporu, pani PaedDr. Márii Tekelovej, riaditeľke odboru špeciálnych škôl, špeciálnych výchovných zariadení a poradenských zariadení z Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR za poskytnuté materiály, pani Ing. Čabalovej Jane z Ústavu informácií a prognóz školstva v Bratislave, pani RNDr. Márii Slovíkovej, CSc. riaditeľke odboru metodiky a tvorby informácií z Ústavu informácií a prognóz školstva v Bratislave, pani PaedDr. Alena Štihovej, PhD. zo Štátneho pedagogického ústavu v Bratislave, Oddelenia špeciálnej pedagogiky, pánovi Petrovi Heidingerovi z Informačného servisu Štatistického úradu SR za poskytnutie žiadaných štatistických údajov, pani PhDr. Erike Drgoňovej za poskytnuté pedagogicko – organizačné pokyny a časopiseckú literatúru v oblasti manažovania škôl, advokátovi JUDr. Jánovi Sitarčíkovi za pomoc pri orientácii v legislatívnych podmienkach školstva, asistentkám Mgr. Lucii Cicekovej a Mgr. Alici Balatonyiovej za pomoc pri spracovaní štatistických údajov, synovi Cyrilovi Kubišovi za morálnu podporu pri spracovaní témy špecializačnej práce.

Anotácia:

V práci som sa zamerala na prepojenie historického aspektu diagnostiky a liečby špecifických porúch učenia a správania, porúch pozornosti na aktuálny stav problematiky. V ďalšom práca pojednáva o klasifikačnom systéme porúch učenia a správania podľa MKCH10, DSM-IV a cez Amenovu klasifikáciu, ktorá zdôrazňuje neuropsychologické súvislosti k etiopatogenéze uvedených porúch a k prehľadu o psychologickéj diagnostike až k metódam nápravy a k prierezu školských legislatívnych opatrení vo výchovno – vzdelávacom procese. Prehľad je smerovaný cez psychofyziologický a neurobiologický prístup k zdôrazneniu miesta psychológie v zdravotníckych povolaniach. V záverečnej časti práce je obsiahnutý demografický a epidemiologický prehľad dostupných štatistických údajov. Spracovanie štatistických údajov vedie autorku k úvahe o pravdepodobnosti, že poradenskú starostlivosť by mohlo potrebovať aj viac detí ako v súčasnosti poskytujú poradne v sieti školských zariadení. Ďalej práca smeruje k zdôrazneniu interdisciplinárneho prístupu a tímovej spolupráce zdravotníckych, školských ako aj sociálnych inštitúcií pri starostlivosti o deti s poruchami učenia a správania.

Kľúčové slová:

história, klasifikácia a deskripcia, psychodiagnostika, etiopatogenéza, demografia a epidemiologický pohľad, metódy nápravy, neurofyziológia a EEG biofeedback, školská legislatíva, prípadové štúdie.

Jazyk: **slovenský**

Dátum schválenia zadania:

OBSAH

1. Historický prehľad k poruchám pozornosti, učenia a správania	9
2. Deskripcia a klasifikácia porúch pozornosti, učenia a správania	13
2.1. Diagnostický štatistický manuál duševných porúch (DSM)	17
2.2. Medzinárodná klasifikácia duševných porúch (ICD)	21
2.3. Amenova klasifikácia	22
3. Etiopatogenetické činitele	25
3.1. Koncepce a modely	25
3.1.1. Hereditárny model	26
3.1.2. Enviromentálny prístup – jedy životného prostredia	27
3.1.3. Neurobiologický model	27
3.1.4. Neurofyziologický model	28
3.1.5. Neuropsychologický prístup	29
3.1.6. Psychoanalytický model	30
3.2. Globálny pohľad na etiopatogenetické faktory	31
4. Stručný pohľad do psychodiagnostiky	34
5. Metódy nápravy	42
6. Prehľad školskej legislatívy za posledných 25 rokov, koncepcia psychologického a špeciálno – pedagogického poradenstva	49
6.1. Aktuálna starostlivosť o deti s poruchami učenia a správania v škole	53
6.2. Koncepcia psychologického poradenstva	55
6.3. Koncepcia špeciálno – pedagogického poradenstva	56

6.3.1. Medzirezortná spolupráca	58
7. Demografický a epidemiologický pohľad. Prieskum epidemiologického stavu na Slovensku za posledných 12 – 15 rokov a prípadové štúdie	60
7.1. Metodika práce	60
7.2. Výsledky prieskumu	60
7.3. Prípadové štúdie	64
7.3.1. Prípad č. 1: Od porúch učenia k schizoafektívnej poruche	64
7.3.2. Prípad č. 2: Ťažký ADHD sy., zmiešané poruchy správania a emócií, pervazívna vývinová porucha z okruhu autizmu až k podozreniu na psychotické ochorenie z okruhu schizofrénie	68
8. Diskusia	72
9. Záver	77

Úvod

Cestu srdca poznáš podľa toho, že je ťažká....“ je citát juhoamerického národopisca, autora viacerých kníh z oblasti šamanizmu, Carlosa Castanedu. Spomeniem si na tieto slová vždy keď stojím pred ťažkými úlohami. Ako druhý citát mám v zálohe taositické „Cesta sa tvorí tým, že ju ideme...“

Pre tému špecializačnej práce o poruchách pozornosti, učenia a správania som sa rozhodla bez dlhého uvažovania. Viedla ma k tomu skúsenosť 25 ročnej praxe klinického psychológa a počas viac ako desiatky rokov súbežnej úväzkovej praxe v psychologickej poradni. Ako pribúdali roky, stávalo sa, že dieťa vyšetrené v pedagogicko – psychologickej poradni sa objavilo ako dospelý pacient klinického psychológa. Začala som si všímať súvislosti a sledovať biografické údaje. V časoch keď sa psychologicky vyšetrovali branci sa stávalo, že mladý muž mal ukončených 5-7 tried základnej školy a v našich testoch dopadol ako intelektovo nadaný alebo až nadpriemerný. Ďalšia oblasť v ktorej sa stretávam s reziduálnymi prejavmi týchto vývinových porúch je dopravná psychológia. V rámci psychologických vyšetrení vodičov nachádzam nie celkom zriedkavo zvyšky výkonovej disproporcionality a povahové reziduá. V práci psychoterapeuta stretávam osudy, ktoré sa zlomili pričinením vonkajších aj vnútorných faktorov a občas cesta vedie ku konštatovaniu, že sa jedná o menšinovú skupinu ľudí s potrebou rešpektu a ľudskou povinnosťou hlbokaj demokracie. Ako biofeedback terapeut vidím EEG záznamy a behaviorálne ekvivalenty u detí aj dospelých, ktoré majú typický charakter. Aj preto ma zaujímajú bližšie súvislosti vývinových porúch v detstve a o to viac, že všetky problémy spojené s poruchami pozornosti, učenia, psychickej komorbidity a fatálne vážnych zdravotných problémov som zažila s vlastným synom. Som vďačná za to, že žije a túto záverečnú prácu špecializačného štúdia venujem jemu v nádeji, že bude môcť byť nápomocná tým deťom, ktoré ešte neutrpeli ujmu v dôsledku svojich vývinových problémov.

Uvedomujem si, že som tému nevyčerpala tak, ako by si to žiadal globálny odborný prístup a vedecká úroveň psychológa špecialistu. V práci som len letmo prešla deskripciu a klasifikáciu, stručne spracovala psychodiagnostickú časť, okrajovo sa dotkla metód nápravy a simplexne spracovala získané štatistické údaje. Pôvodný zámer prehľadu histórie školskej a zdravotníckej legislatívy v danej oblasti som podstatne zredukovala pre

problematickú orientáciu v spleti legislatívy. Napriek nedostatkom v práci bola moja snaha úprimná a vedená nielen odborným ale aj osobným záujmom o problematiku.

1. Historický prehľad k poruchám pozornosti, učenia a správania.

História objavenia a deskripcie porúch pozornosti, učenia a správania siaha do 19. storočia, ale klasifikácia v dnešnej podobe, diagnostika a liečbu možno datovať do 60 - tých rokov minulého storočia.

Oční lekári Hinshelwood J. a Morgan P. publikovali (1896,1897) prípady špecifických porúch čítania a písania u detí, ktoré označovali ako postihnuté vrodenu slovnou slepotou či slepotou pre písmená, slová a myšlienky (Matějček, 1972 in Černá 1999). S. Freud (1856-1939) podľa C.R. Strothera (1973) v pojednaní o afáziách vyslovil tvrdenie, že tieto poruchy môžu byť spôsobené vrozenými alebo vývinovými činiteľmi. (Černá, 1999). Prvé zmienky o deťoch s medicínskou diagnózou „porucha morálnej kontroly“ pochádzajú z roku 1902 a tento termín zaviedol Dr. George Still (Evans,2007). Ovšem už v roku 1838 belgický psychiater J. Guislain spomína v pojednaní o frenopatiách či poruchách mysle vzťah poruchy správania niektorých detí s mozgovým poškodením. Nemecký lekár Hoffmann popisoval už v roku 1845 ako prvý jav, ktorý dnes nazývame hyperkinetickým syndrómom. (Černá, 1999). História mozgových dysfunkcií v Čechách má svoju tradíciu a samostatnú líniu vývoja najmä prácou pražského psychiatra, profesora Heverocha „O jednostranné neschopnosti naučiť se čísti a psátí při znamenité paměti“ z roku 1904, ktorá prebehla dobu, ale upadla do zabudnutia až do obdobia päťdesiatych rokov (Třesohlavová a kol., 1982). Francúzsky psychiater E. Dupré nazval v roku 1908 pohybovú neobratnosť niektorých detí s normálnym nadaním názvom „motorická debilita“. Taktiež v roku 1908 zdôrazňoval A. F. Tredgold súvislosti medzi priebehom pôrodu a neskorším správaním dieťaťa. Články z roku 1921 autorov C. W. Burr a nezávisle na ňom R. S. Miles rozoberajú okolnosti nervového stavu v súvislosti s poruchami učenia a správania.(Černá, 1999). V roku 1922 po pandémie influenzy boli v prípadových štúdiách Hohmana a iných popisované „postencefalitické poruchy správania“ (alebo encephalitis lethargica“), Evans,2007. Tzv. „nervové“ príčiny u detí s poruchou učenia a správania boli popísané v r. 1921 Burrom. V období medzi dvomi svetovými vojnami rozoberajú práce Kramera (1932), Kahna (1934) a Goldsteina (1951) rôzne aspekty mozgových dysfunkcií. Veľká časť výskumov hľadá vzťah medzi špecifickými príčinami a charakterom zmien v správaní. (Třesohlavová a kol., 1982) V roku 1930 bola vydaná Hanselmannova učebnica Úvod do liečebnej pedagogiky v ktorej sa zmiňuje o „neuropatických deťoch“ v prípadoch motorického opozdenia bez zreteľnejšieho poškodenia iných funkcií. V 30-

tych rokoch venovali pozornosť deťom s poruchami správania predovšetkým na organickom podklade psychiatri P. F. Schilder a jeho neskoršia spolupracovníčka I. Benderová, autorka známeho obkresľovacieho testu. (Černá, 1999). V roku 1937 Dr. Charles Bradley bol medzi prvými lekármi, ktorí použili na liečbu hyperaktívnych detí stimuláciu. (Evans, 2007). V roku 1941 vyšlo prvé vydanie diela stálej hodnoty „Vývinová diagnostika A. Gessela a C. S. Amatrudovej. 12. kapitola tohto spisu má názov „Mozgové poškodenie“, 15. kapitola je venovaná deťom predčasne narodeným, čiže nezrelým. V súvislosti s ranými mozgovými poškodeniami hovoria autori o rozličných nepriaznivých dôsledkoch pre rozvoj osobnosti, o subklinických deficitoch, o nedokonalosti ľudského správania, ktoré často vyplýva práve z mozgového poškodenia. Upozorňujú tiež na rôzne miery poškodenia a podľa závažnosti rozlišujú tri typy poškodenia: devastačné (najťažšie), ktoré sa prejavuje mentálnou retardáciou, selektívne (myslí sa najmä motorické poškodenia v zmysle DMO) a poškodenie minimálne (najľahšie) – celkom v zmysle súčasného chápania Sy. ADHD (podľa Černá, 1999). Otázky dysfunkcií v oblasti poruchy vývoja reči a s tým spojených porúch čítania a písania rozpracoval S. T. Orton (1937). Tímy pracovníkov z ktorých vynikal najmä Strauss a Werner (1942), Strauss a Lethinenová (1947), poukázali prvý raz súhrnne na možnú lokalizáciu poškodenia mozgu vo vzťahu k správaniu dieťaťa a to u detí donosených aj nezrelých. Od roku 1950 prudko stúpa počet prác, ktoré sa popisujú novodobé chápanie týchto porúch. (in Třesohlavová a kol. , 1982). V roku 1956 bola zavedená liečba Ritalinom (methylphenidát). V šesťdesiatych rokoch sa príznaky známe dnes pod syndrómom ADHD popisovali názvom „ľahká mozgová dysfunkcia“, ktorá bola neskôr nahradená „hyperkinetickou poruchou v detstve“ (Evans,2007). V päťdesiatych rokoch českí autori Kučera, Langmeier, Jirásek, Matějček a Žlab sa v rámci mozgových dysfunkcií intenzívne venovali otázkam dyslexie. Matějček publikoval známu monografiu Poruchy čítania a písania (1966) a opakované vydania Vývojové poruchy čtení (1972,1974,1977). Pozorovania detského psychiatra profesora J. Fishera, ktorý označoval najprv tieto deti ako instabilné, upozorňovali na dôsledky zvlášť v ďalšom vývoji pacientov a na možnosť psychopatického vývinu osobnosti (in Třesohlavová a kol, 1982)). V roku 1961 bol v Čechách Kučerom zavedený termín „ľahkej mozgovej encefalopatie“, ktorá nahrádzala „ľahké mozgové poškodenie“, ktoré v Čechách objavil a zaviedol do psychiatrického názvoslovia MUDr. Karel Macek v Sociodiagnostickom ústave v Prahe (in Matějček,2000). Na Slovensku rozoberal psychologické problémy na psychologickej

výchovnej klinike v Bratislave hlavne Jurovský v kolektívnej monografii vydanej v roku 1969: „Dieťa s ľahkým mozgovým poškodením“ v spolupráci s neurológom Benkom a Glósom. Pedagogické hľadiská problému „mozgových dysfunkcií“ boli v Čechách známe z práce Míčka (1961), neskôr Veselá a Novotná, Třesohlavová, Černá. Na Slovensku I. Bajo (1968). V porovnaní s lekárskymi a psychologickými publikáciami bol výskum v špeciálne – pedagogickej reedukácii málo rozpracovaný. (Třesohlavová a kol., 1982).

V roku 1967 Dr. Bary Serman publikoval svoju základnú štúdiu o SMR rytme (senzomotorický rytmus) v EEG a opísal túto operačnú schopnosť mozgu u ľudí aj u mačiek. V roku 1976 Dr. Joel Lubar publikoval základnú prácu s použitím EEG SMR tréningu u hyperaktívnych detí. V roku 1980 Americká Psychiatrická asociácia použila termín Attention Deficit Disorder v diagnostickom štatistickom manuáli duševných porúch (tretia edícia), na popis predtým známej hyperkinetickej poruchy v detstve. Porucha pozornosti bola Národným inštitútom pre mentálne zdravie klasifikovaná ako oficiálna porucha. V roku 1987 Americká psychiatrická asociácia zmenila názov „porucha zníženej pozornosti“ na „hyperaktívna porucha so zníženou pozornosťou“ a kategorizovala ju ako poruchu, ktorá môže byť príčinou porúch správania odlišných od tých, ktoré spôsobuje stres alebo veľké životné zmeny ako napríklad rozvod alebo smrť blízkej osoby. Od roku 1999 do súčasnosti sa začali používať okrem Ritalinu rôzne ďalšie liečivá na liečbu uvedených porúch. V roku 2004 publikoval Dr. Vincent Monastra svoju štúdiu, ktorá dokazovala, že neurofeedback vykazoval takú efektivitu pri liečbe sy. ADHD ako Ritalin. Na rozdiel od skupiny, ktorá dostávala Ritalin samostatne, skupina liečená Ritalinom aj neurofeedbackom sa nezhoršila po vysadení Ritalinu. Nezávislá štúdia Dr. Thomasa Rossitera preukázala účinnosť liečby neurofeedbackom porovnateľnú s liečbou stimulanciami. V roku 2000 boli náklady na liečbu ADHD v USA odhadované na 759 miliónov dolárov, v roku 2004 na 3,1 bilióna dolárov. V roku 2005 sa preukázalo, že Hydrochlorid Methylephenidatu (Ritalin) spôsobuje cytogenetické abnormality u detských pacientov. V roku 2006 bolo zaznamenaných 25 smrteľných prípadov pri liečbe ADHD Ritalinom. Z historického hľadiska bolo najpoužívanejšia liečba pre ADHD liekmi, behaviorálna terapia, psychoterapia alebo ich kombinácia. Neurofeedback môže byť tiež efektívnou liečbou v prípadoch keď behaviorálna liečba alebo psychoterapia samostatne nedosahuje požadovaný efekt (in Evans, R. J., 2007).

V roku 1962 bola otvorená prvá trieda pre deti s poruchami čítania na škole pri Detskej fakultnej nemocnici v Brne, v r. 1965 na škole pri Detskej psychiatrickej liečebni v Dolné Počeřnice, od roku 1966 vzniklo prvých sedem dyslektických tried v Prahe, v roku 1971 v Karlových Varoch dokonca „dyslektická škola“ v rozsahu prvého stupňa ZŠ. V roku 1963 založili pracovníci Psychologickej výchovnej kliniky v Bratislave prvé tri triedy pre deti s ľahkým mozgovým poškodením („s percepčne- motorickou poruchou“). V roku 1968 bola otvorená prvá špecializovaná trieda pre deti s „s poruchou školského prispôsobenia“, po roku sa počet tried zvýšil na dve a o ďalší rok na tri. V roku 1972 rozlišuje I. Lesný v rámci drobného mozgového postihnutia podľa prevažujúcej symptomatológie tri skupiny: 1. nekľudné deti, 2. neobratné deti a 3. deti s rôznymi zmyslovými poruchami (zvlášť akustická agnózia) a so všetkými poruchami vývinu reči. Vo Výskumnom ústave detskej psychológie a patopsychológie v Bratislave sa od polovice šesťdesiatych rokov venuje skúmaniu tejto problematiky skupina pracovníkov, ktorých výsledky boli publikované v podnetných a prínosných prácach, článkoch a knihách. L. Košč je popri množstve časopiseckých prác aj autorom monografie o vývinovej dyskalkulii. Do popredia vystupuje zložitá a mnohopočetná podmienenosť mozgových dysfunkcií biologickými, psychologickými a sociálnymi faktormi, ktoré sa spolu najrôznejšie prelínajú, vytvárajú výsledný obraz poruchy a podmieňujú možnosti účinného zásahu. (Černá, 1999)

Vývoj tejto diagnostickej jednotky postupoval od vysloveného zdôraznenia jej organickej etiológie, cez zdôraznenie funkčnej zložky až k popisnej a behaviorálnej diagnostike. Popisné diagnózy majú tú vadu, že len zriedkavo môžu mať jasné a pevné kritériá a preto je ťažšie odlišiť kedy sa jedná len o prirodzenú variabilitu ľudského správania (napr. vplyv temperamentu, okamžitej indispozície a pod.) v rámci Gaussovej distribúcie. Návrat k behaviorálnej diagnóze podľa Matějčka (2000) je úhybný manéver, ktorý má odvrátiť stigmatizáciu diagnózou či patológiou. Matějček (2000) tiež upozorňuje na to, že je pre rodičov „najpohodlnejšie hľadať pomoc v medicínskej terapii, t.j. v medikácii, „biofeedbacku“, u zázračných liečiteľov a podobne.“ Poukazuje na historicky dané bohatstvo poznatkov rozpracovaných od Kučerových čias, ktoré tvoria systém pomocných a nápravných opatrení na psychologickej a špeciálno- pedagogickej úrovni. Doslova píše: „Bola by hanba, keby sa dieťaťa neujala pedagogicko – psychologická poradňa alebo pedagogické centrum, alebo keby dnes nejaký školský inšpektor nevedel o čo ide“ (Matějček, Z., 2000 str. 432)

2. Deskripcia a klasifikácia porúch pozornosti, učenia a správania.

Máloktorá diagnostická kategória za 70 rokov od svojho definovania (1940) mala toľko premenovaní: Ľahká detská encefalopatia, ľahká mozgová dysfunkcia, ADD (Attention – deficit disorder), ADHD (Attention –deficit hyperaktivity disorder), ADHD-RT (reziduálny typ). Posledná medzinárodná klasifikácia chorôb – 10.revízia hovorí o poruchách aktivity a pozornosti, hyperkinetickej poruche správania, poruchách psychického vývinu do ktorých sa zaraďujú špecifické poruchy reči a jazyka, špecifické vývinové poruchy školských zručností, špecifická vývojová porucha motorických funkcií ako aj zmiešané špecifické vývinové poruchy. Najčastejšie používaný termín ADHD je diagnostická jednotka, ktorá sa objavuje vo všetkých vekových kategóriách od detstva do dospelosti. Prejavuje sa už v kojeneckom veku – poruchou základných biorytmov, v batolivom veku a predškolskom veku – dezinhibíciou, v školskom veku – kognitívnymi dysfunkciami, v adolescencii – poruchami správania, v ranej dospelosti- sociálnou maldaptáciou spojenou často s kriminalitou. Neurovývinové opozdenie vytvára záťažovú životnú udalosť, ktorá vedie k vulnibilitate jedinca, t.j. minimálne organické poškodenie a kumulácia vonkajších stresorov vedie k maladaptívnemu správaniu s vysokou psychiatrickou komorbiditou. U ADHD ide z behaviorálneho hľadiska o poruchu exekutívnych (výkonných a sebaregulačných) funkcií. Zobrazovacie techniky ukazujú poruchu v prefrontálnej striato thalamo- kortikálnom okruhu za prítomnosti takmer nulovej pravoľavej asymetrie.

Medzi základné symptómy hyperkientickej poruchy patria :

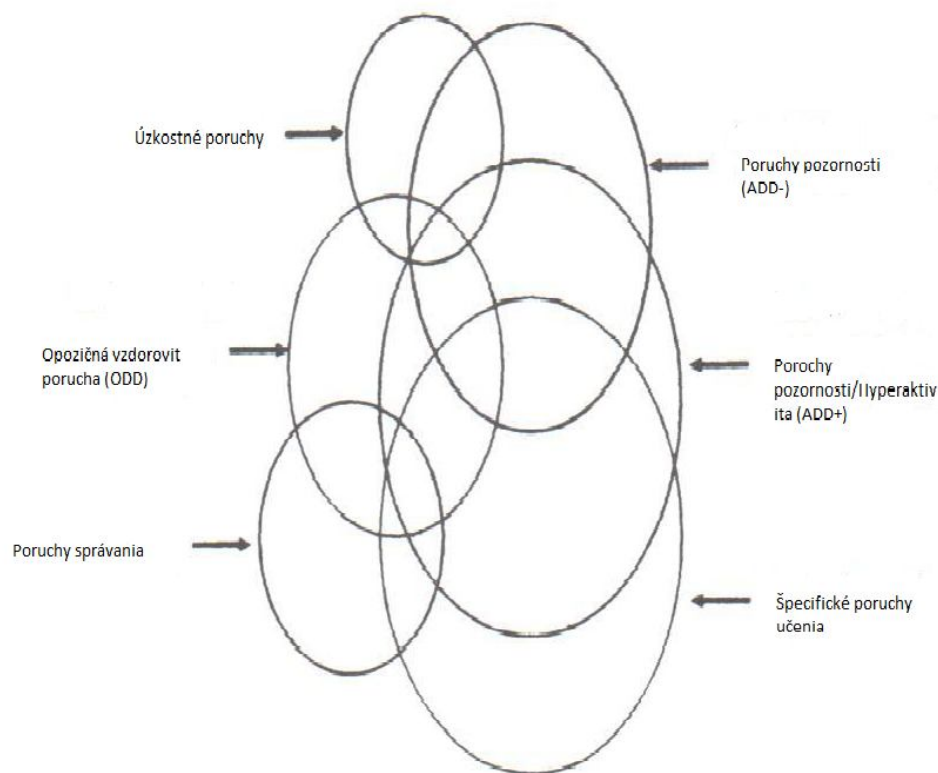
- Poruchy kognitívnych funkcií – poruchy distraktibility pozornosti, nepozornosť, poruchy sluchovej aj zrakovkej pozornosti. Motorická interferencia s gnostickými procesmi vedie k neschopnosti selekčného procesu usmerniť pozornosť k podstatným informáciám z paralelného spracovania všetkých podnetov, poruchám analýzy a syntézy, poruchám vytvárania a realizácie plánov, vizuospaciálnym poruchám, poruchám slovnej a pracovnej pamäti.
- Motoricko – percepčná porucha, ktorá sa prejavuje neschopnosťou relaxovať, sklon k dysforickému prežívaniu inaktivity, drobné neurologické odchýlky, motorická neobratnosť, poruchy vizuálne – motorickej koordinácie.
- Porucha emócií.
- Impulzivita.

- Sociálna maladaptácia bez stenických reakcií ako napríklad neadekvátna kontrola, nedostatočná súhra s vrstevníkmi, odmietanie doma aj v škole, pri športe, hrách, znížená frustračná tolerancia vedie k šaškovaniu, negativizmu, dysfórii, neskôr aj k poruchám správania a ešte neskôr v 60-75% k delikvencii a v poslednej dobe často spojenej so zneužívaním návykových látok. (Malá,2000).

Koexistencia ADHD s ďalšími emočnými poruchami alebo s poruchami správania je všeobecne známa s tým, že až 44% detí s ADHD trpia najmenej ešte jednou ďalšou psychickou poruchou, 32% ich trpí dvomi ďalšími poruchami a 11% dokonca tromi či viacerými poruchami. U detí s ADHD sa častejšie prejavuje opozičnosť a vzdorovitosť, agresivita a problémy so správaním vôbec. Až 40% detí a 65% adolescentov s ADHD naplňuje diagnostické kritériá opozičnej a vzdorovitej emočnej poruchy. 21% až 45% detí s ADHD a 44% až 50% adolescentov s ADHD sú diagnostikovaní ako závažnejšie poruchy správania. Najbežnejšími typmi problémového správania u týchto detí je klamanie, krádeže, záškoláctvo a v menšej miere aj fyzická agresivita. Viac ako 50% detí, ktoré trpia na ADHD majú výrazné problémy v sociálnych vzťahoch s ostatnými deťmi. Čo sa týka komunikačných vzorov sú zhovorčivejšie, ale za to menej výkonné pokiaľ ide organizáciu a o odovzdávanie komunikačných informácií vrstovníkom s ktorými by chceli spolupracovať. Napriek tomu, že sú zhovorčivejšie deti s ADHD menej odpovedajú na otázky či vôbec na verbálne interakcie zo strany vrstovníkov. Výskumy zistili, že 25-50% hyperaktívnych detí máva v ranom detstve zdravotné problémy. Taktiež bol u nich zistený častejší výskyt chronických zdravotných problémov ako sú opakované infekcie horných ciest dýchacích, alergia, astma a to až 44% v porovnaní s 25% bežnej detskej populácie. U detí s ADHD je časté narušenie spánku už od kojeneckého veku. Výskyt porúch spánku sa pozoruje u 52% detí s ADHD v porovnaní s 21% zdravých detí. Viac ako 55% starších detí s ADHD sa prebúdzajú unavené v porovnaní s 23% zdravých detí. (Paclt, Florian, 1998).

Obrázok č. 1 znázorňuje vzťah medzi ADHD (alebo ADD+), ADD (alebo ADD-) a inými poruchami. Diagramy slúžia len ako ukážka, neznázorňujú mieru v akej sa poruchy prekrývajú, skôr poukazujú na existenciu vzťahov medzi nimi. (Schwartz, Andrasik 2003).

Obrázok č. 1.



Ako sme už v historickom prehľade uviedli, MUDr. JUDr. Otakar Kučera (1906-1960) bol priekopníkom novodobej koncepcie ľahkých mozgových dysfunkcií dielom Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích (1961). Na uvedenú monografiu nadväzuje knihy Třesohlavovej Lehká mozková dysfunkce v dětském věku (1972) a učebné texty M. Černej a kol. Lehké mozkové dysfunkce (1982).

V roku 1966 dospela komisia pod vedením psychológa S. Clementsa k nasledujúcej definícii ľahkých mozgových dysfunkcií: „Syndróm ľahkej mozgovej dysfunkcie sa vzťahuje na deti s takmer priemernou, priemernou alebo nadpriemernou inteligenciou s určitými poruchami učenia alebo správania, v rozsahu od miernych až po ťažké, ktoré sú spojené s odchýlkami funkcie centrálného nervového systému. Tieto odchýlky sa môžu prejaviť rôznymi kombináciami oslabenia (poškodenia) vo vnímaní, tvorení pojmov (konceptualizácii), reči, pamäti a v kontrole popudov alebo motoriky. Podobné príznaky môžu alebo nemusia komplikovať problematiku detí s mozgovou obrnou, mentálnou retardáciou, slepotou a hluchotou. Tieto odchýlky môžu vznikajú z genetických variácií, biochemických nepravidelností, perinatálnych poškodení mozgu či iných ochorení alebo

poškodení prekonaných v priebehu rokov, ktoré sú kritické pre rozvoj a zrenie centrálného nervového systému alebo z príčin neznámych“ (Řičan, Křežčová, 2008, str. 158) .

O špecifických poruchách čítania – dyslexii sa dnes hovorí ako o „chorobe storočia“. Interdisciplinárna práca smerujúca k porozumeniu a pomoci deťom s poruchami učenia vyplýva z historického konceptu. V roku 1960 definovali Z. Matějček a j. Langmeier vývinovú dyslexiu ako „špecifický defekt čítania, podmienený nedostatkom niektorých primárnych schopností, z ktorých sa skladá komplexná schopnosť pre učenie čítania v danej jazykovej štruktúre a pri danej výukovej metóde.“ Okrem tejto definície sa u nás osvedčilo vymedzenie dyslexie komisiou Svetovej neurologickej federácie v Dallase v roku 1968: „Špecifická vývinová dyslexia je porucha, ktorá sa prejavuje neschopnosťou naučiť sa čítať napriek tomu, že dieťaťu je poskytnuté bežné výukové vedenie, má primeranú inteligenciu a sociokultúrnu príležitosť“ (tamtiež, str.159). Na konci 2. či na začiatku 3. triedy by mala väčšina detí čítať rýchlosťou 60-70 slov za minútu, pričom chybovosť by nemala byť vyššia ako 5% slov. Analogicky ako dyslexiu vymedzujeme aj dysgrafiú, teda špecifickú poruchu písania a dysortografiú, špecifickú poruchu pravopisu. Najmenej 2-3% žiakov trpia uvedenými poruchami, ktoré bývajú častejšie kombinované ako izolované. Spoločné črty mozgových dysfunkcií a špecifických porúch učenia vyplýva z definície ako aj z funkčného vymedzenia deficitov.

Definícia amerického Národného poradného výboru pre handicapované deti z roku 1969 hovorí, že „deti so špecifickými poruchami učenia vykazujú poruchu v jednom alebo vo viacerých základných psychických procesov, ktoré zahrňujú chápanie alebo používanie hovorenej či písanej reči. Môžu sa prejavovať poruchami počutej reči, hovorenia, hovorenej reči, čítania, písania, pravopisu alebo počítania. Patria sem také okolnosti, ktoré bývajú uvádzané vo vzťahu k perцепčným nedostatkom, mozgovému poškodeniu, ľahkej mozgovej dysfunkcii, dyslexii, vývinovej afázii atď. Nenáležia sem tie problémy učenia, ktoré sú už primárne spôsobené porušením zraku, sluchu alebo motoriky, mentálnou retardáciou, emočnou poruchou alebo nepriaznivými vplyvmi prostredia“ (tamtiež str. 162).

K špecifickým poruchám spätým s primárnym postihnutím často bohužiaľ prispieva ďalšia porucha – porucha procesov, cez ktoré si dieťa vytvára vlastnú identitu a sebahodnotenie. Skúsenosti poukazujú na to, že pomoc len z časti spočíva v zámernom nácviku postihnutých funkcií a kompenzačnom zapojení nenarušených funkcií. Musí ísť najviac o ozdravenie osobnosti, predovšetkým pokiaľ ide o vzťah k sebe samotnému a vlastným

možnostiam aj pokiaľ ide o vzťah k druhým ľuďom. E. Klasenová našla u 2/3 z 500 dyslektikov zvýšenú anxiozitu a celkom v 92% symptómy psychopatologickej povahy. Preto zámerná náprava sa musí diať v atmosfére psychoterapeutického prístupu a mala by byť kombinovaná so psychoterapeutickými metódami.

Pod špecifickými poruchami učenia teda rozumieme oslabenie v jednotlivých schopnostiach a funkciách primárne potrebných k získavaniu výukových zručností alebo k súhre týchto schopností a funkcií pri inteligencii, ktorá je aspoň v medziach širšej normy, t.j. postačuje na zvládnutie požiadaviek základnej školy. Oslabenia sa týkajú predovšetkým niektorých funkcií kognitívnych (zrakové, sluchové vnímanie), motorických, pamäťových a rečových a ich súčinnosti a integrácie ako je napríklad prevedenie dát z jednej zmyslovej modality do inej (tamtiež).

Špecifické poruchy správania sú späté s oslabením vo funkciách a schopnostiach, ktoré sú zodpovedné za riadenie, reguláciu a integráciu správania, opäť pri inteligencii najmenej v medziach širšej normy.

Obidva typy porúch sa môžu ale nemusia vyskytovať zároveň. Často sa navzájom prelínajú. Špecifické poruchy správania vedú sekundárne často k nedostatočnému využívaniu rozumovej kapacity, znižujú výkonnosť dieťaťa a druhotne pôsobia aj výukové problémy. Pod pojmom špecifické poruchy správania sú chápané poruchy, ktoré vznikli vplyvom pôsobenia rôznych exogénnych a endogénnych faktorov na podklade existujúceho a preukázaného oslabenia alebo zmien CNS v zmysle neurobiologického postihnutia. Pod pojmom nešpecifické poruchy správania rozumieme všetky poruchy správania, ktoré vznikli z iných príčin než poruchy správania charakteru špecifického. (Michalová,2007).

2. 1. Diagnostický štatistický manuál duševných porúch (DSM)

Americký klasifikačný systém DSM-III používa termíny syndróm ADHD (Attention deficit hyperaktivity disorder) a ADD (Attention deficit disorder). Novšie kritéria v edícii

DSM- IV (1994) stanovujú diagnostické kritériá nasledovne:

A. vyskytujúce sa buď v 1 alebo 2.

Nepozornosť:

1. Šesť a viac sa vyskytujúcich nasledovných symptómov, počas šesť mesiacov a dlhšie:
 - a/ častá nepozornosť prejavujúca sa pri školských úlohách, zvlášť chybami z nepozornosti,
 - b/ často má problémy udržania pozornosti pri hre,
 - c/ veľmi často sa zdá, že nás nepočúva,
 - d/ často neuposlúchne inštrukciu a tým potom nedokončí úlohu,
 - e/ má organizačné problémy,
 - f/ veľmi často protirečí, nič sa mu nepáči, je nespokojný,
 - g/ často stráca veci (hračky, ceruzky, knihy...),
 - h/ vonkajší podnet takmer vždy vyruší jeho pozornosť,
 - i/ veľmi často zabúda.
2. Šesť a viac sa vyskytujúcich nasledujúcich symptómov hyperaktivity- impulzivita, po dobu šesť mesiacov a dlhšie:

Hyperaktivita:

- a/ často sa vyskytujúce samostimulujúce pohyby,
 - b/ často opúšťa svoju lavicu v triede,
 - c/ často beží alebo lezie cez prekážky bez toho aby to zodpovedalo situácii,
 - d/ časté potiaže pri kludnejších aktivitách,
 - e/ je v neustálom pohybe,
 - f/ fluktuácia pozornosti
 - g/ impulzivita,
 - h/ často vykrikuje odpoveď skôr než je dopovedaná otázka,
 - i/ má potiaže pri čakaní,
 - j/ často vyrušuje druhých.
- B. Niektoré zo symptómov hyperaktivity, impulzivity či nepozornosti sa vyskytovali už pred siedmym rokom života.
- C. Niektoré z príznakov sa objavujú na dvoch alebo viacerých miestach (doma, škola, atď).
- D. Musí byť prítomná evidencia sociálnych vzťahov.

E. Tieto symptómy sa nevyskytujú v priebehu iných porúch prispôsobenia, schizofrénie, či iných duševných porúch.

Diagnostika:

ADHD – typ nepozornosti: sú prítomné kritériá A1 šesť alebo viac mesiacov.

ADHD – hyperaktívne – impulzívny: prítomné hyperaktívne – impulzívne kritériá (A2) počas 6 mesiacov

ADHD – typ kombinovaný: Prítomné kritériá A1 a A2 počas 6 mesiacov.

ADHD nešpecifický: prominentné symptómy nepozornosti a hyperaktivity – impulzivity, ktoré však nespĺňajú kritériá ADHD.

ADHD v čiastočnej remisii: osoby, ktorých súčasné symptómy už nespĺňajú všetky kritériá (in Kotasová, 1999).

Pred filozofom - lekárom Paracelsiom boli diagnózy stanovované na základe predpokladanej etiológie choroby. Toto sa zmenilo Paracelsiovou syndrómovou diagnostikou, pričom syndróm bol definovaný ako skupina znakov a symptómov, ktoré sa opakovane vyskytovali podľa typického vzoru a charakterizovali určitú abnormalitu alebo stav choroby. V Paracelsiovom systéme, tak ako aj v každom nasledujúcom systéme približujúcom sa modernému prístupu zosobnenému v DSM-III a DSM-IV, etiológia choroby bola pokladaná za neznámu a tým pádom nepotrebnú pre diagnostikovanie. Vznik DSM-III znamenal značný pokrok v spoľahlivosti, presvedčivosti a užitočnosti syndrómovej diagnostiky. Internalizujúce poruchy (napr. afektívne poruchy) sa ukázali byť stabilnejšie, ale s neurčitou spoľahlivosťou kvôli výskytu nových prípadov ako následnej reakcie, kým externalizujúce poruchy (napr. porucha pozornosti, hyperaktivita, ADHD) boli menej stabilnejšie, ale spoľahlivejšie kvôli menšiemu počtu novovzniknutých prípadov. Inováciou DSM-III bolo predstavenie viacosového diagnostického systému, ktorý umožňuje diagnostiku pacientov v piatich osiach. Pacientova psychopatológia bola zaznamenaná na Osiach I a II, zdravotný stav ovplyvňujúci mentálne poruchy na Osi III, závažnosť psychosociálnych stresových faktorov, ktoré by mohli ovplyvniť pacientove správanie boli zaznamenané na Osi IV a pacientova úroveň adaptovaného fungovania na Osi V. Všetky hlavné klinické poruchy vrátane porúch učenia sú podľa DSM-IV organizované na osi I, poruchy osobnosti, mentálna retardácia ako aj autizmus na osi II. O rozvoj DSM-IV sa zaslúžil Allen Frances. Diagnostický a štatistický manuál mentálnych porúch, štvrté vydanie, textová revízia (DSM-IV-TR;APA 2000) uznáva jedinečnosť

detských porúch v samostatnej časti o poruchách zvyčajne prvýkrát diagnostikovaných v detstve alebo počas adolescencie. Nedávne pokusy diagnostikovať ADHD u dospelých ilustrujú tento problém. Kritériá pre ADHD boli odvodené zo štúdií s deťmi a táto porucha sa nachádza v detskej sekcii DSM-IV-TR, tie isté kritériá sa však používajú aj na diagnostikovanie dospelých, hoci nemusia zodpovedať prejavu poruchy u dospelých.

DSM-IV-TR špecifikuje tri ADHD podtypy na základe primárnych symptómov u dieťaťa. Deti s kombinovaným typom vykazujú oba symptómy - nepozornosť a hyperaktivitu. Predominantne hyperaktívne - impulzívny typ vykazuje primárne symptómy hyperaktivity - impulzivity a predominantne nepozorný typ vykazuje primárne symptómy nepozornosti. Deti s kombinovaným a predominantne hyperaktívne - impulzívne typy majú skôr tendenciu vykazovať problémy s inhibíciou správania ako tie, ktoré sú predominantne nepozorné. Tiež majú tendenciu byť agresívne, vzdorovité a odporujúce, byť odmietnuté svojimi vrstovníkmi a byť vylúčené zo školy alebo umiestnené do špeciálnych vzdelávacích tried/zariadení. Pretože deti, ktoré sú predominantne hyperaktívne - impulzívne sú zvyčajne mladšie ako kombinovaný typ. Nie je zatiaľ známe, či sú to dva samostatné podtypy alebo jeden v rôznom veku. Deti, ktoré sú predominantne nepozorné bývajú ospalé, zasnívané, akoby „na drogách“, v hmle, zmätené a bežne zažívajú problémy s učením. Informáciu spracúvajú pomaly a ťažko si zapamätávajú. Zdá sa, že ich hlavným deficitom je rýchlosť spracovania informácie a selektívna pozornosť. Vzrastajúci, ale ešte nie presvedčivý dôkaz naznačuje, že deti, ktoré sú predominantne nepozorné predstavujú samostatný podtyp od ďalších dvoch typov. Vykazujú rozdielne symptómy, rodinnú históriu, výsledok a reakciu na liečbu. Kritériá DSM-IV-TR pre ADHD majú niekoľko obmedzení a niektoré z nich sa dajú aplikovať aj na ďalšie detské poruchy. Ide o nedostatočnú citlivosť na vývoj, pretože sa používajú tie isté symptómové kritériá na jednotlivcov každého veku, napriek tomu, že niektoré symptómy, ako napr. behanie a lezenie, sa prejavujú skôr u mladších detí. Navyše, množstvo symptómov potrebných na diagnostikovanie nie je prispôbených veku alebo úrovni zrelosti. Ďalší nedostatok je, že podľa DSM-IV-TR je ADHD porucha, ktorú dieťa buď má alebo nemá. Avšak, pretože počet a závažnosť symptómov sú odstupňované, deti, ktoré spadajú hneď pod deliacu čiaru, nie sú až tak odlišné od tých, ktoré sú tesne nad ňou. V skutočnosti deti môžu postupom času prestupovať z kategórie DSM-IV-TR mimo ňu ako výsledok premenlivosti ich správania. Po tretie, je tu určitá neistota v DSM-IV-TR požiadavke, že symptómy sa musia začať prejavovať pred 7. rokom veku. Je malý rozdiel medzi deťmi, u ktorých sa

ADHD prejavila pred a po 7 roku života a asi u polovice detí s ADHD, ktoré sú predominantne nepozorné, sa táto porucha prejaví až po 7 roku života. A napokon, požiadavka pretrvávania po dobu 6 mesiacov, môže byť príliš krátka pre malé deti. Mnoho predškolákov vykazuje symptómy počas 6 mesiacov a potom sa tieto vytratia. Tieto obmedzenia podčiarkujú fakt, že kritériá DSM-IV-TR boli vytvorené zo špeciálnych dôvodov - klasifikácie a diagnostikovania (podľa Stricker, Widiger, 2003). Všeobecne sa zastáva názor, že psychiatrická komorbidita nezodpovedá klinickej realite, ale je dôsledkom diagnostickej stratégie nových klasifikačných systémov DSM - IV a MKCH-10, ktoré sa vyznačujú viacerými nedostatkami. Znižovanie počtu prípadov komorbidít je veľkou výzvou pre ďalšie klasifikácie duševných porúch DSM-V a MKCH-11, ktoré by mali vojsť do platnosti v najbližších rokoch. Už dnes sa formujú predstavy o tom, ako predísť v budúcnosti excesívnym prípadom komorbidít. (KONÍKOVÁ, 2010) . DSM-5, je v súčasnej dobe v konzultácii. Platnosť je plánovaná od mája 2013 (<http://www.vies.sk/diagnosticky-a-statisticky-manual-dusevnych-poruch/>, 2011). DSM je klasifikačný systém ale nepovažuje sa za základ pre psychologické poradenstvo či liečbu. (http://en.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders. 19. apríla 2011 11:44:56)

2.2. Medzinárodná klasifikácia duševných porúch (ICD)

Prvý klasifikačný systém zostavil George Knibs (1706-1777) známy ako Sauvages a tak prispel k pokroku preventívnej medicíny vznikom Úradu všeobecného registra Anglie a Walesu v roku 1837. V roku 1989 bola Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO) prijatá 10. revízia Medzinárodnej klasifikácie chorôb, ktorá je používaná v Európe a v iných častiach sveta. . Kódovací systém použitý v DSM-IV bol navrhnutý tak, aby kódy používané v ICD zodpovedali aj DSM-IV aj keď to neplatí všeobecne nakoľko tieto publikácie neboli revidované synchronne.

Platná medzinárodná klasifikácia duševných porúch (10.revízia) zaraďuje diagnózy porúch psychického vývinu s číslom F80-F89 a poruchy správania a emócií obvykle v detstve a adolescencii pod F90-F98. Pri poruchách reči, jazyka ako aj špecifických poruchách učenia sú stanovené kritériá na pokles relevantnej schopnosti najmenej o 2 štandardné odchýlky v štandardizovanom teste vzhľadom k veku dieťaťa. Ďalšie vylučovacie faktory sú orientované na školské znalosti a sociálne- anamnestické údaje, t.j. na elimináciu

vplyvu výchovných faktorov. Porucha musí výrazne postihovať školské výkony alebo každodenné aktivity, ktoré vyžadujú danú schopnosť alebo znalosť (MKN-10, 1996). Pod poruchami správania sa kódujú aj poruchy správania spojené so stresom (F43), hyperkinetická porucha správania (F90.1 - 9) a poruchy správania F91 pričom porucha opozičného vzdoru je považovaná za miernejšiu formu, resp. prodromálnu. Termín nesocializovaná porucha správania (F91.1) je používaný v zmysle antisociálnych prejavov v spojení so samostatnými dissociálnymi aktivitami. (Paclt, Florian, 1998). V oblasti porúch správania ICD -10 kladie veľký dôraz na kvalitu socializácie zatiaľ čo DSM-IV na mieru závažnosti symptómov (Paclt, I. a kol., 2007).

Obidva systémy (DSM a ICD) obsahujú diagnózy z oblasti rovnakej problematiky. Názvy diagnóz, vymedzenie príznakov správania vymykajúceho sa norme, sú rôzne. DSM-IV vyžaduje, aby šesť a viac symptómov príznačných pre hyperaktivitu a impulzivitu (hyperaktivita obsahuje šesť symptómov a impulzivita tri symptómy) pretrvávalo najmenej šesť mesiacov a ich následkom je neprispôsobivosť dieťaťa. Je možné, že deti bez symptómov nedostatočnej kontroly impulzivity by mohli spĺňať diagnostické kritéria pre ADHD. MKCH-10 vyžaduje aby aspoň jeden s príznakov impulzivity pretrvával po dobu najmenej šiestich mesiacov. MKCH-10 nezachytáva menej výrazné poruchy správania, čo môže mať dôsledok absencie špeciálnej výchovy a podpory.

2.3. Amenova klasifikácia

Daniel G. Amen, M. D. je psychiater pre deti a pre dospelých. Pracuje so psychiatrickými a neurologickými pacientmi pomocou SPECT diagnostiky, špeciálne sa zameriava na oblasť poruch pozornosti a hyperaktivity. Je profesorom psychiatrie a behaviorálnej medicíny na Kalifornskej univerzite, je autorom 39 vedeckých článkov a 27 kníh, producentom mnohých audio a video programov a je v Amerike populárny v masmédiách. Jeho kritici spochybňujú vedeckú validitu jeho práce pretože neuviedol kontrolované klinické štúdie, ktoré podporujú jeho tvrdenia. Na druhej strane má dobré výsledky liečby, 85% pacientov sú vysoko spokojní s výsledkami liečby. Nejde o typickú psychiatrickú kliniku. Pacienti Amenovej kliniky, ktorú založil v roku 1989 majú v priemere za sebou 3 alebo 4 liečenia u profesionálov v oblasti mentálneho zdravia a majú v priemere 3,5 psychiatrických chorôb podľa štandardných DSM kritérií.

Amen rozlišuje 6 typov ADD/ADHD:

1. Klasické ADD – podľa štúdia SPECT snímkov majú normálnu mozgovú aktivitu v kľude a zníženú mozgovú aktivitu pri aktivite. Tieto deti na seba priťahujú pozornosť. Ťažko ich znášajú najmä ľudia citliví na hluk. Rodičia týchto detí bývajú unavení, nahnevaní a v rozpakoch. Deti majú nízku sebeckú a každodenné problémy s konfliktným správaním a impulzívnosťou.
2. Nepozorný/ nesústredený typ ADD – ľahko unikne diagnostike. Sú označovaní ako pomalí, leniví, nemotivovaní. Majú tendenciu byť tichí a roztržití. Radšej sa pozerajú von oknom. Patofyziologickým mechanizmom je porušenie prenosu dopamínu.
3. Prehnane zameraný typ ADD – majú základné príznaky a navyše veľké problémy s presúvaním pozornosti, tendenciu zaseknúť sa v negatívnych myšlienkových schémach alebo správaní. Často sa vyskytuje u týraných detí alebo detí a včít alkoholikov. Patologické procesy sa prejavujú hyperaktivitou vo frontálnej kôre a táto oblasť je husto inervovaná serotonínovými neurónmi.
4. ADD spánkového laloku – prejavuje sa u nich nestabilná nálada, problémy s povahou, ťažkosti pri učení, problémy s pamäťou. Môže sa u nich vyskytovať agresivita, násilné myšlienky, ľahká paranoidita, problémy v slovnej pohotovosti, problémy so spracovaním sluchových vnemov, problémy s čítaním. Zníženie aktivity v spánkových lalokoch a zároveň znížený prietok krvi do prefrontálnej kôry sa pozoruje u týchto detí pri riešení úloh s nárokmi na koncentráciu. Tento typ môže podľa Amena zničiť rodinu. Spája sa s domácim násilím, samovraždou. Pozitívne efekty dosiahol Amen s antikonvulzívnou liečbou.
5. ADD limbického typu – ide o prelínanie depresie a ADD. Symptómy ADD sa prejavujú v svislosti s negativizmom, náladovosťou, smútkom, nedostatkom energie, zníženým záujmom o život. Na SPECT je pozorovateľné zníženie aktivity prefrontálneho kortexu v kľude aj pri záťaži pozornosti a príliš veľa aktivity v limbickej oblasti. Depresia vyzerá na SPECT podobne, ovšem oproti limbickému ADD sa aktivita v prefrontálnej kôre zlepšuje koncentráciou. Z hľadiska evolúcie je limbický systém jedna z najstarších častí mozgu cicavcov, ktorá umožňovala zvieratám prežívať a vyjadriť emócie. Evolúcia dala človeku kapacitu pre riešenie problémov, plánovanie a organizáciu, racionálne myslenie. Ako základ na uplatnenie funkcií, jedinec musí mať vášeň, emócie a túžbu na ich uskutočnenie. Limbický systém pridáva toto korenie pozitívnym aj negatívnym spôsobom.

6. Typ ADD „Horiaci kruh“ – namiesto typickej nedostatočnej aktivity prefrontálnej kôry u týchto pacientov možno nájsť kolísanie medzi hyperaktivitou a zabrzdenosťou. Pacienti majú príliš veľa mozgovej aktivity krížom cez celú mozgovú kôru, obzvlášť v gyrus cinguli, parietálných lalokoch, spánkových lalokoch a v prefrontálnej kôre. Na mozgovom scane to vyzerá ako kruh hyperaktivity okolo mozgu. Obraz pripomína oheň obklopujúci mozok – oheň ktorý spaľuje osobu vnútri a tiež každého s kým príde do kontaktu. Podobné SPECT nálezy objavil psychiater Thomas Jaeger z Creightonovej Univerzity v Omahu u bipolárnych porúch. Rozlíšenie bipolárnej poruchy od ADD „ohnivého kruhu“ môže byť komplikované, prevažne pri ADD nie sú typické manické fázy. (Amen, nepublikovaný preklad).

3. Etiopatogenetické činitele

3.1. Koncepcie a modely

Etiologické a patogenetické činitele syndrómu ADHD sa predpokladajú v organických a psychogénnych faktoroch, najčastejšie sa jedná o kombináciu rôznych vplyvov organických a psychogénnych alebo dokonca toxických.

Multifaktoriálna koncepcia vzniku chorôb predpokladá, že pre vznik ochorenia musí byť splnených viacero podmienok. Epidemiologické teórie počítajú s viacerými modelmi:

- model nezávislého pôsobenia príčinných faktorov (pôsobenie faktorov $a_1 \dots a_2 \dots a_3 = Ch$),
- aditívny model ($a_1 + a_2 + a_3 = Ch$),
- kumulatívny model (synergický účinok a_1 a $a_2 = Ch$)
- pravdepodobnostný model ($a_1 \dots P_1 \dots a_2 \dots P_2 \dots a_3 \dots P_3 \dots Ch$).

„Multifaktoriálny klinický obraz výkonnosti, prežívania a správania u jednotlivých detí je určený možnosťami mnohopočetných kombinácií a transformácií biologických a psychologických vplyvov, ktoré v patogenéze každej hyperkinetickej poruchy prebiehajú a možno na ne usudzovať vždy len s určitou pravdepodobnosťou“ (Kotasová, J., 1999, s165).

V koncepcii duševných porúch stojí za zmienku historický aspekt v ktorom sa vyskytoval aj tzv. démonologický model, ktorý predchádzal morálnemu modelu z prvej polovice 19.storočia, ďalej biomedicínsky model, psychoanalytický, defektový model v ktorom je postihnutá osoba chápaná ako nevyliciteľne chorá, rodinný interakčný model, psychedelický model (transcendentálna stránka duševnej poruchy), konšpiračný model (popretie duševnej poruchy) a sociálny model . Sociálny model duševných porúch predpokladá, že duševná porucha zreteľne súvisí so sociálnymi faktormi. Podľa tohto modelu ide o otázky sociogenézy a významu sociálnych faktorov pre vznik choroby. Sociálne podmienky človeka a osobitne človeka s duševnou poruchou sa podieľajú na obraze či klinickom vývoji poruchy a v liečebnom procese majú často rozhodujúci význam (Kafka, J. a kol., 2003).

U ochorení spolupodmienovaných stresom uvádza Baštecký a Beran modifikovane súčasný model aktivačnej hypotézy, ktorý predpokladá existenciu štyroch úrovní stresovej odpovede organizmu. Na prvej úrovni predstavuje stresová udalosť v živote jedinca určitú informáciu, v rámci druhej úrovne je informácia zachytená centrálnym nervovým

systemom, v ňom dochádza k aktivácii kognitívnych odpovedí, vrátane vegetatívnej. Cez retikulárny aktivačný systém dochádza k aktivácii mozgovej kôry a cez ňu sa vyvolávajú vedomé a nevedomé asociácie. V rámci tretej úrovne dochádza k prenosu takto spracovanej informácie tromi sprostredkujúcimi mechanizmami: neurovegetatívne, neuroendokrinné a neuroimunitné. V štvrtej úrovni dochádza najprv k funkčnej a potom organickej poruche cieľového orgánu alebo orgánového systému. Na týchto úrovniach sa dejú potom aj terapeutické intervencie v rámci konkrétneho lekárskeho odboru, psychofarmakologické a psychoterapeutické intervencie. (Baštecký, Beran, 2003)

Mnohonásobné interakcie medzi mozgom, endokrinným a imunitným systémom vedú k vedecky podloženej reorientácii modernej medicíny k holistickému pohľadu, ktorý naznačuje, že slogan „*mens sana in corpore sano*“ je platný aj z opačnej strany, „*corpus sanum per mentem sanam*“. Je stále zrejmejšie, že mnohonásobné interakcie medzi nervovým, endokrinným a imunitným systémom umožňujú zapojenie mozgu do etiopatogenézy oveľa širšieho spektra ochorení, ako sa predpokladalo v minulosti. Predpokladáme, že spektrum týchto ochorení sa v budúcnosti významne rozšíri, a že vznikne nový odbor, „neurobiológia chorôb periférnych tkanív“, ktorý bude na diagnostiku využívať monitorovanie zmien prebiehajúcich v mozgu, ktoré odrážajú priebeh periférnych ochorení. Cieľ terapeutických zásahov by sa následne mohol rozšíriť z oblastí ochorením postihnutých tkanív na vybrané štruktúry mozgu, kde by sa pomocou vhodného ovplyvnenia činnosti CNS mohla dosiahnuť prospešná modifikácia priebehu periférne prebiehajúceho chorobného procesu. (<http://www.centrum-neurobiologie-chorob.sk/neuro-E.HTM>, 16. decembra 2010 14:26:51 Oddelenie klinickej patofyziológie Ústavu patologickej fyziológie Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave)

3.1.1. Hereditárny model

Vychádza zo štúdia prenosu genetických informácií. Gts génu označeného ako génu Tourettovho syndrómu a jeho mutáciám je pripísaný podiel na patogenéze hyperkinetického syndrómu, ale aj ďalších neuropsychiatrických ochorení spojených s generalizovanou dezinhibíciou na úrovni pohybu (napr. Tourettov syndróm), osobnosti (napr. poruchy správania), učenia a pamäti (napr. dyslexia), anxiety (napr. panická porucha), obsedancie a kompulzivity (napr. alkoholizmus, OCD) a iných (napr. exhibicionizmus, kopolália a pod.). Doc. Malá upozorňuje na výskumy Häusera a ďalších

autorov, podľa ktorých genetické mutácie vyvolávajú insuficienciu neurohormonálnej regulácie, ktoré spôsobujú hyperkinetickú poruchu. Uvedené mutácie spôsobujú celkovú rezistenciu k tyreoidnému hormónu, čo sa prejavuje zníženou odpoveďou hypofýzy a periférnych tkanív na pôsobenie štítnej žľazy. (in Kotasová, 1999). Výskumy poukazujú tiež na dôležitosť dopamínových alel. Genetické štúdie dopamínových receptorov objavili zvýšenú incidenciu anomálií dopamínového receptora DRD4 a DRD2 ako aj DAT1. Šerý a kolektív vo svojom výskume potvrdili významný vzťah medzi genetikou polymorfizmu pre dopamínový receptor D2 (DRD2) a ADHD (Šerý a kol., 2003). Hypotéza, ktorá vyplynula z uvedených štúdií predpokladá, že tieto anomálie môžu spôsobovať u pacientov s ADHD anatomické zmeny dopamínových asociačných dráh v mozgu. Literatúra udáva index hereditability ADHD 0,75. Výsledky ďalších štúdií vypovedajú o tom, že viac ako 50% rodín, v ktorých bol u rodičov diagnostikovaný sy. ADHD sa predpokladá jeho výskyt aj u ich detí. (Monastra, J., V., 2004).

3.1.2. Enviromentálny prístup – jedy životného prostredia

Svojho času bývalo v USA populárne nazerať na ADHD ako na dôsledok konzumácie niektorých prísad do jedla ako sú salicyláty, potravinové farbivá a konzervačné prísady. Tento názor má korene predovšetkým v popularite Benjamina Feingolda s tvrdením, že viac ako polovica všetkých prípadov hyperaktivity je výsledkom konzumácie týchto látok, ale mnohé výskumy, ktoré potom nasledovali toto tvrdenie nepotvrdili. Niektoré dôkazy podložené matematickými koreláciami naznačujú, že zvýšené hladiny olova v krvi u detí môžu byť spájané s vyšším rizikom vzniku hyperaktivity a nepozornosti. Tiež sa ukázalo, že v rodinnej anamnéze detí s ADHD sa častejšie vyskytuje fajčenie matky počas tehotenstva než je tomu u kontrolnej skupiny detí (Paclt, Florian, 1998).

3.1.3. Neurobiologický model

Neurobiológia ako širší termín sa používa na označenie tej časti neurovied, ktorá sa venuje štúdiu molekulových a bunkových mechanizmov ochorení nervového systému. V súčasnom poňatí sa neurobiológia chorôb týka prevažne štúdia etiopatogenézy neurologických a psychiatrických ochorení. Experimentálne a klinické pozorovania

naznačujú, že spektrum fyziologických a patologických procesov, ktoré sú riadené, resp. modulované mozgom je oveľa širšie. Údaje z posledných desaťročí naznačujú, že dysfunkcia nervového systému je kauzálne spojená s vývojom rôznych ochorení periférnych tkanív, medzi ktoré patria napríklad kardiovaskulárne, autoimunitné, metabolické a nádorové ochorenia. (<http://www.centrum-neurobiologie-chorob.sk/neuro-B.HTM>, 2010). Pri vzniku príznakov ADHD sa predpokladá význam zmien transmisíí neuromediátorov, najčastejšie dopamínu, noradrenalínu, serotonínu (in Kotasová, 1999). Noradrenalín je zodpovedný za reguláciu psychomotoriky, serotonín za reguláciu nálady, dopamín za zmeny súvisiace s agresivitou, gama-aminomaslová kyselina zasahuje do dejov tlmiacich úzkosť, acetylcholín je nevyhnutný pre udržanie poznávacích a kognitívnych funkcií (Vinař, 1995). Centrum neuropsychiatrických štúdií v Prahe bolo založené v roku 1999 prostredníctvom projektu Ministerstva školstva, mládeže a telovýchovy ČR. Hlavným prínosom projektu je integrácia neurofyziologických, neurochemických, štrukturálnych, kognitívnych, neuroendokrínologických a klinických modelov duševných porúch (Höschl, 2003).

3.1.4. Neurofyziologický model

- vychádza z klasickej predstavy lokalizácie psychických a psychomotorických funkcií v jednotlivých mozgových areách. Príčiny patogenézy hyperkinetickej poruchy sa pripisujú poškodeniu subkortikálnych štruktúr, t.j. bazálnych ganglií, talamických jadier. Tieto podkôrové centrá tvoria spolu s extrapyramídovými dráhami systém regulácie mimovoľných pohybov. Činnosť podkôrových centier je priamo závislá na činnosti mozgovej kôry. (in Kotasová, 1999)

Stermanov model thalamokortikálnej dynamiky (1990) vzťahuje generovanie potenciálov mozgu merateľných na hlave k thalamu tri integrované mozgové aktivity: vigilita, senzomotorická integrácia a kognitívna integrácia. Podľa Stermana vstupné informácie z týchto troch systémov majú vplyv na thalamické oscilačné generátory. Oscilačné stavy v thalame pretrvávajú za predpokladu, že vplyvy, ktoré vznikli na základe kombinácií uvedených troch modalít sú odstránené. Preto nachádzame napr. u niektorých hyperaktívnych detí aj v stave klľudu vysoké amplitúdy SMR rytmu. Ich vysokú senzomotorickú dynamiku udržiava thalamus aj v stave klľudu. Tento obraz je často

typický pre patofyziologické prejavy v EEG rytme u hyperaktívnych detí podobne ako vysokovoltážna alfa a theta aktivita pri otvorených očiach u nepozorných detí.

Lubarova teória neokortikálnej dynamiky publikovaná v r. 1997 vychádza z poznatkov o vzájomných interakciách rozdielnych typov pyramídových buniek šiestich vrstiev neokortexu a nových poznatkov o interakcii týchto buniek s tzv. „talamickými generátormi“, ktoré vytvárajú rezonančné okruhy tak, že lokálne rezonancie v makrokolumnách neokortexu musia pre správne učenie dosiahnuť súzvuk s regionálnymi rezonanciami medzi kolumnami a globálnymi rezonanciami, ktoré sa vyvíjajú medzi separovanými oblasťami fronto - parietálne a fronto – occipitálne pričom do tohto „orchestra“ sa zapájajú aj talamické generátory. (podľa Lubar, J.F.: Neokortikálna dynamika, in Krivulka, P.: Modely, teória a výskum NFT, Modul 6, učebný text Biofeedback a neurofeedback, Úvod do aplikovanej psychofyziológie, Psychotrend, 2003, 77s.)

Abarbanel doplnil Stermanov model thalamo – kortikálnych obvodov a Lubarov model kortiko – kortikálnych obvodov o model neuromodulácie a dlhodobej potenciácie neurónov. Proces LTP (long term potentiation) predstavuje dlhodobé zvýšenie alebo zníženie synaptickej váhy pri učení, ktoré prebieha na excitačných synapsách v kortexte a hypokampe prostredníctvom rôznych transmitterov. (tamtiež)

3.1.5. Neuropsychologický prístup

- chápe ADHD prejavy ako dôsledok narušenia dynamiky priebehu psychickej a psychomotorickej aktivity, ktorého základom je porucha v excitačných a inhibičných procesoch. Toto narušenie môže byť vyvolané organickými alebo psychogénnymi faktormi. Je preukázaný blízky vzťah k poruchám pozornosti. Dieťa má dobré predpoklady pre kvalitné prevedenie pohybového úkonu, všetky funkcie v oblasti aferentných a eferentných systémov sú intaktné, ale dezorganizáciou týchto procesov dieťa nezíska potrebné informácie pre správne prevedenie pohybu vo fáze vytvárania motorickej predstavy alebo nemôže účelne využiť spätné informácie o kvalite úkonu. Podobnú paralelu možno nájsť aj pri gnostických funkciách. (in Kotasová, 1999).

Kognitívna neuropsychológia prináša aktuálne dve najčastejšie uvádzané teórie pozornosti. Teória Triesmanovej predpokladá, že zrak si v ranom veku ukladá niektoré jednoduché a užitočné vlastnosti pozorovanej scény, ktoré môžu uchovať priestorové

vzťahy scény, ale samy o sebe nemajú možnosť využiť informácie v nasledujúcich fázach spracovania. Namiesto toho sústredená pozornosť vyberá a spája predložené charakteristiky v jednotlivých fázach. Neskôr integrovaná informácia slúži na vytváranie a obnovovanie súborov vnímaných objektov. Obsahy súborov sú striedavo porovnávané s popisom uloženým v poznávacej sieti. Pozornosť slúži ako „tmeľ“, ktorý spojí jednotlivé charakteristiky do celku, ktorý je vnímaný a uchovaný v pamäti ako celok. Porucha pozornosti je potom následok nedostatočného spojenia medzi jednotlivými charakteristikami vnímaného. LaBergovo chápanie pozornosti je spracované do teórie triangulárneho obvodu a spája aspekty anatomický, funkčný a vzťah pozornosti k uvedomovaniu a sebauvedomovaniu. Pozornosť chápe autor ako prejav simultánnej mozgovej aktivity v troch oblastiach, ktoré sú spojené do triangulárneho obvodu. Oblasťami sú miesta mozgovej kôry s vyjadrenou pozornosťou, zvýšená aktivácia v talame a v prefrontálnej oblasti riadenia v spojení s motivačným aspektom, ktorý je do obvodu vnášaný štruktúrou bazálnych ganglií. Posner a Raichle (1996) vymedzili pozornostné siete na oblasť správania smerujúceho k cieľu, zisťovaniu chýb a riešeniu konfliktov (sieť exekutívnej kontroly), udržiavanie vigilantného stavu (sieť bdlosti) a oblasť prijímania senzorických signálov (orientačná sieť), Kulišťák, 2003. Posnerovo a Raichleho (1996) vymedzenie pozornostných sietí v troch stĺpcoch talamo – kortikálneho okruhu sa zhoduje so Stermanovým modelom (1990) talamokortikálnej dynamiky.

3.1.6. Psychoanalytický model

- vychádza z predpokladu, že „Ja“ nie je schopné zvládnuť nadmernú excitáciu pudových síl. Konštitučne zvlášť silná pudová výbava zahlcuje „Ja“ indivídua a núti ho k uvoľňovaniu napätia, k zvýšenej aktivite, ktorej zámerné riadenie a integrácia trpia tým viac čím je napätie silnejšie. Novšie dynamické hypotézy hyperaktivity vychádzajú z predpokladu, že hyperaktívne deti trpia ťažkosťami v riadení svojho psychofyziologického vzrušenia, ktoré nedokážu prispôbovať situačným požiadavkám. Príčinou je blokáda interiorizačných procesov vonkajšej regulácie v prípadoch keď matkina starostlivosť je chaotická a neistá (in Kotasová, 1999).

Procesorientovaná psychológia a procesorientovaný prístup dynamickej psychoterapie zaobchádza s rušivými prejavmi ako sú symptómy, choroby a iné problémy ako s procesmi, ktoré sú veľmi dôležité pre kreatívny rozvoj osobnosti ako aj pre budúci vývoj

skupiny či spoločnosti. V tejto súvislosti delí príčiny chorôb na kauzálne a finálne. Kauzálne obsahujú medicínsky aspekt choroby, symptómu alebo syndrómu. Finálne sú tie, ktoré sú obrazom vyvíjajúceho sa procesu a majú špecifický význam. A. Mindel vo svojej knihe „Tiene mesta“ vysvetľuje príčiny vzniku určitých chorôb v potlačení prirodzených procesov, ktoré sú pre jednotlivca alebo spoločnosť dôležité, ale spoločnosť alebo jednotlivec ich odmieta ako nežiadúce. Teória v pozadí predpokladá, že klientove problémy sú podporované nepriamo svetom prichádzajúcim k nemu. Podľa toho, aké choroby s akými príznakmi sa stávajú početnejšími, môžeme odhadovať čo spoločnosť alebo mesto či lokalita ignoruje alebo nevníma. Ak je výskyt porúch pozornosti, učenia a správania narastajúci, procesový dynamický aspekt by bol v predpoklade, že sa spoločnosť stotožňuje s koncentráciou pozornosti, učenlivosťou, dobrým správaním a neakceptuje ich polárne varianty napriek tomu, že všetky tieto procesy sú v spoločnosti prítomné. Potom kvalita nesústredenej a neučiacej sa mysle či nedisciplinovaného správania je nositeľom pokroku a kreatívnych zmien v spoločnosti za predpokladu, že bude správne integrovaná. To znamená priblížiť sa k jedincovi tak, že hľadáme spôsob komunikácie v ktorej pacient zažíva sám seba v danom momente. Vo všetkých prípadoch považuje sa dôležitý sociálny prístup a považuje za dôležité pracovať o všetkými aspektami spoločenskej situácie, ktoré nepriamo súvisia s problémom klienta (Mindell, 1988).

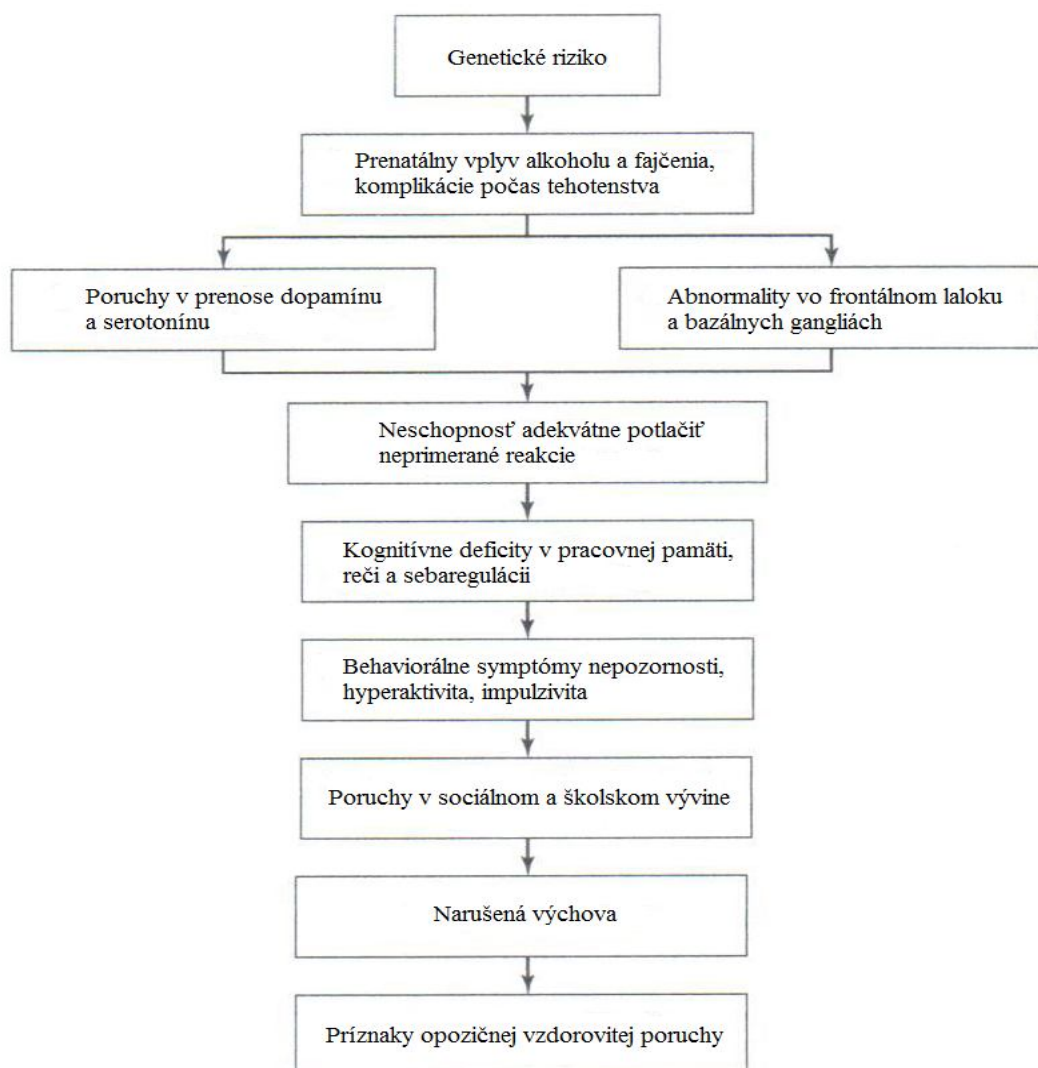
3.2. Globálny pohľad na etiopatogenetické faktory

Súčasný vedecký výskum potvrdzuje významnú interakciu neurobiologických faktorov a environmentálnych rizikových faktorov pre manifestáciu rozličných symptómov ADHD. ADHD je považovaná za chronickú poruchu, správania a vývinu. Jeho kognitívne a behaviorálne účinky zasahujú mnohé oblasti funkcií a preto simplifikácia príčin nie je na mieste. Špecifická príčina nie je známa. Sme skôr na začiatku pochopenia komplexu biologických rizikových faktorov, rodinných vzťahov a vývinových faktorov. Podľa nižšie uvedenej schémy dedičná dispozícia v transmisii dopamínu a serotonínu vedie k funkčným abnormalitám vo frontálnom laloku a v bazálnych gangliách. Alterácia neurologickej funkcie spôsobuje zmeny psychických funkcií vrátane zlyhávania adekvátnej odpovede dieťaťa na podnety. Tieto zmeny dezorganizujú správanie pod obrazom ADHD, vedú k opozičnému správaniu (obr.č.2).

ADHD sa radí k tzv. externalizačným poruchám, ktoré sú charakterizované zmesou hyperaktívneho, agresívneho alebo aj delikventného správania. Zahrňujú rôzne stupne porúch sebakontroly. K tzv. internalizačným poruchám patria poruchy nálady a úzkostné poruchy, extrémne stavy a zážitky, poruchy emočnej regulácie. Početné diskusie o komorbidite, kultúrnych faktoroch, polymorfných príčinách a poruchách vývinu sú platné aj pre mnohé iné poruchy psychiky v detstve. (Stricker, Widiger, 2003)

V súčasnosti sa podiel vplyvu jednotlivých faktorov odhaduje takto : dedičnosť 50-70%, komplikácie počas tehotenstva 30%, neskoršie vplyvy 10% (Tyl.Tylová, 2003)

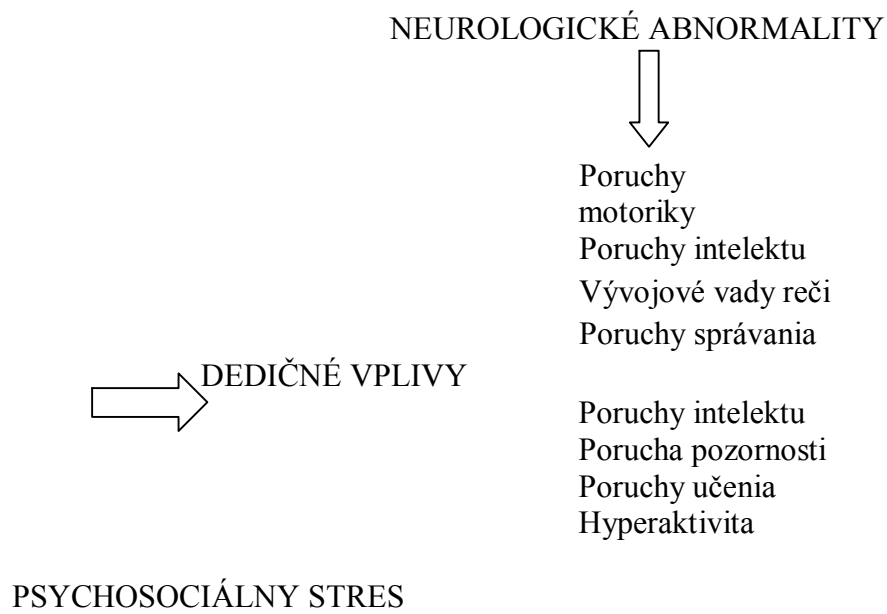
Obrázok č. 2.:



Možný vývin patológie u porúch pozornosti/hyperaktivity

Prelínanie diagnóz na báze mozgovej dysfunkcie predpokladá, že ak niekto trpí určitou dysfunkciou, je pravdepodobné, že trpí ďalšími dysfunkciami. Komorbidný terén schematicky znázorňuje obrázok č. 3 prevzatý z príručky Dr. Tyla a Tylovej pre pedagógov, lekárov a psychológov.

Obrázok č. 3.:



4. Stručný pohľad do psychodiagnostiky

Psychodiagnostický obraz porúch učenia a správania môže byť rôznorodý tak ako je rôznorodý psychopatologický obraz. Psychodiagnostické postupy delíme na klinické (pozorovanie, rozhovor, anamnéza, analýza spontánnych produktov), testové a prístrojové. Prejavy deficitov kognitívnych funkcií sú málokedy izolované, častejšie ide o kombináciu defektov. Podľa Zelinkovej (2003) zhrnúť tieto prejavy deficitov do niekoľkých oblastí:

Zraková percepcia a priestorové orientácia: zámena písmen a číslíc, grafických znakov, pomalé čítanie, problémy v geometrii, pri rozlišovaní útvarov a pomocných čiar, osovej a stredovej súmernosti, nedostatky v orientácii na mape, slabý písomný prejav, v matematických operáciách, problémy s orientáciou na strane, v knihe.

Sluchová percepcia: Nedostatočná sluchová analýza, syntéza a diferenciacia, nepresné sluchové vnímanie deformuje vnímanie a pochopenie hovorenej reči, nediferencovaná reč spôsobí nediferencované myslenie, nepresné vnímanie cudzieho jazyka spôsobí problémy pri opakovaní slov, viet. Z toho vyplynie problém v čítaní, písaní a konverzácií, pripája sa oslabená verbálna pamäť.

Automatizácia : v spojení hláska-písmeno, neskôr pri automatizácii čítania celých slov. Gramatické učivo sa naučia, ale poznatky automaticky nepoužijú musia nad nimi aj po nácvikoch premýšľať. Neschopnosť zautomatizovať slovíčka, slovné spojenia, číslovky, dni v týždni v cudzom jazyku. Nedostatočná automatizácia pohybových schopností spolu s problémami v serialite.

Pamäť - Poruchy krátkodobej pamäti spôsobujú neschopnosť zachytiť práve vypovedané fakty. Pri počítaní z pamäti si musia zapisovať medzisúčty. Pri oslabení pracovnej pamäte, kde je skombinovaná krátkodobá a dlhodobá pamäť, dieťa nedokáže podržať viac informácií súčasne. Pri oslabení dlhodobej pamäti sa musia neustále poznatky opakovať inak ich dieťa zabudne.

Koncentrácia pozornosti - Dieťa sa sústreďí krátkodobo, nedokončí úlohu. Dieťaťu dlho trvá, kým sa začne sústreďiť. Môže nastať kombinácia vyššie uvedených stavov.

Motorika a grafomotorika - Nedostatočný rozvoj grafomotoriky sa môže prejavovať pomalým písaním, ťažkosťami pri opisovaní tvarov písmen. Problémy sa objavujú v predmetoch kde je potrebná aspoň čiastočná zručnosť. Napríklad v geometrii, pri manipulácii s predmetmi, ktorá je východiskom pre chápanie matematických pojmov a

operácií, ale aj na telesnej výchove (Zelinková, 2003 a Prejavy deficitov kognitívnych funkcií, http://www.centrumnadanania.sk/por_sprav_uvod.html, 25. apríla 2011 12:30:58).

V psychodiagnostickom obraze schopností nachádzame často disharmonický scatter výkonov, nerovnomerný vývin schopností a zručností. Často sa stretávame s poklesom performačných schopností oproti verbálnej zložke pri poruchách učenia. Pri poruchách správania môže byť pomer opačný. Pri poruchách správania môžeme tiež častejšie pozorovať dobrý výkon v subteste Zoraďovanie obrázkov pri vyššom performačnom IQ oproti verbálnemu. Kombinácia môže mať vzťah k využívaniu schopnosti predvídať a plánovať bez ohľadu na spoločenské dôsledky plánov a programov správania (Říčan a kol., 1983). Táto diferenciacia sa ale nevyskytuje tak často a typicky, aby sa mohla stať základom diagnostického záveru. Deti so špecifickými poruchami učenia a hyperaktivitou vykázali zníženie hodnôt vo WICS. Najvýznamnejší pokles bol zaznamenaný v tzv. profile POKVO – Počty, kódovanie- Symboly, Vedomosti, Opakovanie čísel. Tento profil je blízky faktoru koncentrovanosti, ktorý bol zistený faktorovou analýzou: Počty + Opakovanie čísel + Kódovanie – Symboly. Pri interpretácii faktoru boli zdôraznené tieto sýtiace veličiny: pozornosť a koncentrácia, schopnosť zoraďovania, krátkodobá pamäť a sluchové pamäťové zložky, numerické schopnosti, aktívne riešenie problémov (Tyl, 2002). Mnohé deti udivujú veľkým množstvom najrôznejších aj keď útržkovitých vedomostí.

Pri psychologickom vyšetrení je potrebné si všímať správanie. Počas vyšetrenia sledujeme:

- psychomotorický neklud,
- hyperaktivita,
- pracovné tempo,
- impulzivita,
- zbrklosť,
- netrpezlivosť,
- nedostatočná vytrvalosť,
- dlhé reakčné časy,
- poruchy pozornosti, rozptýlenosť, nesústredenosť,
- rigidita, perseverácie,
- dráždivosť,
- apatia, útlm,

- zvýšená unaviteľnosť,
- výkyvy výkonnosti,
- neistota,
- vnútorné napätie,
- citová labilita,
- výkyvy nálad,
- negativizmus,
- úzkosť, strach,
- agresivita,
- tiky, manierovanie,
- neurotická inhibícia,
- infantilizmus,
- závislosť,
- familiárne tendencie (in Třesohlavá, Z. 1982).

Medzi základné symptómy hyperkinetických porúch patria poruchy kognitívnych funkcií, poruchy emócií, impulzivita, sociálna maladaptácia bez stenických reakcií. Poruchy pozornosti sa objavujú v oblasti jej distraktability, nepozornosť, ťažkosti s pozornosťou v sluchovom aj zrakovom aspekte, motorická interferencia s gnostickými procesmi a to najmä neschopnosť selekčného procesu, usmernenia pozornosti k podstatným informáciám. Vyskytuje sa porucha analýzy a syntézy, porucha exekutívnych funkcií, t.j. vytváranie, sekvencia a realizácia plánov, vizuospciálne poruchy, poruchy slovnej aj pracovnej pamäti. V motoricko –percepčnej oblasti nachádzame poruchy vizuálne – motorickej koordinácie, neobratnosť, neschopnosť relaxácie alebo inaktivitu, subtilné neurologické odchýlky. (Malá, 2000).

Kolísavý výkon v teste číselného štvorca v kombinácii s kresbou, ktorá zodpovedá nižšiemu veku a dobrá úroveň informovanosti, duševného obzoru indikuje z diferenciálne diagnostického hľadiska mozgovú dysfunkciu. Podľa manuálu je použiteľnosť číselného štvorca 4x vyššia než hodnota e - Bayesovho vzorca ($e = \text{DOI} / (\text{DOI} + \text{Goo} \times 100)$) a 2x vyššia než použiteľnosť zvláštnych ukazovateľov v Kohsových kockách ako je zlyhanie v úlohe 7,8 a 9, neschopnosť napodobniť predlohu v polohe pootočená o 45 stupňov, zamieňanie jednej dvojfarebnej plochy dvoma jednofarebnými, zoradovanie kociek do rôznych formácií bez zachovania štvorcového obrysu danej figúry. Jirásek uvádza tieto ukazovatele mozgovej dysfunkcie:

Podpriemerný výsledok v teste Číselný štvorec (1.-3.sten).....	+ 4
Nadpriemerný výsledok v teste Číselný štvorec (8.-10.sten).....	- 4
Nápaditosti v Kohsovom teste (aspoň 2 zo 4).....	+ 2
Hodnota $e \geq 56$	+ 1
Hodnota $e \leq 47$	- 1

Súčty sa pohybujú v rozmedzí od +7 do -5. Pozitívnym ukazovateľom mozgovej dysfunkcie je hodnota +1 a viac. (Jirásek,1975).

Vekovú vývinovú úroveň kresby ľudskej postavy môžeme štandardne určiť podľa Goodenoughovej testu. V kresbe ľudskej postavy hodnotenej podľa Šturma - Vágnerovej sa porovnáva obsahová stránka, ktorá býva podstatne lepšia ako formálna. V kresbách sa vyskytujú nápadné disproporcie jednotlivých častí tela, pripojenie častí na nesprávnom mieste, zabúdanie podstatných detailov, rigidita, stereotypia, ulpievanie na detailoch, bizarné tvary, primitívne spracovanie, zlá koordinácia ako aj problematické rozloženie kresby na ploche (Vágnerová, Šturma,1982). Môžu sa tiež vyskytovať typické organické znaky podľa Švancarú (1980): sklon postavy, dvojité línie, prerušované línie, známky tremoru, nenaväzujúce línie. Podľa Hárđiho interpretácie možno rozlišovať 6 úrovní resp. šablón kresby postavy , ktoré postupujú od dezorganizovaných čmáraníc, cez úroveň hlavonožca a schémy, paličkovej postavy s hodnotením skupín podľa počtu detailov, schémy so zdvojenými čiarami k takmer realistickej a realistickej kresbe až k elaborovanej kresbe nadpriemernej úrovne. Podľa týchto šablón je možné rozpoznať ustrnutie vývoja detskej alebo dospeljej kresby. Nižšie úrovne vypracovania kresby majú vzťah k patologickým vplyvom, ktoré môžu byť psychogénneho alebo organického pôvodu. (Hárđi,I.,1992).

V Reyovej figúre nachádzame regresiu typu uchopenia, deformácie, rozdiely v kvalite reprodukcie a kópie. Poruchy priestorovej orientácie v kópii majú vzťah k léziám dominantnej aj subdominantnej hemisfére. Pre poškodenie ľavej hemisféry je typické šrafovanie línií v kópii, v reprodukcii sa vyskytujú primitívne celky, chybné umiestnené detaily. Pravostranné poškodenia indikuje nesystematickosť kresby kópie aj reprodukcie, skladanie detailov, dezorientácia, prekryvanie prvkov, neuzatvorené kresby. Znížený výkon v kópii sa môže spájať s redukovanými čitateľskými schopnosťami a poruchami

písomného prejavu. Zlyhávanie v kópii TKF koreluje s narušením jemnej motoriky a zníženými schopnosťami v subteste symboly alebo opakovanie čísel z PDW. Výrazné zlyhávanie v kópii i v reprodukcii pamäti má vzťah k možnému narušeniu matematických schopností. So zreteľom k profilu inteligencie vystupuje zlyhávanie v kópii u väčšiny prípadov vývinových porúch učenia spolu so zníženými schopnosťami v subteste Aritmetika z PDW. Zlyhanie v TKF a subteste Opakovanie čísel z PDW súvisia s uplatňovaním narušeného priestorového faktoru a mnestických funkcií. Znížené predpoklady pre adekvátne uplatňovanie vizuálnej diskriminácie a zvládnutie štruktúry priestorových vzťahov poukazuje na súvislosť v zlyhaní v TKF a Dopĺňovaní obrázkov v PDW. Zlyhanie v TKF korešponduje s pravohemisferálnymi aktivitami – vizuálnou diferenciáciou, priestorovou orientáciou, motorikou a špecifickou štruktúrou intelektových výkonov. TKF má dobrý diferenciálne – diagnostický záber pri poruchách fatických funkcií, dyslexii, dysgraffii. Umožňuje posúdiť úroveň a kvalitu priestorového faktoru špecifických jazykových schopností, úroveň orientácie v zložitej grafickej (symbolovej) schéme s postihnutím hlavných východísk riešenia ako aj úroveň a kvalitu vizuálnej percepcie v rovine zložitých symbolových schém, úroveň a kvalitu vizuálne – motorickej koordinácie, grafomotorickú zrelosť a mieru integrácie vizuálnych vnemov s jemnou motorikou (Košč.,M.,Novák,J.,1997).

Neuropsychologická skúška Test cesty umožňuje diagnostiku porúch učenia u detí vo veku 9-14 rokov. Na základe štúdie Preissovcov je diferenciálne diagnostická validita testu u detí s poruchami učenia jednoznačná prejavmi podstatne horšieho výkonu v časti B pričom výkon v časti A býva len ľahko znížený. Štatisticky významné korelácie na 99,9% úrovni pravdepodobnosti TMT A a TMT B sa zistili s pamäťovým testom učenia, obrázkovým testom učenia, testom verbálnej fluencie, celkovým IQ, vedomosťami, opakovaním čísel. TMT A vykazuje vyššie korelácie so subtestami Wechslerovho inteligenčného testu, TMT B zasa s IQc, IQv a IQn. (Preiss,M.,Preiss,J.,2006).

Pamäťový test učenia možno použiť u detí od 9 do 14 rokov. Dobre mapuje krátkodobú a dlhodobú verbálnu pamäť, schopnosť učiť sa a odolávať interferencii, diagnostikuje organické oslabenie CNS, poruchy učenia u detí a má dobrý diferenciálne- diagnostický záber organických a funkčných porúch pamäti. Krivka učenia umožňuje bližšiu špecifikáciu narušenia schopnosti učenia. (Preiss,M.,1999).

U menších detí môže byť užitočný Kalifornský Test zrkovného vnímania od Marianne Frostig. Test mapuje úroveň vizuálne – motorickej koordinácie, chápania časti a celku,

resp. figúry pozadia, postihnutie tvaru ako aj polohu v priestore a priestorové vzťahy u detí medzi 4. a 8. rokom. (Frostig, M., 1973). Tieto predpoklady sú dôležité pre školské zručnosti, schopnosti správneho čítania, písania, porozumenia písomnej komunikácii a môže predikovať prípadné poruchy. Pre špecifické schopnosti čítať, písať, chápať čítaný text možno využiť G-test, čítací diskriminačný test (Svoboda, M., Krejčířová, M., Vágnerová, M., 2001), ale metódy si vyžadujú reštantizáciu nakoľko majú viac ako 20 rokov staré normy. Matějčekov test obkresľovania predlôh vypovedá o zrelosti motoriky a zrakovej percepcie, môže signalizovať poruchu v zrelosti alebo vo funkcii nervového systému, zachytiť opozdenie percepčne – motorického vývinu a u mladších detí je použiteľný aj ako intelektový screening. Je použiteľný od 5 do 13 rokov, resp. môže diferencovať celý rozsah žiakov ZŠ (Matějček, Z., Strnadová, M., 1974). Hodnotenie vzhľadom na vek noriem (1974) musí byť založené na idiografickom prístupe podloženom praxou a diagnostickým rozhl'adom. Míkov Orientačný test dynamickej praxie vychádza z neuropsychologickej metodiky Luriju a je určený predovšetkým pre deti predškolského veku. Jedná sa o jednoduché motorické úlohy, ktoré sú dobrým screeningom na mozgovú dysfunkciu či poruchy motorických funkcií (Míka, 1982).

Kulišťák odporúča na vyšetrenie pozornosti a ADHD príznakov tieto testy: Číselný štvorec (zvlášť jeho počítačovú variantu), Číselný obdĺžnik, Test koncentrácie pozornosti, Test cesty, Rey - Osterriethova komplexná figúra (TKF), Pražský detský Wechsler, Míkov orientačný test dynamickej praxie (Kulišťák, 2003, str.94)

Osobnostné charakteristiky či komorbidné poruchy, stav emotivity, motivácie, akčnej kapacity, sebaregulácie pri poruchách učenia a správania môžeme psychodiagnosticky zachytiť z objektívnych výkonových testov pozorovaním pri práci, z osobnostných dotazníkov, projektívnych metód, prístrojových metód ako aj z rozhovoru. Eysenckov osobnostný dotazník B-J.E.P.I (Eysenck, H.J., Eysenck, S.B.G., 1994) je dobrým screeningom na patologické odchýlky vo vývine osobnosti vzhľadom k vekovému priemeru vrátane možných dissociálnych tendencií, identifikáciu neurotických tendencií, smerovania akčného potenciálu v dimenzii introverzie a extroverzie ako aj mieru otvorenosti či schopnosti sebareflexie alebo odhalenie dissimulácie prostredníctvom škály L. Mieru anxiózy, depresivity a rozsah psychických problémov môžeme špecifikovať pomocou dotazníkov KSAT, BDI-II, CMAS. Užitočný môže byť aj Connorsov dotazník pre rodičov nazývaný tiež skratkou CPQ alebo PSQ. Jedná sa o pozorovaciu škálu, ktorá sa orientuje na zisťovanie prítomnosti porúch správania, porúch učenia, úzkosti, impulzivity

a hyperaktivity, psychosomatických problémov, perfekcionizmu, dissociálnych behaviorálnych prejavov, svalového napätia. Podobne screeningový Connersov dotazník pre učiteľov, skratka TQ alebo CTQ (Paclt.,I.,Florian,J.,1998, Filip,1997) . Táto pozorovacia škála pre učiteľov môže byť nápomocná pri potvrdzovaní porúch z okruhu hyperaktivity, porúch správania, príznakov porúch pozornosti, pasivity, napätia, úzkosti. Dôležitou súčasťou psychodiagnostiky v oblasti špecifických porúch učenia je aspoň orientačné určenie lateralít oka, nohy a ruky. Môžeme na to využiť neurologické postupy na identifikáciu subtilných príznakov (pohľad jedným okom cez kukátko, hádzanie, skákanie na jednej nohe, kopanie loptičky, strihanie a pod.) alebo napr. skúšku lateralít od autorov Matějček, Žlab, ktorí stanovili tzv. kvocient pravorukosti podľa vzorca $DxQ = (P+A/2)/N$. Počet pravostranných reakcií + polovica tých, ktoré sme hodnotili ako neurčité alebo obojstranné, delené počtom všetkých úloh, ktoré dieťa robilo a násobené 100 umožňuje určenie typu fenotypickej lateralít, ktorá sa porovnáva s genotypickou podľa anamnestických údajov. Platnosť skúšky overoval na deťoch školského veku a aj na deťoch s dyslexiou.

Projektívne techniky delí Lindsey (in Svoboda, 2001) na asociačné (napr. Asociačný experiment, Rorschach), konštruktívne (CAT,TAT), Doplnovacie (Doplnovanie viet, Rosenzweig), výberové a zoradovacie (Lüscher, Antony - Bene) a expresívne (kresba). V našej praxi využívame kresbu rodiny ako základný screening osobnosti a vzťahových schém v rodine, asociačný experiment pri podozrení na konfliktné témy ako zdroj problémov, CATO pri superponovaných vzťahových problémoch alebo Test rodinných vzťahov, Lüschera a Rorschachov test pri zložitejších a hlbších intrapsychických problémoch, citových problémoch alebo pri podozrení na psychotický proces či afektívne poruchy a iné deviácie, prípadne pre psychoterapeutické účely na mapovanie obrán a kompenzačných mechanizmov. Projektívny screening umožňuje Zülligerov test. Pri problémoch s agresivitou alebo zjavných behaviorálnych poruchách používame Hand test, ktorý síce do veku 18 rokov je treba interpretovať s rezervou, ale na vylúčenie alebo potvrdenie je jeho diskriminačná sila dobrá aj u menších detí. Taktiež mapuje interpersonálnu kapacitu, dynamickú stránku osobnosti ako motivačné tendencie, ambície , akčné tendencie, ašpiračnú úroveň a vzťah k examinátorovi.

Z prístrojových testov máme skúsenosť z Vienna test systémom od firmy Schufried. Psychodiagnostický systém VTS má 60 ročnú tradíciu, má distribútorské vzťahy so 65 krajinami na piatich kontinentoch a od roku 2008 distribuuje testy aj do Čiech, Maďarska

a na Slovensko. Moderná technológia firmy Schuhfried zaručuje vysokú objektivitu a bezpečnosť z hľadiska diagnostických omylov. Modul neuropsychologického screeningu obsahuje test fluidnej inteligencie (AMT), test pozornosti (Cognitrone) zachytáva tri dimenzie – energia vs unaviteľnosť, funkčnosť a presnosť), test krátkodobej pamäti (CORSI), determinatívny test – reaktívna stresová tolerancia (DT), testovú batériu možno rozšíriť o moduly pozornosti (bdelosť, sústredená pozornosť, rozdelená pozornosť, vigilancia), modul kognitívnych funkcií (inteligencia, pamäť), modul motorických funkcií a koordinácie (2 HAND test vizuálne – motorickej koordinácie a MLS - jemné motorické schopnosti) . Pre zisťovanie špecifických priestorových schopností a zrakovej predstavivosti je určený test 3D, odráža Thurstonov S - faktor inteligencie, použiteľný je od 15 rokov. Test zrakového vnímania a pamäti (VISGET) je zameraný aj na schopnosť orientácie. Vekové normy sú v rozpätí 17-85 rokov. Test DACT je pôvodne konštruovaný pre personálny výber, ale jeho validita pre percepčnú rýchlosť, presnosť a odolnosť voči chybám ako základné prvky pozornosti umožňuje diagnostikovať percepčné poruchy, napr. dyslexiu v dospelosti (normy od 18 rokov). Test trvá 3 minúty. Ako súčasť batérie na meranie pozornosti je vhodný test reakčného času (RT), ktorý môže byť použitý už od veku 6 rokov. Pre multidimenzionálnu analýzu motivačných tendencií používame semiprojektívny test MMG, ktorý kombinuje projektívny prístup podobný TAT so sebahodnotiacim dotazníkom. Testom získavame kognitívne, afiliatívne , ašpiračné a inštrumentálne charakteristiky motivačných tendencií. Normy boli vypracované na dospelú populáciu. Objektívny test osobnosti AHA môže mať vo vzťahu k prejavom sy. ADHD veľmi dobrú výpovednú hodnotu nakoľko v subteste Porovnávanie povrchov získavame informácie o kognitívnych štýloch v oblasti presnosti a rozhodnosti, impulzivnosti či reflexivnosti. Subtest kódovanie symbolov meria ašpiračnú úroveň v zmysle tendencií k realistickým alebo nerealistickým cieľom a frustračnú toleranciu, ktorá je objektivizovaná mierou do akej na jedinca pôsobí opakovaná negatívna spätná väzba. Subtest Rozlišovanie tvarov meria výkonovú motiváciu.

Výhodou Vienna Test Systemu je, že administrácia obsahuje kompletnú inštruktáž a zácvik, testy sú prevažne adaptívne, t.j. náročnosťou sa prispôbujú testovanému. Prednosťou je tiež relatívne krátke časové trvanie a motivačné položky v testoch. Testy majú preukázanú validitu a reliabilitu, spĺňajú aj náročné psychometrické požiadavky. Uvedené testy ako aj ďalšie boli v roku 2010 adaptované do slovenského jazyka (Schuhfried, 2009/2010).

5. Metódy nápravy

Existuje tzv. päťstupňový model starostlivosti o deti so špecifickými vývinovými poruchami. Najmiernejšie formy možno redukovať priamo v základnej škole v priebehu normálneho vyučovania. Predpokladá to náležitú informovanosť učiteľov základných škôl o týchto poruchách, znalosť niektorých špeciálnych metodík a schopnosť aj ochotu vytvoriť pre dieťa priaznivé prostredie. Na každej základnej škole by mal pôsobiť učiteľ, ktorý je v istom zmysle špecialistom v oblasti týchto porúch a ktorý okrem vlastnej učiteľskej práce pôsobí ako každodenný radca svojich kolegov učiteľov ohľadom detí s vývinovými poruchami. Niektoré základné školy majú špeciálneho pedagóga a niekedy aj školského psychológa. V prípade výraznejších ťažkostí je odborná pomoc zaisťovaná prostredníctvom psychológov a špeciálnych pedagógov. Štvrtú úroveň predstavujú špecializované triedy na základných školách a špeciálne triedy v špeciálnych školách, ktoré pôsobia od šesťdesiatych rokov. Deti s najťažšími poruchami sa liečia v psychiatrických liečebniach a sanatóriách. (Říčan, Křečková, 2008).

Metódy nápravy môžeme deliť na farmakologické a nefarmakologické. K nefarmakologickým patria cvičebné a tréningové postupy, psychoterapia, edukácia a poradenstvo, relaxačná liečba, psychofyziologické sebaregulačné postupy, prístrojové metódy, alternatívna liečba.

Cvičenia pre deti so špecifickými poruchami učenia sú zamerané na :

Rozvoj poznávacích funkcií v oblasti sluchovej diferenciacie reči : sluchová analýza a syntéza reči, rozlišovanie mäkkých slabík di, ti, ni a tvrdých dy, ty, ny, sluchová diferenciacia dĺžky samohlásky, zrakovú percepciu tvarov: rozlišovanie pozadia a figúry, rozlišovanie inverzných obrazcov, priestorovú orientáciu, nácvik sekvencií, postupností, koncentráciu pozornosti, pamäť, rozvoj obratnosti vyjadrovania, rozvoj slovnej zásoby.

K technikám nácviku čítania patria:

- čítanie s okienkom – metóda používaná u detí, ktoré majú veľké problémy s čítaním v kombinácii s precvičovaním kognitívnych schopností,
- metóda dublovaného čítania – využívaná u detí, ktoré majú rozvinutú zručnosť čítania, ale čítajú s chybami, nepresne alebo si domýšľajú,
- metóda globálneho čítania – používaná u detí, ktoré dokážu prečítať jednotlivé slová, ale neustále sledujú jednotlivé písmená a nedokážu postrehnúť ich zhľuky, tým pádom je ich čítanie pomalé,

- Fernaldovej metóda – metóda vhodná okrem dyslektikov aj pre deti, ktoré čítajú pomaly; aplikuje sa u detí s dobre vyvinutou stratégiou čítania, avšak ich čítanie je pomalé alebo sa na čítaný text nedokážu plne sústrediť.

Pre nácvik matematických zručností sa využíva Alternatívny model rozvoja matematickej predstavivosti u detí s dyskalkúliou: alternatívna terapia dyskalkúlie by mala byť zameraná na tri dôležité oblasti, a to: rozvoj priestorovej a seriálnej orientácie, rozvíjanie predstavy určitého množstva prvkov, vytváranie predstavy počtového radu (in Pokorná, 2002).

Medikácia je často kombinovaná s technikami upravujúcimi správanie, založenými na Skinnerovom posilňovaní, s odmenou a trestom. „Time out“ ako základná technika, alebo kognitívno - behaviorálna terapia, ktorá mení detské vnímanie, ak je ich správanie nevhodné. Kognitívno - behaviorálna terapia (KBT) zvyčajne zahŕňa použitie sebastimulácie na udržanie kontroly správania. KBT sa sústreďuje na vzťah medzi myslením, emóciami a správaním. Možno odporúčať objektívnu a štruktúrovanú metodiku Správne myslieť znamená dobre sa cítiť od Petra Stallarda, ktorú preložila Dr. Kata Piačková. Metodika obsahuje príručku, pracovný zošit pre deti a mládež, teoretický úvod na CD. Na stránkach Dyscentra v Liptovskom Mikuláši, ktoré spolupracuje s Dys - centrom v Prahe, vydavateľstvom Tobiáš, Sanvean s.r.o., Kuprog s.r.o., možno získať informácie o literatúre, špeciálno – pedagogických pomôckach, organizovaných seminároch a workshopov pre pedagógov, psychológov aj rodičov.

Jedným z najväčších problémov v upravovaní ADHD alebo ADD je často závažné poškodenie prefrontálneho laloku. Prefrontálne laloky mozgu sú výkonné orgány zodpovedné za rozhodovanie a plánovanie. Hoci nevhodné správanie vyskytujúce sa teraz môže viesť k signifikantným výsledkom v budúcnosti, deti s ADHD/ADD často žijú pre dnešok. Jeden z úspechov behaviorálnej terapie je že výsledky sú výraznejšie a okamžité (napr.: odmena za vykonanú úlohu, možné potrestanie odobrátím odmeny, alebo aplikovanie „time out“ ak sú úlohy nedokončené). Tieto techniky môžu byť účinné za určitých okolností, ale výsledky nemožno generalizovať a je potrebné dennodenné opakovanie. Deti bez ADHD/ADD majú kognitívne štruktúry pre pochopenie prečo neukončovanie úloh je pre nich tak dôležité. Sú viac zainteresované zastaviť nevyhovujúce správanie, ktoré viedlo k potrestaniu, alebo odobratiu odmeny, pretože dokážu plánovať budúcnosť a chápu následky svojho správania. Ďalší nešťastný fakt je že vo veľa rodinách kde sa vyskytuje ADHD/ADD, rodinný systém je výrazne postihnutý správaním dieťaťa, výsledkom môže byť odlúčenie či rozvod. Individuálna psychoterapia je často dopĺňaná

rodinným systémom a inými prístupmi pre deti prežívajúce depresiu alebo deti s problémami prispôsobenia.

Použitie neurofeedbacku na liečbu porúch pozornosti, učenia a správania je zdôvodniteľné jednoducho: Ak sú ADHD a ADD združené s neurologickou či biologickou dysfunkciou, hlavne v kortikálnej oblasti a primárne umocňované funkciou prefrontálneho laloka, výsledkom neurofeedback tréningov je silnejší prenos účinkov odmiern, „time outov“ a iných behaviorálnych prístupov. Potreba medikácie sa znižuje, môžeme preukázať zmenu kortikálnej funkcie. Dlhodobý výsledok neurofeedbacku bol už zdokumentovaný. Preto táto technika, ktorá vedie k normalizácii správania môže tiež viesť k normalizácii neurologickej dysfunkcie u detí s ADHD alebo ADD, môže mať dlhodobé súvislosti v akademickom dosahovaní sociálnej integrácie a celkovej životnej integrácie. Efektivitu EEG biofeedbacku preukazujú štúdie Lubara (1976,1984,1992,1995), Kaisera a Othmera (1997), Rossiter a LaVaque (1995) Monastru (2002), Fuchsa (2003), Levesque (2006), Arns (2009), (in Andrasik 2003). Najnovšia štúdia Dr. Šlepeckého a Dr. Novotného preukazuje, že najčastejšou a najlepšie validizovanou indikáciou EEG Biofeedbacku sú poruchy pozornosti u detí (ADD/ADHD). Tu je efektivita preukázaná na najvyššom stupni 5, t. j. účinná a špecifická (Šlepecký, Novotný, Haase, 2010). Štúdie, ktoré skúmali efekty EEG biofeedbacku, konzistentne preukazujú pozitívne výsledky v rôznych behaviorálnych intelektových, akademických, pozornostných a elektrofyziologických mierach.

Vzhľadom na to, že poruchy majú komplexný charakter aj náprava musí byť komplexná. Repertoár možných príznakov sú desiatky a taktiež početné sú možnosti kombinácie u rôznych jednotlivcov. Doteraz osvedčené piliere nápravy sú: farmakoterapia, EEG Biofeedback, logopédia, metódy poradenskej psychológie a špeciálnej pedagogiky, psychoterapia. Prevencia by mala byť robená už v predškolskom veku aby sa predišlo problémom v škole. Znamky porúch ADD/ADHD možno pozorovať už vo veku 4-5 rokov, taktiež aj v EEG vyšetrení. Pozoruhodné výsledky prináša prenatálna prevencia – tzv. prenatálne učenie – metódy špecifickej stimulácie plodu v tehotenstve podporovaním zrenia nervového systému prostredníctvom presnej zvukovej stimulácie. 60 tisíc prípadov účastných uvedenej prevencie v USA nezaznamenali žiadny výskyt príznakov ADD/ADHD. Takto stimulované deti sa rodia bez plaču, začínajú skôr hovoriť a chodiť ako ich vrstovníci. Vo veku 5-6 rokov bol u nich zistený priemerný inteligenčný kvocient 120-150. (Tyl, Tylová, 2003)

V oblasti farmakoterapie sú osvedčené (vedecká hodnota 6 – štandardne používané) piliere liečby ADHD stimulanciá, sympatomimetiká, thymoleptiká, trankvilizéry/neuroleptiká, alfa2 adrenergní antagonisti ako napr. klonidín (Drtílková, 2003, Tyl, Tylová, 2003). Ovšem je treba počítat' aj s vedľajšími účinkami liečby, ktoré podľa výsledkov výskumu Ptáčka a kol. zo psychiatrickej kliniky v Prahe môžu meniť antropometrické charakteristiky detí s ADHD najmä v oblasti ukazovateľov stavu výživy – podiel telesného tuku, hodnota BMI, telesnej hmotnosti, obvodu brucha a ruky (Ptáček a kol., 2008). Presvedčivé výsledky sú zdokumentované aj kontrolovanými štúdiami (vedecká hodnota 5-6) v oblasti behaviorálnej terapie a oligoantigénnej diéty, thyreoidálnych preparátov u pacientov s abnormalitami T. Vedecký stupeň 4 (požiadavka doplnenia aspoň jednej kontrolovanej štúdie) bola v roku 2003 priradená metódam desenzibilizácie a enzymoterapie z dôvodu senzitivity postihnutých ADHD na potraviny a EMG Biofeedback, relaxačný nácvik, meditácie. EEG Biofeedback je v práci Dr. Drtílkovej v roku 2003 zaradený do skupiny 3 (sľubná metóda bez dostatku kontrolovaných štúdií) spolu s masážou, vestibulárnou stimuláciou, zrkadlovým feedbackom, čínskymi bylinami, Dimethylaminoethanolom (DMAE) a suplementáciou esenciálnych mastných kyselín. Sľubné, ale neoverené (stupeň2) boli metódy laserovej akupunktúry, L - karnitín, suplementácia zinku a magnézia pri ich deficite, detoxikácia olova (pri $Pb \geq a\check{z}$ stupeň4). Pravdepodobnosť účinku bez pilotných dát (stupeň1) sa predpokladalo u antitymolytickej liečby, homeopatickej liečby, bylinnej liečby, bez účinku (stupeň 0) vitamíny, eliminácia cukru, suplementácia aminokyselín. EEG Biofeedback, vestibulárnu stimuláciu a špecifický percepčný tréning ako aj rastlinné prípravky, esenciálne mastné kyseliny, akupunktúru a iné zaraďuje Drtílková v roku 2003 k dostatočne nepodloženým metódam na liečbu ADHD. (Drtílková,2003, str.322).

Účinnosť neurofeedback terapie na ADHD môže byť vysvetlená na týchto úrovniach:

- účinok neurofeedback tréningu na hyperaktivitu, poruchy pozornosti a kognitívne poruchy, poruchy učenia objavil Serman v polovici 70. tych rokov,
- Lubar a Bahler publikovali sériu prípadových štúdií,
- Lubar a Shouse uskutočnili v roku 1976 slepú štúdiu u dieťaťa s poruchou pozornosti s hyperaktivitou liečeného psychostimulanciami,
- v roku 1981 Lubar a Deering, detský neurológ, spolupracovali na vydaní knihy, ktorá hodnotila výskum a klinické skúsenosti s neurofeedbackom na redukciu hyperaktivity a zlepšenie pozornosti,

- v roku 1984 Lubar a Lubar robili experiment so šiestimi 10 až 19 ročnými chlapcami s ADHD, ktorí boli zaradení do školského programu cvičení čítania, písania, riešenia aritmetických úloh,
- v troch samostatných experimentoch Lubar so spolupracovníkmi vyhodnotil účinnosť neurofeedback terapie u 42 detí a dospelých s diagnózou ADHD,
- ďalšie štúdie Lubara, Tansey v rokoch 1985-1996 potvrdili zlepšenie pozornosti, školských výkonov, IQ aj behaviorálnych ukazovateľov posudzovaných rodičmi a učiteľmi po neurofeedback terapii,
- Linden so spolupracovníkmi potvrdili tieto nálezy v kontrolovanej štúdii, ktorá skúmala účinky neurofeedback terapie na kognitívne funkcie a správanie u 18 detí s ADHD vo veku 5-15 rokov,
- empirická úroveň, založená na pozorovaniach, že zvýšenie Theta/beta pomeru koreluje so symptómami u detí s ADHD pričom zníženie theta/beta pomeru je výsledkom neurofeedback tréningu, čo koreluje s úbytkom príznakov ADHD,
- pacient sa v neurofeedback tréningu učí neuromodulačnej kontrole nad neurónovými sieťami zodpovednými za sprostredkovanie pozornosti,
- jav dlhodobej potenciácie neurónov (Abarbanel) vedie k stabilizácii a zlepšovaniu procesov pozornosti,
- profesor Silberstein objasnil generovanie EEG mozgovej aktivity vo vzťahu k neokortikálnej dynamike
- profesor Serman priniesol údaje o funkčnej korelácii EEG a dôsledkov neurofeedback tréningu,
- profesor Lubar vo svojej štúdii o neokortikálnej dynamike objasnil možné mechanizmy pôsobenia neurofeedbacku,
- významným zdrojom v porozumení neurofeedbacku je Abarbanelova štúdia o vrátkových obvodoch, stavoch a rytmoch (Duff, Braithwaite, 2002).

Niektoré ďalšie štúdie efektívnosti EEG Biofeedbacku pri liečbe ADHD sú dostupné okrem pôvodných zdrojov aj na stránkach Slovenskej asociácie pre biofeedback a neuroterapiu: <http://www.biofeedback.sk/vzdelavanie/>.

Jedná sa najmä o nasledovné štúdie:

Fuchs, Birbaumer a kol: Liečba porúch pozornosti a hyperaktivity u detí a porovnanie s methylphenidátom (2003), Strehl, Leins a kol: Sebaregulácia pomalých kortikálnych potenciálov – nová liečba u detí s poruchami pozornosti a hyperaktivitou (2006), Arns, de

Ridder a kol: Neurofeedback liečba u ADHD. Metaanalýza efektov na nepozornosť a hyperaktivitu (2009), Gevensleben, Holl a kol: Je neurofeedback účinnou liečbou pre ADHD?, randomizovaná kontrolovaná štúdia (2009), Lévesque, Beaugard a kol: Efekt neurofeedback tréningu na neuróny selektívnej pozornosti u detí s poruchami pozornosti a hyperaktivitou (2006), Drechsler, Straub a kol: Kontrolovaná štúdia neurofeedbacku pomalých kortikálnych potenciálov u detí s poruchami pozornosti a hyperaktivitou (2007), Connors. Shuster a kol: Zhodnotenie kognitívnych, kognitívne-behaviorálnych a neuronálnych intervencií pri poruchách pozornosti a hyperaktivite (2007), Monastra, Lynn a kol.: EEG Biofeedback v liečbe porúch pozornosti a hyperaktivity (2005).

MUDr. Stožický a Mgr. Cagaš, Bc. Čavnická vo svojom poster: „Je EEG - biofeedback efektívni metódou nápravy hyperkinetických poruch?“ odporúčajú pre praktických klinikov EEG Biofeedbacku u ADHD vzhľadom k doterajšiemu experimentálnemu statusu liečby EEG biofeedbackom podporovať komplexné poňatie starostlivosti o deti s ADHD vrátane šetrného uplatnenia medikácie (teda spolupráce so psychiatrom), ktorá je niekedy laickou verejnosťou zbytočne a neodôvodnene demonizovaná. Doporučujú používať vhodné sugescie a inštrukcie k správne mu priebehu EEG biofeedback tréningu, skúšať relaxačné a kognitívne - aktivizujúce postupy (Cagaš, Stožický, 2006). Stanovisko komplexného prístupu k liečbe ADHD zastáva aj Amen. Okrem medikamentózne j liečby využíva biofeedback, audio – vizuálnu stimuláciu, edukáciu o optimalizácii života s ADD, vytváranie pozitívneho správania, rodinné pravidlá so stanovením hraníc, odmeňovací systém, metódu prerušenia (timeout) pri nedodržaní pokynov a neuposlušnutí príkazu. Amen doporučuje prestávku od vydania príkazu alebo pokynu rovnú veku dieťaťa v minútach alebo dvojnásobok v ťažších prípadoch. Ide aj o myšlienku výchovy k hodnote „svedomia“ požiadavkou ospravedlnenia za nevykonaný príkaz a jeho následné vykonanie. Zameriava sa tiež na školské prostredie a vyučovacie prostredie. Venuje sa kontrole dysfunkčných myšlienok, dychovým cvičeniam, relaxácii, autohypnóze. (Amen, nepubl.)

V oblasti prístrojových tréningových postupov máme skúsenosti so systémom CogniPlus od firmy Schuhfried v Rakúsku. Je jedným z najmodernejších a najkvalitnejších nástrojov na rehabilitáciu. Jednotlivé cvičenia využívajú realistické scenáre, prostredníctvom ktorých klient ľahšie integruje dosiahnutý pokrok do každodenného života. CogniPlus je interaktívny systém, ktorý spoľahlivo rozpozná aktuálnu úroveň klienta a prispôsobí sa jej čo podporuje motiváciu. ALERT je tréningové cvičenie bdlosti so zameraním na

aktiváciu a udržanie pohotovosti k reakcii prostredníctvom zrakových aj sluchových podnetov na najvyššej možnej úrovni. DIVID je tréningové cvičenie na zvýšenie rozdelenej pozornosti. Klient sa má vžiť do úlohy šéfa ochranky na letisku, ktorý má sledovať dianie prostredníctvom viacerých monitorovacích zariadení. FOCUS je tréningové cvičenie zámernej pozornosti. SELECT predstavuje tréning selektívnej pozornosti, t.j. schopnosť reagovať rýchlo a v zhode s príslušnými podnetmi a zároveň sa úspešne vyhnúť irelevantným podnetom. VIGIL trénuje udržanie pozornosti za podmienok pôsobenia monotónnych podnetov. Tréningové cvičenie SPACE zlepšuje priestorovo – zrkovú orientáciu a špecificky rozvíja schopnosť vnímať alebo zachytiť podnety na kontralaterálnej strane zrkového poľa (vhodný napr. pri neglekte). NBACK trénuje pracovnú pamäť. Tréning je navrhnutý ako pexeso. Tréningový program pamäti NBACK preukázal vysokú efektivitu u detí s ADHD (Sturm, 2007).

Považujeme tiež za potrebné zmieniť sa aspoň stručne o metódach individuálnej psychoterapie. KBT sme spomenuli, konkrétnejšie ide aj o postupy pozitívneho posilňovania, nápodoby, vyhasínania, protipodmieňovania strachu, presýtenia, negatívneho nácviku alebo averzívneho podmieňovania môžu byť taktiež nápomocné. Osobne máme dobré skúsenosti pri poruchách správania s metódou kognitívnej sebaregulácie prostredníctvom rečovej regulácie správania podľa profesora Kondáša. Dieťa má každý deň porozprávať o svojom dni tak, aby hovorilo o dobrých skutkoch, ktoré vykonal a tie zlé sa nespomínajú. Ku kognitívnym stratégiám patria tiež techniky navodenia terapeutickú zmeny s podporou sebapozorovania, terapeutické sprostredkovanie skúsenosti a poznania tak, aby dieťa rozpoznalo výhody cieleného rozhodovania a sledovania ďalších krokov. Veľmi užitočná môže byť racionálne- emočná psychoterapia, ktorá vychádza z poznatku, že ľudia zlyhávajú nie v dôsledku stresu zo situácie, ktorej sú vystavení, ale v dôsledku toho ako situáciu hodnotia. Pôsobenie na vnútorné postoje, systém presvedčení z ktorého človek pri hodnotení situácie vychádza môže mať kruciálny význam pre jej zvládnutie. Dynamická psychoterapia môže vniesť svetlo do fyziologických dejov prepojených s emóciami. Taktiež autogénny tréning, progresívna relaxácia, sugestívne metódy a hypnóza môžu značne prispieť k zlepšeniu adaptability. Dôležitý je aj význam rodinnej psychoterapie. (Langmeier, Balcar, Špitz, 1989)

6. Prehľad školskej legislatívy za posledných 25 rokov, koncepcia psychologického a špeciálno – pedagogického poradenstva

Školský zákon č. 186/1960, vystriedal Zákon o sústave základných a stredných škôl č. 29/1984 účinný od 1.9.1984 do 31.8.2008. Zákon číslo 29/1984 mal spolu 20 novelizácií, prvá z nich bola v roku 1988 (188/1988) a posledná v roku 2007 (373/2007). Vyhláška MŠ SR č. 212/1991 Zb. o špeciálnych školách v znení neskorších predpisov (zmeny v 63/2000; 364/2003; 49/2004), ktorá určuje triedy pre žiakov so špecifickými poruchami učenia a správania a špeciálne triedy pre žiakov zmyslovo, telesne a mentálne postihnutých alebo žiakov s chybami reči v základných školách a špeciálne triedy pre zmyslovo a telesne postihnutých žiakov v stredných školách patria do sústavy špeciálnych škôl. Metodické pokyny na hodnotenie a klasifikáciu žiakov so špeciálno-pedagogickými potrebami v bežnej ZŠ vydané MŠ SR, č. 6164/96 – 153 zo dňa 12.12. 1996 s platnosťou od 1. 1. 1997 uvádzajú všeobecné zásady hodnotenia a klasifikácie, zásady a postup pri hodnotení učebných výsledkov, súhrnné hodnotenie a pod. Antidiskriminačný zákon č. 365/2004 – §32a – 32c rieši integrované vzdelávanie v ZŠ a SŠ. Informatívno – metodický materiál k integrácii žiakov so špeciálno-pedagogickými potrebami do ZŠ vydaný MŠ SR, č. 1437/1999 – 4 s účinnosťou od 1. 9.1999 ponúka podmienky a postupy pri integrácii, chronologicky uvádza všetky kroky, ktoré vedú k integrácii počnúc rodičmi žiaka a končiac odbornou-metodickou starostlivosťou o integrovaného žiaka. V Informatívno – metodickom materiáli vydanom MŠ SR, č. 260/1999 – 44 s účinnosťou od 1. 9. 1999 je vysvetlený systém integrovaného vzdelávania, postup pri prijatí zdravotne postihnutého žiaka do bežnej základnej školy a úloha špeciálneho pedagóga, individuálny výchovno-vzdelávací program, spolupráca učiteľa a špeciálneho pedagóga, organizácia práce školského špeciálneho pedagóga vo vyučovacom procese, výchovno-terapeutické úlohy školského špeciálneho pedagóga, jeho spolupráca s rodičmi zdravotne postihnutých žiakov, úloha školského špeciálneho pedagóga pri úprave triedy, hodnotenie výchovno - vzdelávacích výsledkov zdravotne postihnutého žiaka. Informačno-metodický materiál k prijímaniu žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami do stredných škôl schválený MŠ SR dňa 5. 9. 2000 pod č. 424/2000-44 s účinnosťou od 5. 9. 2000 objasňuje riaditeľom a učiteľom stredných škôl základné pojmy týkajúce sa postihnutia a narušenia, integrácie postihnutých a uvádza platnú legislatívu súvisiacu s integráciou osôb so ŠVVP do bežných škôl. Metodické pokyny k výchove a vzdelávaniu žiakov s vývinovými

poruchami učenia v ZŠ a SŠ schválené MŠ SR dňa 31.8.2004 č. CD-2004-12003/23597-1:095 s platnosťou od 2. 9. 2004 vymedzovali základné pojmy, prijatie žiaka s VPU ako integrovaného žiaka do ZŠ a SŠ, o organizáciu výchovy a vzdelávania v špeciálnej triede pre žiakov s VPU, individuálnu integráciu žiakov s VPU v ZŠ a SŠ, dokumentáciu žiaka, individuálny vzdelávací program, podmienky hodnotenia a klasifikácie žiaka s VPU. Tento metodický pokyn bol zrušený Smernicou č.2/2009. Metodický pokyn na riešenie metodického riadenia výchovy a vzdelávania žiakov so špeciálnymi výchovnými potrebami vydaný MŠ SR dňa 11. júla 2002 pod číslom 816/2002-4 s účinnosťou od 1. júla 2002 definuje kto je žiakom so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami a zároveň upozorňuje, že krajský úrad poskytuje pre školy a školské zariadenia vo svojej územnej pôsobnosti metodickú a poradenskú činnosť v oblasti výchovy a vzdelávania, distribúciu smerníc, metodických pokynov, usmernení a ďalších materiálov súvisiacich s výchovou a vzdelávaním týchto žiakov. Podľa Metodického usmernenia č. 3/2006 – R k realizácii školskej integrácie žiakov so ŠVVP v ZŠ a SŠ z 24. 1.2006 a s účinnosťou od 10. 2. 2006 postupovali ZŠ, ŠŠ a poradenské zariadenia, ktoré zabezpečovali školskú integráciu. Záznam o evidencii individuálne integrovaného žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v základnej a strednej škole je od 1. 3. 2006 zrušený. Metodický materiál k integrácii vydaný Štátnou školskou inšpekciou bol aktualizovaný 30. 8. 2006. V materiáli sú zadefinované základné pojmy súvisiace s integráciou, výchova a vzdelávanie detí so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v špeciálnej triede materskej školy a formou individuálnej integrácie. Metodické usmernenie č. 3/2006 – R z 24. januára 2006 k realizácii školskej integrácie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v základných školách a stredných školách taktiež Smernica č. 2/2009-R MŠ SR zrušila. 1. 9. 2005 MŠ SR schválilo: Metodické pokyny na zaradovanie detí do špeciálnych výchovno-vzdelávacích programov pre intelektovo nadaných žiakov pod č. CD-2005-19376/26377-1:091, Informačno-metodický materiál k organizácii výchovy a vzdelávania integrovaných intelektovo nadaných žiakov v 1. – 4. ročníku ZŠ pod č. CD-2005-19375/26373-1:091, Výchovno-vzdelávací program žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v základnej škole – program pre intelektovo nadaného žiaka pod č. CD-2005-19373/26374-1:091. Metodické pokyny k nadaným deťom boli aktualizované v roku 2008. Podľa §32b ods.1 zákona 29/1984 Zb. v znení sa žiak, ktorý mal byť integrovaný musel zaevidovať v špeciálno-pedagogickej poradni alebo v detskom integračnom centre či v pedagogicko-psychologickej poradni. Toto zariadenie mu po

vykonaných diagnostických vyšetreniach vydalo písomné vyjadrenie k integrácii. Písomné vyjadrenie k integrácii žiaka môžu vydávať len poradenské zariadenia zaradené do siete škôl a školských zariadení. Túto právomoc nemá lekár, školský špeciálny pedagóg alebo školský či klinický psychológ. Pre individuálnu integráciu zákon č. 29/1984 v znení neskorších predpisov stanovoval žiakov s nasledovnými problémami: mentálna retardácia ľahkého stupňa, ľahká mozgová dysfunkcia, ADD,ADHD, telesné postihnutie stredného a ťažkého stupňa – dolná hranica, so sluchovým postihnutím, so špecifickými poruchami učenia s dvojnásobnou výukovou retardáciou. (Kovačiková, 2008 et legislatívny sprievodca integráciou, 2008).

Od 1.9.2008 je v platnosti Zákon č.245 z 22. mája 2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov. V §94 definuje školy, triedy alebo výchovné skupiny pre deti alebo žiakov so špeciálnymi výchovno – vzdelávacími potrebami. Pri výchove a vzdelávaní detí so zdravotným znevýhodnením alebo žiakov so zdravotným znevýhodnením sa postupuje podľa vzdelávacích programov pre

- a) deti a žiakov s mentálnym postihnutím,
- b) deti a žiakov so sluchovým postihnutím,
- c) deti a žiakov so zrakovým postihnutím,
- d) deti a žiakov s telesným postihnutím,
- e) deti a žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou,
- f) deti a žiakov s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami,
- g) deti a žiakov chorých a zdravotne oslabených,
- h) deti a žiakov hluchoslepých,
- i) žiakov s vývinovými poruchami učenia,
- j) žiakov s poruchami aktivity a pozornosti,
- k) deti a žiakov s viacnásobným postihnutím,
- l) deti a žiakov s poruchami správania.

Vzdelávacie programy podľa písmen a) až l) sú súčasťou štátnych vzdelávacích programov.

Školskou integráciou sa v súčasnosti chápe iba individuálne začlenenie žiakov so ŠVVP do školy pre žiakov bez špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb. Školská integrácia/školské začlenenie – pojem školské začlenenie používaný v niektorých paragrafoch

školského zákona je synonymum pojmu školská integrácia, definovaného v § 2 písm. s) školského zákona. Oba pojmy označujú ten istý proces.

V §130 Zákona č. 245/2008 sú definované zariadenia výchovného poradenstva a prevencie v ktorých sa vykonáva najmä najmä psychologická, pedagogická, špeciálnopedagogická vrátane logopedickej a liečebno - pedagogickej činnosti a sociálna činnosť zameraná na optimalizáciu výchovného, vzdelávacieho, psychického, sociálneho a kariérového vývinu detí od narodenia až po ukončenie prípravy na povolanie. Osobitnú starostlivosť venujú deťom so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. Poradenské služby poskytujú aj zákonným zástupcom detí a pedagogickým zamestnancom. Základnými zložkami systému výchovného poradenstva a prevencie sú zariadenia výchovného, psychologického a špeciálnopedagogického poradenstva a prevencie (ďalej len „poradenské zariadenie“), ktorých súčasťou je: centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, centrum špeciálno-pedagogického poradenstva. K ďalším zložkám systému výchovného poradenstva a prevencie patrí výchovný poradca, školský psychológ, školský špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg, sociálny pedagóg, koordinátor prevencie. Ministerstvo školstva metodicky usmerňuje činnosť poradenských zariadení. Poradenské zariadenia metodicky usmerňujú činnosť ďalších zložiek systému výchovného poradenstva v školách. Poradenské zariadenie vykonáva činnosti diagnostické, poradenské, terapeutické, preventívne, rehabilitačné. Poradenské zariadenie možno zriadiť pri najmenšom počte troch odborných zamestnancov. Psychologická činnosť je zameraná najmä na skúmanie, výklad, ovplyvňovanie a prognostické hodnotenie správania detí alebo ich skupín psychologickými metódami, technikami a postupmi zodpovedajúcimi súčasným poznatkom psychologických vied a stavu praxe, psychologické poradenstvo v školských, výchovných, preventívnych a poradenských zariadeniach, psychoterapiu v školských, výchovných, preventívnych a poradenských zariadeniach, používanie psychodiagnostických metód a testov v podmienkach školských, výchovných, preventívnych a poradenských zariadeniach.

6.1. Aktuálna starostlivosť o deti s poruchami učenia a správania v škole

Aktuálne sa starostlivosť o deti s poruchami učenia a správania v školstve riadi: Zákonom NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, Pedagogicko-organizačnými pokynmi Ministerstva školstva Slovenskej republiky, Metodickým pokynom č. 7/2009-R: Zásady hodnotenia žiaka so zdravotným znevýhodnením začleneného v základnej škole, prílohy č.4, Metodickým pokynom č.8/2009 –R na hodnotenie a klasifikáciu žiakov stredných škôl, č. CD 2009-20327/4882-1:192, Vyhláškou Ministerstva školstva Slovenskej republiky č. 282/2009 Z.z. o stredných školách, interným metodickým materiálom Štátnej školskej inšpekcie z roku 2009: Školská integrácia žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami (ŠVVP) a vzdelávanie žiakov so ŠVVP v špeciálnych triedach (2010), Vyhláškou Ministerstva školstva Slovenskej republiky č. 318/2008 Z.z. o ukončovaní štúdia na stredných školách a prílohou k vyhláške č. 318/2008 Z.z. Do kategórie žiakov so špecifickými vývinovými poruchami zaraďujú najnovšie metodické materiály vydané školskou inšpekciou (2010) tieto skupiny žiakov: žiak so zdravotným znevýhodnením, žiak so zdravotným postihnutím, žiak chorý alebo zdravotne oslabený, žiak s vývinovými poruchami, žiak s poruchou správania. Žiak, ktorý sa na základe výsledkov zo psychologického vyšetrenia nachádza v pásme podpriemeru (vrátane tzv. hraničného pásma), nie je žiakom so zdravotným znevýhodnením. Integrovaný /začlenený / žiak so ŠVVP – obidve pomenovania označujú žiaka so ŠVVP, ktorý je v triede základnej školy vzdelávaný podľa individuálneho výchovno-vzdelávacieho programu, ktorý vypracúva škola v spolupráci so školským zariadením výchovnej prevencie a poradenstva; Zákonný zástupca žiaka má právo sa s týmto programom oboznámiť. Školská integrácia sa realizuje v triedach spolu s ostatnými žiakmi školy. Do jednej triedy sa spolu s ostatnými žiakmi zaraďujú z dôvodu zvýšenej náročnosti organizácie vyučovacej hodiny a prípravy príslušnej dokumentácie najviac traja žiaci so zdravotným znevýhodnením. Za každého žiaka so zdravotným znevýhodnením sa počet žiakov v triede znižuje o dvoch. Vzdelávanie žiakov so ŠVVP v špeciálnych triedach základnej školy od 01. 09. 2008 (účinnosť nového školského zákona) nie je formou integrácie žiakov so ŠVVP. Za individuálne začleneného žiaka so ŠVVP je možné považovať žiaka výlučne na základe písomného vyjadrenia zariadenia výchovného poradenstva a prevencie, vyplývajúceho z odbornej špeciálno - pedagogickej a psychologickéj diagnostiky žiaka. Ak žiak nie je klientom zariadenia výchovného poradenstva a prevencie, pred vykonaním jeho

diagnostiky a vydaním písomného vyjadrenia riaditeľ zariadenia výchovného poradenstva a prevencie rozhodne o prijatí žiaka do školského zariadenia. Školské zariadenie výchovného poradenstva a prevencie následne žiaka vedie v evidencii.

Správa špeciálneho pedagóga obsahuje informácie o:

- druhu postihnutia alebo narušenia,
- konkrétnych výchovno-vzdelávacích potrebách žiaka,
- odporúčaných pedagogických postupoch,
- navrhovaných organizačných zmenách výchovno-vzdelávacieho procesu,
- obsahu, rozsahu, a spôsobe poskytovania individuálnej pedagogickej a špeciálnopedagogickej starostlivosti,
- navrhovaných kompenzačných pomôckach,
- návrhu spôsobu skúšania a hodnotenia žiaka,
- dobe platnosti správy z diagnostiky,
- návrhu na formu vzdelávania žiaka.

Správa z psychologického vyšetrenia obsahuje informácie o úrovni:

- všeobecných intelektových schopností,
- špeciálnych intelektových schopností,
- kognitívneho vývinu a kognitívnych procesov (úrovni poznávacích procesov),
- osobnostných vlastností,
- psychomotorických atribútov vrátane grafomotoriky,
- prípadnej psychologickéj starostlivosti,

obsahuje tiež:

- iné súvzťažné údaje, o. i. rozbor nerovnomerných výkonov žiaka vo vzťahu k výchovnovzdelávaciemu procesu,
- informácie o možnostiach nápravy,
- termín najbližšieho kontrolného vyšetrenia,
- návrh na formu vzdelávania žiaka.

Psychologické vyšetrenie dieťaťa nemožno vykonať bez písomného súhlasu jeho zákonného zástupcu, ak zákon neustanovuje inak, napr. občiansky súdny poriadok. Dieťa v zmysle zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov má právo požiadať o pomoc pri ochrane svojich práv aj bez vedomia svojich rodičov. Poskytovanie výsledkov diagnostiky žiakov centrami pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie a centrami špeciálno -

pedagogického poradenstva základným školám – podľa § 7 ods. 3 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov sa súhlas dotknutej osoby nevyžaduje, ak sa osobné údaje spracúvajú na základe osobitného zákona. Školský zákon je z pohľadu zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov osobitným zákonom a podľa § 11 ods. 7 bod 7, 8 školy a školské zariadenia majú právo získavať a spracúvať osobné údaje o žiakoch týchto škôl a školských zariadení týkajúce sa aj mentálnej úrovne, vrátane výsledkov pedagogicko-psychologickej a špeciálnopedagogickej diagnostiky. Z vyššie uvedeného vyplýva, že príslušné školské zariadenia výchovného poradenstva a prevencie nepotrebujú k poskytnutiu výsledkov uvedených diagnostík školám a školským zariadeniam súhlas zákonného zástupcu žiaka.

6.2. Koncepcia psychologického poradenstva

Poradenské zariadenia v školstve (v zmysle Školského zákona č. 350 /1994 v § 46 o výchovnom poradenstve) poskytujú poradenské služby školám, školským zariadeniam a zariadeniam štátnej školskej správy . 1. februára 1957 bola zriadená inštitúcia - Psychologická výchovná klinika - v Bratislave, ktorej cieľom bolo predchádzanie, usmerňovanie a odstraňovanie rôznych porúch správania, ťažkostí v učení a negatívnych javov v sociálnom vývine mladého človeka ako prvá svojho druhu v Československej republike. Súbežne s ňou sa budovalo aj Stredisko pre voľbu povolania ako relatívne autonómne poradenské zariadenie zamerané na pomoc pri profesionálnom rozhodovaní sa žiakov. Postupne začali pribúdať zariadenia v ďalších mestách - od roku 1976 pod názvom pedagogicko-psychologická poradňa.

Odbornú a metodickú koordináciu poradenských zariadení v školstve má na starosti Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie. V súčasnosti na Slovensku funguje 72 pedagogicko-psychologických poradní. V nich pracuje na plný úväzok 543 interných a na čiastočný úväzok 73 externých pracovníkov . Na ZŠ pracuje 22 školských psychológov, ktorí sú zamestnancami poradne. Celkový počet školských psychológov na základných školách je v skutočnosti vyšší vzhľadom na to, že niektoré školy s právnou subjektivitou zamestnávajú na čiastočný úväzok vlastného školského psychológa. (Kopčanová, 2001, Uznesenie vlády č.1193/2001))

PPP ako poradenské zariadenie v zmysle zákona č. 279/1993 Z. z. plní úlohy odbornej pedagogickej a psychologickej diagnostiky, starostlivosti o deti a úlohy poradenstva v

otázkach ich výchovy, vzdelávania, osobnostného a profesijného (kariérového) vývinu. Vykonáva aj preventívno-poradenskú činnosť pre deti. Svoju činnosť uskutočňuje ambulantne v priestoroch poradne a návštevami odborných zamestnancov v školách a v školských zariadeniach. Jednou z úloh sekcie regionálneho školstva je v časovom rozpätí rokov 2007-2015 zabezpečovať a koordinovať spoluprácu a prepojenosť medzi pedagogicko-psychologickým a špeciálno - pedagogickým poradenstvom so sociálnym a právnym, výchovno-vzdelávacím a profesijným poradenstvom.

6.3. Koncepcia špeciálno – pedagogického poradenstva

Špeciálnopedagogickú činnosť v školách vykonáva špeciálny pedagóg. Špeciálnopedagogická činnosť je zameraná najmä na špeciálnopedagogické pôsobenie na zvyšovanie úrovne výchovného a vzdelávacieho prospievania detí špeciálnopedagogickými metódami, technikami. Sociálna činnosť je zameraná najmä na sledovanie a hodnotenie správania detí metódami, technikami a postupmi zodpovedajúcimi súčasným poznatkom sociálnej pedagogiky a stavu praxe, sociálne poradenstvo, socioterapiu, používanie diagnostických metód sociálnej pedagogiky. Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie poskytuje komplexnú psychologickú, špeciálno - pedagogickú, diagnostickú, výchovnú, poradenskú a preventívnu starostlivosť deťom okrem detí so zdravotným postihnutím najmä v oblasti optimalizácie ich osobnostného, vzdelávacieho a profesijného vývinu, starostlivosti o rozvoj nadania, eliminovania porúch psychického vývinu a porúch správania. Zákonným zástupcom a pedagogickým zamestnancom poskytuje poradenské služby. Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie vykonáva okrem činností uvedených v § 130 ods. 8 aj činnosti preventívno-výchovné a odbornopreventívne, metodicko-odborné, tvorbu preventívnych programov. Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie sa môže členiť na oddelenia poradenstva osobnostného vývinu, poradenstva vzdelávacieho vývinu, poradenstva sociálneho vývinu a prevencie, poradenstva v kariérovom vývine, psychoterapie, metodiky výchovného poradenstva, špeciálnopedagogického poradenstva. Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva poskytuje komplexnú špeciálno - pedagogickú činnosť, psychologickú, diagnostickú, poradenskú, rehabilitačnú, preventívnu, metodickú, výchovno-vzdelávaciu a inú odbornú činnosť a súbor špeciálnopedagogických intervencií deťom so zdravotným

postihnutím vrátane detí s vývinovými poruchami s cieľom dosiahnuť optimálny rozvoj ich osobnosti a sociálnu integráciu. Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva sa podieľa na zabezpečovaní kompenzačných, reedukačných a špeciálnych učebných pomôcok deťom, učí ich tieto pomôcky využívať a prehodnocuje ich účinnosť využívania u užívateľa. Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva poskytuje ambulantnú poradenskú činnosť pre deti v rodine, v škole alebo v školskom zariadení vrátane poskytovania odbornej pomoci deťom a pedagogickým zamestnancom terénnym špeciálnym pedagógom a formou krátkodobých pobytov dieťaťa alebo zákonných zástupcov s dieťaťom v tomto zariadení. Odborno-metodickú a materiálno-technickú pomoc odborným zamestnancom centier špeciálno--pedagogického poradenstva a školským špeciálnym pedagógom poskytujú centrá špeciálno-pedagogického poradenstva so súhlasom ministerstva školstva, ktoré sú špecializované na poradenstvo pre deti s určitým druhom zdravotného postihnutia ako zdrojové centrá, a to aj mimo územnej pôsobnosti príslušného orgánu.

V súčasnom období sa špeciálnopedagogické poradenstvo v SR koncepcne opiera o:

- Koncepciu špeciálno - pedagogického poradenstva schválenú MŠ SR pod číslom 68/1998- 44 dňa 15.mája 1998 (príloha č. 3),
- Národný program rozvoja výchovy a vzdelávania v Slovenskej republike v rokoch 2000 až 2015,
- Koncepciu výchovy a vzdelávania detí so zdravotným postihnutím v rokoch 2000 – 2015 schválenej MŠ SR číslo 503/00-44 dňa 18. decembra 2000, do ktorej sa premietla inovovaná verzia Koncepcie špeciálnopedagogického poradenstva z roku 2000.
- Program ranej starostlivosti na zdokonalenie systému raného poradenstva pre rodičov detí so zdravotným postihnutím, detí s viacnásobnými postihnutiami hluchoslepé, viacnásobné postihnutia s mentálnym, telesným a iným postihnutím) a pervazívnymi vývinovými poruchami vrátane súčinnosti praktických lekárov pre deti a dorast so zariadeniami špeciálnopedagogického poradenstva a postupného rozširovania siete zariadení špeciálnopedagogického poradenstva pre rodičov týchto detí – schválilo MŠ SR dňa 10. júna 2002 číslo 313/2002-44 (príloha č. 4) Program ranej starostlivosti bol vypracovaný v spolupráci s rezortom zdravotníctva a zvlášť schválený na úrovni rezortu školstva a rezortu zdravotníctva.

6.3.1. Medzirezortná spolupráca

Vo veciach týkajúcich sa zdravotnej starostlivosti, ochrany a podpory zdravia osôb so špeciálnym výchovnými potrebami sa koncepcia špeciálno – pedagogickej starostlivosti opiera o koncepcie zdravotnej starostlivosti v príslušných odboroch vydané vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva SR ako sú napríklad Koncepcia neonatológie, Koncepcia otorinolaryngológie, Koncepcia ortopédie, Koncepcia liečebnej pedagogiky, Koncepcia ošetrovateľstva, Koncepcia medicíny drogových závislostí, Koncepcia psychoterapie a o metodické a odborné vedenie rezortom zdravotníctva. Opodstatnenie existencie a rozvoja špeciálnopedagogického poradenstva v SR rovnako potvrdzuje skutočnosť, že je predmetom viacerých opatrení uznesenia vlády SR č. 590 z 27. júna 2001, ktorého obsahom je Národný program rozvoja životných podmienok občanov so zdravotným postihnutím vo všetkých oblastiach života každoročne aktualizovaný novým uznesením vlády SR – roku 2006 uznesením vlády SR č. 932 z 8. novembra 2006 (príloha č. 5). Podľa oficiálnych štatistík ústavu informácií a prognóz školstva k 15.9.2006 sa v našom školskom systéme zo širšej kategórie detí so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami vzdelávalo v predškolských zariadeniach a v základných a špeciálnych školách celkovo 46 996 žiakov. Vo vertikálnej rovine by malo poskytovať odborné intervencie a služby všetkým vekovým kategóriám jednotlivcov so ŠVVP, a to od narodenia až po uspokojenie ich špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb, v horizontálnej rovine by malo obsiahnuť všetky druhy a vzájomné kombinácie ŠVVP. Vo vzájomnom priemetu uvedených rovín by sa mala nachádzať problematika vyhľadávania, včasnej diagnostiky a podchytenia jednotlivcov so ŠVVP, individuálna práca s týmito deťmi, odborná pomoc ich rodinám, predškolským zariadeniam, ich príprava pre vstup do školy, aktívna pomoc rodičom a pracovníkom škôl pri výbere optimálneho spôsobu zaškolenia, multidisciplinárne a viaczestne charakterizovaný kompletný poradenský servis deťom, ich rodičom a pedagógom počas celej školskej dochádzky, ako aj v procese výberu povolania a prípravy na povolanie (vrátane vysokoškolskej). Vzťah poradenského zariadenia so svojim klientom by nemal byť ukončený jeho vstupom do života - pracovného pomeru, ale tieto zariadenia by s ním mali udržiavať aj naďalej neformálny kontakt, pomáhať mu pri prekonávaní rozličných životných situácií a aj takýmto spôsobom spätne získavať cenné informácie pre obohatenie a skvalitnenie vlastnej činnosti.

Samotný charakter cieľov a úloh, ktoré špeciálnopedagogické poradenstvo plní, naznačuje, že by jeho zariadenia nemali pôsobiť ako relatívne izolované odborné pracoviská, ale ako otvorené súčasti systému komplexnej starostlivosti o jednotlivcov so ŠVVP. Mali by sa postupne vyprofilovať ako súčasť ich bežného života, ako niečo, čo nebudú chápať ako „zariadenie“, ale ako prirodzené spojenie medzi špeciálnou školou, bežnou školou, zdravotníctvom a každodenným životom. V tomto chápaní sa pôsobnosť zariadení špeciálnopedagogického poradenstva posúva ďaleko za hranice bežného pohľadu na školské zariadenia a stáva sa súčasťou filozofie prístupu k riešeniu základných otázok starostlivosti spoločnosti o jednotlivcov so ŠVVP (CD-2007-1079/2232-1:095, 2007). Národný program výchovy a vzdelávania v Slovenskej republike v rokoch 2000 až 2015 („Milénium“) navrhuje podporiť rozvoj poradenských, servisných a podporných činností pre školu, výchovu a vzdelanie.

7. Demografický a epidemiologický pohľad. Prieskum epidemiologického stavu na Slovensku za posledných 12-15 rokov a prípadové štúdie.

Údaje o výskyte porúch učenia a správania v detskej populácii sa pohybujú v rozpätí 5-6%, asi 3% detí s poruchami učenia a rovnako 3% s poruchami správania. Novšie štatistiky hovoria aj o viac ako 10%. Vzájomný vzťah špecifických porúch učenia a špecifických porúch správania si môžeme predstaviť ako prienik dvoch množín, ktoré sa z väčšej časti prelínajú (Říčan, Křežčová, 2008). Screening Dr. Matějčka, doc. Dystycha a Dr. Tyla v Českej republike na zachytenie príznakov ADD/ADHD u 6000 žiakov 2. triedy základnej školy zistil, že len 66% detí je bez príznakov. 18% detí vykazovalo zreteľné, klinické znaky. Ešte ďalších 16% vykázali subklinické príznaky (Tyl, Tylová, 2003).

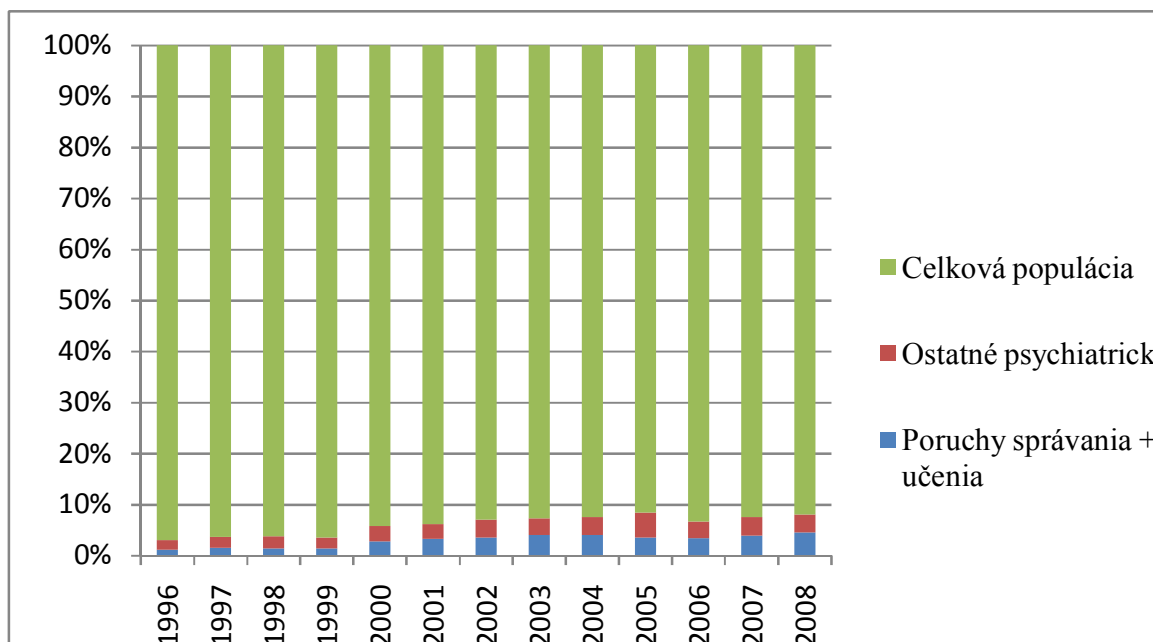
7.1. Metodika práce

Za účelom zmapovania situácie v slovenskej populácii sme sa pokúsili overiť epidemiologický výskyt porúch učenia a správania na Slovensku podľa ročných štatistík získaných z Národného centra zdravotníckych informácií (ÚZIS), Ústavu informácií a prognóz školstva (ÚIPŠ) a štatistického úradu (ŠU SR). Získané údaje sme spracovali graficky a percentuálne. Praktický význam prevencie a liečby porúch aktivity, pozornosti, učenia a správania v detstve pre kvalitu života v dospelosti a tým aj psychický zdravotný stav sme zdokumentovali v dvoch prípadových štúdiách longitudinálneho charakteru.

7.2. Výsledky prieskumu

Podľa obrázku č. 4 a 5, tabuľky č. 1 výskyt psychických ochorení v slovenskej populácii vo veku od 0 do 19 rokov od roku 1996 v porovnaní s rokom 2008 stúpol o 5,64% pričom populačný nárast klesol o 27%. Prudký nárast duševných ochorení je pozorovateľný v roku 2000. Kým v roku 1996 bol výskyt duševných porúch v detstve 3,16%, v roku 2000 to bolo 6,12% a v roku 2008 už 8,8%. Podiel porúch učenia v roku 2008 podľa uvedených štatistických údajov dosiahol 5% detskej populácie.

Obrázok č. 4. Psychická morbidita v populácii detí a dorastu podľa zdravotníckej štatistiky detských psychiatrických ambulancií.



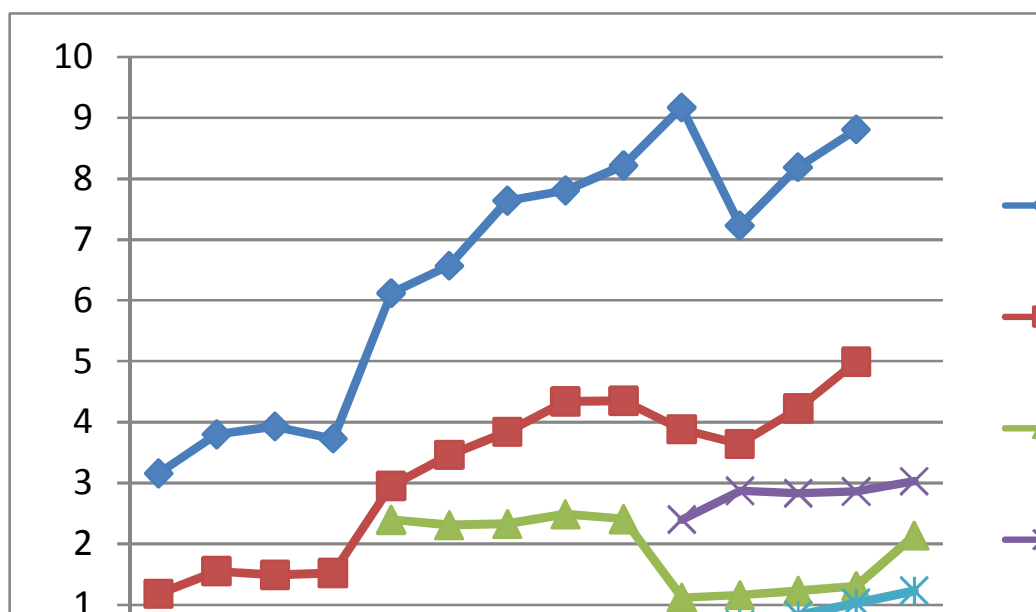
Tabuľka č. 1:

	celková populácia	ostatné psychiatrické diagnózy	poruchy správania + poruchy učenia
rok 1996	1224231	24303	14411
rok 1997	1197040	26898	18576
rok 1998	1195061	29130	17864
rok 1999	1171811	25839	17847
rok 2000	1147100	36431	33822
rok 2001	1115636	34733	38565
rok 2002	1084803	41283	41638
rok 2003	1053453	36567	45741
rok 2004	1021181	39555	44408
rok 2005	1011614	53539	39284
rok 2006	956320	34331	34811
rok 2007	924984	36757	39014
rok 2008	893619	34077	44621

Pokúsili sme sa tiež zmapovať prevalenciu psychických porúch v jednotlivých rezortoch starostlivosti. Ukázalo sa, že detský psychiater ošetruje do 9% detskej populácie s diagnózami psychických porúch, u pediatra sa eviduje okolo 1- 2% duševných porúch v detstve. V centrách pedagogicko- psychologického poradenstva ošetrí okolo 3% a v centrách špeciálno- pedagogického poradenstva okolo 1% detí s poruchami učenia alebo (a) správania. Z celkového počtu psychiatrických ochorení sú asi polovica poruchy učenia a správania, t.j. okolo 5%. Keďže školstvo akceptuje návrhy na individuálne opatrenia od poradenských zariadení zaradených do siete škôl, dá sa predpokladať že potrebné

a efektívne ošetrovanie výukových problémov v škole u detí s poruchami učenia a správania by mohlo chýbať u 2 až 4% detskej populácie ak berieme ako kritérium štatistiku psychiatrických ambulancií. Je otázne či centrá poradensko – psychologické starostlivosti a špeciálne – pedagogické starostlivosti poskytnú potrebnú starostlivosť deťom s poruchami učenia a správania a deťom s ostatnými duševnými poruchami, ktoré sa liečia psychiatricky. Deskriptívna štatistika získaná z jednotlivých rezortov starostlivosti neumožňuje overiť či sa jedná o identickú skupinu alebo o celkom iných jednotlivcov. Z uvedených údajov vyplýva len tá skutočnosť, že psychiatricky diagnostikovaných porúch učenia a správania je viac ako ich je v poradenských zariadeniach (obr.č.5., tab.č.2). Podľa školskej a zdravotníckej legislatívy platia pre tieto deti tak odporúčania školských ako zdravotníckych zariadení. Pre individuálnu integráciu žiaka s individuálnym vzdelávacím programom je potrebné výlučne stanovisko zariadenia v sieti školských zariadení. Praktické skúsenosti sú také, že odporúčania klinických psychológov, ktorí poskytujú zdravotnícku starostlivosť v sieti zdravotníckych zariadení školy neakceptujú aj vtedy ak sa nejedná o integráciu. Osud, budúcnosť a životné uplatnenie spomínaných 1 až 5% populácie je s určitou pravdepodobnosťou neistý. Skúsenosti aj vedecká teória hovoria, že neúspech, frustrácia a stres sú spolu podmieňujúce činitele vzniku a udržiavania psychických porúch. Ide aj o tú skutočnosť, že poruchy učenia a správania majú vysokú komorbiditu a vzniká tu otázka aké sú súvislosti ostatných diagnóz ošetrovaných u psychiatra a aký je ich školský osud. Sme toho názoru, že škola by mala vedieť o psychickom stave svojho žiaka aby mohla rešpektovať jeho individuálne výchovno – vzdelávacie potreby a motivovať ho k optimalizácii školských výkonov aj vtedy ak nebude individuálne integrovaný alebo aj vtedy keď nemá poruchy učenia alebo správania. Je tu aj otázka sekundárnej prevencie čiže predchádzania komplikáciám u vulnerabilných jedincov. Ak uvažujeme v zmysle multifaktoriálneho modelu vzniku ochorení a berieme do úvahy, že škola a školská úspešnosť predstavuje podstatnú oblasť života v detstve a má veľký význam z hľadiska budúceho spoločenského uplatnenia, môžeme predpokladať, že školský neúspech zvyšuje pravdepodobnosť budúceho ochorenia, môže byť jedným z aditívnych, kumulujúcich alebo kritických faktorov vzniku duševnej poruchy, ktorých celkový výskyt v populácii vo veku 0-19 rokov je okolo 9%. Situácia je pri psychických poruchách špecifickejšia ako pri iných zdravotných problémoch hoci aj ostatné zdravotné problémy môžu významne ovplyvniť školskú úspešnosť.

Obrázok č. 5: Prevalencia psychických porúch v jednotlivých rezortoch starostlivosti



Tabuľka č. 2:

	Všetky psych. poruchy v %	Poruchy učenia a správania v % - psychiater	% duševných porúch, ktoré ošetrí pediater	Poruchy učenia a správania v % CPPP	Poruchy učenia a správania v % populácie ŠPP
r. 1996	3,16	1,18			
r. 1997	3,8	1,55			
r. 1998	3,93	1,49			
r. 1999	3,73	1,52			
r. 2000	6,12	2,95	2,4		0,07
r. 2001	6,57	3,46	2,31		0,06
r. 2002	7,64	3,84	2,33		0,13
r. 2003	7,81	4,34	2,49		0,19
r. 2004	8,22	4,35	2,41		0,38
r. 2005	9,17	3,88	1,12	2,4	0,53
r. 2006	7,23	3,64	1,16	2,87	0,68
r. 2007	8,19	4,22	1,23	2,83	0,83
r. 2008	8,81	4,99	1,31	2,86	1,03
r. 2009			2,14	3,03	1,23

7.3. Prípadové štúdie

Vo svojej praxi od roku 1984 sme sa stretli s viacerými klientmi pedagogicko – psychologickkej poradne, ktorí boli v dospelosti v starostlivosti našej ambulancie klinickej psychológie či už za účelom vyšetrenia alebo psychoterapie. Na záver pojednania o det'och s poruchami učenia a správania sme vybrali dva prípady o ktorých máme údaje longitudinálneho charakteru a môžu byť z hľadiska predmetu práce zaujímavé. Rozhodli sme sa pre pacientov, ktorých životy sa spontánne vracajú do toho nášho v spomienkach aj v realite. Ľudia, ktorí prichádzajú a odchádzajú, ale aj po rokoch máte pocit, že sa stali súčasťou vašej osobnej histórie. Máte ten pocit aj keď váš život a ich život plynú svojimi cestami a na stretnutie týchto ciest nemyslíte ani s nimi nepočítate, jednoducho sa udejú a potom rieky životov tečú ďalej svojim smerom. Procesorientovaná psychológia počíta so zákonitosťou takýchto stretnutí a ich významnosťou pre život terapeuta aj klienta a aj preto im chceme poskytnúť priestor na tomto mieste, aby pole, ktoré generujú bolo vyplnené aj týmto spôsobom.

7.3.1. Prípad č.1: Od porúch učenia k schizoafektívnej poruche.

Gabika sa narodila z druhého tehotenstva, predčasne, vážila 1920 gramov a mala 42 cm. V ranom detstve mala časté infekcie horných aj dolných ciest dýchacích, mala prolongovanú kojeneckú žltáčku, trpela chudokrvnosťou, mávala kašeľ s cyanózou. Bola dispenzarizovaná u neurológa pre afektívne kŕče, inak bol neurologický nález v norme. Podľa údajov otca bola neposedná, nadmerne pohyblivá. Raný psychomotorický vývin bol v norme alebo len mierne opozdený, začiatky reči a chôdze okolo 1 a pol roka. Psychologicky bola vyšetrená v roku 1989, mala 7 rokov. Na psychologické vyšetrenie do pedagogicko – psychologickkej poradne prišla na podnet školy. Podľa pedagogickej charakteristiky patrila medzi slabo prospievajúcich žiakov. Pozornosť na vyučovaní bola krátkodobá, nesústredená. Učivo chápala veľmi ťažko a slabo si ho zapamätala. Diktovaný text nezvládala, odpisovala s chybami, nevedela počítat' v obore do 5. Grafický prejav bol na nízkej úrovni. V kolektíve bola tichá a uzavretá. Psychologickým vyšetrením sa zistili rozumové schopnosti v strednom pásme priemeru. Verbálne schopnosti dosahovali horné pásmo priemeru. Vzhľadom k profilu výkonov mala nadpriemernú slovnú zásobu aj úroveň vedomostí a informovanosti. Aritmetické schopnosti zodpovedali testovej úrovni 6

rokov. Neverbálne schopnosti boli priemerné, výkony boli disproporcionálne rozložené. Povahovo mala sklon k impulzivite, vysoké psychomotorické tempo, prejavovala sa hyperaktivita na organickom podklade. V diktovanom texte vynechávala slová, zamieňala písmená. Pojmovo - analytické myslenie bolo na slabšej úrovni. Dieťa nedokázalo rozkladať slová na hlásky a spájať do slov. Kresba postavy bola vývinovo nadpriemerná, obsahová stránka bol mierne lepšia oproti formálnej. V kresbe boli viditeľné divergentné znaky tvorivosti s prognosticky priaznivým významom. Záver psychologického vyšetrenia konštatoval vývinovo podmienené poruchy učenia na báze drobného organického poškodenia mozgu. Bola odporúčaná špeciálne- pedagogická diferenciálna diagnostika porúch učenia s podstatným podozrením na vývinovú dysgrafiú, dyslexiu a miernu dyskalkuliú a špeciálne- pedagogická starostlivosť. Doporučovalo sa krátkodobé zaťažovanie pozornosti, zaradovanie prestávok, skúšanie na začiatku hodiny. Keďže v roku 1989 neexistovala individuálna integrácia osud dievčaťa v škole bol postavený na uvedených odporúčaníach. Medzitým nás osud spojil s jej sestrou Ingrid. Takže odvíjaná niť pokračovala. Ingrid bola asi o 5 rokov staršia ako Gabika. Ukázalo sa, že od pomerne útleho veku sa starala o mladšiu sestru. Rodičia sa rozviedli, matka chodila pracovať do zahraničia a Gabiku nechávala so sestrou. Ingrid trpela depresiami, mala opakované samovražedné pokusy. Tenký ľad na ktorom sa kĺzali obidve sestry Ingu uniesol. Podobne ako jej matka sa po 2-3 rokoch utrpenia, ktoré si hojila aj na psychiatrickom oddelení vytratila do zahraničia a vrátila sa nielen bohatá, ale aj skúsená. V súčasnej dobe doštudovala diaľkovo právo, má krásnu dcérku a vplyvného manžela. S Gabikou sme sa stretli až o 11 rokov od prvého vyšetrenia a to na klinicko – psychologickom pracovisku. Na psychologické vyšetrenie bola odoslaná praktickou lekárkou na vlastnú žiadosť pre bolesti hlavy, zhoršenie prospechu, zmeny v správaní. Navštevovala 3. ročník výukového odboru kuchár – čašník. Na učilišti mala problémy s prospechom, ťažkosti boli najmä v matematike a v ekonomike. Udávala, že ju nepustia ku záverečným skúškam. Začala často odchádzať z domu, zo školy neprišla domov načas, dokonca neprišla domov spať. V noci zle spávala, schudla 5-6 kg. Bola aj agresívna, napadla spolužiačku, vyskakovala do matky, začala byť drzá. Predtým bývala vždy utiahnutá, uzavretá. Rodičia sa medzitým rozviedli. V psychoterapeutickom pohovore priznala, že sú doma rodinné problémy, matka musela ísť do nemocnice, zostala doma s matkiným priateľom, ktorý ju opakovane sexuálne obťažoval. Azyl nachádzala u svojej starej matky s ktorou mala dobrý a blízky vzťah. Vyučila sa v odbore kuchár – čašník, záverečné skúšky nakoniec zvládla úspešne,

na dvojku. Klinicko – psychologické vyšetrenie poukazovalo na poruchy pozornosti. Nálada bola depresívna v rozsahu strednej až silnej depresie. Ostatné psychické problémy dosahovali tiež strednú mieru, zdvihnuté boli markery psychotizmu. Bolo jej odporúčané aj psychiatrické vyšetrenie pre komplikácie v dospievaní s vystupňovaním psychasténie s prítomnosťou schizoidných a paranoidných znakov. V tom roku mala 4 psychoterapeutické sedenia. Absolvovala ústavnú psychiatrickú liečbu s Dg. Emočne nestabilná porucha osobnosti, impulzívny typ. O rok neskôr, v roku 2001 prišla na psychoterapiu s tým, že našla svoju životnú cestu cez hlboký vzťah k náboženstvu. Matka udávala, že asi 1 mesiac je zmenená, nespí, v kuse rozpráva aj sama so sebou. Psychoterapeutické sedenie s pacientkou poukazovalo na prevrátenie vedomých a nevedomých procesov. Je to niečo ako keď si oblečiete kabát naopak a zrazu zistíte, že toto je ten pravý kabát pre vás a aká škoda, že ste ho doteraz nosili lícnou stranou... Všetko čo doteraz nepripúšťala sa stávalo jej vedomou identitou. Búrlivé a afektívne nabité procesy sa prelínali s bizarnými a pseudofilozofickými úvahami. Menila rozhodnutia, ocitala sa v konfliktoch. Bola odoslaná hneď na psychiatrické vyšetrenie pre podozrenie na schizoafektívnu poruchu. V roku 2004, čiže vo veku 22 rokov bola po psychiatrickej ústavne liečbe pre schizotypovú poruchu. Psychóza manifestovala potom ako zomrela stará matka. Náhle videla takú istú ženu ako stará matka na návšteve u kamarátky, nevedela si to vysvetliť, všetko sa jej v mozgu poplietlo, nevedela sa od kamarátky vrátiť domov, museli prísť pre ňu. Psychologickým vyšetrením sa zistili deteriorizačné zmeny rozumových schopností. Neverbálne schopnosti boli v pásme ľahkej mentálnej retardácie, verbálne schopnosti podpriemerné, celkový intelektový výkon bol v hraničnom pásme mentálnej retardácie. V hlbších štruktúrach osobnosti bolo vyjadrené afektívne zúženie, chudobné prežívanie, interpersonálne odcudzenie s komplexovým spracovaním schizoidného poltenia, ťažko rigidný adaptačný potenciál s nedostatočným uchopením reality, sklon k strachu s agresívnou obranou, ktoré obsadzovali emočne – väzbové pole. Pacientka bola invalidizovaná, bol jej priznaný čiastočný invalidný dôchodok. V roku 2005 sa zúčastnila viackrát skupinovej psychoterapie. Sťažovala sa na únavu, prevažne nevychádzala z domu. Voľný čas trávila kreslením. V rámci psychoterapie sme ju viedli k aktivizácii v sociálnej oblasti. Znovu sme sa stretli v roku 2008, t.j. 19 rokov od prvého stretnutia. Prišla na psychologické vyšetrenie za posudkovým účelom. Pokúšala sa pracovať v Čechách pri svojej matke ako pomocná robotníčka pri balení na 4 hodiny. Prácu nezvládala, musela byť hospitalizovaná v psychiatrickej liečebni kde strávila 4

mesiace pre neúplnú remisiu schizoafektívneho ochorenia, t.č. depresívny typ. Následne pokračovalo doliečenie na Slovensku vrátane elektrokonvulzívnej liečby. Intelektovo – mnestické schopnosti boli v hraničnom pásme mentálnej retardácie, pretrvávala deteriorizácia strednej miery, parciálna s pregnantným prejavom narušenia performačných schopností. Verbálne schopnosti dosahovali pásmo populačného priemeru. Podľa Rorschachovho testu bola povahovo introvertovaná a v postojoch jednostranná so zníženou kritičnosťou. Prevládalo vnútorné napätie so sklonom k psychosomatickej reprezentácii. Realitné funkcie boli zúžené. V existencionálnom poli pretrvávali riziká psychotickej dissociácie. V projektívnom teste sa diferencovala organická komorbidita, epileptogénny potenciál. Premietala sa reziduálna depresia po poslednom ataku schizoafektívnej poruchy. V roku 2008 zostala na Slovensku a požiadala o kontinuálnu psychoterapeutickú pomoc. Navrhli sme jej sanáciu EEG biofeedbackom, účasť na skupinovej psychoterapii, individuálnu psychoterapiu a psychogymnastiku. V júni 2008 Elderova škála subjektívnych problémov poukazovala na výraznú dysreguláciu CNS viac vľavo. Predpokladá sa vzťah ľavostrannej dysfunkcie k poruchám učenia z detstva. Podľa závažnosti ťažkostí sa predpokladala potreba 40-70 tréningov EEG Biofeedbacku. Absolvovala 30 EEG biofeedback tréningov, dochádzala na skupinovú psychoterapiu, absolvovala skupinový výlet do prírody a hippoterapiu, relaxačný nácvik, skupinový tréning pamäti. Pacientka je na invalidnom dôchodku, ale jej stav sa stabilizoval. Dokáže bývať vo svojom meste sama, postarať sa o domácnosť, nie je odkázaná na opateru rodiny, ktorá vedie dosť rušný a pre pacientku zaťažujúci život. Predtým aj celý deň prespala, nestihla si nakúpiť a pripraviť jedlo, pozerala TV alebo hrala hry na počítači. Rodina sa o ňu zaujímala, ale vzťahy ju neuspokojovali, bola závislá na matke až do takej miery, že celé dni čakala doma až tri týždne kým sa matka vráti na víkend zo zahraničia. Medzitým zanedbávala starostlivosť o seba aj o domácnosť, nakupovala len v deň príchodu matky. Teraz je schopná zacestovať za matkou alebo za sestrou, stráviť u nich pár dní a potom sa vrátiť domov a pokračovať v bežných denných aktivitách.

Od jej 7 rokov do súčasného veku 29 rokov prešlo 22 rokov komplikovanej životnej histórie, ktorú nám občas premietla ako film v ktorom ste na chvíľu hercom a na chvíľu režisérom a na chvíľu pozorovateľom. Vznik a udržanie psychickej poruchy tejto pacientky súvisí viac s rodinnými podmienkami, školský osud je v pozadí, ale je od začiatku prítomný ako súčasť plejády súvislostí. Jej vulnerabilita daná momentom a okolnosťami jej narodenia sa niesla jej detstvom aj dospelosťou priťahovaná do pozícií

obete neuspokojivých vzťahov a nedostatku bazálnej lásky skončila relatívne šťastným koncom zjazveného vojnového veterána na odpočinku.....

7.3.2. Prípad č.2: Ťažký ADHD sy., zmiešané poruchy správania a emócií, pervazívna vývinová porucha z okruhu autizmu až k podozreniu na psychotické ochorenie z okruhu schizofrénie.

Andreja sme stretli prvý raz v roku 2001 v rámci úväzku v pedagogicko-psychologickej poradni. V tom čase mal 12 rokov. Vzdelával sa podľa individuálneho vzdelávacieho plánu, pre ťažkú hyperaktivitu a poruchy správania nemohol byť vzdelávaný v kolektíve spolužiakov, bol pozbavený povinnosti dochádzať do školy pre neprispôsobivosť. V anamnéze bola výrazná hyperaktivita od veku 3-4 rokov. Bol neurologicky sledovaný, asi od veku 6 rokov aj psychiatricky liečený, o dva roky neskôr bol aj v stacionárnej starostlivosti Centra mentálneho zdravia v Bratislave, hospitalizovaný na Klinike detskej psychiatrie v Bratislave. Podľa údajov matky bola liečba bez efektu. Do nášho regiónu sa presťahovali zo Senca v roku 2001. Psychologické vyšetrenie poukazovalo na ťažkú impulzívne - hyperaktívnu poruchu psychického vývinu s poruchami správania a pozornosti, obsedantne – kompulzívny vzťah k realite, interpersonálnu izoláciu, poruchy regulácie správania, intelekt bol validne nemerateľný pre hyperaktivitu, odhadovaný v medziach priemeru. Jeho matka bola povolaním učiteľka, vychovávala ho sama. Kvôli Andrejovi zostala doma, učila ho všetky predmety v rámci individuálneho študijného plánu, do školy chodil 2x do týždňa v doprovode matky na preskúšanie. Pri kontrolnom vyšetrení v roku 2003 bolo jeho správanie zhoršené. Prospech mal dobrý – šesť jednotiek a dve dvojky. Matka sa sťažovala, že sústavne odbieha od učenia, potom sa učí neskoro do noci, nemá vôľu, nechce sa mu a zároveň chce mať výsledky, behá, nepočúva, neprístojne sa správa, robí hlúposti, pľuje na zem, na koberec. Kontrolné vyšetrenie vyšetrenie zistilo pretrvávajúci nález ťažkého sy. ADHD, ťažké poruchy správania, sociálnu izoláciu s nedostatkom sociálnych záujmov, kompulzívny vzťah k prostrediu. Bol doporučený na prijatie do liečebne- výchovného sanatória v Košiciach – Barči pre deti s poruchami učenia a správania. V roku 2006 prišla matka na naše klinicko – psychologické pracovisko so žiadosťou o pomoc. Bol opakovane liečený v psychiatrickej liečebni, mal diagnózu Zmiešané poruchy správania a emócií, pervazívna vývinová porucha z okruhu autizmu, suspektné psychotické ochorenie z okruhu

schizofrénie. V roku 2005 strávil 5 a pol mesiaca vo vyšetrovacej väzbe lebo napadol starú matku nožom. Podľa údajov matky mal od raného detstva zlé skúsenosti s rovesníkmi, bol terčom výsmechu, bol často bitý. Po návrate z vyšetrovacej väzby sa správanie podstatne zhoršilo. Matka nás prosila o pomoc, nakoľko vraj do Košíc prijatý nebol, potom sa vyhrotili poruchy až do takej miery, že skončil vo väzbe a na psychiatrii strávil naposledy 7 mesiacov. Vrátil sa zo psychiatrie do domácej liečby, takže ho nevie nikam umiestniť, ale ani v domácom prostredí sa s ním nedá vydržať. Matka vytrvalo žiadala o ambulatnú psychoterapiu. Vytrvalo preto, lebo v tom čase 17 ročný chlapec bol neovládateľný. Nemohli sme ho ani chvíľu nechať v čakárni lebo strašil pacientov, búchal, kričal. Pri prvom vstupe na ambulanciu zobral sošku Hippokrata, ktorú sme mali na stole a jedným pohybom ju rozpolil. Pri vyšetrení vŕtal do steny a urobil v nej dieru. Netrúfali sme si na ambulatnú psychoterapiu u tohto chlapca. Matka prosila o biofeedback. Nakoniec sme pristúpili na to, že to s Andrejom skúsime nakoľko nebola iná dostupná liečba, ale jeho aj matku sme upozornili, že terapiu ukončíme ak bude mať tendencie ničiť zariadenie ambulancie. Začiatky boli veľmi ťažké. S Andrejom sme niekoľko mesiacov trénovali len SMR tréning na pravej hemisfére so zameraním na somatopsychickú sebareguláciu. Asi po 5-7 tréningoch dochádzalo ku katarzii kedy Andrej striedavo plakal a smial sa. Kričal: „V base mi cigarety zahášali na čele.... močili mi do úst.....!“ Po 10 EEG biofeedback tréningoch sme znovu odporučili umiestnenie v domove sociálnej starostlivosti nakoľko bol naďalej veľmi hyperaktívny, ale spolupracovať začal. Zaujímali ho rastliny, rád ich sadil, na ambulancii sme mu ako odmenu za dobrý prístup k tréningu pomáhali sťahovať z internetu herbáre, ktoré potom študoval a učil sa naspamäť. Podľa Amenovej klasifikácie sa u Andreja predpokladalo ADD spánkového laloka, ktoré má vzťah k epileptogénnej patológii. Kontrolne vyšetrenie intelektu vykázalo výsledky v hraničnom pásme mentálnej retardácie, verbálna zložka dosahovala podpriemer. Scatter výkonov bol disharmonický, parciálne výkony mal vo variačnom rozpätí populačného priemeru až v pásme ľahkej mentálnej retardácie. Bol slabo orientovaný v praktických záležitostiach života, mal zúžený duševný obzor. V prejavoch správania dominovala hyperaktivita, kompulzívne správanie bez interpersonálnej reflexie. Slabo uchopoval sociálny kontext, mal ešte stále prejavy neželateľnej fyzickej aktivity so zlyhávaním racionálnej regulácie správania. Testy zachytávali stenickú komponentu vo vzťahu k vzdelávaniu. Podľa Rorschachovho testu bol naďalej ťažko rigidný, prežívanie bolo ploché, realitné funkcie boli v dolných medziach normy. Kvalitatívne pretrvávalo morbidné regresívne – magické chápanie dobra a zla so

s celkovým skreslením konceptu. V každodennom živote sa to prejavovalo aj tak, že „nechtiac“ zabíjal mačky a potom sa tým „chválil“ a zároveň trpel úpornými pocitmi viny. Starú matku obliat horúcou kávou lebo ho provokovala, ale tiež ho to veľmi mrzelo....Napriek veľkej matkinej snahe, Andreja neprijali do resocializačného zariadenia, takže zostal našim ambulantným pacientom. Keďže nám opätovoľoval to, že sme mu dali u nás nádej nádejou, že sa postúpime o niečo ďalej zaradili sme ho v rámci našich ambulantných možností do intenzívnejšieho programu starostlivosti. Chodil pravidelne na skupinové psychoterapie kde dostával spätnú väzbu a korekciu aj od pacientov. Jeden z pacientov sa ho ujal a začal s ním chodiť do mesta. Učil ho ako sa správať na ulici pretože neustále vykrikoval a tak značne priťahoval pozornosť. Po niekoľkých týždňoch ambulantného a svojpomocného sociálneho tréningu sme ho vzali na hipoterapiu. Hipoterapeutka podmienila vedenie koňa neustálou prítomnosťou psychológa, takže sme ho viedli na koni dve pričom musel neustále cvičiť aby mal zamestnané ruky aj pozornosť. Ku podivu na koni sa správal mimoriadne disciplinované a s rešpektom. Naďalej pokračoval v EEG biofeedback tréningoch. V júni 2007 mal absolvovaných 42 EEG BF tréningov, resocializačné aktivity v rámci ambulantných možností, hipoterapiu, psychoterapeutické vedenie individuálne aj skupinovo, poučenie a vedenie matky. V tomto období bola už jeho schopnosť sebaregulácie a sebaovládania výrazne zlepšená, v podmienkach skupinovej psychoterapie dokázal adaptívne meniť svoje správanie a s pomocou zvládol adaptívne správanie aj v nechránených vonkajších podmienkach hoci dohľad a vedenie boli naďalej potrebné. Doma bol schopný samostatnej činnosti, matka ho už mohla nechať samého, dokázal aj niečo uvariť, počúval veľa hudbu, zmenil sa. Kontrolné vyšetrenie v októbri 2007 potvrdilo zlepšenie intelektového výkonu do dolného pásma priemeru, výrazne sa zlepšila verbálne – akustická pamäť, zlepšilo sa zrkové vnímanie, postreh, koncentrácia pozornosti, kalkulické schopnosti, celostné vnímanie, chápanie vzťahu časti a celku. Naďalej bol málo zdatný v praktickom úsudku s potrebou vytrvalého sociálneho tréningu. Osobnosť podľa dotazníka EPQ-R a IVE vykazovala len mierne excentrické črty (+1,2 sigma), asociálne tendencie nepresahovali podstatne vekový priemer (+0,5 sigma). Impulzívne tendencie boli mierne zvýraznené (+1,2 sigma), dobrodružnosť zodpovedala vekovému priemeru, schopnosť empatie bola nižšia (-1 sigma). Podľa Rorschachovho testu pretrvával rigidný schizoidný profil osobnosti s polárnym morálnym konceptom, perseveratívnym správaním, ale racionálne- regulačné mechanizmy a sebaovládanie boli zapojené. V správaní boli ešte zvýšené tendencie k sebaapresadeniu hnané úzkostnými

tendenciami v prežívaní, inak sklon k neprimeranej agresii nebol zistený. Podľa Elderovej neurofeedback škály by bola potreba ešte ďalších 20-30 tréningov. Doporučili sme mu sociálne začlenenie aj formou vzdelávania v kolektíve, špeciálne – pedagogické vyšetrenie, psychiatrické vyšetrenie, neurologické vyšetrenie s cieľom postupovať smerom k integrácii na poľnohospodárskom učilišti. Andrej absolvoval 62 EEG BF tréningov, pokračoval 1x do mesiaca v skupinovej psychoterapii a nejaký čas ešte v hipoterapii. Pedagogicko – psychologická poradňa poznajúc jeho anamnézu nebola zvlášť otvorená jeho začleneniu do kolektívu nakoľko mali skúsenosť, že v minulosti napadol aj pracovníkov poradne. Riaditeľ poľnohospodárskeho učilišťa mal vážne obavy z tohto žiaka, ale nakoniec ho na naliehanie matky prijal. Andrej si dokončil 9. ročník, pokračuje v poľnohospodárskom učilišti, vídať ho občas v meste pri nákupoch s matkou. Ku nám už asi posledný rok nechodí na kontroly nakoľko zdravotná poisťovňa dala psychológovi k náhrade prekročený limit zdravotných výkonov, ale máme informácie, že žije naďalej adaptívne. Prvé problémy udáva matka 3 roky po ukončení psychoterapie – Andrej začal prehnane nakupovať. Dosiahli sme jeho návrat do kolektívu z ktorého bol počas povinnej školskej dochádzky dlhodobo vyčlenený poradenskými zariadeniami, ale je to začiatok cesty, ktorú musí ísť ďalej sám...

8. Diskusia

Problematika porúch pozornosti učenia a správania vo svete siaha viac ako 120 rokov späť do histórie a má interdisciplinárny vývoj, ktorý má opodstatnenie a ktorý zdôvodňuje aj súčasnú potrebu komplexného prístupu k problematike. Klasifikácia DSM a ICD (MKCH) má deskriptívny charakter a je veľkou pomocou pri diagnostickej komunikácii, otázná je komorbidita. Diagnostický klasifikačný systém sa nepovažuje za základ pre psychologické poradenstvo či liečbu. Vedecký pokrok priniesol veľa nového poznania, ktoré spoločnosť postupne integrovala tak, aby vytvorila čo najlepšie podmienky pre ich nápravu aj prevenciu. Pôvodnou témou práce boli viac predpoklady o problémoch ich školskej adaptácie a vulnerability. Súvislosti však poukazujú na to, že ide o interakciu tautologického charakteru v zmysle logickej komutatívnosti či implikácie. To či a ako sa určité ochorenie vyvinie, aký bude mať obraz, priebeh alebo odpoveď na liečbu môžu ovplyvniť nezávislé faktory, alebo sa faktory môžu sčítovať, pôsobiť synergicky či pravdepodobnostne. Okrem biomedicínskeho aspektu je treba mať na zreteli najmä sociálne faktory podmnožinou ktorých sú aj rodinne – interakčné schémy. V dnešnej dobe je už málo zastúpenia konšpiračnej teórie, podľa ktorej by sa povedalo „nič mu nie je“, ale pamätáme si na dobu, kedy tento názor vo vzťahu k prejednávanej poruchám dominoval. Podiel pravdy je treba priznať aj defektovému modelu lebo prax ukazuje, že stopy či reziduá vývinovej problematiky vždy môžeme nájsť v celom biodromálnom kontinuu. Toto sa potvrdzuje aj v našich kazuistikách . Transcendentálny význam je cesta, ktorú si musí nájsť každý sám alebo ktorú by mal hľadať aj cestou dynamickej psychoterapie. V procesorientovanej psychológii sa hovorí, že choroba má kauzálny (medicínsky) aspekt a finálny aspekt. Vo finálnom aspekte je filozofický význam ochorenia pre život daného jednotlivca a pochopenie tohto zmyslu povedie k vysporiadaniu sa s ochorením. Čo sa týka terapeutických intervencií uvedené poznatky potvrdzujú potrebu multidisciplinárneho prístupu a tímovej spolupráce odborníkov pridržajúc sa Bašteckého konceptu (2003) intervencie v rámci konkrétneho lekárskeho odboru so zameraním na kognitívne a vegetatívne príznaky, neurovegetatívne, neuroendokrinné a neuroimunitné odpovede organizmu až po sanáciu poškodeného cieľového orgánu alebo orgánového systému, ktorý môže byť určený genotypicky alebo fenotypicky (slabé miesto v organizme). V rámci globálneho prístupu so zameraním na konkrétne lekárske odbory by sme k intervenciám psychofarmakologickým a psychoterapeutickým (Baštecký,2003) uviedli do pozornosti

intervencie psychofyziologické. V rámci nemedicínskych odborov ide aj o špeciálno – pedagogické a sociálne intervencie. Psychologické intervencie považujeme v rámci zdravotníckych povolání za samostatný medicínsky odbor. Čo sa týka školskej legislatívy, tá v súčasnej dobe je voči ADHD deťom humánna a demokratická. Škoda, že to nebolo tak aj predtým. Orientačná štatistická analýza potvrdila našu hypotézu, že oblasť vývoja predstavuje interdisciplinárna spolupráca. Štatistické údaje poukazujú na to, že na psychiatrických ambulanciách sa vyskytne asi o 4% populácie detí s poruchami učenia (a) alebo správania viac ako v špeciálno- pedagogických poradniach a približne o 2% populácie detí viac ako v pedagogicko- psychologických poradniach. Aby sa pomohlo deťom so psychiatrickými ochoreniami v školskej sfére, možno by mali detské psychiatrie aj ambulancie praktického lekára mať sociálneho pracovníka so znalosťami v školskom zákone a metodických pokynoch MŠ, ktorý by zasielal do školy so súhlasom zákonného zástupcu stručné informácie s odporúčaniami, prípadne s podnetmi na dispenzarizáciu v poradenskom zariadení, ktoré jediné je podľa školskej legislatívy oprávnené zasiahnuť do výchovno – pedagogických podmienok žiaka v škole. Takto by škola dostala informácie z prvej ruky a mohla dať podnet na ďalšie riešenie. Problém zapojiť sociálnych pracovníkov by mohol byť tiež v tom, že sociálne intervencie zdravotné poisťovne prevažne nepreplácajú a preto by títo pracovníci museli byť honorovaní zo sociálnych zdrojov. Centrá pedagogicko – psychologického poradenstva mali v školskom roku 2009/2010 90 560 klientov v 72 poradniach na Slovensku. Je to 10,46% populácie vo veku do 19 rokov. Na jednu poradňu pripadá 1258 ošetrení za rok. Centier špeciálno – pedagogického poradenstva je na Slovensku 80. V minulom školskom roku ošetrili v týchto centrách 64 182 klientov čo činí 7,41% populácie do 19 rokov. Na jednu poradňu pripadá 802,3 klientov. Ak by sa počet klientov poradenských zariadení zvýšil o 2 až 4% detskej populácie, t.j. o hypoteticky chýbajúci počet detí s poruchami učenia a správania zo psychiatrie, tak by bol nárast o 17-34 tisíc detí čo činí v prepočte na 152 poradenských zariadení nárast klientely o 111 až 223 detí v jednom poradenskom zariadení. Táto záťaž by mohla byť ešte únosná. Na 1258 klientov za rok v pedagogicko – psychologickkej poradni pripadá v priemere podľa štatistiky 5,1 psychológa, t.j. okolo 247 klientov na jedného psychológa a rok. Na našej klinicko – psychologickkej ambulancii sme mali v roku 2010 2128 ošetrení, ktoré boli vykonané u 670 osôb. Máme jedného psychológa a jednu asistentku, ktorá má v náplni práce administratívnu činnosť a ako absolventka kurzu biofeedback trénera môže vykonať biofeedback tréningy pod dohľadom psychológa.

Čiže na jedného psychológa s pomocou jednej asistentky pripadá 670 klientov za rok, ktorí sú v priemere počas roka ošetrení 3,17 krát Preto predpokladáme, že okolo 1500 klientov na jednu pedagogicko – psychologickú poradňu a rok, t.j. 300 osôb na jedného psychológa a rok by mohlo byť zvládnuteľné bez väčšieho preťaženia. Prehľad o počte zamestnancov v špeciálno – pedagogických poradniach sa nám nepodarilo získať.

Čo sa týka vylúčenia klinických psychológov z odporúčaní pre školu (v metodických pokynoch sa doslova uvádza, že neplatí posudok klinického psychológa) je tu podľa Zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti ako aj podľa Zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve určitá kolízia. Zdravotná starostlivosť zahŕňa: prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu. Prevencia na účely tohto zákona je výchova a vzdelávanie s cieľom ochrany, zachovania alebo navrátenia zdravia osobe, aktívne vyhľadávanie možných príčin chorôb, ich odstraňovanie a predchádzanie vzniku chorôb, vyhľadávanie patologických procesov v ich asymptomatickom období s cieľom liečby, ktorou sa predchádza ich klinickému prejavu, aktívne sledovanie choroby s cieľom predchádzania zhoršeniu zdravotného stavu osoby. Klinický psychológ podľa týchto zákonov tiež určuje liečebný režim, doporučuje potrebné opatrenia, vydáva posudky a potvrdenia. Legislatívne nejde o vylúčenie klinického psychológa z procesu starostlivosti o školské problémy detí so špecifickými poruchami pozornosti, učenia a správania nakoľko všetky odporúčania by mali byť akceptované len integrácia sa má realizovať v školskom poradenskom zariadení, ale ide o taxatívnu generalizáciu zo strany pedagogických pracovníkov, ktorí sa podľa našich skúseností odvolávajú na metodické vymedzenie integrácie aj v prípadoch keď sa o integráciu nejedná alebo nezdierajú spoločný názor s klinickým psychológom na problémy svojho žiaka a odporúčané opatrenia bagatelizujú. V tomto bode by sa žiadalo pracovať na vzdelávaní pedagogických pracovníkov v oblasti porúch pozornosti, učenia a správania nakoľko ich výskyt je dosť vysoký riziká sú ďalekosiahle. Toto je miesto, kde sa stretávajú tri sektory: zdravotníctvo, školstvo, sociálna oblasť a miesto kde by sa spolupráca mohla stať plynulejšou aj prostredníctvom osvojenia si základných podmienok, predpisov a vedomostí zo všetkých troch oblastí u pedagogických pracovníkov, zdravotníckych pracovníkov aj sociálnych pracovníkov. Je tu znovu položený nárok na sústavné vzdelávanie na odbornej úrovni, ale aj na úrovni právneho povedomia. Je tu tiež

nárok na rodičov detí s poruchami pozornosti, učenia a správania, ktorí musia rovnako poznať ochorenie svojich detí a byť poučení o psychohygienických opatreniach ako je to pri iných ochoreniach, ktoré si vyžadujú zmeny v životnom štýle alebo v životospráve a znalosti v oblasti školskej legislatívy sú im tiež užitočné. V mnohých prípadoch sa stáva, že rodič nerozumie problematike a svojou nevedomosťou bráni účinným opatreniam, robí nátlak na dieťa a stáva sa ďalším stresorom v pôsobení na dieťa alebo nevie, že také opatrenia existujú a je bezmocný.

Čo sa týka rodinných podmienok, sú veľmi dôležité a od nich veľa závisí. Aj keď sme neuviedli do popredia v našej kazuistike Gabikine rodinné problémy, v jej prípade zohrali podstatnú rolu. Procesy v rodinách môžu byť silné a odkrytie skrytej dynamiky, ktorá spája jednotlivca s jeho vlastnou rodinou je obsiahnutá v systemickom psychoterapeutickom smere Berta Herllingera. „Každý z nás je svojim spôsobom zapletený“ píše Herllinger (Herllinger, Tenhövel, 2004, str.37). Systemická terapia objavuje existenciu hlbokého puta medzi dieťaťom a jeho rodinou a za najväčšiu hrozbu pre dieťa považuje vyradenie z rodiny. Herllingerovo „Patrím do tejto rodiny a chcem do nej patriť“ je pre dieťa dôležité v každom prípade a preto nie je tak jednoduché byť sudcom alebo kritikom rodinných podmienok. Rodina nespôsobuje ochorenia preto, že sa skladá zo zlých ľudí, ale preto, že v nej pôsobia osudy, ktoré zahrňujú a ovplyvňujú všetkých. Začína to u rodičov, ktorí mali svojich rodičov a každý z nich pochádzal z rodiny s vlastným osudom. To všetko pôsobí aj na novú rodinu. Vďaka putu nesú osudy spoločne. Podľa Herllingera to nie je rodina, ktorá choroby zapríčiňuje, ale hĺbka puta a potreba kompenzácie. Pôsobivá je citácia výroku Mohameda v knižke Rodinné konstelace - objavná síla: „Ak niekto obviňuje v hriechu vlastného brata, nezomrie skôr, kým sa sám nedopustí rovnakého hriechu (Herllinger, Tenhövel, 2004, str.78).

Andrejov prípad bol komplikovaný od raného detstva ťažkou a liečbe rezistentnou hyperaktivitou. V jeho prípade je tu možno práve téma komplexného a individuálneho prístupu, ktorého nadštandardnosť sme síce neobhájili pred zdravotnou poisťovňou, ale pacient sa tesne pred zavŕšením 19 rokov vrátil do školských lavíc, ktoré mu v živote chýbali a prejavovali sa pod obrazom nedostatočnej socializácie. Kazuistika tiež dokumentuje význam neurofeedbacku pri liečbe ADHD nakoľko predpokladáme, že všetky ostatné psychofarmakologické a psychoterapeutické postupy boli v minulosti aplikované prv než bol vylúčený z kolektívu. A je tu aj procesový aspekt, ktorý snád najvýstižnejšie vyjadríme slovami Arnolda Mindella: „Vnútri toho, čo nazývame

problémy, sú cesty, ktoré sme ešte neobjavili. Uvedomenie si momentálnych signálov a pocitov, obrazov a hnutí tú cestu ukazuje“. A.Mindel nám tiež odkazuje: „ Učte sa uvedomovať si životnú cestu“ a „ V probléme sa skrýva jeho riešenie“. (Mindell,2009, str.18., str.201)

Záver

Cieľom práce bolo spojiť svoje empirické skúsenosti so špecifickými poruchami učenia a správania ako aj poruchami pozornosti s vedeckými poznatkami, ktoré prináša literatúra do uceleného obrazu aktuálneho stavu problematiky prostredníctvom komplexnejšieho aj historicky spracovaného náhľadu ktorý integruje medicínske, psychologické a psychofyziologické, psychoterapeutické a sociálno – právne poznatky . V práci sme tiež chceli nahliadnúť na reálny stav problematiky v rezorte zdravotníctva a školstva ako aj stav legislatívy, ktorá sa stará o podmienky vzdelávania postihnutých detí. Problematika je vo svete značne rozpracovaná a uvedomujeme si, že komplexnosť a prepracovanosť problematiky limituje mieru prínosu našej práce, ale v rámci poradenského procesu môže byť nápomocná svojim interdisciplinárnym prístupom.

Primárna, sekundárna a terciálna prevencia v oblasti porúch typu ADHD, ktoré majú problémy s učením alebo správaním má význam aj z toho hľadiska, že neskoršie komplikácie v dospelosti zasahujú často do zdravotného stavu, pracovnej výkonnosti, sociálnej adaptácie, rodinného života. To je známy fakt, ktorý sme v práci chceli priniesť do popredia aj preto, aby toto uvedomenie bolo prítomné v čase kedy je možné niektorým alebo viacerým komplikáciám predísť.

V návrhu modelu poradenských služieb vytvárajú poradenské zariadenia systém poradenstva, prevencie a intervencie v rezorte školstva pri rešpektovaní princípu odbornosti, komplexnosti a interdisciplinárnosti ako reálnu víziu efektívneho, otvoreného a prepojeného systému, ktorá sa stala základom nového školského zákona č. 245/2008 Z. z (Ihnacík, Špitka, 2005).

V psychoterapii niekedy používame rozprávky. Buď hľadáme existujúci mýtus alebo rozprávku, ktoré sa podobajú riešenej situácii alebo daný problém prerozprávame do rozprávky aby sme získali prístup k zdrojom mytologickej múdrosti. Preto by sme túto prácu ukončili krátkou rozprávkou: „Kde bolo tam bolo, boli raz deti neposedné, neučiace sa a neposlúchajúce. Ľudia ich najprv považovali za zlé, potom za choré a začali ich špeciálne vychovávať, učiť, vytvorili im aj špeciálne školy a triedy. Potom si ľudia uvedomili, že tieto deti sú súčasťou spoločnosti a často nositeľmi pokroku preto ich začali integrovať v bežných školách a začleňovať do spoločnosti. Ľudia pochopili, že chaos a poriadok sú dva konce tej istej palice, ktorú môžeme točiť ako chceme, vždy bude mať dva konce“

Zoznam použitej literatúry

1. **ÁMEN, D. G.** *ADD v skutočnom svete*. Nepochikovaný preklad. 232 s.
2. **ARNS, M. et.al.** 2009. Efficacy of Neurofeedback Treatment in ADHD: The effects on Inattention, Impulsivity and Hyperactivity: a Meta-Analysis. In *EEG and Clinical Neuroscience* [online]. 2009, roč. 40, č. 3 [cit. 2011.04.28]. Dostupné na internete: <<http://www.brainclinics.com/file.php?fId=188>>.
3. *Attention Deficit Disorder/Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADD/ADHD)*. [online]. [cit. 2011.03.06.] Dostupné na internete: <www.ldanatl.org/aboutld/teachers/understanding/adhd.asp>.
4. **BAŠTECKÝ, J. - BERAN, J.** 2003. Cílové miesta terapeutických intervencií u nemocí spolupodmíněných psychosociálnym stresem. In *Česká a slovenská psychiatrie*, ISSN 1212-0383, 2003, roč. 99, č. 2, s. 100-104.
5. **CAGAŠ, P. - STOŽICKÝ, P. - ČAVNICKÁ, M.** 2006. Je EEG biofeedback efektívni metódou nápravy hyperkinetických poruch?. Brno: Poster, 2006. Konferencie Úspěšný život s lehkou mozkovou dysfunkcí.
6. **ČERNÁ, M. - a kol.** 1999. *Lehké mozkové dysfunkce*. Univerzita Karlova v Praze, 1999. 234 s. ISBN:80-7184-880-8.
7. **DIAGNOSTICKÝ A ŠTATISTICKÝ MANUÁL DUŠEVNÝCH PORÚCH.** [cit. 2011.04.25.] Dostupné na internete: <<http://www.vies.sk/diagnosticky-a-statisticky-manual-dusevnych-poruch/>>.
8. **DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS.** [cit. 2011.04.19.] Dostupné na internete: <http://en.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders>.
9. **DRECHSLER, R. et.al.** 2007. Controlled evaluation of a neurofeedback training of slow cortical potentials in children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). In *Behavioral and Brain Functions* [online]. 2007 [cit. 2011.04.28]. Dostupné na internete: <<http://www.behavioralandbrainfunctions.com/content/3/1/35>>.
10. **DRTÍLKOVÁ, I.** 2003. Účinnosť nestandardných postupů léčby dětí s ADHD. In *Česká a Slovenská psychiatrie*, ISSN 1212-0383, 2003, roč. 99, č. 6, s. 317-323.

11. **DUFF, J. - BRAITHWAITE, K.** 2002. Porozumenie deťom s poruchami pozornosti a hyperaktivitou (ADHD) a neurofeedback terapia. Behavioural Neurotherapy Clinic, 2002, [cit. 2011.04.25] Dostupné na internete: <<http://www.biofeedback.sk/vzdelavanie/search.php?rsvelikost=sab&rstext=all-phpRS-all&rstema=50>>.
12. **EVANS, J. R.** 2007. *Handbook of neurofeedback: Dynamics and clinical aplikations*. New York: The Haworth medical Press, 2007, 377 s. ISBN:978-0-7890-3359-8.
13. **EYSENCK, H. J. - EYSENCK, S. B. G.** 1994. B-J.E.P.I Osobnostný dotazník pre deti. Príručka. Úprava: Senka, J. Psychodiagnostika Bratislava, 1994, T-21, 59 s.
14. **FILIP, V. - a kol.** 1997. *Praktický manuál psychiatrických posudzovacích stupníc*. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. 213 s. ISBN:80-85121-06-9.
15. **FROSTIG, M.** 1973. Vývinový test zrakového vnímania. Príručka pre administrovanie a interpretovanie testu. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy. 1973, T-6.
16. **FUCHS, T. et.al.** 2003. Neurofeedback Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children: A Comparison with Methylphenidate. In *Applied Psychophysiology and Biofeedback* [online]. 2003, roč. 28, č. 1 [cit. 2011.04.25]. Dostupné na internete: <http://www.adhd.com.au/downloads/Fuchs_neurotherapy_ritalin.pdf>.
17. **GEVENSLEBEN, H. et.al.** 2009. Is neurofeedback an efficacious treatment for ADHD? A randomised controlled clinical trial. In *Child & Adolescent Psychiatry, Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.02033.x, 2009.
18. **HÁRDI, I.** 1992. Dynamický test kresby ľudskej postavy. Nové Zámky: Psychoprof, 1992, 155 s.
19. **HELLINGER, B. - TENHOVEL, G.** 2004. *Rodinné konstelace – objevená síla*. Triton, 2004. 143 s. ISBN 80-7254-512-4.
20. **HÖSCHL, C.** 2003. Centrum neuropsychiatrických studií – mílnik českého lékařského výzkumu. In *Česká a Slovenská psychiatrie*, ISSN: 1212-0383, 2003, roč. 99, č. 5, s. 243-292.

21. **IHNACÍK, J. – a kol.** 2005. *Tradície, premeny a perspektívy psychologického poradenstva a súčasná škola*. Košice: Pedagogicko-psychologická poradňa pre stredné školy, 2005. 294 s. ISBN 80-969277-6-0.
22. **JIRÁSEK, J.** 1975. Číselný čtverec. Bratislava: Psychodiagnostické didaktické testy, 1975, T-3, 17 s.
23. **KAFKA, J. - KAFKOVÁ, M. - DÓCI, I.** 2003. Sociálny model duševných porúch. In *Česká a Slovenská psychiatrie*, ISSN 1212-0383, 2003, roč. 99, č. 7, s. 377-384.
24. **KONCEPCIA ŠPECIÁLNOPELAGOGICKÉHO PORADENSTVA V SR.**
v časovom horizonte rokov 2000 – 2015, aktualizácia Konceptie špeciálnopedagogického poradenstva schválenej MŠ SR číslo 68/1998 – 42 dňa 15.05.1998 v intenciách projektu Milénium pre účely jej zapracovania do Konceptie výchovy a vzdelávania detí so zdravotným postihnutím v rokoch 2000 až 2015 schválenej MŠ SR dňa 18.12.2000 číslo 503/00-44.
25. **KONÍKOVÁ, M.** 2010. Komorbidita duševných porúch: klinická realita alebo artefakt?. In *Lekársky obzor 2010* [online]. 2010, č. 5 [cit. 2011.03.06]. Dostupné na internete:
<<http://www.lekarsky.herba.sk/lekarsky-obzor-5-2010/komorbidita-dusevnych-poruch-klinicka-realita-alebo-artefakt>>.
26. **KONÍKOVÁ, M.** 2010. Komorbidita duševných porúch - klinická realita alebo artefakt?. In *Lekársky obzor* [online]. 2010, roč. 59, č. 5 [cit. 2011-04-24]. Dostupné na internete:
<<http://www.lekarsky.herba.sk/lekarsky-obzor-5-2010/komorbidita-dusevnych-poruch-klinicka-realita-alebo-artefakt>>. ISSN 0457-4214.
27. **KOPČANOVÁ, D.** 2001. *Súčasný trendy v oblasti psychologického poradenstva*. Úloha P-61. 2001. VÚDPaP.
28. **KOTASOVÁ, J.** 1999. Hyperkinetický syndrom – psychologický pohľad. In *Česká a slovenská psychiatrie*, ISSN 1212-0383, 1999, roč.95, č. 3, s. 165-196.
29. **KOVÁČIKOVÁ, I.** *Integrácia žiakov so ŠVVP do bežných základných a stredných škôl*. [online]. Materiál spracovaný podľa platnej legislatívy. [cit. 2011.04.27.] Dostupné na internete:
<http://www.zskrajne.sk/joomla/images/skol_dokumenty/skolska_integracia.pdf>.

30. **KRIVULKA, P.** 2003. Modely, teória a výskum NFT. Modul 6, učebný text Biofeedback a neurofeedback. Úvod do aplikovanej psychofyziológie. Psychotrend, 2003. 77 s.
31. **KULIŠŤÁK, P.** 2003. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003. 327 s. ISBN:80-7178-5354-7.
32. **LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.** 1989. *Dětská psychoterapie*. Praha: Avicenum 1989. 293s. ISBN 08-073-89
33. **LEGISLATÍVNY SPRIEVODCA INTEGRÁCIOU.** 2008. [online]. [cit. 2011.04.27.] Dostupné na internete: <<http://socutrhoviste.sk/subory/md252008.pdf>>.
34. **L'EVESQUE, J. - BEAUREGARD, M. - MENSOUR, B.** 2006. Effect of neurofeedback training on the neural substrates of selective attention in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A functional magnetic resonance imaging study. In *Neuroscience Letters* [online]. 2006 [cit. 2011.04.28]. Dostupné na internete: <http://www.mapageweb.umontreal.ca/beauregm/L%C3%A9vesque2006_NFT.pdf>.
35. **MALÁ, E.** 2000. Hyperkinetické poruchy – ADHD. In *Česká a slovenská psychiatrie*, ISSN 1212-0383, 2000, roč. 96, č. 3, s 150-152.
36. **MATERIÁL MINISTERSTVA ŠKOLSTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY.** 2007. *Návrh Koncepcie špeciálnopedagogického poradenstva*. č. CD-2007-1079/2232-1:095. Bratislava, 26.02.2007.
37. **MATĚJČEK, Z. - ŽLAB, Z.** 1972. Zkouška laterality. Psychodiagnostické a didaktické testy, 1972, T-116, 19s.
38. **MATĚJČEK, Z.** 2000. Něco k historii ADHD, In *Česká a slovenská psychiatrie*, ISSN 1212-0383, 2000, roč. 96, č. 8, s. 432-433.
39. **METODICKÝ POKYN.** 1997. *Metodický pokyn na hodnotenie a klasifikáciu žiakov so špeciálno-pedagogickými potrebami v bežných základných školách*. Schválilo Ministerstvo školstva Slovenskej republiky rozhodnutím č. 6164/96 - 153 zo dňa 12.12.1996 s platnosťou od 01.01.1997.
40. **METODICKÝ POKYN.** 2004. *Metodický pokyn na hodnotenie a klasifikáciu žiakov s vývinovými poruchami učenia v základných a stredných školách*. č. CD-

2004-12003/23597-1:095. Schválené Ministerstvom školstva Slovenskej republiky dňa 31.08.2004 s platnosťou od 02.09.2004.

41. **METODICKÝ POKYN.** 2009. *Metodický pokyn zásady hodnotenia žiaka so zdravotným znevýhodnením začleneného v základnej škole.* [online]. č.7/2009-R z 28. apríla 2009 na hodnotenie žiakov základnej školy Gestorský útvar: sekcia regionálneho školstva, CD-2009-24230/13795-1:911, [cit. 2011.04.28.] Dostupné na internete:
<<http://www.minedu.sk/index.php?lang=sk&rootId=3461>>.
42. **METODICKÝ POKYN.** 2009. *Metodickým pokynom č.8/2009 –R na hodnotenie a klasifikáciu žiakov stredných škôl.* [online]. č. CD 2009-20327/4882-1:192. [cit. 2011.04.28.] Dostupné na internete:
<<http://www.minedu.sk/index.php?lang=sk&rootId=3461>>.
43. **MICHALOVÁ, Z.** 2007. *Sondy do problematiky špecifických poruch chováni.* Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007. 207 s. ISBN 80-7311-075-X.
44. **MÍKA, J.** 1982. *Orientační test dynamické praxe.* Psychodiagnostické a diadaktické testy. 1982, T-50, 24s.
45. **MINDELL, A.** 1988. *City Shadows, Psychological Interventions in Psychiatry:* skriptum nepublikovaný preklad. New York and London: Viking-Penguin-Arkana, 1988. 87 s.
46. Mindell, A.: *Psychologie životní cesty spjatá se zemí a jejími rytmy. Uvědomění si cesty.* Učení dona Juana, Richarda Feynmana a Lao-c', emitos a Nakladatelství Tomáše Janečka, 2009, 277s, ISBN: 978-90-87171-11-0 (Emitos) ISBN978-á0-85880-60-1 (Nakladatelství Tomáše Janečka)
47. **MKN-10,** Duševné poruchy a poruchy chováni. Diagnostická kritéria pro výzkum. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 179 s. ISBN 80-85121-64-6.
48. **MONASTRA, V. J.** 2004. EEG Biofeedback as a Treatment for Attention – Deficit/Hyperaktivity Disorder. In *Child and Adolescent Psychiatric Clinics North America.* 2004.
49. **MONASTRA, V. J. et. al.** 2005. Electroencephalographic Biofeedback in the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In *Applied Psychophysiology and Biofeedback* [online]. 2005, roč. 30, č. 2 [cit.2011.04.24]. Dostupné na internete:
<<http://www.springerlink.com/content/h5740188824067uh/fulltext.pdf>>.
DOI: 10.1007/s10484-005-4305-x.

50. **NÁRODNÝ PROGRAM VÝCHOVY A VZDELÁVANIA V SLOVENSKEJ REPUBLIKE NA NAJBĹIŽŠÍCH 15 AŽ 20 ROKOV.** 2001. *Koncepcia pedagogicko-psychologického poradenského systému a jeho implementácie do praxe.* Schválenej uznesením vlády SR č. 1193/2001.
51. **ARNOLD, L. E. a kol.** 1997. National Institute of Mental Health Collaborative Multimodal Treatment Study of Children With ADHD (the MTA), In *Arch Gen Psychiatry* [online]. 1997, roč. 54, č. 9 [cit. 2011.04.28]. Dostupné na internete: <<http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/abstract/54/9/865>>.
52. **PACLT, I. - FLORIAN, J.** 1998. *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku.* Praha: Grada Publishing, 1998. 400 s. ISBN 80-7169-506-8.
53. **PACLT, I. a kol.** 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování.* [online]. Praha: Grada Publishing, 2007. 234 s. [cit. 2011.04.25.] Dostupné na internete: <<http://bks8.books.google.sk/books?id=53DkvRuMyYUC&printsec=frontcover&img=1&zoom=0&edge=curl&sig=ACfU3U22MJXihC1xbglPrP5ipuZke5nev>>. ISBN 978-80-247-1426-4.
54. **PIAČKOVÁ, K.** Dyscentrum LM [cit. 2011.04.25] Dostupné na internete: <http://www.katapiackova.sk/index.php?page=shop.product_details&flypage=flypage.tpl&product_id=46&category_id=1&vmcchk=1&option=com_virtuemart&Itemid=30>.
55. **POKORNÁ, V.** 2002. *Cvičení pro děti se specifickými poruchami učení Rozvoj vnímání a poznávání.* Praha: Portál, 2002. 153 s. ISBN 80-7178-326-9.
56. **CENTRUM NADANIA.** Prejavy deficitov kognitívnych funkcií. [cit. 2011.04.25] .Dostupné na internete: <http://www.centrumnadania.sk/por_sprav_uvod.html>.
57. **PREISS, M.** 1999. Pamäťový test učenia. Príručka pre dospelých a deti. Bratislava: Psychodiagnostika a.s., 1999, T-95, 31 s.
58. **PREISS, M. - KUČEROVÁ, H.** 2006. *Neuropsychologie v psychiatrii.* Praha: Grada, 2006. 411 s. ISBN:80-247-1460-4.
59. **PREISS, M. - PREISS, J.** 2006. Test cesty. Príručka testu pro deti a dospělé. Bratislava: Psychodiagnostika, 2006, T-41, 45s.

60. **PTÁČEK, R. - KUŽELOVÁ, H. - PACLT, I. - ŽUKOV, I.** 2008. Vliv medikace na antropometrické charakteristiky dětí s ADHD. In *Česká a Slovenská psychiatrie*, ISSN 1212-0383, 2008, roč. 104, č. 8, s. 415- 419.
61. **ŘÍČAN, P.** 1983. Wechslerův inteligenční test pro dospělé. Příručka – 1.část. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1983, T-37s, 133 s.
62. **ŘÍČAN, P. - KREJČÍŘOVÁ, D. - a kol.** 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4. prepracované a doplnené vydanie. Praha: Grada Publishing, 2006. 603 s. ISBN 80-2471-049-8.
63. **SCHUHFRIED CATALOG VIENNA TEST SYSTEM 2009/2010**, Österreich: interný materiál firmy Schuhfried. 120 s.
64. **SCHWARTZ, M. S. - ANDRASIK, F.** 2003. *Biofeedback a practitioner's guide*. London: The Guilford Press NewYork, 2003. 930 s. ISBN 1-57230-845-1.
65. **SMERNICA**. č. 2/2009-R z 15. januára 2009 o zrušení niektorých rezortných predpisov. Gestorský útvar: Sekcia regionálneho školstva. č. CD -2009-18674/1531-1:09.
66. **SOMMER, M.** 2009. Psychometrické charakteristiky slovenskej verzie testovacej batérie, výsledná správa firmy Schuhfried. 2009. 145 s.
67. **STREHL, U. - LEINS, U. - GOTH, G. - KLINGER, CH. - HINTERBERGER, T. - BIRBAUMER, N.** 2006. Self - regulation of Slow Cortical Potentials: A New Treatment for Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In *Pediatrics* [online]. 2006, roč. 118, č. 5 [cit. 2011.04.24]. Dostupné na internete: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/118/5/e1530>>. doi:10.1542/peds.2005-2478.
68. **STRICKER, G. - WIDIGER, T. A.** 2003. *Handbook of psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2003. 615 s. ISBN 0-471-38514-X.
69. **STURM, W.** 2007. *CogniPlus*. Austria – Mödling: Shuhfried, 2007. Interný manuál firmy Shuhfried.
70. **SVOBODA, M. - KREJČÍŘOVÁ, M. - VÁGNEROVÁ, M.** 2001. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. 792 s. ISBN:80-7178-545-8-1.

71. **ŠERÝ, O. - THEINER, P. - HLADILOVÁ, R. - ŠTAIF, R. - BALAŠTIKOVÁ, B. - DRTÍLKOVÁ, L.** 2003. Geny pro IL-6 a DRD2 souvisejí s hyperkinetickou poruchou. In *Česká a Slovenská psychiatrie*, ISSN: 1212-0383, 2003, roč. 99, č. 8, s. 404-408.
72. **ŠLEPECKÝ, M. - NOVOTNÝ, M. - HAASE, J.** 2010. Efektivita léčby ADHD neurofeedbackom. In *Časopis psychiatrov, psychoterapeutov a psychosomaticky orientovaných odborníkov na Slovensku* [online]. 2010, roč. 17, č. 1 [cit. 2011.04.24]. Dostupné na internete:
<<http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2010/PSY1-2010-cla13.pdf>>.
73. **ŠTÁTNA ŠKOLSKÁ INŠPEKCIA.** 2010. *Školská integrácia žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami (ŠVVP) a vzdelávanie žiakov so ŠVVP v špeciálnych triedach.* [online]. Interný metodický materiál ŠŠI. Bratislava 2010. [cit. 2011.04.28.] Dostupné na internete:
<[www.ssiba.sk/.../Metod_material_k_sk_integracii_2010\(1\).pdf](http://www.ssiba.sk/.../Metod_material_k_sk_integracii_2010(1).pdf)>.
74. **ŠVANCARA, J.** 1980. *Diagnostika psychického vývoje.* 3. Upravené vydanie. Praha: Avicenum, 1980. 395 s.
75. **TOPLAK, M. E. - CONNORS, L. - SHUSTER, J. - KNEZEVIC, B. - PARKS, S.** 2007. Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). In *Department of Psychology, York University* [online]. 2007 [cit. 2011.04.24]. Dostupné na internete:
<<http://www.pathwayshrc.com.au/images/assets/cbt%20adhd%20review.PDF>>.
76. **TŘESOHLAVÁ, Z.** 1983. *Lehká mozková dysfunkce v dětském věku.* Praha: Avicenum 1983. 198 s. Ed.: 835003
77. **TYL, J. - STERMAN, M. B. - TYLOVÁ, V.** 2003. *Kniha o biofeedbacku , Biofeedback čili Jak mysl ovláda svůj mozek, nepublikovaná verzia.* 2003.
78. **TYL, J. - TYLOVÁ, V.** 2003. *Lehké mozkové dysfunkce.* [online]. Praha: Asosiace pro aplikovanou psychofyziologii a biofeedback ČR. Biofeedback institut, 2003. 22 s. [cit. 2011.04.28.] Dostupné na internete:
<<http://www.eegbiofeedback.cz/cesky/cesky.php>>.
79. **VÁGNEROVÁ, M. - ŠTURMA, J.** 1982. *Kresba postavy. Příručka testu.* Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1982, T-76, 102 s.

80. **VINÁŘ, O.** 1995. *Léky pro duši*. Praha: Grada, 1995. 218 s. ISBN 80-7169-155-0.
81. **VYHLÁŠKA.** 2008. Vyhláška Ministerstva školstva Slovenskej republiky č. 318/2008 Z.z. o ukončovaní štúdia na stredných školách. [online]. [cit. 2011.04.28.] Dostupné na internete:
<http://www.minedu.sk/data/USERDATA/Legislativa/Vyhlasiky/2008_318.pdf>.
82. **VYHLÁŠKA.** 2009. Vyhláška Ministerstva školstva Slovenskej republiky č. 282/2009 Z.z. o stredných školách. [online]. [cit. 2011.04.28.] Dostupné na internete:
<http://www.uips.sk/sub/uips.sk/images/PKvs/vyh282_09.pdf>.
83. **VÝSKUM NEUROBIOLÓGIE CHORÔB PERIFÉRNÝCH TKANÍV.** Oddelenie klinickej patofyziológie. Ústavu patologickej fyziológie Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. [online]. [cit. 2011.04.28.] Dostupné na internete:
<<http://www.centrum-neurobiologie-chorob.sk/neuro-B.HTM>>.
84. **ZÁKON.** 1984. Zákon o sústave základných a stredných škôl (školský zákon). [online]. č. 29/1984 Zb. [cit. 2011.04.27.] Dostupné na internete:
<<http://www.epi.sk/Main/Default.aspx?Template=~/Main/TArticles.ascx&phContent=~/ZZSR/FulltextAdvanced2.ascx&txtQuickSearch=29%2f1984>>.
85. **ZÁKON.** 2008. Zákon o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov z 22.05.2008 [online]. Čiastka 96. [cit. 2011-27-04]. Dostupné na internete:
<<http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/default.aspx?Text=245%2f2008>>.
86. **ZELINKOVÁ, O.** 2003. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2003. 263 s. ISBN 80-7178-800-7.