



Názov:

Komplexný psychologický manažment detského a adolescentného pacienta s poruchami správania (F91): porucha správania vo vzťahu k rodine (F91.0), porucha sociálneho správania pri chýbaní sociálnych väzieb (F91.1), porucha sociálneho správania so zachovaním sociálnych väzieb (F91.2), porucha správania s opozičným, vzdorovitým správaním (F91.3)
štandardný diagnostický, preventívny a liečebný postup

Autori:

doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.
doc. PaedDr. Marianna Müller de Morais, PhD.
Mgr. PhDr. Eva Škorvagová, PhD.
PhDr. Mgr. Gabriela Erhardtová, PhD.

Špecializačný odbor:

Klinická psychológia

Odborná pracovná skupina:

Klinická psychológia pre deti a dorast

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Komplexný psychologický manažment detského a adolescentného pacienta s poruchami správania (F91): porucha správania vo vzťahu k rodine (F91.0), porucha sociálneho správania pri chýbaní sociálnych väzieb (F91.1), porucha sociálneho správania so zachovaním sociálnych väzieb (F91.2), porucha správania s opozičným, vzdorovitým správaním (F91.3) - štandardný diagnostický, preventívny a liečebný postup

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisii MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
299	24. október 2023	schválené	15. november 2023

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; doc. PaedDr. Marianna Müller de Morais, PhD. ; Mgr. PhDr. Eva Škorvagová, PhD.; PhDr. Mgr. Gabriela Erhardtová, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Ingrid Dúbravová; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc, PhD.; MUDr. Darina Haščíková, MPH; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim. prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; PharmDr. Ellen Wiesner, MSc.; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek, MBA, MPH; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ludmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Martina Šimonovičová

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

behaviorálne metódy, diagnostika, kognitívne metódy, multidisciplinárny prístup, multimodálne intervencie, multisystémová terapia, poruchy správania, porucha sociálneho správania pri chýbaní sociálnych väzieb, porucha správania s opozičným, vzdorovitým správaním, porucha sociálneho správania so zachovaním sociálnych väzieb, porucha správania viazaná na vzťahy v rodine, psychosociálna intervencia, psychoterapia, systémová terapia, tréning kognitívno-behaviorálnych zručností, tréning rodičovského manažmentu

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

AAP	American Academy of Pediatrics
ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou (z ang. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)
APA	American Psychiatric Association
CD	Porucha opozičného vzdoru (z ang. Conduct Disorder)
CI	Interval spoľahlivosti (z ang. Confidence Interval)
CM	Kontingenčný manažment (z ang. Contingency Management)
DSM-5[©]	Diagnostický a štatistický manuál duševných chorôb, V. edícia (z ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition)
ICD-11	Medzinárodná klasifikácia chorôb (z ang. Classification of Diseases, Functioning, and Disability)
KBT	Kognitívno-behaviorálna terapia
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb – 10. revízia
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize
MST	Multisystémová terapia
N	Počet participantov
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
ODD	Porucha opozičného vzdoru (z ang. Oppositional Defiant Disorder)
OR	Pomer šancí (z ang. Odds ratio)
PMT	Parent management training
ÚPSVaR	Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny
UpToDate	UpToDate, Inc., spoločnosť v divízii Wolters Kluwer Health spoločnosti Wolters Kluwer

Kompetencie

Všeobecný lekár pre deti a dorast (pediater) - skrining a včasná detekcia rizikových detí, prvotné posúdenie a vylúčenie organickej príčiny ťažkostí, intervencie, motivačný rozhovor, odoslanie na ďalšiu liečbu a starostlivosť.

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria, detská psychiatria (pedopsychiater) - prevencia, diagnostika a diferenciálna diagnostika, psychoedukácia, motivačný rozhovor, liečba, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, supervízia, konziliárna činnosť.

Lekár so špecializáciou v odbore neurológia, detská neurológia (pedoneurológ) - prevencia, diagnostika, diferenciálna diagnostika, psychoedukácia, motivačný rozhovor, liečba, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu.

Sestra so špecializáciou - prevencia, podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Psychológ - prevencia, psychodiagnostika, odborné intervencie, motivačný rozhovor, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, poradenstvo, terapia, konzultácie a spolupráca so zákonnými zástupcami dieťaťa a s inými odborníkmi, supervízia.

Klinický psychológ - prevencia, diagnostika, psychodiagnostika, psychologická liečba/terapia – liečba psychologickými prostriedkami a metódami vykonávaná v rozsahu vzdelania a certifikácie, včasná a krízová intervencia, špecifické psychologické a behaviorálne intervencie, psychologická a psychosociálna rehabilitácia. Špecifické pôsobenie klinického psychológa je hlavne v oblasti psychodiagnostiky ako multimetódového psychologického hodnotenia psychických vlastností a stavov s cieľom opisu a konceptualizácie symptómov a syndrémov vo vzťahu ku zmenám psychických funkcií a ku klasifikácii a liečbe porúch správania.

Klinický psychológ s certifikátom v psychoterapii - prevencia, diagnostika, psychodiagnostika, psychoterapia, supervízia.

Psychológ v špeciálnom výchovnom zariadení, zariadení poradenstva a prevencie a zariadení sociálnej pomoci - psychologická diagnostika detí a žiakov, psychologické poradenstvo, prevencia, terapia (liečba psychologickými prostriedkami a metódami vykonávaná v rozsahu vzdelania a certifikácie) a odborná pomoc deťom a žiakom v rámci psychologickkej intervencie, psychologické poradenstvo a konzultácie zákonným zástupcom, metodická podpora pedagogickým zamestnancom a odborným zamestnancom škôl/školských zariadení, podpora spolupráce pedagogických zamestnancov a odborných zamestnancov so zákonnými zástupcami a ďalšími odborníkmi, fyzickými osobami a právnickými osobami, supervízia. Terapia je bližšie špecifikovaná v dokumentoch: Výkon odborných činností poskytovaných v špeciálnych výchovných zariadeniach (2023), Výkon odborných činností v ranom poradenstve (2023), Výkonové štandardy odborných činností (Vojtová, Malík, Uríková et al., 2023), Výkonový štandard odbornej činnosti Terapia (2023). Špecifické pôsobenie **psychológa v diagnostickom centre** je v oblastiach - psychologická diagnostika, psychologické vedenie a poradenstvo deťom, zákonným zástupcom, individuálna a skupinová terapia (v rozsahu vzdelania a certifikácie), odborné služby a práca s rodinou pri návštevách. V rámci tímovej spolupráce sa podieľa na tvorbe individuálneho reedukačného programu. Špecifické pôsobenie **psychológa v reedukačnom centre** je v oblastiach - anamnestické interview, individuálne a skupinové poradenstvo, terapia (v rozsahu vzdelania a certifikácie), koordinácia realizácie individuálnych reedukačných programov v spolupráci s triednym učiteľom, kmeňovým vychovávateľom a zdravotnou sestrou zariadenia reedukačného centra, diagnostická odborná činnosť, písanie správ a komunikácia s kurátormi ÚPSVaR, zástupcami centier pre rodinu, spolupráca s odborníkmi centier poradenstva a prevencie, pedopsychiatrom dieťaťa, spolupráca so štátnymi a neštátnymi zariadeniami a organizáciami, spolupráca s orgánmi prokuratúry, súdov a polície (v procese napr. vyšetrovania dieťaťa v reedukačnom centre orgánmi činnými v trestnom konaní je prítomný pri výsluchu dieťaťa). Špecifické pôsobenie **psychológa v liečebno-výchovnom sanatóriu** je v oblastiach - analýza správania dieťaťa z pedagogicko-psychologického hľadiska, odborná terapeuticko-korekčná, diagnostická a hodnotia činnosť, spolupráca so zariadeniami poradenstva a prevencie, s inými inštitúciami a zariadeniami vo vzťahu k deťom, spolupráca a zabezpečenie vzájomnej kooperácie vo vzťahu zariadenie - dieťa - rodič/zákonný zástupca, participácia na poskytovaní poradenstva v oblasti prevýchovy, odborné činnosti v rámci psychologickkej diagnostiky, individuálne, skupinové a hromadné psychologické poradenstvo, terapie, odborné činnosti v rodinných a sociálnych vzťahoch.

Psychológ v centre pre deti a rodiny - odborná činnosť v prirodzenom prostredí, v náhradnom prostredí, v otvorenom prostredí a v prostredí utvorenom na výkon opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, aplikácia metód poradenskej psychológie a psychodiagnostiky pri poradenskej pomoci dieťaťa a rodine, podpora rodiny pri plnení základných funkcií, prevencia rizikového správania detí, individuálna a skupinová forma práce počas riešenia rodinných konfliktov, multidisciplinárny prístup zameraný na minimalizáciu príčin konfliktov, sprievodné poradenstvo rodinám v kríze zamerané na predchádzanie vyňatiu dieťaťa z rodiny, obnova vzťahových väzieb, poskytovanie odbornej pomoci pri obnove vzťahov medzi rodičom a dieťaťom počas rozchodu/rozvodu rodičov, odborná psychologická pomoc na uľahčenie zabezpečenia náhradného rodinného prostredia pre dieťa a jeho rodinu, poskytnutie odborného poradenstva na riešenie rodinných a výchovných problémov,

kooperácia a konzultácie so subjektmi participujúcimi na riešení sociálnej situácie dieťaťa a jeho rodiny, účasť na tvorbe a realizácii vzdelávacích, tréningových a rozvojových programov, participácia na zhodnocovaní plnenia účelu výchovného opatrenia a navrhovaní ďalšieho postupu, spolupráca a konzultácie s inými odborníkmi.

Školský psychológ - psychologická diagnostika detí a žiakov, krízová intervencia, odborná pomoc a psychologické poradenstvo deťom a žiakom v rámci psychologickéj intervencie, psychologické poradenstvo a konzultácie zákonným zástupcom, metodická podpora pedagogickým zamestnancom a odborným zamestnancom príslušnej školy/školského zariadenia, pomoc a poradenstvo pri prekonávaní bariér vo výchove a vzdelávaní detí a žiakov, psychologická prevencia, intervencia a krízová intervencia zameraná na podporu duševného zdravia detí, žiakov a učiteľov v školách, poskytuje súčinnosť zariadeniu poradenstva a prevencie, podpora spolupráce pedagogických zamestnancov a odborných zamestnancov so zákonnými zástupcami a ďalšími odborníkmi, fyzickými osobami a právnickými osobami.

Liečebný pedagóg – liečebno-pedagogická diagnostika, liečebno-pedagogické poradenstvo,-prevencia, terapia a odborná pomoc deťom v rámci liečebno-pedagogickej intervencie, liečebno-pedagogické poradenstvo a konzultácie rodičom/zákonným zástupcom, metodická podpora pedagogickým zamestnancom a odborným zamestnancom príslušnej školy/školského zariadenia, podpora spolupráce pedagogických zamestnancov a odborných zamestnancov so zákonnými zástupcami a ďalšími odborníkmi, fyzickými osobami a právnickými osobami. Špecifické pôsobenie liečebného pedagóga je v integrácii terapeutického a výchovného pôsobenia s využívaním činnostných terapií (napr. umenie, hudba, dráma, psychomotorika, hra a zamestnanie) s ozdravným a socio-integračným zámerom.

Liečebný pedagóg, s certifikátom v psychoterapii - diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

Špeciálny pedagóg - špeciálno-pedagogická diagnostika, špeciálno-pedagogické poradenstvo, prevencia, terapia (v rozsahu vzdelania a certifikácie) a odborná pomoc deťom a žiakom v rámci špeciálno-pedagogickej intervencie, špeciálno-pedagogické poradenstvo a konzultácie rodičom / zákonným zástupcom, metodická podpora pedagogickým zamestnancom a odborným zamestnancom školy/školského zariadenia, podpora spolupráce pedagogických zamestnancov a odborných zamestnancov so zákonnými zástupcami a ďalšími odborníkmi, fyzickými osobami a právnickými osobami. Terapia je bližšie špecifikovaná v dokumentoch: Výkon odborných činností poskytovaných v špeciálnych výchovných zariadeniach (2023), Výkon odborných činností v ranom poradenstve (2023), Výkonové štandardy odborných činností (Vojtová, Malík, Uríková et al., 2023), Výkonový štandard odbornej činnosti Terapia (2023).

Školský špeciálny pedagóg - diagnostická činnosť, odborná pomoc a špeciálno-pedagogické poradenstvo deťom a žiakom v rámci špeciálno-pedagogickej intervencie, špeciálno-pedagogické poradenstvo a konzultácie zákonným zástupcom, metodická podpora pedagogickým zamestnancom a odborným zamestnancom príslušnej školy alebo príslušného školského zariadenia, pomoc a poradenstvo pri prekonávaní bariér vo výchove a vzdelávaní detí a žiakov, poskytovanie súčinnosti zariadeniu poradenstva a prevencie, spolupráca pri tvorbe individuálneho učebného plánu, priama výchovno-vzdelávacia činnosť, podpora spolupráce pedagogických zamestnancov a odborných zamestnancov so zákonnými zástupcami a ďalšími odborníkmi, fyzickými osobami a právnickými osobami.

Terénny špeciálny pedagóg - špeciálno-pedagogická, diagnostická, poradenská, preventívna, výchovno-vzdelávacia a metodická špeciálno-pedagogická činnosť pre deti a žiakov so zdravotným postihnutím, metodická činnosť, konzultácie a špeciálno-pedagogické poradenstvo zákonným zástupcom.

Sociálny pedagóg - preventívne činnosti, poradenstvo a intervencia so zameraním na deti s rizikovým správaním, konzultácie rodičom/zákonným zástupcom, pedagogickým zamestnancom a odborným zamestnancom školy/školského zariadenia, sociálno-pedagogická diagnostika prostredia a vzťahov, osvetová činnosť a ďalšie činnosti v sociálno-výchovnej oblasti, podpora spolupráce pedagogických

zamestnancov a odborných zamestnancov so zákonnými zástupcami, zamestnancami zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately a ďalšími fyzickými osobami a právnickými osobami.

Sociálny pracovník - sociálna prevencia, sociálna diagnostika, sociálne poradenstvo a intervencia, sociálna rehabilitácia, komunitná starostlivosť, sociálna práca na účely sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, sociálne služby, konzultácie a spolupráca s inými odborníkmi.

Kolízny opatrovník - vykonávanie opatrení sociálnoprávnej ochrany detí.

Sociálny kurátor pre maloletých - vykonávanie opatrení sociálnej kurately detí.

Sociálny kurátor pre plnoletých - vykonávanie opatrení sociálnej kurately plnoletých fyzických osôb.

1 Úvod

Poruchy správania sú v odbornom aj v praktickom zmysle slova veľmi široko chápaným pojmom. Z hľadiska príčin vzniku a ich prejavov ide o rôznorodé formy problémového správania, ktoré majú nepriaznivý dosah na sociálne vzťahy dieťaťa a na jeho sociálnu adaptáciu. Sú to prejavy správania, ktorými sa jednotlivec vymyká z priemerného správania danej vekovej a sociokultúrnej kategórie. Svojím konaním spôsobuje ťažkosti nielen sebe, ale aj druhým. Zároveň sa tieto prejavy vyskytujú opakovane a trvajú viac ako 6 mesiacov napriek poskytnutej podpore alebo odbornej starostlivosti (Vojtová, Malík, Bero et al., 2022). Poruchy správania možno charakterizovať ako odchýlku v oblasti socializácie, keď jednotlivec nie je schopný rešpektovať normy správania na úrovni zodpovedajúcej jeho veku, eventuálne na úrovni svojich rozumových schopností. Poruchy správania sú definované ako nerešpektovanie sociálnych noriem, pričom delikventné správanie je vymedzené ako porušenie právnych noriem danej spoločnosti. Pri porušení noriem neprežívajú vinu, ich svedomie nie je dostatočne rozvinuté. O poruche správania sa dá hovoriť len vtedy, ak jednotlivec normám rozumie, ale neakceptuje ich alebo sa nimi nedokáže riadiť. Dôvody môžu byť rôzne: nedostatočná či nesprávna výchova, iná hodnotová hierarchia, rozdielne osobné motívy alebo neschopnosť ovládať svoje správanie. Poruchy správania v detskom veku môžu mať prechodný charakter, ale mnohokrát ich možno chápať ako signál rozvíjajúcej sa poruchy osobnosti, ktorá predstavuje zvýšené riziko trvalejšej tendencie k problematickým prejavom (Vágnerová, 2004).

Podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) (2023) sa poruchy správania vyznačujú opakujúcim sa a trvalým obrazom – disociálneho – agresívneho – vzdorovitého správania. Poruchy správania sa vyznačujú opakovaným a pretrvávajúcim, asociálnym, agresívnym alebo vyzývavým konaním. Také správanie môže vážne narušiť veku primerané sociálne požiadavky. Ide o závažnejšie počínanie, ako je obyčajné detské huncútstvo alebo pubertálna rebélia a má ráz trvalého správania.

V ICD-11 (2023) boli poruchy správania nahradené kategóriami „disruptívne správanie a disociálne poruchy“. Sú charakterizované stálymi problémami v správaní, ktoré sa pohybujú od výrazne a trvalo opozičného, neposlušného, provokujúceho alebo zlomyseľného správania (t. j. rušivého) až po také, ktoré trvalo porušuje základné práva iných ľudí alebo základné sociálnokultúrne normy, pravidlá alebo zákony (t. j. disociálne). Začiatok týchto porúch sa zvyčajne prejavuje, hoci nie vždy, v detstve. Nové termíny lepšie zohľadňujú rôznorodosť závažnosti správania a charakteristiky, ktoré sa vyskytujú pri týchto poruchách. Zahrnuté sú dve hlavné poruchy: porucha opozičného vzdoru a disociálna porucha správania, ďalšou diagnostickou jednotkou sú iné špecifické poruchy disruptívneho správania alebo disociálnych porúch (disruptívne alebo disociálne symptómy nespĺňajú všetky diagnostické kritériá pre poruchu opozičného vzdoru alebo disociálnu poruchu správania). Dôležitou zmenou oproti ICD-10 je, že tieto poruchy môžu byť diagnostikované počas celého života. Inováciou v ICD-11 sú aj špecifikátory, ktoré poskytujú charakteristiky rôznych podtypov rušivého správania a disociálnych porúch, čím sa zvyšuje klinická užitočnosť systému. V ICD-11 je používaný špecifikátor „s chronickou podráždenosťou a hnevom“ na opis prejavov poruchy opozičného vzdoru, kde je prítomná dlhotrvajúca a výrazne podráždená nálada alebo hnev. ICD-11 konsoliduje tri samostatné diagnózy poruchy

správania z ICD-11 (porucha správania obmedzená na rodinný kontext, nesocializovaná porucha správania a socializovaná porucha správania) do jednej diagnostickej kategórie „disociálna porucha správania“. Klinický význam zvykne mať nástup poruchy buď v detstve, alebo v adolescencii, pričom skorší nástup poruchy v detstve môže byť spojený so závažnejšími prejavmi a ťažším priebehom poruchy. Špecifikátor „obmedzené prosociálne emócie“ sa vzťahuje tak na disruptívne správanie, ako aj na disociálne poruchy. V prípade poruchy opozičného vzdoru indikuje stabilnejší a výraznejší vzor opozičného správania a v kontexte disociálnej poruchy správania sa spája so sklonom k závažnejšiemu, agresívnejšiemu a trvácnejšiemu antisociálnemu správaniu.

Podľa americkej klasifikácie psychických porúch DSM-5[©] (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015) porucha správania a porucha opozičného vzdoru sú syndrómy definované vzormi správania, ktoré vedú ku konfliktom s dospelými a/alebo rovesníkmi a sú spojené s poruchami v domácom, školskom a/alebo komunitnom prostredí. Hoci poruchy správania môžu byť diagnostikované u dospelých, symptómy sa zvyčajne začínajú počas detstva alebo dospievania. V DSM-5[©] (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015) sú zaradené medzi disruptívne poruchy, poruchy ovládania impulzov a poruchy správania, ktoré zahŕňajú problémy v ovládaní vlastných emócií a správania. Na rozdiel od iných porúch sú špecifické tým, že narušujú práva iných (napr. agresia, ničenie majetku) a/alebo privádzajú jednotlivca do významného konfliktu so spoločenskými normami alebo autoritami. DSM-5[©] (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015) zavádza špecifikátor „s nedostatkom sociálneho cítenia“, pričom iba menšina jednotlivcov s poruchou správania spĺňa požiadavky tohto špecifikátora. Znaky tohto špecifikátora sú často vo výskume označované ako bezcitnosť a neprítomnosť emocionality, ďalej vyhľadávanie vzrušenia, nebojácnosť a necitlivosť k trestu. U týchto jednotlivcov je pravdepodobnejšie zapojenie do agresívnych plánovaných a účelových aktivít než u iných jednotlivcov s poruchou správania. Tento špecifikátor môžu spĺňať jednotlivci zo všetkých podtypov alebo stupňov závažnosti, ale najčastejšie sú to jednotlivci s poruchou správania s nástupom v detskom veku a ťažkým stupňom závažnosti. Napriek tomu, že niektoré štúdie dokladajú validitu sebahodnotenia jednotlivcov pre účely stanovenia špecifikátora, môže sa stať, že v rámci klinického rozhovoru sa nemusia k týmto vlastnostiam priznať. Preto je nutné vyhodnotiť informácie z viacerých zdrojov.

Základným rozdielom medzi deťmi s poruchami správania a deťmi, ktorých správanie sa pohybuje v norme, je miera, trvanie a stupeň nežiaduceho správania (Lištiaková et al., 2015).

Mnohé prejavy porúch správania (agresívne správanie, záškoláctvo, úteky a i.) sa zo sociologického hľadiska označujú ako sociálno-patologické javy. Miovský, Skácelová, Zapletalová et al. (2010) v tejto súvislosti uvádzajú, že termín sociálno-patologické javy je v kontexte prevencie koncepcne prekonaný (nakoľko je stigmatizujúci, normatívne ladený a kladie prílišný dôraz na skupinovú/spoločenskú normu) a nahrádza sa pojmom rizikové správanie.

2 Epidemiológia

Poruchy správania patria medzi najčastejšie poruchy, s ktorými sa stretávame v detskej a adolescentnej psychiatrii. Predstavujú heterogénnu skupinu porúch, z ktorých každá má inú psychopatológiu a odlišný priebeh (Vloet, Herpertz, Herpertz-Dahlman, 2006, Liabø, Richardson, 2007).

Poruchy správania sa podľa názorov rôznych autorov vyskytujú v širokom rozmedzí od 2 do 20 % (Pugnerová, Kvintová, 2016, Vágnerová, 2004 a i.). Častejšie sa prejavujú u chlapcov ako u dievčat, ale ani tu sa jednotliví autori nezhodujú (odhad sa pohybuje v rozmedzí 1:4 až 1:12) (Vágnerová, 2004). Údaje z epidemiologických štúdií (Costello, 1989) potvrdzujú, že vo veku 4-20 rokov sú prítomné diagnostikovateľné poruchy správania približne v 10 %. Prevalencia porúch správania je u adolescentov v rozmedzí 5-15 % (Vágnerová, 2004). Hort, Hrdlička, Kocourková et al. (2000) uvádzajú, že poruchy správania sa prejavujú u 10- 15 % detí a adolescentov, pričom medzi deťmi školského veku má 5-20 %

určité poruchy správania. Poruchy správania sa vyskytujú častejšie u chlapcov a u potomkov s antisociálnou poruchou osobnosti.

Podľa DSM-5[®] (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015) sa jednoročná prevalencia poruchy správania pohybuje v rozmedzí 2-10 % a viacej, s mediánom 4 %. Prevalencia poruchy správania je celkom konzistentná naprieč krajinami odlišnými rasovo i etnicky. Výskyt sa zvyšuje od detstva do adolescencie a objavuje sa viac u mužov.

U jednotlivcov mužského pohlavia s diagnózou poruchy správania sa často objavujú bitky, krádeže, vandalizmus a problémy so školskou disciplínou. Jednotlivci ženského pohlavia majú skôr tendenciu ku klamstvu, záškoláctvu, útekom, užívaniu látok a prostitúcii. Zatiaľ čo jednotlivci mužského pohlavia prejavujú tak fyzickú, ako aj skrytú agresiu (správanie, ktoré narušuje sociálne vzťahy), jednotlivci ženského pohlavia majú tendenciu skôr k skrytej agresii (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015).

3 Patofyziológia

Etiológia porúch správania nie je jednoznačne známa a zahŕňa celý rad faktorov, od sociokultúrnych, cez psychologické až k biologickým (Theiner, 2007).

3.1 Genetické a biologické faktory

Genetická dispozícia

Genetické faktory sa intenzívne skúmajú, niektorí autori odhadujú ich podiel až na 71 % (Slutske, 1997, in: Theiner, 2007). Dá sa predpokladať, že kľúčová je súhra medzi faktormi prostredia a genetickou vlohou (Theiner, 2007). Výsledky monozygotických a dizygotických dvojčiat potvrdzujú vplyv dedičnosti. Príslušné korelácie presahujú pri monozygotných dvojčatách 0,60. Korelácia porúch správania adoptovaných detí s adoptívnymi matkami sa nepotvrdila, zatiaľ čo s biologickými áno (Willerman et al., 1992). Dôkazy o samostatných genetických dráhach spájajúcich detskú podráždenosť s neskoršou depresiou alebo úzkosťou a vzdorovité správanie s neskoršími poruchami správania a problematickým užívaním návykových látok majú dôsledky pre včasnú identifikáciu týchto porúch a pre ďalší výskum etiológie, patogenézy a liečby poruchy opozičného vzdoru a komorbidné stavy. Štúdie v Spojenom kráľovstve, Švédsku a Spojených štátoch preukazujú mierny genetický vplyv na prejavy podráždenosti a vzdorovitého správania (porucha opozičného vzdoru), pričom dedičnosť sa pohybuje od 31 do 54 % a 41 až 45 % (Zanarini, Frankenburg, Reich et al., 2012, Savage, Verhulst, Copeland et al., 2015, Roberson-Nay, Leibenluft, Brotman et al., 2015, Mikolajewski, Taylor, Iacono, 2017). V britských a švédskych štúdiách bola genetická korelácia podráždenosti silnejšia s depresívnou poruchou ako s delikvenciou, zatiaľ čo genetická korelácia pre vzdorovité správanie bola silnejšia s delikvenciou ako s depresívnou poruchou (Weisz, Chorpita, Frye et al., 2011). Z dlhodobého hľadiska prekrývanie detskej podráždenosti s afektívnymi a úzkostnými poruchami u adolescentov a vzdorovitého správania so symptómami porúch spojených s užívaním látok u adolescentov primárne spôsobovali bežné genetické vplyvy (Weisz, Chorpita, Frye et al., 2011). V štúdií v Spojených štátoch (Kolko, Campo, Kilbourne et al., 2014) sa na základe genetických analýz zistilo, že faktor dráždivosti zdieľal genetické vplyvy s depresiou a generalizovanou úzkostnou poruchou, zatiaľ čo faktor vzdorovitého správania bol spojený s nepozornosťou, hyperaktivitou, impulzívnosťou a poruchou správania, ale nie naopak.

Biologické dispozície

Rozsiahle štúdie poukazujú na asociácie medzi celoživotne pretrvávajúcimi problémami v správaní a perinatálnymi komplikáciami, menšími fyzickými anomáliami a nízkou pôrodnou hmotnosťou (Brennan, Grekin, Mednick, 1999, Portnoy, Gao, Glenn et al., 2013, NICE, 2013). Predpokladá sa, že takéto komplikácie vyvolávajú alebo signalizujú poškodenie mozgu plodu, ktoré zase môže zapríčiniť vznik neuropsychologických deficitov. Tieto sú považované za známe rizikové faktory problémov

v správaní (Moffitt, Arseneault, Jaffe, 2008). Väčšina štúdií (NICE 2013) podporuje biosociálny model, ktorý hovorí o tom, že pôrodné komplikácie môžu prispieť k zraniteľnosti voči ďalším súčasne sa vyskytujúcim rizikám (napr. voči nepriateľskému alebo nedôslednému rodičovstvu). Početné štúdie (Brennan, Grekin, Mednick, 1999, Brennan, Grekin, Mortensen et al., 2002, Liu, 2005, Liu, Wuerker, 2005) preukázali, že deti, ktoré sú vystavené fajčeniu matiek počas tehotenstva, majú zvýšené riziko neskoršieho kriminálneho správania počas celého života. Včasnými biologickými rizikovými faktormi (komplikácie tehotenstva/pôrodu, vystavenie plodu nikotínu, alkoholu a drogám, nízky cholesterol, podvýživa, expozícia olova a mangánu, poranenia hlavy a mozgová dysfunkcia, nízky arousal, nízky serotonín, nízky kortizol a vysoký testosterón) sa zaoberá štúdia (Liu, Wuerker, 2005). Ďalším raným rizikovým faktorom, o ktorom sa preukázalo, že prispieva ku kriminálnemu a antisociálnemu správaniu, je nedostatočná výživa, čo podporujú aj výsledky štúdií (Portnoy, Gao, Glenn et al., 2013, Liu, Raine, Venables et al., 2015).

Poškodenia nerového systému, deficity v autonómnom nervovom systéme, neurokognitívne a behaviorálne deficity

Biologické predpoklady k agresívnemu spôsobu reagovaniu môžu byť dané určitou zmenou v štruktúre či funkcii mozgu. Tieto odchýlky nemusia mať iba genetickú príčinu, ale môžu vzniknúť v dôsledku poškodenia CNS (napr. úrazom, ochorením). Sklon k agresii nie je v mozgu jednoznačne lokalizovaný, môžu ho ovplyvniť zmeny v rôznych kôrových i podkôrových oblastiach, poruchy ich aktivity či vzájomného prepojenia. Pre vznik zvýšenej pohotovosti k násilnému reagovaniu je dôležitá oblasť prefrontálnej kôry, ktorá má za normálnych okolností tlmivý vplyv na podkôrové štruktúry. Porušenie jej funkcie sa prejaví nekorigovaným, prípadne až asociálnym správaním. Pacienti s poškodením kôry čelných lalokov mozgu bývajú agresívnejší a útočnejší. K dočasnej poruche fungovania v tejto oblasti môže dôjsť i vplyvom silného a dlhotrvajúceho stresu (Vágnerová, 2004).

Popisované sú deficity v autonómnom nervovom systéme. Niektoré štúdie poukazujú na súvislosť medzi vážnosťou porúch správania a zníženou hladinou kortizolu. U adolescentov s delikventným správaním je 20-násobne častejší výskyt záchvatových ochorení než v bežnej populácii. Neurotransmitterové abnormality sa týkajú aktivity dopamínu a noradrenalínu, prítomná je aj serotonínová dysregulácia (Theiner, 2007). U jednotlivcov s poruchou správania je pozorovaná znížená kľudová srdečná frekvencia, čo nie je typické pre žiadnu inú duševnú poruchu. Ďalej sú doložené znížené vegetatívne prejavy pri reakcii na strach, najmä nízka vodivosť kože. Tieto psychofyziologické nálezy však nie sú pre stanovenie poruchy určujúce (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015).

Neurozobrazovacie štúdie uvádzajú menšie mozgové štruktúry v oblastiach spojených so spracovaním emócií, monitorovaním chýb, riešením problémov a sebakontrolou u detí s poruchou správania s ADHD alebo bez komorbidnej ADHD (Noordermeer, Luman, Oosterlaan, 2016). Predpokladá sa, že tieto oblasti zohrávajú úlohu v neurokognitívnych a behaviorálnych deficitoch, ktoré sa podieľajú na poruchách správania. V metaanalýze zahŕňajúcej 29 štúdií skúmajúcich štruktúrne a funkčné neurozobrazovanie sa zistilo, že diagnóza poruchy správania súvisí s menšími mozgovými štruktúrami v bilaterálnej amygdale, bilaterálnej insule, pravom striáte, ľavom mediálnom frontálnom gyruse a prítomnou komorbídnou ADHD (Noordermeer, Luman, Oosterlaan, 2016). U porúch správania spojených s neurokognitívnymi poruchami bol zistený menší objem šedej hmoty v limbických oblastiach, ako je amygdala, insula a orbitofrontálny kortex a tiež funkčné abnormality v prekrývajúcich sa mozgových okruhoch zodpovedných za spracovanie emócií, reguláciu emócií a rozhodovanie založené na posilnení. Rovnako bola pozorovaná zhoršená regulácia osi hypotalamus-hypofýza-nadobličky a autonómnej reaktivity na stres (Fairchild, Hawes, Frick et al., 2019).

U jednotlivcov s poruchou správania boli opakovane zaznamenané štrukturálne a funkčné odlišnosti v oblastiach mozgu, ktoré súviseli s reguláciou a spracovaním afektov, najmä vo frontotemporálne- limbických spojeniach vrátane ventrálneho prefrontálneho kortexu a amygdaly. Nálezy neurovizuálnych metód však nie sú pre stanovenie diagnózy určujúce. S poruchou opozičného vzdoru je spojený rad neurologických markerov (napr. nižšia tepová frekvencia a reaktivita vodivosti kože, znížená reaktivita bazálneho kortizolu, abnormality v prefrontálnom kortexe a amygdale). Vzhľadom k tomu, že vo väčšine štúdií neboli oddelené deti s poruchou opozičného vzdoru a poruchou správania, však nie je zrejmé, či sú tieto markery špecifické práve pre poruchu opozičného vzdoru (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015).

Zvýšená pohotovosť k agresii má určitý biochemický základ. Predpokladá sa, že je spojená s nízkou koncentráciou serotonínu v krvi, s obmedzením počtu receptorov, resp. s narušením jeho metabolizmu. Bola tiež zistená spojitosť medzi zníženou hladinou kyseliny 5-hydroxy indolactovej (5-HIAA), ktorá je hlavným metabolitom serotonínu v mozgu a sklonom k impulzívnej agresivite. Vzrast agresie môže súvisieť i so zmenami hladiny acetylcholínu, ktorý má vzťah k navodeniu averzívnych stavov spúšťajúcich násilné správanie. Podobným spôsobom ovplyvňuje sklon k agresii dopamín, znižovanie jeho hladiny redukuje agresívne prejavy (Vágnerová, 2004).

Temperamentové faktory

Ako prediktívne pre poruchu opozičného vzdoru sa prejavujú temperamentové faktory, ktoré sa vzťahujú k problémom v emocionálnej regulácii (vysoká úroveň emocionálnej reaktivity, nízka frustračná tolerancia) (Caspi, Henry, McGee et al., 1995, Caspi, Silva, 1995, Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015).

Úroveň inteligencie

Medzi rizikové faktory patrí podpriemerná inteligencia najmä v oblasti verbálneho intelektového kvocientu (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015, Matoušek, Matoušková, 2011). Vágnerová (2004) píše, že deti a adolescenti s deštruktívnym správaním síce majú v priemere o niečo nižšiu inteligenciu, ako je priemer populácie, na druhej strane existujú aj jednotlivci s asociálnym správaním s nadpriemernými intelektovými schopnosťami. Deštruktívne správanie sa často spája so školským neúspechom, pričom k nemu významne prispieva sociokultúrna deprivácia a všeobecne nepriaznivá konštelácia stresorov. Zanedbávanie školských povinností možno chápať ako jednu zo zložiek často generalizovaného odmietania sociálnych noriem danej spoločnosti.

3.2 Psychosociálne faktory

Údaje zo štúdia dvojčiek mužského pohlavia ukazujú na to, že v porovnaní s dospelým antisociálnym správaním sú juvenilné problémy správania silnejšie prepojené s environmentálnymi faktormi (Dulcan, Martini, 2004).

Poruchy správania majú mimoriadne rôznorodé pozadie. Spravidla sú výsledkom nahromadenia viacerých faktorov a nepriaznivých udalostí. Utvárajú sa v interakcii niekoľkých patogénnych faktorov, dedičných a osobnostných dispozícií a vonkajších vplyvov. Zdrojom rizík môžu byť včasné nepriaznivé okolnosti (zlá sociálna situácia, nepripravenosť na materstvo a rodičovstvo, stres), dysfunkčné primárne vzťahy a formy interakcie, nevhodná a zanedbávajúca výchova a ťažké životné skúsenosti (Hornáková, Račková, 2016).

Faktory na strane rodinného prostredia

Z rodinných faktorov, ktoré prispievajú k rozvoju porúch správania, je to kriminalita v rodinnej anamnéze, užívanie návykových látok rodičmi a konflikty medzi rodičmi, ďalej nedostatočná starostlivosť a nedôslednosť vo výchove, konfliktný vzťah rodič-dieťa a nepriateľský vzťah rodiča

k dieťaťu. Tieto faktory sú znásobené domácim násilím. Zvýšenému riziku podliehajú aj adolescenti, u ktorých sa v rodinnej anamnéze vyskytuje hyperkinetická porucha, závislosti, psychotické poruchy a afektívne poruchy. S vekom vplyv rodinných faktorov klesá, poruchy správania s neskorším nástupom skôr súvisia so snahou adolescenta zapojiť sa do rovesníckej skupiny, ktorá vykazuje antisociálne aktivity (Theiner, 2007). Rozvod sa nejaví ako rizikový faktor, skôr rodinná nehoda ako odlúčenie sa zdá byť sprostredkovateľom poruchy správania (Dulcan, Martini, 2004). Rodičovské štýly sa vyznačujú nedostatočnou podporou, nízkou empatiou a vysokým tlakom na deti, čo môže viesť k negatívnym dôsledkom pre ich vývin a správanie. Rodičia detí s problémami v správaní boli podľa štúdie v NICE (2013) menej konzistentní v používaní pravidiel, dávali nejasnejšie príkazy, častejšie reagovali na svoje deti na základe toho, ako sa cítili, a nie na základe toho, čo dieťa skutočne robilo, menej často kontrolovali miesto pobytu svojich detí. Vývinový model antisociálneho správania načrtli Patterson, DeBaryshe, Ramsey (1989), pričom vyzdvihli dôležitosť negatívnej špirály „rodič-dieťa“, ktorá predstavuje reciprocitu problémových interakcií medzi rodičom a dieťaťom. Tento vzájomný vplyv môže viesť k zosilňovaniu a udržiavaniu problémov v správaní dieťaťa. Deti s poruchou správania provokujú svojich rodičov k tvrdej, ale nedôslednej disciplíne a rodičia provokujú deti k nesúhlasnému, vzdorujúcemu a antisociálnemu správaniu (Dulcan, Martini, 2004). Vzájomné vzťahy medzi pozorovanými donucovacími interakciami medzi deťmi a rodičmi, opozičným a agresívnym správaním v ranom detstve (vo veku 2 – 5 rokov) a problémoch v správaní v školskom veku (vek 7,5 a 8,5 roka), opisujú Smith, Dishion, Shaw et al. (2014). Výsledky predmetnej štúdie naznačujú, že skoré donucovacie rodinné procesy zosilňujú opozičné a agresívne správanie a predpovedajú opozičnosť v školskom prostredí, pričom donucovacie interakcie sú relatívne silnejším prediktorom následného opozičného správania detí ako správanie detí, ktoré zosilňuje nátlak. Celkovo opozičné a neposlušné správanie počas tohto vývinového obdobia pomerne rýchlo klesá, ukazuje sa však, že vyššia prevaha nátlakových výmen znižuje mieru poklesu a problémy v správaní pretrvávajú v prostredí školy. Hoci o dievčatách s poruchou správania existuje menej informácií, niektoré zistenia naznačujú, že ich rodiny sú dokonca dysfunkčnejšie než rodiny chlapcov s poruchou správania. V metaanalýze 132 štúdií zahŕňajúcich viac ako 339 000 subjektov bolo antisociálne správanie spojené s nižším socioekonomickým statusom, pričom najsilnejšia korelácia bola zistená u detí predškolského veku, za ktorými nasledovali staršie deti a potom dospelávajúci (Piotrowska, Stride, Croft et al., 2015). V observačnej štúdií sa porovnávalo 82 účastníkov s ADHD a poruchou opozičného vzdoru s 82 účastníkmi len s ADHD a 82 účastníkmi v rámci vývinovej normy (kontrolná skupina). Medzi účastníkmi s ADHD a poruchou opozičného vzdoru bola zaznamenaná vyššia miera výskytu ADHD rodičov, náročné životné udalosti, patologické partnerské vzťahy a nižší socioekonomický status v porovnaní s účastníkmi iba s ADHD alebo s účastníkmi kontrolnej skupiny (Noordermeer, Luman, Weeda et al., 2017).

Kariková (2011), Popelková (2013) dopĺňajú kategóriu rodinne podmienených porúch správania o poruchy správania ako následok syndrómu subdeprivácie. Tento vzniká ako dôsledok takej atmosféry v rodinnom prostredí, ktoré neposkytuje dieťaťu dôležité podnety pre jeho rozvoj, vyznačuje sa absenciou podnetov a naplnenia potrieb dôležitých pre vývin dieťaťa v navonok funkčnej rodine. Dieťaťu chýba najmä emocionálna istota a osvojovanie si primeraných noriem správania, nemá možnosť vnímať zmysel a hodnotu toho, čo človek robí, je demotivovaný. Správanie dieťaťa sa potom môže prejavovať pasivitou, ľahostajnosťou, alebo poruchovým správaním.

Širšie sociálne prostredie, vplyv rovesníckej skupiny

Medzi rizikové faktory sa radí život v ústavnej starostlivosti v ranom veku, časté zmeny opatrovateľov, veľká rodina. V rámci miestnej komunity rizikové faktory zahŕňajú odmietnutie vrstovníkmi, zapojenie do delikventnej vrstovníckej skupiny a násilie v okolí bydliska. Tieto faktory sú častejšie pozorované u detí s poruchou správania s nástupom v detskom veku (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015). Školský neúspech a odmietanie rovesníkmi podporujú spojenie s „problematickými“ rovesníkmi (Dulcan,

Martini, 2004). V období adolescencie je prirodzeným sprievodným javom rozvíjanie vlastnej identity a oslabovanie vplyvu rodičovskej autority. Pokiaľ dospelávajúci nie je schopný získať svoju sociálnu identitu prijateľným spôsobom, identifikuje sa s rovesníckou partiou. Často sa v nej zažíva pocity akceptácie či vlastnej sebaúcty. Preto sa identifikuje aj s takými normami skupiny, ktoré by za iných okolností odmietol. Môže to byť aj páchanie trestnej činnosti (najčastejšie sú to krádeže alebo iná násilná trestná činnosť), alebo konzumácia narkotík (Kariková, 2011). Novodobá kriminológia zdôrazňuje, že kriminalita mládeže je páchaná skoro vždy v partiách (neformálnych rovesníckych skupinách). Neformálne skupiny pritom vznikajú vydelením zo skupín formálnych a najčastejšie ich tvoria spolužiaci zo škôl, zverenci rovnakých dochádzkových a pobytových zariadení pre rizikovú mládež. Delikventné partie často vznikajú z podskupín mladých ľudí, ktorí sa dobre poznajú z jednej inštitúcie, menej často sa regrutujú z mládeže bývajúcej na jednom sídlisku. Tieto skupiny sa vymknú bežným mechanizmom sociálnej kontroly (prestanú chodiť do školy, do práce atď.), vytvoria si vlastné hodnotové preferencie a správajú sa vysoko autonómne (Matoušek, Matoušková, 2011). Ďalším faktorom je imitácia agresívneho a násilného správania ako dôsledok negatívneho vplyvu masmédií. Nebezpečenstvo tohto vplyvu je výrazné najmä u mladších detí, ktoré ho bez náležitého vysvetlenia môžu chápať ako bežný vzorec správania (Kariková, 2011).

Kultúrne faktory

Porucha správania môže byť chybné priradená jednotlivcom z prostredia, kde sa považuje disruptívne správanie za takmer normálne, napr. vo veľmi ohrozujúcich oblastiach s vysokou kriminalitou alebo na vojenských územiach. Preto by mal byť zvažovaný kontext, v ktorom sa problematické správanie vyskytuje (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015).

K rozvoju nežiaduceho správania môže stimulovať aj určité životné prostredie, v ktorom deti vyrastajú. Nepriaznivo pôsobí napr. zoskupenie veľkého množstva ľudí na sídliskách, ktoré sú typické svojou anonymitou a kde je možné len ťažko rozoznať stálych obyvateľov od cudzích ľudí. Deti a dospelávajúci sa tu správajú asociálne vo väčšej miere ako tam, kde funguje sociálna kontrola a na anonymitu sa nemožno spoliehať, napr. v malom meste (Vágnerová, 2004).

Psychologicky podmienené poruchy správania

Psychologicky podmienené poruchy správania Řičan, Krejčířová et al. (2006) rozdeľujú do piatich skupín príčin (porucha správania ako prejav hľadania náhradného uspokojenia pri strate alebo opakovanej frustrácii, poruchy správania so vzťahom k emocionálnej deprivácii, poruchy správania na báze disharmonického vývinu osobnosti, volanie o pomoc a poruchy správania ako prejav inej závažnej psychickej poruchy).

Individuálne charakteristiky osobnosti

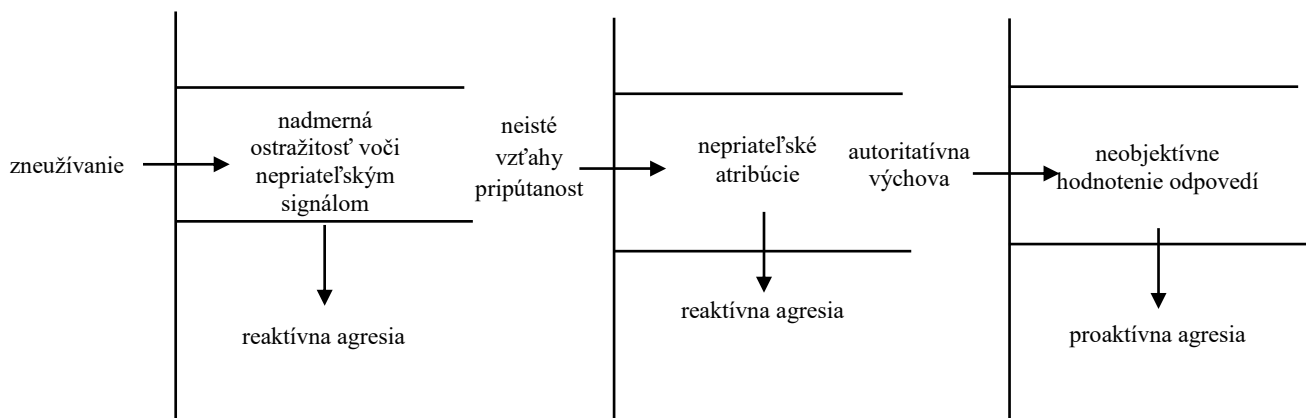
Prítomnosť črt callous-unemotional, bezcitnosť-neemocionálnosť (CU). Výskum naznačuje, že CU črty (napr. nedostatok viny, absencia empatie, bezcitné využívanie iných na vlastný prospech) sa zdajú byť relatívne stabilné počas detstva a adolescencie a označujú skupinu mladistvých so zvlášť vážnym, agresívnym a stabilným vzorom antisociálneho správania. Okrem toho mladiství s antisociálnym správaním s CU črtami prejavujú viacero rozdielnych emocionálnych, kognitívnych a osobnostných vlastností v porovnaní s inými mladistvými s antisociálnym správaním (Verhoef, Alsem, Verhulp et al., 2019). Narušené správanie často vyplýva z odlišného spôsobu uvažovania, resp. hodnotenia situácie a interpretácie reakcií iných ľudí. Tieto deti majú zníženú schopnosť adekvátne spracovať rôzne informácie a na ich základe plánovať a regulovať svoje správanie. Niekedy ide až o narušenie kognitívnej orientácie vo svete, predovšetkým v jeho sociálnej oblasti (Vágnerová, 2004). Bola zistená pozitívna súvislosť medzi hostilným kognitívnym štýlom a agresiou, ale veľkosti efektov sa výrazne líšili medzi štúdiami. Výsledky multiregresnej metaanalýzy na základe 111 štúdií naznačovali, že

hostilný agresívny štýl je všeobecným kognitívnym sklonom, ktorý usmerňuje správanie v rôznych kontextoch, pričom sila vzťahu medzi hostilným atribučným štýlom a agresiou závisí od úrovne emocionálnej angažovanosti (Dodge, 2006).


Krol, Morton a Bruyn (2004) opisujú rôzne kauzálne modely, ktoré umožňujú diagnostikovať jednotlivé symptómy spojené s antisociálnym správaním v klinickej praxi. Možné vysvetlenie agresívneho správania spočíva v hypervigilancii voči nepriateľským signálom, spôsobeným zneužívajúcim rodičom. Alternatívne vysvetlenie pre daného jednotlivca by mohlo byť, že má nepriateľské atribúcie v dôsledku neistých vzťahov pripútanosti alebo neobjektívnych hodnotení odpovedí v dôsledku autoritatívnej výchovy. Vysvetlenia v jednotlivých prípadoch sa môžu líšiť, aj keď by v zásade mohli objasniť cieľové správanie. V prípadoch troch detí, ktoré sa správajú agresívne, tak možno mať tri rôzne individuálne kauzálne modely (Obrázok 1).

Obrázok 2 ilustruje model etiológie porúch správania. Tabuľka 1 prezentuje funkčné dôsledky porúch správania.

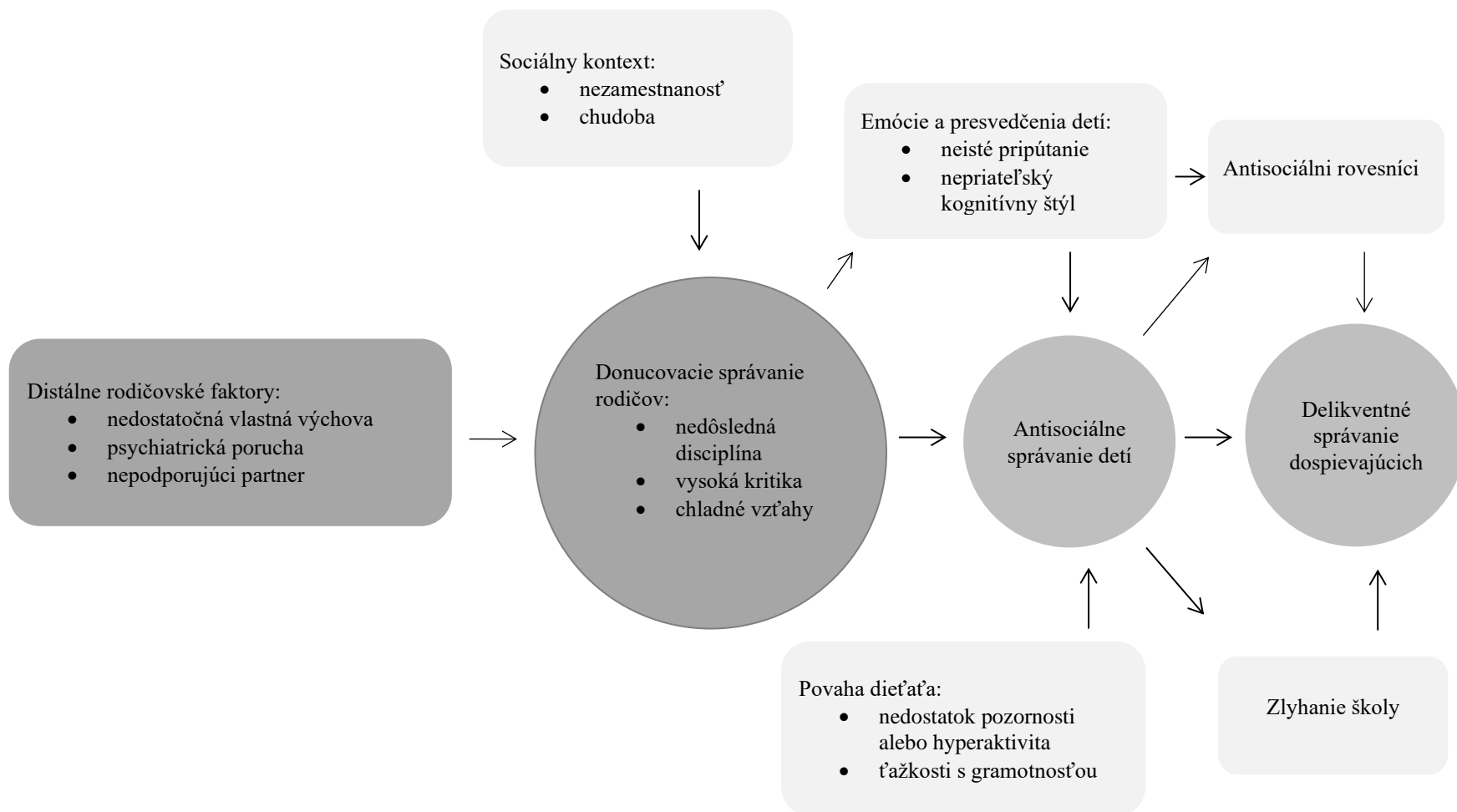
Obrázok 1 Zobrazenie troch kauzálnych modelov pre tri individuálne prípady (upravené podľa Krol, Morton, Bruyn, 2004)



Tabuľka 1

 Funkčné dôsledky porúch správania (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015)	
Funkčné dôsledky poruchy správania	
Narušenie v školskej a sociálnej oblasti	Porucha správania môže viesť k prerušeniu školskej dochádzky alebo vylúčeniu zo školy, k problémom v pracovnom prispôbení, právnym problémom, pohlavne nakažlivým ochoreniam, neplánovanému tehotenstvu a fyzickým zraneniam z nehôd alebo bitiek. Tieto ťažkosti môžu znemožniť dochádzku v bežných školách a/alebo spolužitie s rodičmi či náhradnými rodičmi.
Zdravotné a iné ťažkosti	Porucha správania býva spojená s časným nástupom sexuálnej aktivity, užívaním alkoholu, fajčením, užívaním nelegálnych látok, s nedbanlivosťou a riskantnými aktivitami. U jednotlivcov s poruchou správania sa vyskytuje viac nehôd. Tieto dôsledky môžu predikovať zdravotné ťažkosti v strednom veku.
Konflikt so zákonom	Nie je výnimkou, že sa jednotlivci s poruchou správania dostanú za svoje ilegálne aktivity do konfliktu so zákonom. Porucha správania je často príčinou nariadenej liečby a býva diagnostikovaná v psychiatrických zariadeniach pre deti, najmä vo forenznej praxi, kde je spojená s ťažším a chronickejším narušením u iných diagnóz.
Funkčné dôsledky poruchy opozičného vzdoru	
Interpersonálne konflikty	Pokiaľ je porucha počas vývinu perzistentná, potom jednotlivci s poruchou opozičného vzdoru zažívajú časté konflikty s rodičmi, učiteľmi, nadriadenými, vrstovníkmi, partnermi.
Narušenie emocionálneho, sociálneho, školského a pracovného prispôsobenia	Tieto ťažkosti často ústia do významného narušenia emocionálneho, sociálneho, školského a pracovného prispôsobenia sa jednotlivca.

Obrázok 2 Model etiológie porúch správania (Spender, Scott 1996)



4 Komorbidita

Komorbidné psychiatrické alebo neurologické poruchy sú v spojení s poruchou správania bežné a prispievajú k jej závažnosti a chronicite (Dulcan, Martini, 2004). U jednotlivcov s poruchou správania sa zvyčajne vyskytuje súčasne ADHD a porucha opozičného vzdoru, čo predikuje závažnejší stav. Porucha správania sa môže prejavovať spoločne s jednou alebo s viacerými nasledujúcimi psychickými poruchami: špecifické poruchy učenia, úzkostné poruchy, depresívne a bipolárne poruchy, poruchy spojené s užívaním látok. Školské výsledky najmä v čítaní a verbálnych schopnostiach bývajú často vzhľadom na vek a inteligenciu podpriemerné (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015).

Hyperkinetická porucha sa vyskytuje s poruchou správania v 70 % klinických prípadov (Dulcan, Martini, 2004) a je najčastejšou psychiatrickou poruchou s nástupom v detstve, ktorá sa mnohokrát vyskytuje pri poruchách správania (Sagar, Patra, Patil, 2019). Prítomnosť ADHD zvyšuje riziko porúch správania v priebehu času a spojenie medzi ADHD a poruchami správania je častejšia u chlapcov (Sagar, Patra, Patil, 2019).

Požívanie drog alebo alkoholu môže zvýrazniť impulzivitu, riziko zneužívania agresie, školského zlyhania a suicidality (Dulcan, Martini, 2004). U detí s poruchami správania je vysoká prevalencia zneužívania návykových látok a závislosti, vyskytuje sa nadmerná konzumácia alkoholu, pravidelné užívanie tabaku alebo zneužívanie nelegálnych psychoaktívnych látok (Sagar, Patra, Patil, 2019).


Poruchy správania mladistvých sú dobre zdokumentovaným rizikovým faktorom v dôsledku posttraumatickej stresovej poruchy a posttraumatická stresová porucha môže predisponovať k poruchám správania. Na základe výsledkov metaanalýzy (Bernhard, Martinelli, Ackermann et al., 2018) 19 štúdií je zrejma celoživotná prevalencia posttraumatickej stresovej poruchy 11 % (95 % CI: 7-17 %) u detí a adolescentov s poruchou správania, 14 % (95 % CI: 12-15 %) u dospelých s už existujúcou poruchou správania a 32 % (95 % CI: 25-40 %) u mladistvých páchatel'ov s poruchami správania. Vyššia celoživotná prevalencia posttraumatickej stresovej poruchy bola teda častejšie pozorovaná u jednotlivcov s poruchami správania a častejšie u žien v porovnaní s mužmi s poruchami správania. Vysoká miera posttraumatickej stresovej poruchy pri poruchách správania môže byť spôsobená spoločnými rizikovými faktormi, okrem toho môžu poruchy správania zvýšiť riziko komorbidnej posttraumatickej stresovej poruchy. Na ďalšiu podporu daných zistení sú potrebné najmä longitudinálne štúdie.

Počas puberty sa zvyšuje aj prevalencia depresie a porúch správania avšak poruchy správania majú v porovnaní s depresiou skorší vek nástupu. V období dospievania sú komorbiditou viac postihnutí chlapci, pričom prítomnosť oboch porúch zvyšuje potom riziko samovrážd. Závěry z pilotnej štúdie (Olvera, Semrud-Clikeman, Pliszka et al., 2005) o neuropsychologických deficitoch u agresívnych mladistvých páchatel'ov s bipolárnou poruchou a bez nej v porovnaní s kontrolnou skupinou ukazujú, že juvenilný páchatel' s poruchou správania vykazoval v porovnaní s kontrolami široký rozsah deficitov v neuropsychologickom testovaní. Hoci sa mladiství páchatelia s bipolárnou poruchou a bez nej líšili v ich klinickom prejave, rozdiely v neuropsychologických meraniach nie sú špecifické a môžu súvisieť s komorbidnými diagnózami.

Z národného prieskumu sprievodných porúch v Spojených štátoch amerických (Nock, Kazdin Hiripi et al., 2006) vyplynulo, že celoživotná diagnóza poruchy správania je spojená so signifikantne zvýšeným rizikom všetkých ostatných hodnotených duševných porúch s výnimkou agorafóbie (Tabuľka 2). Prítomnosť poruchy správania je spätá so zvlášť vysokým rizikom porúch spojených s užívaním návykových látok (OR = 5,9) a porúch kontroly impulzov (OR = 7,7). Časový vzťah medzi poruchou správania a ostatnými poruchami počas celého života sa výrazne líši v závislosti od poruchy. Porucha správania sa skôr vyskytne pred sprievodnými poruchami nálady (v 70,2 % prípadov je porucha správania prvá) a poruchami spojenými s užívaním látok (v 88,5 % prípadov je porucha správania prvá). V porovnaní s tým je pravdepodobnejšie, že sa porucha správania vyskytne po sprievodných poruchách kontroly impulzov (v 23,2 % prípadov je porucha správania prvá). Časový vzťah medzi poruchou správania a komorbidnými úzkostnými poruchami je zmiešaný, pričom porucha správania sa prejavuje

prevažne po špecifických a sociálnych fóbiách, ale pred ostatnými hodnotenými úzkostnými poruchami (v 32,1 % prípadov je porucha správania prvá).

Tabuľka 2

 Časové vzťahy medzi poruchou správania a inými duševnými poruchami (Nock, Kazdin Hiripi et al., 2006)								
			Porucha správania prvá		Porucha správania druhá		V rovnakom roku	
	OR	(95 % CI)	%	(SE)	%	(SE)	%	(SE)
Bipolárna porucha	5.0*	(3.6–7.0)	78.0	(4.5)	16.7	(3.2)	5.3	(2.9)
Veľká depresívna porucha	1.6*	(1.2–2.1)	72.2	(5.3)	19.1	(4.4)	8.8	(3.2)
Dystýmia	3.2*	(2.2–4.9)	65.2	(8.3)	31.3	(8.2)	3.5	(3.4)
Panická porucha	3.5*	(2.4–5.0)	78.9	(5.2)	14.9	(5.0)	6.3	(2.6)
Generalizovaná úzkostná porucha	3.0*	(2.2–3.6)	80.6	(5.7)	15.8	(5.1)	3.6	(2.1)
Špecifická fóbia	2.4*	(1.9–3.1)	18.4	(3.1)	78.5	(3.2)	3.1	(1.5)
Sociálna fóbia	2.8*	(2.2–3.6)	36.0	(4.5)	52.2	(6.0)	11.8	(5.1)
Agorafóbia	1.4	(0.7–2.1)	59.7	(18.6)	40.3	(18.6)	0.0	--
Posttraumatická stresová porucha	4.2*	(3.0–5.6)	56.3	(5.7)	35.3	(5.2)	8.4	(3.4)
Obsedantno-kompulzívna porucha	2.8*	(1.3–6.0)	83.2	(11.3)	8.0	(7.9)	8.7	(8.5)
Intermitentná explozívna porucha	3.8*	(2.9–2.1)	41.9	(5.2)	46.1	(5.1)	12.0	(2.7)
ADHD	4.9*	(3.7–6.5)	17.1	(5.4)	75.3	(6.6)	7.6	(2.5)
Porucha opozičného vzdoru	12.1*	(9.3–15.8)	24.4	(4.2)	46.3	(5.8)	29.3	(3.9)
Zneužívanie alkoholu alebo závislosť	5.3*	(3.9–7.2)	93.8	(1.9)	1.7	(1.0)	4.5	(2.0)
Alkoholová závislosť	5.9*	(3.7–9.6)	96.0	(2.2)	0.0	--	4.0	(2.2)
Zneužívanie drog alebo závislosť	6.4*	(4.7–8.7)	88.4	(3.5)	3.0	(1.3)	8.6	(3.3)
Drogová závislosť	8.4*	(5.6–12.6)	94.0	(2.9)	0.0	--	6.0	(2.9)
Porucha nálady	2.7*	(2.1–3.5)	70.2	(4.5)	21.8	(3.9)	8.0	(2.2)
Úzkostná porucha	3.0*	(2.3–3.8)	32.1	(3.8)	61.3	(3.5)	6.6	(2.4)
Porucha ovládania impulzov	7.7*	(5.9–10.0)	23.2	(3.2)	57.5	(4.4)	19.3	(2.3)
Porucha spojená s užívaním látok	5.9*	(4.3–8.2)	88.5	(2.6)	3.2	(1.2)	8.3	(2.5)

Legenda: *Signifikantné na úrovni 0.05, % - percentá, SE - štandardná chyba (Standard Error), OR - pomer šanci (odds ratio), CI - interval spoľahlivosti (Confidence Interval)

V národnom prieskume komorbidných porúch v Spojených štátoch amerických (Nock, Kazdin Hiripi et al., 2007, Aebi, Müller, Asherson et al., 2010) u jednotlivcov s diagnózou poruchy opozičného vzťahu počas celého života sa vyskytovali nasledujúce percentuálne hodnoty sprievodných porúch: akákoľvek porucha ovládania impulzov (68 %), porucha pozornosti s hyperaktivitou (35 %), porucha správania (42 %), intermitentná explozívna porucha (29 %), akákoľvek porucha spojená s užívaním látok (47 %), veľká depresívna porucha (39 %), disruptívna dysregulatívna porucha nálady (23 až 38 %) (Copeland, Costello, Egger et al., 2013), sociálna fóbia (31 %), špecifické fóbie (25 %), bipolárna porucha (20 %), posttraumatická stresová porucha (20 %), generalizovaná úzkostná porucha (16 %), porucha separačnej úzkosti (12 %).

5 Klasifikácia

V Medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKCH-10, 2023, Theiner, 2007) sú kategórie utvorené podľa viacerých triediacich kritérií – prostredia, kde sa poruchy správania vyskytujú, socializácie jednotlivca i vývinového obdobia. Aká je súvislosť jednotlivých kategórií, tiež nie je presne známe (Tabuľka 3).

Tabuľka 3

 Medzinárodná klasifikácia chorôb s účinnosťou 01.01.2023 (2023) Diagnostické kritériá pre poruchy správania		
F91.-	Porucha správania	<p>Poruchy správania charakterizuje opakované a pretrvávajúce, asociálne, agresívne alebo vyzývavé konanie. Také správanie môže vážne narušiť veku primerané sociálne požiadavky. Ide o závažnejšie počínanie, ako je obyčajné detské huncútstvo alebo pubertálna rebélia a má ráz trvalého správania (aspoň šesť mesiacov). Poruchy správania môžu byť príznačné aj pre iné psychické choroby. V takých prípadoch treba uprednostniť základnú diagnózu.</p> <p>Príklady správania, ktoré je podkladom pre diagnózu, zahŕňajú nadmerné bitkárstvo a tyranizovanie, krutosť voči iným ľuďom a zvieratám, ťažké poškodzovanie majetku, podpaľačstvo, krádeže, opakované klamanie, záškoláctvo a utekanie z domu, nezvyčajne časté a veľké výbuchy zlosti a neposlušnosť. Spomínané správanie, ak je dostatočne výrazné, postačuje na diagnózu, ale jednotlivé disocálne činy nestačia.</p> <p>Nepatria sem: Zmiešaná porucha správania a emotivity (F92.-) Hyperkinetická porucha správania (F90.1) Poruchy nálady (F30 – F39) Pervazívne poruchy vývinu (F84.-) Schizofrénia (F20.-)</p>
F91.0	Porucha správania viazaná na vzťahy v rodine	<p>Porucha konania s disocálnym alebo útočným správaním (nielen opozičné, vzdorovité a rozvrtnické správanie), pri ktorej je abnormálne správanie obmedzené výlučne alebo takmer výlučne na domov a vzájomné vzťahy v úzkom rodinnom kruhu alebo v spoločnej domácnosti. Porucha vyžaduje splnenie kritérií pod F91.-. Ani vážne narušené vzťahy medzi rodičom a dieťaťom samé nestačia na diagnózu tejto poruchy.</p>
F91.1	Porucha sociálneho správania pri chýbaní sociálnych väzieb	<p>Charakterizuje ju kombinácia pretrvávajúceho disocálneho alebo agresívneho správania zodpovedajúceho kritériám pod F91.-, nezahŕňa opozičné, vzdorovité a rozvrtnické správanie s významným prenikavým zhoršením osobných vzťahov s ostatnými deťmi.</p> <p>Porucha socializácie s agresivitou Porucha správania, solitárny agresívny typ</p>
F91.2	Porucha sociálneho správania so zachovaním sociálnych väzieb	<p>Porucha konania zahŕňajúca pretrvávajúce disocálne a agresívne správanie (zodpovedajúce kritériám pod F91.- a nezahŕňa opozičné, vzdorovité a rozvrtnické správanie) u jednotlivcov, ktorí sú celkovo dobre integrovaní v skupine seberovných.</p> <p>Spoločné krádeže Skupinová delikvencia Záškoláctvo Porucha správania, skupinový typ Priestupky v súvislosti s členstvom v gangoch</p>
F91.3	Porucha správania s opozičným, vzdorovitým správaním	<p>Porucha správania, zvyčajne u mladších detí, ktorú charakterizuje najmä výrazne vzdorovité neposlušné, rozvrtnické správanie bez delikventských činov alebo extrémnejších podôb agresívneho alebo asociálneho správania. Zaradenie poruchy vyžaduje zodpovedajúce kritériá podľa F91.-, ani vážnejšie nezbedné alebo neprístojné správanie samé nestačí na diagnózu. Táto diagnóza sa má používať obozretne, najmä u starších detí, pretože klinicky závažné poruchy konania bývajú zvyčajne sprevádzané disocálnym alebo agresívnym správaním, ktoré prekračuje vzdorovitosť, neposlušnosť a rozvrtníctvo.</p>
F91.8	Iná porucha správania	
F91.9	Porucha správania, bližšie neurčená	<p>Detská:</p> <ul style="list-style-type: none"> • porucha sociálneho správania, bližšie neurčená • porucha správania, bližšie neurčená
F92.-	Zmiešaná porucha správania a emotivity	<p>Túto skupinu porúch charakterizuje kombinácia pretrvávajúceho agresívneho, disocálneho alebo vzdorovitého správania so zjavnými a výraznými príznakmi depresie, úzkosti alebo iných emocionálnych porúch. Diagnóza vyžaduje zodpovedajúce kritériá pre poruchu správania v detstve (F91.-), pre emocionálne poruchy v detstve (F93.-), pre diagnózu neurózy u dospelého (F40 – F48) a pre afektívnu poruchu (F30 – F39).</p>

Podľa ICD-11 (2023) sú disruptívne správanie a disocálne poruchy charakterizované trvalými problémami so správaním v rôznych prostrediach s bežným, hoci nie výlučným začiatkom počas detstva.

Ak sú prítomné, tieto problémy často pretrvávajú do dospelosti. Tieto poruchy sa vyznačujú správaním, ktoré sa pohybuje od tých, ktoré sú opísané ako disruptívne - teda výrazne a trvalo vzdorovité, neposlušné, provokatívne alebo zlomyseľné - až po správanie, ktoré je považované za disociálne, pretože trvalo porušuje základné práva druhých ľudí alebo hlavné, veku primerané spoločenské normy, pravidlá alebo zákony. Väčšina jednotlivcov v určitom okamihu svojho života spácha izolované činy agresie alebo porušovania pravidiel, a to neodôvodňuje diagnózu poruchy disruptívneho správania alebo disociálnej poruchy. V každom prípade sa správanie charakteristické pre poruchy v tejto skupine musí jasne odlišovať od normálneho rozsahu pre vek a pohlavie jednotlivca vzhľadom na ich sociokultúrne prostredie (Tabuľka 4, Tabuľka 5).

V ICD-11 (2023) disruptívne správanie a disociálne poruchy zahŕňajú nasledovné kategórie:


- 6C90 Porucha opozičného vzdoru,
 - 6C90.0 Porucha opozičného vzdoru, s chronickou podráždenosťou-hnevom,
 - 6C90.1 Porucha opozičného vzdoru, bez chronickej podráždenosti-hnevu,
- 6C91 Disociálna porucha správania,
 - 6C91.0 Disociálna porucha správania, začiatok v detstve,
 - 6C91.1 Disociálna porucha správania, začiatok v adolescencii,
- 6C9Y Ostatné špecifické poruchy disruptívneho správania alebo disociálne poruchy.

Okrem toho sa môžu použiť nasledujúce špecifikátory pre všetky poruchy v skupine disruptívneho správania alebo disociálnych porúch:

- 6C9x.y0 s limitovanými prosociálnymi emóciami,
- 6C9x.y1 s typickými prosociálnymi emóciami.

Pre prezentácie charakterizované rušivými alebo disociálnymi symptómami, ktoré nespĺňajú diagnostické kritériá pre žiadnu inú poruchu v skupine Porúch rušivého správania alebo disociálnych porúch, môžu byť vhodné diagnózy: 6C9Y Iné špecifikované poruchy rušivého správania alebo disociálnych porúch.

Tabuľka 4

	<p>Medzinárodná klasifikácia chorôb, jedenásta revízia (ICD-11, 2023), diagnostické kritériá pre poruchu opozičného vzdor</p>
Opis	
<p>Porucha opozičného vzdor (6C90) je trvalý vzor (napr. 6 mesiacov alebo viac) výrazne vzdorného, neposlušného, provokatívneho alebo zlomyseľného správania, ktoré sa vyskytuje častejšie, než je typicky pozorované u jednotlivcov s rovnakým vekom a úrovňou vývoja a nie je obmedzené len na interakciu so súrodencami. Porucha opozičného vzdor sa môže prejavovať prevažujúcim, pretrvávajúcim hnevom alebo podráždenou náladou, často sprevádzanou silnými výbuchmi hnevu, alebo tvrdohlavým, hádavým a vzdorovitým správaním. Vzor správania je dostatočne závažný na to, aby spôsobil významné obmedzenie v osobnej, rodinnej, sociálnej, edukačnej, pracovnej alebo inej dôležitej oblasti fungovania.</p>	
Základné charakteristiky	
<ul style="list-style-type: none"> • Ide o vzor výrazne nekompromisného, vzdorovitého a neposlušného správania, ktorý nie je typický pre jednotlivcov s rovnakým vekom, úrovňou vývinu, pohlavím a sociokultúrnym kontextom. Tento vzor správania môže zahŕňať: <ul style="list-style-type: none"> ○ Trvalé ťažkosti s porozumením a súžitím s ostatnými (napr. hádky s autoritami, aktívne odmietanie alebo nedodržiavanie požiadaviek, pokynov alebo pravidiel, zámerne dráždenie iných, obviňovanie rovesníkov alebo spolupracovníkov z chýb alebo nevhodného správania). ○ Provokatívne, zlomyseľné alebo pomstychtivé správanie (napr. šikanovanie iných, používanie sociálnych médií na útoky alebo posmech voči iným). ○ Extrémnu podráždenosť alebo hnev (napr. byť podráždený alebo ľahko nahnevaný, strácať sebakontrolu, časté hnevlivé výbuchy, byť nahnevaný a zatrpknutý). • Vzor správania trvá dlhšie obdobie (napr. 6 mesiacov alebo viac). • Vzdorné správanie sa nedá lepšie vysvetliť problémami v medziľudských vzťahoch medzi jednotlivcom a konkrétnou autoritou, voči ktorej sa jedinec správa vzdorne. Príklady môžu zahŕňať rodičov, učiteľov alebo nadriadených, ktorí sa správajú antagonisticky alebo kladú nereálne požiadavky na jednotlivca. • Vzor správania spôsobuje významné obmedzenia v osobných, rodinných, sociálnych, vzdelávacích alebo iných dôležitých oblastiach fungovania. 	
Špecifikácie pre prítomnosť alebo neprítomnosť chronickej podráždenosti-hnevu:	
<p>Dve špecifikácie, ktoré označujú prítomnosť alebo neprítomnosť chronickej podráždenosti-hnevu, môžu byť priradené k diagnóze poruchy opozičného vzdor.</p>	
<p>6C90.0 Porucha opozičného vzdor, s chronickou podráždenosťou a hnevom</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Všetky diagnostické kritériá pre poruchu opozičného vzdor sú splnené. • Prevládajúca, trvalá podráždená nálada alebo hnev, ktorá je atypická pre jednotlivcov v porovnateľnom veku, vývinovom stupni, pohlaví a sociokultúrnom kontexte, zahŕňajúca väčšinu nasledujúcich príznakov: <ul style="list-style-type: none"> ○ Často cíti hnev alebo nevraživosť; prejavuje horkosť voči ostatným alebo má pocit, že veci sú nespravodlivé. ○ Často je dotknutý alebo ľahko sa nahnevá; prejavuje nadmernú citlivosť alebo podráždenie na minimálne alebo vnímané provokácie. ○ Často stráca trpezlivosť; prejavuje hnev, deštruktívne správanie alebo iné formy závažnej dysregulácie nálady. • Hnev alebo nevraživosť, citlivosť alebo podráždenie a strata trpezlivosti sú v intenzite alebo trvaní neprimerané k akejkoľvek provokácii a môžu byť prítomné nezávisle od akejkoľvek zjavej provokácie. • Chronická podráždenosť a hnev sú charakteristické pre fungovanie jednotlivca takmer každý deň a nie sú obmedzené na diskkrétne obdobia, je možné ich pozorovať v rôznych prostrediach alebo oblastiach fungovania (napr. domov, škola, sociálne vzťahy) a nie sú obmedzené na vzťah jednotlivca s jeho rodičmi alebo opatrovníkmi. • Vzor chronickeho podráždenia a hnevu nie je lepšie vysvetlený inými duševnými poruchami (napr. podráždená nálada v kontexte manických alebo depresívnych epizód). • Jednotlivci s týmto podtypom zvyčajne prejavujú aj ďalšie charakteristické rysy poruchy opozičného vzdor, vrátane opozičného, tvrdohlavého alebo pomstychtivého správania. 	

6C90.1 Porucha opozičného vzdoru, bez chronického podráždenia a hnevu

- Všetky diagnostické požiadavky na poruchu opozičného vzdoru sú splnené.
- Chýba prevládajúci a trvalý hnev alebo podráždená nálada. U týchto jednotlivcov sa pretrvávajúci hnev a podráždenie vyskytujú menej často a sú prechodné, menej závažné a menej často nepomerne reagujú na podnet v porovnaní s jedincami s chronickým podráždením a hnevom.

6C90.Z Porucha opozičného vzdoru, neurčená**Špecifikátory pre obmedzené alebo typické prosociálne emócie**

Špecifikátor „s obmedzenými prosociálnymi emóciami“ môže byť pridelený jednotlivcom, ktorí spĺňajú diagnostické požiadavky pre poruchu opozičného vzdoru a prejavujú aj vzor obmedzených prosociálnych emócií, niekedy nazývaný „neempatické a necitlivé črty“. Jednotlivci s týmito charakteristikami predstavujú menšinu tých, u ktorých je stanovená diagnóza poruchy opozičného vzdoru.

Špecifikátor „s obmedzenými prosociálnymi emóciami“ predstavuje relatívne závažnejšie a menej časté prejavy poruchy opozičného vzdoru v porovnaní s tými, ktorí majú túto diagnózu a typické prosociálne emócie.

Obmedzené alebo typické prosociálne emócie u osôb s poruchou opozičného vzdoru môžu byť špecifikované nasledovne:

6C90.y0 s obmedzenými prosociálnymi emóciami

- V kontexte diagnózy poruchy opozičného vzdoru sa prejavuje charakteristický sociálno-emocionálny vzor, v ktorom sú opakovane prejavované niektoré z nasledujúcich rysov:
 - Obmedzená alebo chýbajúca empatia alebo citlivosť voči emóciám druhých ľudí alebo k starostlivosti o ich trápenie; jedinec je viac zameraný na to, ako správanie ovplyvňuje jeho vlastný život, než na to, ako ovplyvňuje druhých, aj keď im spôsobuje škodu.
 - Obmedzený alebo chýbajúci pocit zodpovednosti, hanby alebo viny za vlastné správanie (okrem prípadov, keď je prichytený); nezaujímá ho následok svojich činov na ostatných a prejavuje relatívnu ľahostajnosť voči pravdepodobnosti trestu.
 - Obmedzená alebo chýbajúca starostlivosť o neúspech alebo problémové výkony v škole, práci alebo iných dôležitých aktivitách; môže vynakladať málo úsilia a obviňovať ostatných za svoje zlé výkony.
 - Obmedzené alebo plytké prejavy emócií, najmä pozitívnych alebo láskyplných pocitov voči iným; emocionálny prejav môže pôsobiť povrehný, neskutočný, neúprimný alebo nástrojový.
- Tento vzor je pretrvávajúci v rôznych situáciách a vzťahoch (tento špecifikátor by sa nemal aplikovať na základe jedného charakteristického rysu, jedného vzťahu alebo jedného prejavu správania).
- Vzor je pretrvávajúci v čase (napríklad aspoň 1 rok). Medzi jedincami s poruchou opozičného vzdoru majú jednotlivci s obmedzenými prosociálnymi emóciami tendenciu prejavovať osobitne extrémny a stabilný vzor opozičného správania.

6C90.y1 s typickými prosociálnymi emóciami

- V kontexte diagnózy poruchy opozičného vzdoru, tento špecifikátor predstavuje častejší vzor poruchy opozičného vzdoru, ktorý nie je charakterizovaný rysmi obmedzených prosociálnych emócií.
- Hoci sa niektoré črty podobné obmedzeným prosociálnym emóciám (napr. nízka starosť, obmedzený pocit ľútosti) občas môžu vyskytnúť, nie sú zvyčajne časté, sú krátkodobé a menej výrazné a nezastupujú trvalý a všeobecný vzor sociálnych a emočných deficitov.
- Väčšina jednotlivcov s poruchou opozičného vzdoru prejavuje typické prosociálne emócie.

6C90.yZ nešpecifická

Črty podráždenosti a hnevu (napr. byť dotieravý alebo ľahko sa rozčuľovať, strácať sebakontrolu, byť nahneváný a zanevrieť) sú niekedy dominantnými charakteristikami klinického prejavu. Avšak podráždenosť a hnev same osebe nie sú dostatočné pre stanovenie diagnózy. Tieto symptómy musia byť sprevádzané vzorom markantného vzdorovitého a neposlušného správania, ktorý je atypický pre osoby rovnakého veku a úrovne vývinu. Prítomnosť chronického podráždenia a hnevu sa indikuje použitím príslušného špecifikátora. Poruchu opozičného vzdoru s chronickým podráždením a hnevom identifikuje regulácia nálady, ktorá sa môže pohybovať od častých a obmedzujúcich záchvatov až po extrémne prejavy regulácie nálady. U jednotlivcov s poruchou opozičného vzdoru sa môžu prejavovať obmedzené prosociálne emócie. Jednotlivci s poruchou opozičného vzdoru s obmedzenými prosociálnymi emóciami majú väčšiu pravdepodobnosť výskytu závažnejšieho antisociálneho

správania, ktorý neskôr môže spĺňať diagnostické kritériá pre disociaálnu poruchu správania (ICD-11, 2023).

Tabuľka 5

 Medzinárodná klasifikácia chorôb, jedenásta revízia (ICD-11, 2023), diagnostické kritériá pre disociaálnu poruchu správania	
Opis	
<p>Disociaálna porucha správania (6C91) je charakterizovaná opakujúcim sa a trvalým vzorom správania, v ktorom sú porušované základné práva iných alebo hlavné spoločenské normy, pravidlá alebo zákony vhodné pre daný vek, napríklad agresia voči ľuďom alebo zvieratám, ničenie majetku, klamstvo alebo krádež a vážne porušenia pravidiel. Vzor správania má dostatočnú závažnosť na to, aby viedol k významnému obmedzeniu v osobnom, rodinnom, sociálnom, vzdelávacom, pracovnom živote alebo iných dôležitých oblastiach fungovania. Pre stanovenie diagnózy musí byť vzor správania trvalý po významný časový úsek (napr. 12 mesiacov alebo dlhšie). Samostatné disociaálne alebo kriminálne činy tak nie sú samy osebe dôvodom na stanovenie tejto diagnózy.</p>	
Základné charakteristiky	
<ul style="list-style-type: none"> • Opakujúci sa a trvalý vzor správania, pri ktorom dochádza k porušovaniu základných práv iných ľudí alebo hlavných sociálnych alebo kultúrnych noriem, pravidiel alebo zákonov primeraných pre daný vek. Obvykle sa v tomto vzore správania vyskytujú viaceré správania, zahŕňajúce jedno alebo viac z nasledujúcich: <ul style="list-style-type: none"> ○ Agresia voči ľuďom alebo zvieratám, ako je šikanovanie, vyhrážanie sa alebo zastrávanie ostatných, vyvolávanie fyzických zápasov, používanie zbraní, ktoré môžu spôsobiť vážne telesné zranenia iným (ako napríklad tehla, rozbitá fľaša, nôž alebo zbraň), fyzická krutosť voči ľuďom, fyzická krutosť voči zvieratám, agresívne formy krádeže (napríklad lúpež, strhávanie kabelky, vydieranie) alebo donucovanie niekoho k sexuálnej aktivite. ○ Ničenie majetku, ako napr. úmyselné podpálenie s úmyslom spôsobiť vážne škody alebo úmyselné ničenie cudzieho majetku (napríklad úmyselné rozbíjanie hračiek iných detí, rozbíjanie okien, poškriabanie áut, narezávanie pneumatík). ○ Podvodníctvo alebo krádež, ako napríklad krádež cenných predmetov (napr. krádež v obchode, falšovanie), klamstvo s cieľom získať veci alebo výhody alebo sa vyhnúť záväzkom (napr. „oklamať“ iných), alebo vniknutie do niečieho domu, budovy alebo auta. ○ Závažné porušenia pravidiel, ako je opakované zdržiavanie sa detí alebo dospievajúcich vonku celú noc napriek zákazu rodičov, opakované utekanie z domu alebo časté neoprávnené vynechávanie školy alebo práce. • Vzor správania musí byť trvalý a opakujúci sa, zahŕňajúci viacnásobné incidenty typov správania popísané vyššie počas dlhšieho obdobia (napr. aspoň 1 rok). Samotné vykonanie jedného alebo viacerých delikventných činov nie je dostatočné pre stanovenie diagnózy. • Vzor správania vedie k významnému obmedzeniu v osobnom, rodinnom, sociálnom, vzdelávacom, pracovnom alebo inom dôležitom aspekte fungovania. 	
Špecifikácie veku nástupu	
<p>6C91.0 Disociaálna porucha správania, začiatok v detstve</p> <ul style="list-style-type: none"> • sú splnené všetky diagnostické požiadavky pre poruchu správania a sociálnej adaptácie; • jedna alebo viac charakteristík poruchy boli zreteľne prítomné a trvalé v detstve a pred adolescenciou. <p>6C91.1 Disociaálna porucha správania, začiatok v adolescencii</p> <ul style="list-style-type: none"> • sú splnené všetky diagnostické požiadavky pre disociaálnu poruchu správania; • žiadne charakteristiky poruchy neboli prítomné pred adolescenciou. <p>6C91.Z Disociaálna porucha správania, nešpecifická</p>	
Špecifikátory pre obmedzené alebo typické prosocálne emócie	
<p>Obmedzené alebo typické prosocálne emócie u jednotlivcov s disociaálnou poruchou správania možno špecifikovať takto:</p> <p>6C91.y0 s limitovanými prosocálnymi emóciami</p>	

- V kontexte diagnózy disocálnej poruchy správania je prítomnosť charakteristickej sociálno-emocionálnej štruktúry, v ktorej sa opakovane prejavuje niekoľko z nasledujúcich charakteristík: obmedzená alebo chýbajúca empatia alebo citlivosť voči pocitom iných ľudí alebo starosť o ich úzkosť; jednotlivec sa viac zaujíma o to, ako jeho správanie ovplyvňuje seba, než o to, ako ovplyvňuje iných, aj keď spôsobuje škodu.
 - Obmedzený alebo chýbajúci pocit záujmu, hanby alebo viny za vlastné správanie (okrem prípadov, keď je dotýčaný odhalený); nedostatok starostlivosti o dôsledky svojich činov na iných a relatívna ľahostajnosť k pravdepodobnosti potrestania.
 - Obmedzený alebo chýbajúci záujem o slabý/problémový výkon v škole, práci alebo iných dôležitých aktivitách; môže vynakladať málo úsilia a obviňovať iných za svoj zlý výkon.
 - Obmedzené alebo plytké prejavy emócií, najmä pozitívnych alebo láskyplných pocitov voči iným; emocionálny prejav sa môže javiť ako povrchný, neskutočný, neúprimný alebo funkčný.
- Tento vzor pretrváva v rôznych situáciách a vzťahoch (t. j. doplnok by nemal byť použitý na základe jednej charakteristiky, jedného vzťahu alebo jedného jediného prípadu správania).
- Tento vzor pretrváva dlhodobo (napr. aspoň 1 rok). Medzi jednotlivcami s disocálnou poruchou správania majú tí s obmedzenými prosociálnymi emóciami tendenciu prejavovať osobitne závažný, agresívny a stabilný vzor antisocálneho správania.

6C91.y1 s typickými prosociálnymi emóciami

- V kontexte diagnózy, táto špecifikácia predstavuje častejší vzor disocálnej poruchy správania, ktorý nie je charakterizovaný obmedzenými prosociálnymi emóciami. Aj keď niektoré podobné vlastnosti ako obmedzené prosociálne emócie (napr. nízky záujem, obmedzený pocit zodpovednosti) sa môžu občas prejavovať, sú zvyčajne málo frekventované, prechodné a menej výrazné a nereprezentujú trvalý pretrvávajúci vzor sociálno-emocionálnych deficitov.

6C91.yZ nešpecifická

Pri hodnotení prosociálnych emócií je okrem samotného hodnotenia jednotlivca vlastného správania a skúseností, dôležité získať informácie od iných osôb, ktoré poznajú jednotlivca dlhšiu dobu. Väčšina jednotlivcov s disocálnou poruchou správania prejavuje typické prosociálne emócie (ICD-11, 2023).

DSM-5[©] Americkej psychiatickej asociácie (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015) rozoznáva poruchu opozičného vzdoru 313.81 (F91.3), intermitentnú explozívnu poruchu 312.34 (F63.81), poruchu správania: poruchu správania s nástupom v detskom veku 312.81 (F91.1), poruchu správania s nástupom v adolescencii 312.82 (F91.2), poruchu správania s nešpecifickým začiatkom 312.89 (F91.9) a antisocálnu poruchu osobnosti 312.33 (F63.1). Pri diagnostike poruchy správania je dôležitý vek, frekvencia a intenzita jednotlivých prejavov porúch správania. Pre určenie diagnózy poruchy správania musia byť prítomné aspoň 3 symptómy v uplynulých 12 mesiacoch a najmenej jedno kritérium je stabilne existujúce v posledných 6 mesiacoch.

Medzi poruchou správania a poruchou opozičného vzdoru existuje vývinová súvislosť. U väčšiny jednotlivcov s poruchou správania možno v ich minulosti nájsť symptómy, ktoré by spĺňali kritériá pre poruchu opozičného vzdoru, a to prinajmenšom tam, kde sa porucha správania objavila ešte pred nástupom adolescencie. U väčšiny detí s poruchou opozičného vzdoru sa ale porucha správania nevyvinie (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015).

6 Klinický obraz a priebeh ochorenia

Existujú výrazné individuálne rozdiely v priebehu a progresii príznakov v priebehu času. Skorší vek nástupu a vyššia závažnosť príznakov sa zdajú byť predpokladom pre horšiu prognózu u daných jednotlivcov. Kľúčovým znakom poruchy správania je opakujúci sa stabilný vzorec správania, v ktorom sú porušované práva iných ľudí alebo veku zodpovedajúce sociálne normy či pravidlá. Toto správanie možno rozdeliť do štyroch hlavných kategórií: agresívne správanie, ktoré môže spôsobiť alebo spôsobuje ublíženie na zdraví ľuďom alebo zvieratám, neagresívne správanie, ktoré spôsobuje poškodenie alebo stratu majetku, podvodné správanie alebo krádeže a závažné porušenie pravidiel. Problémy správania spôsobujú klinicky významné funkčné narušenie v sociálnej, školskej alebo

pracovnej oblasti. Vzorec správania sa zvyčajne prejavuje vo viacerých prostrediach - doma, v škole alebo v miestnej komunite. Vzhľadom na to, že jednotlivci s poruchou správania majú tendenciu svoje ťažkosti minimalizovať, je potrebné, aby sa klinický pracovník opieral i o ďalšie zdroje. Treba však brať do úvahy, že informácie od ďalších osôb môžu mať svoje obmedzenia, a to najmä vtedy, ak tieto osoby na dieťa adekvátne nedozierajú alebo dieťa svoje problémy zatajuje. Symptómy sa u chlapcov vyvíjajú skôr ako u dievčat. Zvyčajný vek prezentácie je 10–12 rokov u chlapcov, zatiaľ čo u dievčat je to 14 – 16 rokov (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015). Základným diagnostickým znakom je odlišnosť správania, pre ktoré je typický sklon k určitým emocionálnym reakciám vyplývajúcim z vrodeneho či vypestovaného sklonu k negatívnemu emocionálnemu ladeniu (regulácia vlastného správania býva obvykle emocionálna, smeruje k vlastnému uspokojeniu bez ohľadu na okolnosti).

Symptómy poruchy správania sa líšia v závislosti od veku. Symptómy, ktoré sa objavujú na začiatku poruchy, bývajú menej závažné (napr. klamstvo, krádeže v obchode), na rozdiel od symptómov v neskorších štádiách poruchy (napr. znásilnenie, krádeže s konfrontáciou s obeťou). Medzi jednotlivcami s poruchou správania sa však vyskytujú veľké rozdiely, keďže u niektorých z nich sa prejavuje nadmieru deštruktívne správanie už v skoršom veku, čo tiež zhoršuje ich prognózu. Pokiaľ jednotlivec s poruchou správania dosiahne dospelosť a vykazuje symptómy agresie, ničenia majetku, podvodného správania a porušovania pravidiel vrátane násilia voči spolupracovníkom, partnerom a deťom, a to tak doma, ako aj v práci, môžeme uvažovať o antisociálnej poruche osobnosti (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015).

Podľa času vzniku poruchy rozlišujeme poruchy so začiatkom v detstve (pred 10. rokom) a so začiatkom v adolescencii (nepriťomnosť symptómov pred 10. rokom). Z vývinového hľadiska môžeme hovoriť o dlhodobých (s negatívnou prognózou) a o prechodných, resp. reaktívnych poruchách správania, charakteristických premenlivosťou a dynamickým priebehom.

Priebeh poruchy je teda variabilný, môže mať rôznu prognózu. Môže sa rozvinúť do antisociálnej poruchy osobnosti, prípadne pretrvávajúť vo forme neprimeraných reakcií na rôzne osobné a sociálne situácie. Často sa v dospelosti spája s rôznymi formami závislosti. Avšak vo väčšine prípadov symptómy v dospelosti pominú. Pre klinicky nerovnomerný osobnostný vývin, ktorý predchádza poruchám osobnosti diagnostikovaným v dospelosti, používame termín disharmonický vývin osobnosti, nie je to však vymedzená kategória v MKCH-10 (Heretik, Heretik et al., 2007).

Porucha správania viazaná na vzťahy v rodine

V prípade poruchy správania vo vzťahu k rodine je zamerané nevhodné asociálne správanie na rodinu a jej členov. Pri tejto poruche spravidla bývajú vážne narušené vzťahy medzi dieťaťom a jedným členom rodiny eventúálne viacerými členmi. Konkrétne prejavy poruchy môžu byť veľmi rozmanité, ide napr. o kradnutie vecí a peňazí v rámci rodiny, úmyselné ničenie vecí niektorého člena rodiny, zámerné ničenie bytového zariadenia a cenných vecí, ničenie elektrospotrebičov, úmyselné založenie požiaru a pod. V niektorých prípadoch sa podarí problémy vyriešiť, inokedy však problematické správanie voči členom vlastnej rodiny môže pretrvávajúť aj v dospelosti (Kaleja, 2013). Pri tejto poruche sú splnené všetky kritériá porúch správania, vrátane porušovania práv iných, deštrukcia majetku, násilia atď. Tým sa líši od poruchy správania s opozičným, vzdorovitým správaním (poruchy opozičného vzdoru). Na rozdiel od nasledujúcich porúch sú príznaky viac-menej obmedzené na domáce prostredie a bývajú zamerané proti členom rodiny. Mimo rodiny sa výraznejšie problémy neprejavujú. Porucha často súvisí s výrazne narušeným vzťahom s niektorým z členov rodiny (dost často s novým nevlastným rodičom), voči ktorému sú aspoň spočiatku prejavy poruchy správania zamerané. Porucha má relatívne dobrú prognózu (Theiner, 2007), charakterizuje ju agresivita, krádeže peňazí, ničenie vecí, zapalovanie rodinného majetku. Prítomná býva konfliktná situácia v rodine, konflikty medzi rodičmi, rozvody (Paclt et al., 2011).

Porucha sociálneho správania pri chýbaní sociálnych väzieb

DSM-5[©] (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015) definuje ako poruchu správania s nástupom v detskom veku.

Porucha je charakterizovaná kombináciou trvale disociálneho alebo agresívneho správania s výrazným rozsiahlym narušením vzťahov jednotlivca k ostatným deťom. Medzi diagnostické kritériá patrí: nedostatočné začlenenie do skupiny rovesníkov, izolácia od ostatných detí, neoblúbenosť u ostatných detí, vzťahy k dospelým bývajú poznamenané nepriateľstvom a vzdorom. Niekedy sa môžu objaviť aj dobré vzťahy k dospelým, ale obvykle im chýba dôvernosť (Kaleja, 2013). Porucha sociálneho správania pri absentovaní sociálnych väzieb integruje všetky príznaky porúch správania vrátane tých najzávažnejších. Navyše je táto porucha spojená s nesprávnym začlenením sa dotyčného jednotlivca medzi svojich rovesníkov (nesprávna socializácia). Dieťa nenadväzuje vo svojej vekovej skupine bližšie priateľské vzťahy, býva nepopulárne, odmietané. Priestupky zväčša pácha samostatne, čo však nemusí byť nevyhnutnou podmienkou, keďže tieto môžu byť páchané aj v skupine. Kľúčová je kvalita vzťahov jednotlivca (Theiner, 2007). Pre poruchu je typické samotárske správanie s výrazne agresívnymi komponentmi. Typickými znakmi sú agresia, bitky, vydieranie, násilnosti, hrubosť, krutosť nielen k ľuďom, ale i k zvieratám, opustenie domova v noci, úteky z domova, záškoláctvo, zakladanie ohňa, vandalizmus a iné. Krádeže sú motivované získaním vecí alebo peňazí, u dospievajúcich sa vyskytuje falšovanie podpisov, zmlúv, časté je tiež vykrádanie áut, bytov, chát, obchodov. Pri obzvlášť ťažkej poruche sa agresia kumuluje (bez prežívania viny). Pre diferenciálnu diagnostiku sú dôležité trvale narušené vzťahy s rovesníkmi, izolácia, neoblúbenosť, nedostatok priateľov. Správanie k ostatným deťom, rovesníkom, ľuďom i k všetkému živému chýba akákoľvek empatia, čím sa dostáva do sociálnej izolácie. V dospelosti sa táto porucha môže transformovať do porúch osobnosti (Hort, Hrdlička, Kocourková et al., 2000). Prejavuje sa predovšetkým v škole, no je prítomná aj v ďalších prostrediach a disponuje zhoršenou prognózou (Theiner, 2007).

Porucha sociálneho správania so zachovaním sociálnych väzieb

DSM-5[©] (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015) označuje ako poruchu správania s nástupom v adolescencii.

Porucha je charakterizovaná trvalým disociálnym alebo agresívnym správaním, ktoré sa vyskytuje u jednotlivcov dobre zapojených do skupiny svojich rovesníkov. Hlavná rozlišujúca črta je prítomnosť primeraného priateľstva s rovesníkmi. Zahŕňa kategórie: spoločné krádeže, skupinová delikvencia, záškoláctvo, porucha správania, skupinový typ, priestupky v súvislosti s členstvom v gangoch (MKN-10, 1992). Aj tu sa prejavujú všetky príznaky porúch správania, ale na rozdiel od predchádzajúcej jednotky je pacient schopný nadväzovať trvalé priateľstvo s rovesníkmi. Samotné priestupky potom môže páchať spolu s ostatnými (v partii) alebo byť členom neproblémovej skupiny rovesníkov a priestupky páchať sám. Ide o poruchu s dobrou prognózou, ktorá odznieva v neskorej adolescencii a mladej dospelosti (Theiner, 2007).

Porucha správania s opozičným, vzdorovitým správaním

DSM-5[©] (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015) označuje ako poruchu opozičného vzdoru.

Táto porucha je charakteristická výskytom u detí zhruba medzi 6 až 10 rokmi. Je prítomné výrazné vzdorovité, neposlušné a provokatívne správanie a zároveň sa nevyskytujú vážnejšie antisociálne a agresívne činy. Nie je vylúčené, že ide o typ poruchy správania, ktorý sa od ostatných líši kvantitou, ale nie kvalitou (Theiner, 2007). Podľa ICD-11 typický vek nástupu poruchy opozičného vzdoru je uprostred detstva, pričom prvé príznaky sa obvykle prejavujú v predškolskom veku. Príznaky sa zriedka objavujú po prvýkrát neskôr než v ranej adolescencii. Dočasná neochota, odpor a neposlušnosť, vrátane podráždenosti alebo hnevu, môžu byť súčasťou normálneho správania v rámci typického vývinu, alebo

ako odpoveď na zvýšené nároky na rozvíjajúce sa dieťa, zmeny v prostredí dieťaťa (napr. prechod do novej školy alebo mesta), alebo ako prejav normálnej úzkosti v kontexte konkrétnych situácií (napr. ísť do školy a oddeliť sa od rodičov po prvýkrát). Prítomnosť tohoto správania by nemala byť posudzovaná ako symptóm predpokladanej diagnózy. Porucha opozičného vzdoru by mala byť diagnózou len v prípade, že existuje trvalý vzor výraznej neochoty, vzdoru a neposlušnosti, ktorý je neobvyklý s ohľadom na vek, pohlavie a sociokultúrny kontext jednotlivca. Rôznorodosť prezentácií poruchy má zásadný klinický a prognostický význam.

Kľúčovým rysom je sebazničujúci postoj, ktorý tieto deti nadobúdajú v sporoch. Radšej sa zrieknu žiadanej veci alebo javu (priviléžia alebo hračky), než by mali „stratiť tvár“. Vo svojej mysli pristupuje dieťa k opozičnému zápasu, akoby išlo o jeho vlastný život a stáva sa významnejším ako realita situácie. Neposlušnosť môže mať podobu otvoreného vzdoru, provokácie alebo okúňania, okolkovania alebo aj zákernosti. Rodičia, a niekedy aj učitelia, sa stávajú vyčerpaní, frustrovaní a zlostní. V dôsledku toho sa ich výchova pohybuje medzi príliš trestajúcou a úplne uvoľnenou. Pred odoslaním pacienta k lekárovi sú prejavy výsledkom negatívnej špirály medzi rodičmi a dieťaťom (Dulcan, Martini, 2004). Výrazným znakom poruchy je pretrvávajúci vzorec nahnevanej alebo podráždenej nálady, hádavého alebo vzdorovitého správania a pomstychtivosti trvajúci najmenej šesť mesiacov. Porucha v správaní je spojená s úzkosťou jednotlivca alebo iných (rodina, rovesnícka skupina), alebo má negatívny vplyv na interpersonálne, vzdelávacie, pracovné alebo iné oblasti fungovania. Príznaky vedú ku konfliktom s dospelými alebo rovesníkmi a sú spojené s ťažkosťami v domácom, školskom alebo komunitnom prostredí. Na stanovenie diagnózy sa symptómy musia vyskytnúť u osôb iných ako súrodencov (Waldman, Rowe, Boylan et al., 2021). Je prítomná spurnosť voči dospelým, nedodržiavanie pravidiel, psychické ubližovanie druhým. Ďalej sa prejavuje podráždenosť – dané deti sa ľahko nahnevajú, pretože majú nízku frustračnú toleranciu. Zo svojich chýb často obviňujú ostatných. Ich vzdor má výrazný provokatívny komponent, čo vedie k početným konfrontáciám. Spoločne s popísanými prejavmi je porucha charakteristická absenciou porušovania práv iných, porušovania zákonov, surovosti, týrania a závažnej deštrukcie majetku. Ak sa tieto druhy správania v neskoršom veku vyskytnú, ide o vývin smerom k iným poruchám správania (socializované, nesocializované). Najvýraznejšie sa porucha obvykle prejavuje vo vzťahu k blízkym dospelým ľuďom a známym rovesníkom. Poruchu všeobecne radíme k poruchám so zlou prognózou (Theiner, 2007).

7 Diagnostika

Pozorovateľné symptómy porúch správania zvyčajne ako prví detekujú rodičia, učitelia (pedagogickí zamestnanci) a odborní zamestnanci školy alebo školského zaradenia. Vnímajú správanie dieťaťa, pozorujú odlišnosti jeho reakcií a odpovedí, riešia výchovné problémy, čo ich často podnecuje k žiadosti o odborné vyšetrenie.

S diagnostikou by sa malo začať u detí v predškolskom veku, ktoré majú príznaky zlostnej/podráždenej nálady, oponujúceho/vzdorovitého správania alebo pomstychtivosti. Symptómy poruchy správania s opozičným, vzdorovitým správaním sa zvyčajne prvýkrát objavia v predškolskom a detskom veku a môžu predchádzať rozvoju poruchy správania (Loeber, Burke, Pardini, 2009).

O poruchách správania obvykle hovoríme až v strednom školskom veku, aj keď u disponovaných detí alebo v prípade nepriaznivých okolností sa nežiaduce správanie objavuje už v skoršom vývinovom období. Tento prejav môže signalizovať budúcu závažnejšiu poruchu, ale môže mať aj prechodné trvanie. Početnosť porúch správania s vekom stúpa. K ich najväčšiemu nárastu dochádza medzi 9. a 13. rokom (Heřmanská, 1994, in: Vágnerová, 2004).

Vhodné je individuálne odborné psychologické, špeciálnopedagogické, liečbopedagogické, psychiatrické a neurologické vyšetrenie zamerané na stanovenie diagnózy ako komplexného obrazu príčin a vývinu maladaptívneho správania (zaangažovaný by mal byť sociálny pracovník alebo sociálny

kurátor). Následne je potrebné včasné poskytnutie pomoci prostredníctvom individuálneho postupu vo vzdelávaní, rozvíjania záujmov, odborných služieb špecializovaných inštitúcií, ktoré môžu zaradiť dieťa či mladistvého do preventívnych a reedukačných programov. Zdôrazňuje sa včasnosť odborných intervencií, ktoré predstavujú prevenciu vývinu závažných foriem delikventného správania. Dôraz sa v týchto prípadoch kladie na intervencie do rodinného prostredia, snahu zaangažovať rodičov a usmernenie výchovných postupov. Namiesto je už aj zaangažovanie sociálno-právnej kurately (Levčíková, 2013).

Konečnú diagnózu porúch správania stanovuje detský psychiater (psychiater), v spolupráci s klinickým psychológom, odborníkmi zariadenia poradenstva a prevencie a inými odborníkmi. Detský psychiater (psychiater) navrhne individuálny liečebný plán a zväži potrebu medikamentóznej liečby.

Pri hodnotení jednotlivých prejavov porúch správania je potrebné brať do úvahy vývinové hľadisko. V niektorých prípadoch môže ísť o prechodné výkyvy v správaní, pre ktoré je charakteristická značná premenlivosť, vývinová podmienenosť a z toho vyplývajúca priaznivá prognóza (Vágnerová, 2004).

7.1 Psychiatrické vyšetrenie

Psychiatrické vyšetrenie zahŕňa heteroanamnézu, zhodnotenie klinického obrazu podľa kritérií MKCH-10 (2023) a psychopatologický rozbor.

Na stanovenie diagnózy je potrebný diagnostický rozhovor, ktorý je doplnený údajmi od blízkych osôb, učiteľov a pozorovaním správania v priebehu vyšetrenia a počas hospitalizácie.—Skúmajú sa medziľudské alebo vzťahové problémy, problémy súvisiace so školou alebo prácou a právne problémy v rôznych situáciách a prostrediach. Dôležité je zhodnotiť eventuálnu prítomnosť komorbidít, s ktorou pacient prichádza, aby sa mohla začať liečba, ktorá spravidla potrebuje akútne riešenie. Aby sa splnili kritériá pre diagnózu, frekvencia symptómov musí presiahnuť frekvenciu, ktorá je normatívna pre vek jednotlivca, pričom sa však zohľadňujú aj iné faktory, ako sú kultúrne, vývinové alebo rodové faktory.


Obvyklé diagnostické interview môže byť náročné vzhľadom na nepriateľské vystupovanie a hostilitu dospievajúcich s poruchou správania počas rozhovoru s dospelými autoritami a pre ich obmedzenú schopnosť verbálneho vyjadrovania a abstraktného rozmýšľania. Pacienti často neudávajú abnormálne správanie buď v dôsledku nevedomej obrany, alebo lži. Dôležité sú zdroje informácií z okolia pacienta. Dospievajúci vo všeobecnosti priznávajú spočiatku utajovanejšie správanie (napr. klamanie, kradnutie, vandalizmus, podpaľáčstvo), zatiaľ čo rodičia s väčšou pravdepodobnosťou referujú o zjavnom správaní svojich detí (ako sú napr. bitky, ublíženie na zdraví, znásilnenie). Rodičia, ktorí sa však snažia kryť svoje dieťa pred obávanými následkami, nemusia správanie detí zverejňovať. Dôležité je vybudovanie blízkeho vzťahu a pozorné skúmanie správania za účelom určenia komorbidných porúch a anamnézy naznačujúcej neurologické poškodenie (Dulcan, Martini, 2004).

7.1.1 Diferenciálna diagnóza poruchy správania

Porucha správania je heterogénna popisná diagnóza, ktorá je stanovená, ak symptómy spĺňajú diagnostické kritériá. Pedopsychiater (psychiater) (v interdisciplinárnej kooperácii) zhodnocuje rozmedzie psychiatrických diagnóz osi I, intelekt, neuropsychologické charakteristiky, jazykové a rečové schopnosti, sociálnu spôsobilosť, rodinné fungovanie (Dulcan, Martini, 2004). Pedopsychiater (psychiater) a lekári z iných lekárskejších odborov ďalej vylúčia psychické a somatické ochorenia (napr. porucha funkcie štítnej žľazy, syndróm fragilného X chromozómu a i.). Zhodnotenie neurologickej anamnézy je potrebné pre častotť úrazu hlavy (ak prispieva k poruche správania aj je jej následkom) a záchvatov. Kognitívne a edukačné hodnotenia sú dôležité pre značnú spojitosť so špecifickými poruchami učenia a hraničným intelektovým fungovaním alebo s mentálnou retardáciou. Okrem toho záškoláctvo, komorbidná ADHD a chýbanie socializácie k hodnote a kultúre školy môžu prispievať k edukačným deficitom (Dulcan, Martini, 2004).


Pri posudzovaní prítomnosti poruchy správania treba zohľadniť vývinový stupeň dieťaťa. Vylučujúcimi kritériami sú prítomnosť schizofrénie, mánie, pervazívne vývinové poruchy, hyperkinetické poruchy, depresie, závislosti od psychoaktívnych látok a iné psychické ochorenia (Tabuľka 6). Pokiaľ sa súčasne vyskytujú emocionálne detské poruchy, diagnostikuje sa zmiešaná porucha správania a emócií, v prípade prítomnosti hyperkinetickej poruchy sa diagnostikuje hyperkinetická porucha správania (Theiner, 2007).

Tabuľka 6

 Diferenciálna diagnóza poruchy správania (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015, ICD-11, 2023)	
Porucha opozičného vzdoru	Porucha správania a porucha opozičného vzdoru zahŕňajú symptómy, ktoré vedú dieťa do konfliktu s dospelými alebo ďalšími autoritami (napr. rodičmi, učiteľmi). Správanie jednotlivcov s poruchou opozičného vzdoru je však všeobecne menej závažné a nezahŕňa agresiu voči ďalším ľuďom alebo zvieratám, deštrukciu majetku alebo krádeže a podobné správanie. Porucha opozičného vzdoru navyše zahŕňa ťažkosti s reguláciou emócií (napr. zlostná alebo podráždená nálada), ktoré sa neobjavujú pri poruche správania. Pokiaľ sú naplnené kritériá oboch diagnóz, môžu byť stanovené spoločne.
Porucha pozornosti s hyperaktivitou	Napriek tomu, že sa deti s ADHD často správajú hyperaktívne a impulzívne, toto správanie samo o sebe nenarušuje sociálne normy alebo práva druhých, preto často nespĺňa kritériá poruchy správania. Pokiaľ sú naplnené kritériá oboch diagnóz, môžu byť stanovené spoločne.
Depresívne a bipolárne poruchy	Deti a adolescenti s veľkou depresívnou poruchou, bipolárnou poruchou alebo disruptívnou dysregulatívnou poruchou nálady môžu tiež vykazovať iritabilitu, agresiu alebo problémy v správaní. Tieto ťažkosti v správaní môžeme od poruchy správania obvykle odlíšiť na základe ich priebehu. Jednotlivci s poruchou správania môžu prejavovať agresívne i neagresívne problémy v správaní v dobe, kedy neprechádzajú zmenou nálady, a to ani súbežne (napr. prejavy problémov v správaní, ktoré sú zámerné a neobjavujú sa v priebehu správania, ktoré predchádzali začiatku rozkolísania nálady).
Intermitentná explozívna porucha	Obe poruchy zahŕňajú vysokú mieru agresie. Avšak u jednotlivcov s intermitentnou explozívnu poruchou je agresia obmedzená iba na impulzívnu agresiu, nie je zámerná a nie je páchaná za účelom dosiahnutia nejakého cieľa (napr. peňazí, moci, zastrasenia). Ďalej intermitentná explozívna porucha nezahŕňa neagresívne symptómy poruchy správania. Pokiaľ sú naplnené kritériá oboch diagnóz, mala by byť explozívna porucha stanovená iba v prípade, že opakované agresívne výbuchy vyžadujú zvláštnu klinickú pozornosť.
Poruchy prispôsobenia	V prípade, že sa klinicky významné problémy v oblasti správania, ktoré nespĺňajú kritériá inej poruchy, objavia v súvislosti so zrejmovou psychosociálnou záťažou a nevymiznú v priebehu 6 mesiacov od ukončenia záťaže (alebo ich dôsledkov), mala by byť zvažovaná porucha prispôsobenia (s poruchou konania alebo so zmiešanou poruchou emócií a konania). Porucha správania je potom diagnostikovaná iba vtedy, pokiaľ problémy v správaní predstavujú opakujúci sa stabilný vzorec spojený s narušením v sociálnej, školskej a pracovnej oblasti.
Poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním psychoaktívnych látok	Ak je disociálne správanie obmedzené na získavanie alebo užívanie psychoaktívnych látok, alebo ak sa správanie výhradne týka účinkov psychoaktívnych látok, závislosti alebo abstinčných príznakov, porucha správania by nemala byť diagnostikovaná, a miesto toho by sa mala zväziť diagnóza poruchy súvisiaca s užívaním psychoaktívnych látok. Potrebné je komplexné klinické posúdenie, ktoré zohľadňuje začiatok, postupnosť a kontext príslušného správania. Obidve diagnózy sa často spolu vyskytujú a môžu byť zároveň diagnostikované, ak sú splnené všetky diagnostické kritériá.

Poruchu opozičného vzdoru odlišujeme od iných porúch s podobnými alebo prekrývajúcimi sa prejavmi, podobnou anamnézou a hodnotením. Porucha opozičného vzdoru sa často spája s poruchou správania, ale stále je diskutabilné, či ide o inú diagnózu alebo predchodcu poruchy správania (Tabuľka 7). Keď dieťa alebo adolescent spĺňa diagnostické kritériá pre poruchu správania, porucha opozičného vzdoru je vylúčená z diagnózy (Sagar, Patra, Patil, 2019).

Tabuľka 7

 Diferenciálna diagnóza poruchy opozičného vzdoru (Raboch, Hrdlička, Mohr et al., 2015, IDC-11, 2023)	
Poruchy správania	Poruchy správania ako aj porucha opozičného vzdoru súvisia s problémami v správaní, ktoré privádzajú jednotlivca do konfliktu s dospelými a ďalšími autoritami (napr. učiteľmi, rodičmi, nadriadenými v práci). Správanie vyskytujúce sa pri poruche opozičného vzdoru je zvyčajne menej závažné ako pri poruche správania a nezahŕňajú agresiu voči ľuďom alebo zvieratám, ničenie majetku, krádeže alebo podvody. Porucha správania zahŕňa agresiu voči ľuďom, zvieratám alebo ničenie majetku, pričom tieto nie sú opísané v poruche opozičného vzdoru. Navyše, emocionálna dysregulácia (napr. podráždenosť, hnev) je charakteristická pre poruchu opozičného vzdoru, avšak nie je zahrnutá v definícii poruchy správania.
Porucha prispôsobenia	Emocionálna dysregulácia a opozičné správanie môžu byť reakciou na psychosociálne stresory alebo symptómami poruchy opozičného vzdoru. U jednotlivcov, ktorých symptómy dočasne súvisia s psychosociálnym stresorom a sú prítomné až šesť mesiacov, diagnostikujeme poruchu prispôsobenia.
Porucha pozornosti s hyperaktivitou	ADHD je často komorbidná s poruchou opozičného vzdoru. Je dôležité rozlíšiť, či sa zlyhanie jednotlivca v prispôbení sa požiadavkám ostatných neobjavuje výlučne v situáciách, ktoré vyžadujú sústavné úsilie a pozornosť, alebo požiadavku, aby jednotlivec pokojne sedel.
Posttraumatická stresová porucha	Správanie u detí s posttraumatickou stresovou poruchou sa môže prejaviť ako dysregulácia nálady a opozičné správanie. Pri posttraumatickej stresovej poruche je správanie spojené s predchádzajúcou traumatickou udalosťou.
Depresívne a bipolárne poruchy	Poruchy nálady často zahŕňajú negatívne emócie a podráždenosť. Porucha opozičného vzdoru by nemala byť stanovená v prípade, že sa symptómy objavujú výlučne v priebehu poruchy nálady.
Disruptívna dysregulatívna porucha nálady	U jednotlivcov s rušivou dysreguláciou nálady a poruchou opozičného vzdoru sa vyskytujú chronická podráždenosť nálady a výbuchy nálady. Avšak jednotlivci s rušivou poruchou dysregulácie nálady sa prejavujú závažnými a často opakujúcimi sa výbuchmi s pretrvávajúcim narušením nálady medzi výbuchmi. Keď sú splnené kritériá pre obe poruchy, uvádza sa iba rušivá porucha regulácie nálady.
Intermitentná explozívna porucha	Intermitentná explozívna porucha rovnako zahŕňa vysokú mieru hnevu a daní jednotlivci prejavujú voči ostatným navyše závažnú agresiu. Agresia voči ostatným nie je súčasťou kritérií pre poruchu opozičného vzdoru.
Postihnutie intelektu	U jednotlivcov s intelektovým postihnutím sa stanovuje porucha opozičného vzdoru iba vtedy, ak je opozičné správanie výrazne väčšie, než býva bežné u jednotlivcov s porovnateľným mentálnym vekom a porovnateľnou závažnosťou intelektového postihnutia.
Porucha reči	Porucha opozičného vzdoru musí byť odlišená od zlyhávania v plnení pokynov v dôsledku narušeného porozumenia reči (napr. strata sluchu).
Sociálna fóbia	Porucha opozičného vzdoru musí byť odlišená od vzdoru vzniknutého v dôsledku strachu z negatívneho hodnotenia spojeného so sociálnou úzkostnou poruchou.
Poruchy autistického spektra	Nespolupracujúce a iné rušivé správanie, charakteristické pre poruchu opozičného vzdoru, by sa malo odlišovať od správania, ktoré je bežné u jednotlivcov s poruchou autistického spektra. Kľúčový rozdiel spočíva v tom, že u detí s poruchou autistického spektra, je rušivé správanie často spojené s konkrétnymi environmentálnymi faktormi (napr. náhla zmena rutiny, nepríjemné senzorické podnety, oslabená spolupráca a i.), neodráža zámer byť provokatívny alebo krutý. U jednotlivcov s poruchou opozičného vzdoru sa typicky neprejavujú deficity v sociálnej komunikácii a obmedzené, opakujúce sa, nepružné vzorce správania, záujmov alebo aktivít, ktoré sú charakteristické pre poruchu autistického spektra.

7.2 Psychologické vyšetrenie

Základom psychologického vyšetrenia je dôsledné odobratie anamnézy, rozhovory s rodičmi / zákonnými zástupcami a dieťaťom, získanie potrebných údajov o fungovaní v rodinnom, širšom sociálnom, predovšetkým školskom prostredí a zhodnotení komorbidity. Cieľom klinicko-psychologického vyšetrenia je identifikácia dieťaťa alebo adolescenta s poruchami správania,

diferenciálno-diagnostické zhodnotenie, popis poruchy správania a doporučenia pre ďalší diagnostický a/alebo terapeutický postup. Spoľahlivé zdroje informácií sa dajú získať štúdiom zdravotnej dokumentácie, kombináciou klinických a testových metód.

Okrem informácií zo zdravotnej anamnézy sú dôležité aj údaje o uspokojovaní emocionálnych a sociálnych potrieb dieťaťa v minulosti a súčasnosti, informácie o jeho sociálnom a rodinnom prostredí, kvalite vzťahov v rodine a taktiež možné udalosti, ktoré mohli negatívne ovplyvniť jeho vzťahovú väzbu. Ďalej sa zhromažďujú informácie o priebehu adaptačného procesu pri začlenení v predškolskom zariadení a prípadnej pedagogickej charakteristike. U starších detí sú užitočné údaje o zvládnutí prechodu z predškolského zariadenia na základnú školu, o vzťahoch v rovesníckom kolektíve, o interakcii s autoritami. Súčasťou diagnostického procesu je aj klinické pozorovanie, zhodnotenie schopnosti dieťaťa nadväzovať sociálny kontakt a posúdenie jeho kvalít (Vojtová, Malík, Bero et al., 2022).

V prípade zhoršenia alebo objavenia sa nových symptómov sa vyžaduje vždy opätovné vyšetrenie detí s poruchami správania, pretože diferenciálna diagnostika porúch správania je obsiahla a často sa vyskytuje komorbidita s inými psychickými poruchami (Paclt et al., 2011). Nedostatok identifikácie alebo liečby komorbidných porúch môže interferovať s liečbou porúch správania alebo ich symptómov, alebo môže zhoršiť ich prognózu.

***Úvodný kontakt, nadviazanie spolupráce s rodičom/zákonným zástupcom a dieťaťom** -je dôležitým momentom na vytvorenie pozitívneho podporujúceho vzťahu potrebného na optimálne riešenie problému, pre ktorý bola vyhľadaná odborná starostlivosť. V rámci prvého kontaktu ide o získanie poznatkov súvisiacich s problémom dieťaťa. Sú to informácie vyplývajúce z fungovania dieťaťa v školskom, ale aj domácom prostredí, prípadne v ďalších sociálnych skupinách (napr. mimoškolská činnosť). Rodič/zákonný zástupca prezentuje fakty o svojom dieťati, ktoré dostáva od pedagogických zamestnancov, o jeho akademických, ale aj vzťahových ťažkostiach. Ak bolo dieťaťu odporúčané psychologické vyšetrenie školou, zameriavame sa aj na požiadavku školy a opis ťažkostí, ktorý poskytli pedagogickí zamestnanci. Medzi najčastejšie problémy opisované rodičmi/zákonnými zástupcami alebo školou patria výchovné ťažkosti súvisiace s porušovaním školského poriadku, ako aj zlyhávanie dieťaťa v školských výsledkoch (Vojtová, Malík, Bero et al., 2022). Potrebné je získať a zhodnotiť údaje o prostredí, v ktorom dieťa vyrastá, o výchovných postupoch rodičov alebo iných dospelých, rodinnom prostredí, sociálno-kultúrnom zázemí, sociálnych vzťahoch, o doterajšom školskom priebehu výchovy a vzdelávania dieťaťa, školských výsledkoch a správaní žiaka na vyučovaní (Levčíková, 2013).

***Pozorovanie** – pozorovanie dieťaťa od príchodu na vyšetrenie, počas samotného vyšetrenia, spôsob komunikácie na verbálnej a neverbálnej úrovni, vonkajší zjav, upravenosť, mimika, gestikulácia, charakteristiky rečového prejavu, interakcia s psychológom, s rodičom/zákonným zástupcom, prípadne s učiteľmi (pedagogickými zamestnancami), odbornými zamestnancami školy alebo školského zariadenia, centra pre deti a rodinu. U mladších detí pozorovanie v štruktúrovaných alebo pološtruktúrovaných situáciách.

***Rozhovor s dieťaťom** – táto oblasť psychodiagnostiky sa plne odvíja od veku dieťaťa/adolescenta, ktorému je adekvátne prispôbena zo strany psychológa. Ďalšími vstupnými faktormi v tejto oblasti sú motivácia dieťaťa k vyšetreniu a jeho intelektová kapacita. Rozhovor s dieťaťom umožňuje aj zostavenie vhodnej batérie testových metód pre overenie pracovnej hypotézy vyšetrujúceho psychológa ohľadne psychického stavu a psychopatológie dieťaťa.

***Odobratie anamnézy** - získava sa najčastejšie písomnou formou prostredníctvom dotazníka alebo formou anamnestického rozhovoru s rodičmi/zákonnými zástupcami a učiteľmi (pedagogickými zamestnancami), odbornými zamestnancami školy alebo školského zariadenia. Pri získavaní dôkladnej anamnézy môžu byť nápomocnými informátormi rodinní príslušníci, priatelia, susedia, v prípade potreby aj sociálna kuratela, polícia. *Zdravotná anamnéza* sa zameriava na graviditu, jej priebeh a pôrod, napr. či bola gravidita riziková, dieťa bolo narodené v riadnom termíne, narodené prirodzene alebo sekciou. Ďalej na raný motorický a rečový vývin dieťaťa, rytmus spánku a bdenia, prekonané závažné úrazy (najmä úrazy hlavy), ochorenia, operácie, dispenzarizáciu u iných odborníkov (alergiológia, oftalmológia, pedopsychiatria, neurológia, logopédia a pod.) a správy z posledných odborných vyšetrení. Zaujímame sa aj o možnú genetickú záťaž v rodine. Rané obdobie vývinu, najmä obdobie vzdoru a neskôr predškolské obdobie sú tiež významným ukazovateľom pri diagnostike porúch správania. *Školská anamnéza* zahŕňa informácie o adaptácii jednotlivca v školskom prostredí vrátane predškolského zariadenia. Zameriavame sa na okolnosti nástupu dieťaťa do základnej školy, úroveň jeho školskej pripravenosti a adaptáciu na triedny kolektív. Dôležité sú aj údaje o školských výsledkoch, napr. ako si podľa rodiča/zákonného zástupcu dokáže dieťa osvojiť učivo, ako prebieha domáca príprava, aké sú všeobecné a špecifické záujmy dieťaťa, hodnoty, postoje a potreby. Pri zbieraní údajov zo školského prostredia je užitočné obrátiť sa na školu, ktorú dieťa navštevuje, a vyžiadať si pedagogické hodnotenie od triedneho učiteľa dieťaťa a odborných zamestnancov školy. *Rodinná anamnéza* pozostáva z informácií o rodine dieťaťa - koľko členov sa nachádza v rodine, s ktorou dieťa žije, či má dieťa súrodenca, aká je jeho súrodenecká pozícia, aké boli vzťahy s rodičmi počas tehotenstva a po ňom, aké sú jeho vzťahy so súrodencami (ako funguje, resp. nefunguje rodinný systém), aká je sociálna situácia rodiny a iné špecifiká. Zisťujú sa predchádzajúce výchovné opatrenia, intervencie, prípadne spolupráca s odborníkmi, ktorú rodina už využila, a s akým výsledkom. Zameriavame sa na situácie dobrého fungovania dieťaťa i rodinného systému v minulosti, zisťujeme záujmy dieťaťa a jeho predchádzajúce úspechy (Vojtová, Malík, Bero et al., 2022).

***Vlastné psychologické vyšetrenie** - začína sa dôkladným rozborom disocálnych prejavov vyšetřovaného dieťaťa. Dieťa takmer vždy chápe, prečo je k vyšetřeniu privádzané, rozhovor o svojich priestupkoch očakáva. Najskôr po ukončení úvodného rozhovoru sa dieťa môže dostatočne uvoľniť pre ďalšie vyšetřenie a spoluprácu s diagnostikom. Po úvodnom rozhovore nasleduje komplexné vyšetřenie dieťaťa a podrobná explorácia rodinného i širšieho sociálneho, a predovšetkým školského prostredia. Nutné je pomýšľať na možnú depriváciu niektorej zo základných potrieb dieťaťa. Ďalej sa zameriavame na prípadné známky ADHD, porúch učenia a disocálneho vývinu osobnosti, ale i na prípadné pridružené poruchy emócií či inú psychopatológiu. Dôležité sú vždy informácie zo školy a od ďalších, pre dieťa významných osôb (Řičan, Krejčířová et al., 20026). Ak je to možné, odporúča sa, aby bolo vyšetřenie dieťaťa realizované bez prítomnosti rodičov/zákonných zástupcov.


Diagnostické oblasti vyšetřenia a samotný výber metód závisia od viacerých faktorov, ako doterajšie posúdenie odborníkmi z ďalších oblastí (napr. pedopsychiater, školský psychológ, poradenský psychológ), či ide o prvotné alebo opakované psychodiagnostické vyšetřenie, na zreteľ je samozrejme nutné brať vek dieťaťa. Vždy zohľadňujeme uvedené faktory, aby dieťa nebolo preťažované nadmieru dlhou diagnostikou a neprimeraným množstvom použitých diagnostických metód. Pri výbere oblastí diagnostiky odporúčame kombinovať dotazníkovú a projektívnu metodiku na jednu oblasť diagnostikovania. Je potrebné takisto zohľadňovať, že niektoré testové metodiky sa prelínajú v jednotlivých diagnostických oblastiach, často napríklad test presahuje oblasť diagnostiky, do ktorej je zaradený, preto nemožno postupovať v tomto smere úplne šablónovito.

Klinický psychológ v rámci diferenciálnej diagnostiky zhodnotí celkový psychický stav dieťaťa, podrobne posúdi jednotlivé oblasti (anamnézu, prítomnú symptomatiku porúch správania, intelekt/kognitívne funkcie afektívitu-emoťivitu, osobnosť, fungovanie vo vzťahoch a sociálna

adaptácia), pričom používa kombináciu klinických a testových metód (Tabuľka 8). Diagnostika porúch správania by mala zahŕňať aj hodnotenie komorbidných porúch. Pri diagnostike komorbidných porúch je potrebný multidisciplinárny prístup (psychológ, pedopsychiater, pedoneurológ, špeciálny pedagóg atď.). V diagnostickej úvahe ide o súhrnný a syntetický pohľad na všetky údaje, ktoré sú k dispozícii.

***Správa z odborného vyšetrenia a výstupný rozhovor** – správa z odborného vyšetrenia sa odvíja od konkrétneho účelu vyšetrenia, zvyčajne obsahuje anamnézu, priebeh vyšetrenia, výsledky, záver a odporúčania. Po vyhodnotení diagnostického procesu je zákonný zástupca oboznámený s výsledkom odborných vyšetrení. Spätnú väzbu o výsledkoch vyšetrení poskytuje rodičovi/zákonnému zástupcovi psychológ z psychologického vyšetrenia, špeciálny pedagóg zo špeciálnopedagogického vyšetrenia. Zákonný zástupca je informovaný nielen o oslabeniach a nedostatkoch zistených diagnostickým procesom, ale najmä o silných stránkach, ktoré je možné využiť pri kompenzácii ťažkostí dieťaťa. Výsledky diagnostického vyšetrenia, ako samotný výstupný rozhovor s rodičom/zákonným zástupcom, predstavujú začiatok spolupráce a sú základom na ďalšie intervenčné pôsobenie. Okrem zákonného zástupcu je s výsledkami vyšetrenia oboznámené i dieťa, pričom formuláciu interpretácie obsahu vyšetrenia je nutné prispôbiť veku a vývinovej zrelosti dieťaťa. Konzultácia výsledkov by mala pozostávať z poukázania na kvality dieťaťa, ako aj na odporúčania a stratégie vedúce k zvládaniu ťažkostí. V neposlednom rade by mala obsahovať spätnú väzbu od dieťaťa a jeho rodičov/zákonných zástupcov (Vojtová, Malík, Bero et al., 2022).

Tabuľka 8

 Psychodiagnostika – testové metódy		
Oblasť diagnostiky	Špecifikácia	Voliteľné metódy
Osobnosť s dôrazom na oblasť motivácie nežiadúceho správania	Sebaobraz, sebahodnotenie, osobnostné črty a charakteristiky, temperament, poruchy osobnosti (u adolescentov po 16 r. hodnotíme štruktúru osobnosti a smerovanie vývinu osobnosti), aktuálny psychický stav sledovaním intenzity výskytu psychopatologických symptómov, miera distresu, naplnenie potreby stimulácie, citovej istoty a bezpečia, potreba seberealizácie, potreba úniku z aktuálnej alebo ohrozujúcej situácie, potreba získať žiadúce materiálne prostriedky...	Rosenbegerová škála sebahodnotenia - J-TCI (10-15 r.), Osobnostný dotazník pre deti - B-JEPI (7-15 r.), Osobnostný dotazník pre deti - CPQ (8-13 r.), HSPQ Osobnostný dotazník pre mládež (12-18 r.), NEO-PI-R: NEO osobnostný inventár (od 15 r. vyššie), Sebapostudovacia škála - SCL-90 (od 14 r. vyššie), Rorchachova metóda - ROR, Hand test, Test apercepce ruky TAT (od 12 r. vyššie), Rozenzweigov obrázkový frustračný test – pre deti (4-13 r.), Asociačný experiment...
Intelekt/ Kognitívne funkcie	Orientačne intelektová úroveň, vyšetrenie jednotlivých psychických funkcií (kognitívne schopnosti, pamäť, pozornosť, perцепcia)...	Obrázkový intelligenčný test A (7-8,5 r.), Test intelektového potenciálu - TIP (13-15 r.), Test štruktúry inteligencie I-S-T 2000 R (adoslescenti), Test kognitívnych schopností – TKS (7-16 r.), Test úrovne rozumových schopností - TURS (od 12 r. vyššie), Orientačný test rozumových schopností - OTRS (od 12 r. vyššie), Orientačná skúška (od 9 r. vyššie), Obrázkový intelligenčný test (7-8,5 r.), Ravenové progresívne matice farebné (6-11 r.), Pamäťový test učenia (9-14 r.), d2-R: Test pozornosti (od 9 r.), Rey-Osterriethov test komplexnej figúry – TKF (od 5,5 r. vyššie), Wechslerova intelligenčná škála pre deti - WISC-III-SK (6-17 r.), Woodcock-Johnsonov testy - W-J IE (od 5 r. vyššie), SON-R 2½-7 (2,5-7 r.), Škála hodnotenia exekutívnych funkcií u detí - BRIEF (5-18 r.), BRIEF-2 (5-18 r.)
Emotivita	Úzkosť, depresívna symptomatika, emocionálna labilita, automutilácia a suicidálne fenomény...	Sebapostudovacia škála depresivity pre deti - CDI (7-17 r.), Beckov dotazník depresie - BDI-II (od 13 r. vyššie), Škály na meranie úzkosti a úzkostnosti u detí - ŠAD (10-15 r.), Škála zjavnej anxiety pre deti - CMAS (9-14 r.), Škála klasického strachu, sociálne-situačnej anxiety a trémy – KSAT (od 12 r. vyššie), ACC: apercepčné karty pre adolescentov (12-19 r.), Hand test (od 6 r. vyššie), Kresba postavy, Kresba stromu...
Rodinné a sociálne vzťahy	Zisťujeme potenciál/ kontraindikácie pre rodinnú terapiu, štýly a spôsoby výchovy v rodine, rodinné prostredie, hodnotenie rodinného systému, funkčnosť, zdroje v rámci rodiny, konflikty a dynamika v rámci rodiny...	Dotazník rodičovského konania a postojov pre adolescentov ADOR (13-18 r.), Dotazník na zisťovanie spôsobu výchovy v rodine (8-12 r.), Test rodinného zázemia (od predškolského veku až po adolescenciu), Test rodinného systému FAST (od 6 r. vyššie), Test rodinných vzťahov (3-14 r.), Kresba rodiny, Kresba začarovanej rodiny, Test troch stromov, Nedokončené vety, Grafické modelovanie rodiny - GFS semiprojektívna metóda, Scénotest, Rodinná doska, Projektívna hra...

8 Prevencia

Prevencia predstavuje nehomogénny súbor rôznych prístupov a intervencií obsiahnutých vo viacerých rezortných koncepciách. Dodnes nie je zreteľne popísaná hranica medzi tým, čo sa považuje za zdravotnícku prevenciu, školskú prevenciu a prevenciu kriminality. Všetky tri sa vzájomne dopĺňajú, často však aj prekrývajú. Táto situácia je viac či menej podobná vo väčšine krajín Európskej únie a líši sa tým, na akú líniu je kladený väčší dôraz (Miovský, Skácelová, Zapletalová et al., 2010).

Cieľom prevencie je znížiť riziko rozvoja porúch správania v rizikovej populácii pomocou zlepšenia schopnosti zvládať problémy a manažmentu správania dieťaťa.

Prevenciu (predchádzanie) ochorení delíme podľa úrovne zamerania na primárnu prevenciu (zameranú na celú populáciu), sekundárnu prevenciu (skorý záchyt ochorenia a zabránenie jeho ďalšieho šírenia – skrining) a terciárnu prevenciu (predchádzanie komplikáciám a zhoršenia ochorenia) (Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, 2019).

Na všetkých úrovniach prevencie sa uplatňujú klinickí psychológovia. Okrem diagnostického skriningu, klinickej psychodiagnostiky a liečby psychických porúch sa podieľajú na utváraní a odporúčaní pre životný štýl, ktorý pôsobí v smere predchádzania škodlivým návykom a závislostiam a v smere harmonizácie medziľudských vzťahov vo všetkých oblastiach života, na včasnom zisťovaní psychických porúch, sledovaní psychického vývinu a jeho zmien u detí a adolescentov, tvorbe a realizácii preventívnych programov, skriningu a psychostimulačných a psychoregulačných programov, na vyhľadávaní rizikových jednotlivcov a skupín.

Primárna prevencia porúch správania u detí zohráva kľúčovú úlohu pri vytváraní zdravého a vyváženého životného prostredia pre deti. Tieto opatrenia sú zamerané na posilnenie psychického a sociálneho zdravia detí už od prenatálneho štádia vývinu, podporu pozitívneho správania a prevenciu vzniku problémových vzorcov správania s podporou zdravia matiek v priebehu gravidity (eliminácia teratogénnych činiteľov, dodržiavanie zásad zdravej výživy a životosprávy), o čom ďalej píše Krištúfková, Borovský (2021).

Sekundárna prevencia predstavuje včasnú diagnostiku, rýchlu a účinnú liečbu, zaoberanie sa predpokladmi pre včasné vyhľadanie lekárskej starostlivosti a zotrvanie v nej, psychologické poradenstvo a psychologické intervencie, poskytovanie psychologickéj pomoci osobám, príbuzným alebo profesionálom v prípade krízových situácií spojených s náhle vzniknutým nepriaznivým sociálnym a zdravotným stavom a úmrtiami, iatrogenizáciou, rodovo a sociálne podmieneným násilím a i.

Terciárna prevencia zahŕňa psychologickú liečbu, podporu mechanizmov zvládania a zmien životného štýlu potrebných pre zlepšenie stavu a pre zabránenie relapsu porúch správania, podporu rôznych foriem začleňovania a rehabilitácie detského a adolescentného pacienta, podporu jeho rodiny a svojpomocných aktivít, podporu komunikácie medzi špecialistami a medzi zdravotníkmi a inými pracovníkmi, konzultácie alebo supervíziu pre jednotlivcov alebo skupiny v oblasti psychického zdravia, rehabilitáciu, reedukáciu a resocializáciu s cieľom nápravy identifikovaných symptómov a deficitov pomocou psychologických prostriedkov.

V rámci typov prevencie možno podľa NICE (2013, 2023) rozlíšiť univerzálnu prevenciu (zameriava sa na všeobecnú populáciu s cieľom zvyšovania psychického a sociálneho zdravia), selektívnu prevenciu (zameriava sa na jednotlivcov, ktorí sú vystavení rizikovým faktorom) a indikovanú prevenciu (zameriava sa na jednotlivcov so symptómami porúch správania subklinickej úrovne).

Ak poruchy správania detí alebo adolescentov súvisia so šikanovaním v školskom prostredí, je dôležitá spolupráca so školou a školským zariadením s cieľom riešiť šikanovanie a predchádzať mu. Prvky skupinového šikanovania možno postrehnúť najmä v strednom školskom veku, t. j. v čase, keď sa trieda transformuje na štruktúrovanú skupinu s normami a hierarchizovanými rolami. Skupina si niekedy touto formou dokazuje a presadzuje novoobjavenú silu a to najmä voči slabším a odlišným členom. Kto je iný, menej konformný, nie je tolerovaný. Dôležité je, že slabosť a bezmocnosť obeti násilie nielen stimuluje, ale aj posilňuje. Najmä fyzická sila chlapcov môže ku šikanovaniu prispievať. Šikanovanie má stúpajúcu tendenciu s vekom (Heřmanská, 1994, in: Popelková, 2013). Bližšie informácie o **prevencii v prostredí školy a v zariadeniach poradenstva a prevencie** (systém poradenstva a prevencie) možno nájsť vo výkonových štandardoch odborných činností (Vojtová, Malík, Uríková et al., 2023), výkonových štandardoch odborných činností Prevencia (2023) a v ďalších publikáciách (Antolová, 2022, Högerová et al., 2022, Prevencia a riešenie šikanovania – sprievodca pre školské prostredie, 2022, Veľká, 2021, Vojtová, Malík, Bero et al., 2022,).

9 Liečba

Liečba porúch správania by mala byť interdisciplinárna a mala by zapájať nielen samotného pacienta a zdravotníkov, ale aj rodičov, učiteľov, vychovávateľov a sociálne služby. U detí a adolescentov s poruchami správania je nutná celá rada intervencií, cielených ako na ne, tak na rodinu a sociálne okolie. Je vypracovaných viacero psychoterapeutických, psychologických intervencií (individuálna a skupinová psychoterapia so špecifickými programami). V liečbe porúch správania je možné aplikovať terapeutické smery schválené Ministerstvom zdravotníctva, ktoré pracujú s deťmi s ťažkosťami v správaní, napríklad KBT terapia, Systemická rodinná terapia, Terapia hrou vychádzajúca z rogeriánskeho, geštalt alebo dynamického smeru a iné. Viaceré z nich majú vypracované prístupy aj pre prácu s rodičmi alebo celou rodinou, ako napríklad Filiálna terapia, Rodinná geštalt terapia.


U mladších detí by liečba mala začínať nefarmakologickými metódami. Ideálne sa odporúča kombinácia rodičovského tréningu, kde sa rodičia učia zvládať problémové správanie dieťaťa, následne individuálna psychoterapia dieťaťa, ktorá ho učí regulovať hnev a ďalšie emócie, riešiť problémy, naplňovať potreby adaptívnym spôsobom a nácvik sociálnych zručností u dieťaťa. Rovnako dôležitá je práca s celou rodinou dieťaťa v rôznych formách rodinnej terapie na zlepšenie komunikácie v rodine. Niekedy je vhodná zmena školy, aby bol pacient oddelený od zisteného rizikového prostredia. U dospievajúcich je stratégia liečby podobná, len viac zameraná na konkrétne problémové oblasti ich života (Theiner, 2007, Paclt, 2011).

Problémy detí s poruchami správania sa veľmi často prejavujú aj v školskom prospechu. V tejto súvislosti treba venovať zvýšenú pozornosť príprave dieťaťa do školy. Často je nutné vypracovať špecifické postupy a motivačné prvky, ktoré dieťaťu napomôžu vo zvládnutí učiva. Významnú oblasť v súvislosti s nápravou porúch predstavujú organizované voľnočasové aktivity. Malo by ísť o aktivity, ktoré dieťaťu pomôžu v relaxácii a v aktívnom zapojení sa do kolektívu rovesníkov. Nevyhnutnou podmienkou pre úspešnú realizáciu týchto voľnočasových aktivít je aspoň minimálne poučený odborný pracovník (tréner, vedúci krúžku), ktorý by mal byť pred nástupom dieťaťa vždy podrobne informovaný o prejavoch jeho správania a možných technikách jeho zvládania (Ptáček, 2006).

Liečba porúch správania založená na dôkazoch je sumarizovaná v publikácii Lindhiema a Birmahera (2023) a v rámci algoritmu (algoritmus 1), ktoré uvádzame v prílohe 1. Odporúčané liečebné intervencie v tomto štandarde vychádzajú z podkladov štúdií (prehľad použitej literatúry), odborných poznatkov autorít (prof. MUDr. J. Praško, CSc., doc. PhDr. M. Šlepecký, CSc., MUDr. P. Možný, PhDr. K. Piačková), návrhov organizácií, vrátane AAP (2023), NICE (2023), UpToDate (2023) a i.

V Tabuľke 9 je uvedené hodnotenie dôkazov efektivity psychosociálnych intervencií pre rušivé správanie alebo delikvenciu detí a adolescentov, ako uvádza Americká psychologická asociácia (AAP, 2023).

Tabuľka 9

 Úroveň dôkazov psychosociálnych intervencií pre rušivé správanie alebo delikvenciu detí a adolescentov (AAP, 2023)				
Úroveň 1 – najlepšia dôkazná podpora	Úroveň 2 – dobrá dôkazná podpora	Úroveň 3 – stredná dôkazná podpora	Úroveň 4 – minimálna dôkazná podpora	Úroveň 5 – žiadna dôkazná podpora
Kontrola hnevu, Tréning asertivity, KBT, KBT a PMT, CM, Motivačný rozhovor, Multisystémová terapia, PMT, PMT a riešenie problémov, Sociálne zručnosti, Terapeutická pestúnska starostlivosť	Tréning pozornosti, KBT a tréning učiteľov, Manažment správania v triede a PMT, Komunikačné zručnosti, Kooperatívne riešenie problémov, Rodinná terapia, Funkčná rodinná terapia, Medikácia a PMT, Mindfulness, PMT a sociálne zručnosti, Racionálne emocionálna terapia, Relaxácia, Tréning sebaovládania, Transakčná analýza	Tréning asertivity a KBT, Terapia zameraná na klienta, Tréning morálneho uvažovania, Terénne poradenstvo, rovesnícke párovanie	Manažment prípadov (Case management), Manažment prípadov (Case Management) a CM, KBT a psychoedukácia: učítelia, KBT s rodičmi, manažment správania v triede a KBT a PMT, Kooperatívne riešenie problémov a emocionálna regulácia, Edukácia a PMT a sociálne zručnosti, Expozícia, Fyzické cvičenie, PMT a seba verbalizácia, Psychoedukácia: rodič, Stresová inokulácia	Stratégie riadenia prístupu (Access Management Strategies) a manažment prípadov (Case Management), Kontrola hnevu a tréning morálneho uvažovania, Behaviorálna terapia, Behaviorálna terapia a mentoring a riešenie problémov, Behaviorálna rodinná terapia, Biofeedback, Katarzia, KBT a posilnenie a podpora rodiny a mentoring a sociálne zručnosti, KBT a mentoring a sociálne zručnosti, KBT a motivačný rozhovor, Starostlivosť o výživu, Edukácia, Posilňovanie a podpora rodiny, Rodinná systémová terapia, Skupinová terapia, Tréning zobrazovania (Imagery Training), Zdieľaná pozornosť/empatické a emocionálne zapojenie/senzibilizácia mladistvých/prevenia, Mentoring, Motivačný rozhovor a PMT, Hrová terapia, PMT a rovesnícka podpora, Psychodynamická terapia, Mentoring, Tréning zručností, Motivačný rozhovor a PMT, Psychoedukácia, Seba verbalizácia, Rozvoj zručností, Celostný prístup (Wraparound)

Legenda: CM - Kontingenčný manažment (Contingency Management), KBT - Kognitívno-behaviorálna terapia, PMT - Tréning rodičov na zvládanie problémov detí (Parent Management Training)

Zavedenie liečby

Stanovenie cieľov - Úzko spolupracujeme s pacientom, so žiadateľom o liečbu a rodinou na určovaní konkrétnych cieľov liečby. Hlavným cieľom liečby detí a dospelých s poruchami správania je pomôcť vytvoriť alternatívne, adaptívnejšie správanie na zvládanie stresorov alebo stresových situácií, zvýšiť toleranciu frustrácie alebo znížiť závažnosť výbuchov nálady. Pri liečbe poruchy správania s opozičným, vzdorovitým správaním (porucha opozičného vzdoru) alebo jej symptómov sa zameriavame na zmiernenie pretrvávajúcej a niekedy silne podráždenej nálady. Pri liečbe poruchy správania alebo jej symptómov sa zameriavame na zmiernenie maladaptívneho správania a rozvoj empatie. Súbežne riešime komorbidné poruchy. Nedostatok identifikácie alebo liečby komorbidných porúch môže interferovať s liečbou porúch správania alebo ich symptómov, prípadne môže zhoršiť ich prognózu. Deti alebo adolescenti s niektorou z týchto porúch nemusia vyhľadať liečbu. V mnohých prípadoch ich k odborníkovi posielajú škola, sociálne služby alebo súdny systém.

Udržiavanie spolupráce - Našu terapeutickú spoluprácu udržiavame a zdokonaľujeme prostredníctvom nepretržitej podpory jednotlivca a rodiny, zabezpečením dostupnosti služieb najmä v období krízy, edukáciou o symptómoch a ich manažmente, empatickým počúvaním, medikáciou v prípade potreby. Keďže účinok liečby nie je jednoduché hodnotiť a nemusí sa prejavíť niekoľko týždňov alebo dlhšie, udržiavanie terapeutického vzťahu môže podporovať dodržiavanie liečby. Naopak, nedostatočné vytvorenie vzťahu s pacientom a rodinou často vedie k predčasnému ukončeniu liečby.

Monitorovanie pokroku - Priebeh liečby monitorujeme v pravidelných intervaloch (napr. mesačne) tak, aby sme sledovali klinické zmeny a usmerňovali plánovanie liečby. Zvažujeme klinicky významné zníženie symptómov, ako ich uvádzajú rodičia, príbuzní, učitelia alebo pacienti (u tých, ktorí majú dobrý prehľad), aby sme posúdili účinok liečby (Chorpita, Reise, Weisz et al., 2010, Weisz, Chorpita, Frye et al., 2011, Lindhiem, Birmaher, 2023).

9.1 Psychosociálna intervencia ako prvá voľba

Uprednostňujeme liečbu všetkých jednotlivcov so syndrómovými alebo subsyndrómovými príznakmi porúch správania pomocou psychosociálnej intervencie založenej na dôkazoch ako prvej možnosti liečby (algoritmus 1, príloha 1). Avšak u jednotlivcov s agresivitou a/alebo podráždenosťou, ktoré ovplyvňujú liečbu alebo spôsobujú psychosociálne ťažkosti (napr. školské, medziľudské, pracovné), indikujeme okrem psychosociálnej intervencie aj farmakologickú liečbu (Eyberg, Nelson, Boggs, 2008, Lindhiem, Birmaher, 2023).

Modalita a nastavenie - Voľba spôsobu liečby je založená na dostupnosti konkrétnej liečby a preferenciách pacienta. Psychosociálne intervencie pre poruchy správania sa bežne poskytujú v individuálnych, rodinných a skupinových formách a v širokej škále prostredia. Údaje z výskumu naznačujú, že psychosociálne intervencie založené na dôkazoch sú aspoň mierne účinné pre deti s rušivými problémami správania bez ohľadu na modalitu liečby a prostredie (Perrin, Sheldrick, McMenamy et al., 2014, Kolko, Campo, Kilbourne et al., 2014, Kolko, Dorn, Bukstein, 2009, Lindhiem, Birmaher, 2023). Napríklad metaanalýza 158 štúdií skúmajúcich psychosociálnu liečbu zameranú na zníženie problémov správania u detí a dospelých uvádzala celkovú mieru účinku (štandardizovaný priemerný rozdiel po liečbe = 0,46) medzi liečbou a kontrolnými podmienkami (Weisz, Kuppens, Ng et al., 2017). Tieto rozdiely sa vo všeobecnosti udržali počas celého obdobia sledovania (v priemere 44 týždňov).

Výber počiatkovej psychosociálnej intervencie - Preferencia špecifickej psychosociálnej intervencie prvej línie závisí od veku dieťaťa a symptómov, ktoré treba riešiť. Účinná liečba je zvyčajne zameraná na zručnosti a zahŕňa účasť dieťaťa aj rodiča/zákonného zástupcu. Tieto intervencie sa prekrývajú v obsahu a technike a možno ich kategorizovať na behaviorálny tréning rodičovského manažmentu

(pre rodičov) (Tabuľka 10, príloha 2), kognitívno-behaviorálne zručnosti (pre deti a adolescentov) a systémovú rodinnú terapiu. Dôkazy vo všeobecnosti poukazujú na väčšiu účinnosť intervencií u mladších detí v porovnaní so staršími deťmi (Woolfenden, Williams, Peat, 2001, Comer, Chow, Chan et al., 2013, McCart, Sheidow, 2016, Perrin, Sheldrick, McMenamy et al., 2014, Kolko, Campo, Kilbourne et al., 2014, Kolko, Dorn, Bukstein, 2009, Lindhiem, Birmaher, 2023). Výhody modelu poskytovania služieb viacerým rodinám súčasne v porovnaní so službami bežnými pri zlepšovaní fungovania mládeže s poruchou opozičného správania/poruchou správania v rodinách žijúcich v sociálne znevýhodnených komunitách analyzuje štúdia Chacko, Gopalan, Franco et al. (2015).

Pre deti v predškolskom veku

Pre deti v predškolskom veku s problémami v správaní alebo inými príznakmi porúch správania odporúčame behaviorálny tréning rodičovského manažmentu. Jednou z foriem behaviorálneho tréningu manažmentu rodičov je tréning interakcie rodič-dieťa.

***Behaviorálny tréning rodičovského manažmentu** - Behaviorálny tréning rodičovského manažmentu (behavioral parent management training), nazývaný aj ako tréning rodičov na zvládanie problémov detí (parent management training, PMT), je terapeutický prístup zameraný na zvyšovanie rodičovských zručností na zvládanie porúch správania. Pri zvládaní porúch správania terapeut pracuje skôr s rodičmi ako s dieťaťom. Rodičia sa učia systematicky sledovať a konkretizovať problémové správanie a použiť pri jeho zmene princípy sociálneho učenia a zmeny (Ronenová, 2000, Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007). Rodičia sa učia, ako posilniť žiaduce správanie svojich detí a naopak, znížiť nevhodné správanie, zlepšiť vzájomné interakcie či vytvoriť pozitívnu rodinnú atmosféru, čo bližšie opisujú Liabø, Richardson (2007), Lindhiem, Birmaher (2023). Tento prístup má najviac dôkazov o účinnosti v porovnaní s inými psychosociálnymi intervenciami pre poruchu opozičného vzdoru a poruchu správania a problémy s podprahovým rušivým správaním, najmä u mladších detí (deti predškolského a školského veku) (Liabø, Richardson, 2007, Eyberg, Nelson, Boggs, 2008, Furlong, McGilloway, Bywater et al., 2012, Comer, Chow, Chan et al., 2013, Kjøbli, Hukkelberg, Ogden, 2013, Perrin, Sheldrick, McMenamy et al., 2014). Napríklad v metaanalýze zahŕňajúcej 36 štúdií a 3 042 detí s problémami s rušivým správaním viedla liečba pomocou tréningových programov pre rodičov zameraných na zvládanie problémov v správaní detí k silným účinkom na zníženie symptómov poruchy (Comer, Chow, Chan et al., 2013). V prehľade 13 štúdií zahŕňajúcich 1078 účastníkov skupinových rodičovských programov pre problémy so správaním u detí (vo veku 3 až 12 rokov) rodičia zaznamenali zníženie problémov so správaním detí (Furlong, McGilloway, Bywater et al., 2012). Randomizovaná klinická štúdia (Perrin, Sheldrick, McMenamy et al., 2014) realizovaná v 11 pediatrických ambulanciách, zahŕňala 150 rodičov detí vo veku od dvoch do štyroch rokov s problémami s rušivým správaním náhodne zaradených do 10-týždňovej rodičovskej tréningovej skupiny alebo do čakacej listiny. Väčšie zmiernenie symptómov porúch správania detí bolo zaznamenané na konci liečby v rodičovskej tréningovej skupine v porovnaní so stavom v čakacej listine. Závety štúdie preukázali efektívnosť rodičovských tréningových skupín uskutočňovaných v pediatrických ordináciách, s cieľom znížiť rušivé správanie u batoliat. Boli tiež zaznamenané ďalšie zlepšenia v iných oblastiach, ako nesprávna rodičovská výchova a negatívne interakcie rodič-dieťa. Randomizovaná štúdia (Sagar, Patra, Patil, 2019) o PMT preukázala zmiernenie problémov v správaní sa detí, ktoré uvádzali matky. Najvýznamnejšie účinky sa preukázali medzi matkami, ktoré boli prítomné na viac ako 50 % skupinových stretnutí. Prehľad trinástich štúdií (Sagar, Patra, Patil, 2019) na 1078 účastníkoch (646 v intervenčnej skupine, 432 v kontrolnej skupine) ukázal, že tréning rodičov priniesol štatisticky významné zníženie problémov v správaní detí, či už boli hodnotené rodičmi alebo nezávisle. Zistilo sa tiež, že došlo k výraznému zlepšeniu duševného zdravia rodičov, k zlepšeniu pozitívnych rodičovských zručností a zníženiu negatívnych alebo tvrdých rodičovských praktík, ktoré sa považujú za štatisticky významné. Výskumom (Sagar, Patra, Patil, 2019) sa tiež podporilo zistenie, že behaviorálne a kognitívno-behaviorálne skupinové rodičovské tréningy sú účinné. Metaanalytické štúdie PMT a

kognitívno-behaviorálnej terapie pre dieťa odhalili pozitívny vplyv týchto intervencií na deti s poruchami správania.

Pre deti v školskom veku

Pre deti v školskom veku s príznakmi porúch správania odporúčame v zhode s Lindhiem, Birmaher (2023) liečbu prvej línie s kombináciou tréningu správania rodičov plus tréning kognitívno-behaviorálnych zručností pre deti a adolescentov. Tento sa odporúča ako liečba prvej línie v kombinácii s behaviorálnym tréningom rodičovského manažmentu a je potrebné uprednostniť ho pred inými psychosociálnymi liečebnými postupmi.

***Behaviorálny tréning rodičovského manažmentu** - Tréningový program pre rodičov (detí vo veku 9–12 rokov), ktorý pozostáva z 8-12 sedení, opisuje Paclt et al. (2011). Jeho časťou je orientácia v problematike porúch správania, porozumenie vzťahom medzi dieťaťom a rodičmi a manažment správania dieťaťa, zvyšovanie rodičovských schopností vo vzťahu k poruchám správania, modifikácia hernej situácie medzi dieťaťom a rodičmi (dieťa sa zaoberá hrou), zavedenie domáceho *home-token-systému* (trénovanie motivácie a používanie odmeny), oznamovanie skúseností a upevňovanie zručností v aplikácii home-token-systému, využívanie *time out (prerušujúci čas)* na posilnenie home-token-systému, rozšírenie time out na ostatné správanie dieťaťa, zvládanie budúcich problémov v správaní (anticipácia správania v bežných životných situáciách), zhrnutie. Tréning prebieha väčšinou súčasne s rodičmi aj učiteľmi. Dĺžka kontaktu terapeuta s učiteľom je variabilná a kolíše medzi 3 telefonickými alebo osobnými stretnutiami až po 8-16-týždňové sedenie. Počet konzultácií niekedy závisí od úspechu alebo neúspechu intervencie. Evaluácia výsledkov tejto terapie sa najčastejšie vykonáva po 8-12 týždňoch (Pelham et al., 1988, in: Paclt et al., 2011).

***Tréning kognitívno-behaviorálnych zručností** - Zahŕňa nácvik rôznych kognitívnych a/alebo behaviorálnych zručností pre deti a dospievajúcich (často v skupinách) s poruchami správania. Tieto tréningové programy (Wilkinson, Canterová, 1982, Liberman, Derisi, Muesser, 1989, Sagar, Patra, Patil, 2019) sa zameriavajú na jeden alebo viac deficitov zručností, o ktorých sa predpokladá, že prispievajú k patogenéze a udržiavaniu porúch správania. Deficity zručností, na ktoré sa zameriavajú, zahŕňajú sociálne zručnosti, zručnosti pri zvládaní hnevu a zručnosti pri riešení problémov. Štúdie zistili, že deti a dospievajúci s poruchami správania vykazujú deficity v spracovávaní sociálnych informácií. Tréning kognitívno-behaviorálnych zručností je určený na riešenie deficitu sociálneho vnímania a na zlepšenie schopnosti riešiť problémy v sociálnom kontexte u detí a dospievajúcich s poruchami správania. V štúdií (Sagar, Patra, Patil, 2019) absolvovalo 91 chlapcov vo veku 6–12 rokov s diagnózou porúch správania a agresivity súvisiacej s rovesníkmi individuálny tréning sociálnych zručností, ktorý zahŕňal aktívnu kontrolu, hranie rolí a techniky na aktivizáciu zdrojov a rozvoj prosociálnych interakcií v skupinách. Výsledky hodnotili rodičia, učitelia alebo lekári. Mierne účinky liečby boli zistené v hodnoteniach rodičov a hodnoteniach lekárov agresívneho správania, komorbidné symptómy, psychosociálne narušenie, kvalita života, rodičovský stres a negatívne vyjadrovanie emócií. V hodnoteniach učiteľov boli zistené významné účinky len na symptómy ADHD a prosociálne správanie. Paclt et al. (2011) uvádza, že behaviorálny tréning a práca v skupinách rodičov ohrozených detí sa ukázali ako efektívne, ak boli zamerané na problémy vo vzťahu detí a rodičov a ak obsahovali tréning zručností, ktoré umožňovali zlepšenie v problémových okruhoch. Paclt et al. (2011) tiež odporúča nácvik nových aktivít a zručností a zapojenie do pozitívnych činností, ktoré zahŕňajú kultivovaný bojový a športový prvok. Tieto aktivity sú akcentované psychoterapeutickými a socioterapeutickými prístupmi, ktoré sú zamerané na reštrukturalizáciu skupinového správania a reštrukturalizáciu úlohy pacienta v tejto skupine. Rovnako dôležitá je práca s celou rodinou dieťaťa v rôznych formách rodinnej terapie. Výhody modelu poskytovania služieb viacerým rodinám súčasne v porovnaní so službami bežnými pri zlepšovaní fungovania mládeže s poruchou opozičného

správania/poruchou správania v rodinách žijúcich v sociálne znevýhodnených komunitách analyzuje štúdia Chacko, Gopalan, Franco et al. (2015).

Pre dospievajúcich

Rodičovské zásahy môžu byť menej účinné u starších detí ako u mladších detí s príznakmi poruchy opozičného vzťahu a poruchy správania (Woolfenden, Williams, Peat, 2001, Lindhiem, Birmaher, 2023).

Pre dospievajúcich s miernymi symptómami - (napr. symptómy, ktoré spôsobujú len malé narušenie psychosociálneho fungovania) odporúčame liečbu prvej línie s kombináciou tréningu kognitívno-behaviorálnych zručností pre adolescentov a tréningu behaviorálneho manažmentu rodičov.

Pre dospievajúcich so stredne závažnými až závažnými príznakmi - navrhujeme liečbu prvej línie systémovou terapiou, najbežnejšie multisystémovou terapiou.

***Systémová terapia (vrátane rodinnej terapie)** - spočíva v zapájaní rodinných príslušníkov do liečby detí a dospievajúcich s poruchami správania. Keďže najdôležitejším sociálnym kontextom pre deti a dospievajúcich je najbližšia rodina, je jej zapojenie pre úspešné zvládnutie detí s problémovým správaním nevyhnutné. Systémová terapia je široký pojem pre psychoterapie, ktoré považujú sociálny kontext za kľúč k pochopeniu pacientových problémov a zamerania intervencie. Prehľad 47 štúdií zahŕňajúcich mladých ľudí s problémami správania vrátane porúch správania zistil, že systémová terapia je účinná v 42 štúdiách (von Sydow, Retzlaff, Beher et al., 2013).

***Multisystémová terapia** - multisystémová terapia (MST) je obzvlášť intenzívna forma systémovej terapie vyvinutá pre dospievajúcich so závažnejšími formami problémov správania. Liečba sa zvyčajne poskytuje v domácom prostredí a zahŕňa zložky kognitívno-behaviorálnej terapie a tréningu rodičovského manažmentu. Poruchy správania sú vnímané v širšom kontexte viacerých systémov vplyvu vrátane jednotlivcov, rodiny, rovesníkov, školy a komunity. Liečba v multisystémovej rodinnej terapii využíva viacero sedení týždenne. Cieľom liečby je pomáhať rodičom rozvíjať pozitívne a zodpovedné správanie adolescenta, prekonať manželské problémy, eliminovať negatívne interakcie medzi rodičmi a rodičmi a ich deťmi (Liabø, Richardson, 2007, Lindhiem, Birmaher, 2023). Bola potvrdená účinnosť psychoedukačných intervencií na rozvoj sociálnych zručností a multisystémovej terapie. Tieto postupy sa ukázali byť úspešné pri zlepšovaní sociálnych interakcií a fungovania jednotlivcov v rôznych systémoch, ako aj pri riešení rodinných konfliktov a problémov. Ich pozitívne účinky sú podporované dôkazmi a viedli k lepším výsledkom v oblasti duševného zdravia a celkovej životnej spokojnosti u pacientov, ktorí sa podrobili tejto liečbe (Sagar, Patra, Patil, 2019), avšak kritické recenzie s dôrazom na metodologické obmedzenia a možné skreslenia poukazujú na zmiešané výsledky. V metaanalýze zahŕňajúcej osem randomizovaných štúdií sa multisystémová terapia porovnávala s bežnými službami (Littel, 2005, Littell, Popa, Forsythe, 2005). Zistilo sa, že liečba multisystémovou terapiou viedla k podobným mieram umiestnenia mimo domova (33 oproti 32 %), zatknutiam alebo odsúdeniam (47 oproti 42 %) v porovnaní s kontrolnou skupinou. Súhrnné výsledky však opätovne hovoria skôr v prospech multisystémovej terapie. Navyše, existuje len málo alternatív založených na dôkazoch (Lindhiem, Birmaher, 2023).

Farmakoterapia - farmakoterapia porúch správania musí byť vždy súčasťou komplexného prístupu k pacientovi a jeho rodine a je plne v kompetencii psychiatra pre deti a dorast.

Následná liečba

Silná odpoveď - Ak je odpoveď na psychosociálnu liečbu silná, sledujeme pacienta počas prvých dvoch mesiacov a potom po troch až šiestich mesiacoch, aby sme posúdili udržanie prínosov liečby. Ak je

odpoveď na liečbu silná, pokiaľ sa nevyskytnú významné vedľajšie účinky, zvyčajne pokračujeme v liečbe minimálne jeden rok, potom sa pokúsime liečbu obmedziť. Liečba je spravidla menej intenzívna v letných mesiacoch, keď sú školské stresory menšie. Pacienta monitorujeme na osobných stretnutiach každých šesť až osem týždňov. U jednotlivcov užívajúcich antipsychotické lieky pravidelne sledujeme metabolické parametre vrátane hmotnosti.

Slabá alebo čiastočná odpoveď - Pri pacientoch so slabou alebo čiastočnou odpoveďou na počiatočnú liečbu bývajú prvými krokmi kontrola dodržiavania liečby, doplnenie anamnézy na potvrdenie diagnózy a opätovné posúdenie prehladaných komorbidných porúch a faktorov prostredia (napr. konflikty, zneužívanie), ktoré ovplyvňujú liečbu.

Následne:

***Pacienti, ktorí sú liečení psychosociálnou intervenciou** - V prípade slabej alebo nedostatočnej odpovede na počiatočnú psychosociálnu intervenciu sa odporúča použiť ďalšiu psychosociálnu liečbu založenú na dôkazoch. Napríklad pre deti v školskom veku (vo veku 6 až 12 rokov), ktoré nereagujú na prvotnú kombináciu tréningu behaviorálneho manažmentu rodičov a tréningu zručností pre deti, je to multisystémová terapia, alebo, ak nie je k dispozícii, môžu podstúpiť funkčnú rodinnú terapiu. Funkčná rodinná terapia využíva behaviorálne prístupy, ako je modifikácia správania členov rodiny pomocou techník riadenia nepredvídaných udalostí a behaviorálnych zmlúv.

9.2 Terapeutické postupy – kognitívno-behaviorálna terapia (KBT)

V psychoterapii detí a dospievajúcich boli za posledných 20 rokov dosiahnuté pozoruhodné úspechy. Doteraz je známych viac ako 1500 kontrolovaných štúdií. Na základe ich metaanalýz uvádzajú Kazdin (2003), Lambert (2004) dva hlavné závery. Psychoterapia sa zdá byť najúčinnnejšou liečbou a jej účinnosť sa pohybuje okolo 0,70 – u detí a adolescentov podobne ako u dospelých. Zo záverov štúdií vyplýva, že behaviorálne techniky sú účinnejšie ako nebehaviorálne a že účinok liečby zvyčajne pretrváva. Viditeľnejšie sa prejavujú účinky liečby u adolescentov ako u detí, aj keď efektívna je v oboch prípadoch. Individuálna terapia je účinnejšia ako skupinová a efekt liečby je pri externalizovaných a internalizovaných problémoch približne rovnaký. Objavili sa (Dishion, McCord, Poulin, 1999) obavy z možných iatrogénnych účinkov skupinových intervencií u adolescentov s delikventným správaním. Perspektíva je taká, že delikventná mládež by sa mohla učiť a/alebo vzájomne posilňovať delikventné správanie prostredníctvom procesu nazývaného „deviačný tréning“. Empirické dôkazy (Weiss, Caron, Ball et al., 2005) o takýchto iatrogénnych účinkoch sú však slabé a nekonzistentné. V systematickom prehľade iba 1 z 18 metaanalytických testov podporil prítomnosť iatrogénnych účinkov.

Agresívne a disocálne správanie predstavuje jeden z najčastejších problémov, kvôli ktorým sú deti odosielané do terapie (Ronenová, 2000). Podľa predpokladov tieto deti trpia nedostatkami v oblasti sociálnych kognícií, sociálnych zručností a sociálneho prispôsobenia (Spivack, Shure, 1976, Ronenová, 2000). Často sa tiež uvádza, že je potrebné zlepšiť ich schopnosť empatie, vcítienia sa do úlohy druhého. Pri liečbe porúch spojených s agresivitou sa používajú nielen metódy nácviku riešenia problému, ale aj nácvik sociálnych zručností, asertívneho správania a prístup zameraný na zlepšenie vlastnej zdatnosti. Intervenčné programy zvyčajne zahŕňajú nácvik sebainštruktáže a metódy zvládania hnevu. Účinnosť v liečbe porúch správania preukázal aj nácvik riešenia problémov. Je založený na predpoklade, že disocálne správanie je aspoň sčasti prejavom narušenia kognitívnych procesov. Deti s poruchami správania majú tendenciu neprímerne prisudzovať hostilitu iným a nedokážu dostatočne pochopiť sociálne situácie a riešiť interpersonálne problémy. Liečba je zameraná na to, ako dieťa posudzuje a zvláda sociálne situácie (Ronenová, 2000, Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007). Dlhodobé zmiernenie agresívneho správania možno dosiahnuť tak zmenou myšlienok a emócií dieťaťa, ako aj zjavného správania, z čoho vyplýva, že kognitívno-behaviorálna terapia je pre túto oblasť veľmi vhodná (Praško,

Možný, Šlepecký et al., 2007). U detí s poruchami správania je kognitívno-behaviorálna terapia evidentne liečbou prvej voľby (Dulcan, Martini, 2004, Možný, Praško, 1999, Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007, Ronenová, 2000 a i.). Podľa prehľadu KBT štúdií (Stallard, 2002) 79 % porúch zahŕňa deti mladšie ako 10 rokov, pričom efekt u detí mladších ako 9 rokov je nižší.

KBT terapiu možno realizovať tak v ambulantnej, ako aj pobytovej zdravotníckej strosťlivosti o pacienta s poruchami správania. Prvky KBT terapie možno aplikovať v zariadeniach poskytujúcich starostlivosť o deti/adolescentov s poruchami správania v tomto štandarde, podľa vzdelania a certifikácie odborníka poskytujúceho starostlivosť.

Cieľom KBT terapie porúch správania je dosiahnuť u pacienta zmeny automatických negatívnych myšlienok a dysfunkčných kognitívnych presvedčení (schém), vytvorenie primeranejších spôsobov myslenia a cítenia, adaptívnejšie riešenie a zvládanie problémov (Beck, Rush, Shaw et al., 1979, Mahoney, 1977, Ronenová, 2000, Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007).

Počas niekoľkých desaťročí vznikol celý rad behaviorálnych, ako aj kognitívnych metód, ktoré majú uplatnenie aj v liečbe porúch správania detí. Jednotlivé metódy sa diferencujú podľa svojho zamerania, rozsahu a zložitosti. Výskumy (Ronenová, 2000) v oblasti kognitívno-behaviorálnej terapie všeobecne (a v oblasti schopnosti sebaovládania zvlášť) preukázali spojitosť medzi nedostatkom sebaovládania a existenciou porúch správania. U detí a adolescentov sa osvedčili viaceré metódy kognitívno-behaviorálnej terapie. Zameriavajú sa na ovplyvnenie zjavného správania (napr. učenie podľa vzoru, postupné precvičovanie a nácvik zručností) i na zmenu správania a emócií ovplyvnením spôsobu myslenia pacienta (Mahoney, 1977, Dobson, Dozois et al., 2021).

Za účelom terapie u detí s poruchami správania odporúčame tak psychoedukáciu, ako aj **metódy zamerané na ovplyvnenie telesných príznakov** (*nácvik svalovej relaxácie, nácvik kontrolovaného dýchania, biofeedback*), **metódy zamerané na ovplyvnenie zjavného správania** (*systematická desenzibilizácia, expozícia, sledovanie činnosti, plánovanie činnosti a sebaodmeňovanie, metódy na vytvorenie nového správania – učenie podľa vzoru, formovanie, reťazenie, pobádanie, hranie rolí, metódy k zmene existujúceho správania – operantné podmieňovanie, škálovanie, behaviorálne experimenty, metódy zamerané na zlepšenie sebaovládania – sebasledovanie, sebahodnotenie, sebaodmeňovanie a iné*), ako aj metódy **zamerané na ovplyvnenie kognitívnych procesov** (*zmena automatických myšlienok, zastavenie myšlienok – STOP technika, zastavenie myšlienok – KARTIČKY, odvedenie pozornosti, predstavivosť, kognitívna reštrukturalizácia, zmena kognitívnych procesov v imaginácii, zmena kognitívnych schém v imaginácii, zmena kognitívnych schém hraním rolí, sebainstruktáž, semafor a iné*), či **komplexné metódy** (*nácvik zvýšenia odolnosti voči stresu, nácvik zvládania hnevu, nácvik sociálnych zručností, nácvik empatie, nácvik regulácie emócií, nácvik riešenia problémov a iné*), bližšie Praško, Možný, Šlepecký et al. (2007).

Ronenová (2000) udáva nasledujúce kritériá výberu metód: Používa dieťa počas rozhovoru prirodzene samohovorenie? Môžeme predpokladať, že by dieťa súhlasilo s používaním sebainstrukcií? Je pre dieťa dôležité, aby bolo samostatné a mohlo sa samo rozhodovať? Ak áno, môžeme ho naučiť, ako robiť rozhodnutia, ktoré mu pomôžu ovládať jeho myseľ a meniť jeho vlastné automatické myšlienky? Porovnáva sa dieťa s ostatnými a cíti sa menejcenné a neschopné zvládať svoje problémy? Ak áno, je vhodné použiť metódu škálovania. Dokáže sa dieťa sústrediť, systematicky premýšľať a má dost trpezlivosti, aby sa dokázalo naučiť metódu systematického riešenia problémov? Dokážeme určiť mylné presvedčenia a názory dieťaťa, ktoré bránia dosiahnutiu pokroku v terapii? Ak áno, je namieste využiť metódu kognitívnej reštrukturalizácie, aby sme tieto názory a presvedčenia zmenili? Chýba dieťaťu schopnosť sebaovládania? Ak áno, mali by sme sa pokúsiť naučiť ho metódam sebasledovania, sebahodnotenia a sebaodmeňovania.

Behaviorálne faktory

Behaviorálna terapia predpokladá, že duševné poruchy môžeme vysvetliť ako následok chybného učenia. Patologické vzorce správania vyvolávajú aj účinky, ktoré poruchu ďalej rozvíjajú a upevňujú. Základnou indikáciou behaviorálnych postupov je, že porucha skutočne závisí od súčasných alebo minulých okolností učenia - buď nedostatočného, alebo chybného.

Behaviorálne postupy sú pomerne jednoducho a objektívne kontrolovateľné a ide pritom o metódy prvej voľby aj v mnohých patogeneticky nejasných prípadoch. Základné druhy ľudského učenia, ktoré využívame v terapii detského správania, sú: napodobňovanie, podmieňovanie a vhl'ad.

Behaviorálnymi metódami a technikami v liečbe porúch správania sú: učenie sa novému správaniu pomocou tvarovania, metódy určené na oslabovanie správania (*oslabovanie správania pomocou vyhasínania, posilňovanie nezlučiteľného správania, diferenčné spevňovanie iného správania, hodnotiaci tabuľka správania sa doma/v škole, systém červených a čiernych bodov, odplata za reakciu, vylúčenie, Time out, prehnaná náprava*) a i. (Gavendová, 2021, Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007, Piačková, 2002, Ronenová, 2000).

Kognitívne faktory

Kognitívna terapia vyžaduje schopnosť systematicky identifikovať myšlienky, čeliť im a vytvárať alternatívne spôsoby uvažovania. Tento proces predpokladá určitý stupeň zrelosti a schopnosť riešiť abstraktné situácie, rozdielny uhol pohľadu na jednotlivé udalosti alebo vytváranie alternatív. Zatiaľ nie je presne známe, v akom veku sú už deti dostatočne kognitívne vyspelé, avšak použitie kognitívnych postupov sa u malých detí rozširuje (Stallard, 2002). Úroveň kognitívnej zrelosti vo veku 7 – 12 rokov je už pre niektoré kognitívne postupy dostatočná. Materiály ale musia zodpovedať vekovej úrovni dieťaťa. U mladších detí sa používajú konkrétnejšie techniky s jasnými a jednoduchými inštrukciami, zatiaľ čo u adolescentov možno využiť zložitejšie procesy, ako je identifikácia dysfunkčných predpokladov a kognitívna reštrukturalizácia (Ronenová, 2000).

***Kognitívna terapia u detí do 12 rokov**

Predpokladom je, aby deti dokázali identifikovať a verbalizovať svoje myšlienky, dokázali vytvárať alternatívy, uvedomiť si rozdiely vo svojich emóciách a pochopiť v jednotlivých situáciách vzťah medzi myšlienkami a emóciami. Uplatniť možno priamy prístup, akým je identifikácia a oznámenie myšlienok („Povedz mi, čo si myslíš“) alebo nepriamy prístup („Popíš mi nejakú nedávnu problematickú situáciu“), myšlienkové bubliny, vytváranie alternatívnych možností prostredníctvom *imaginácie, hypotetických situácií, tvorivých obrázkov, bábik, hier* a iné techniky, o ktorých ďalej píše Praško, Možný, Šlepecký et al. (2007).

Kognitívna terapia by mala byť zábavná, zaujímavá a pútavá, využívať materiály a predstavy primerané danému veku. Mnohé kognitívne princípy môžeme deťom podať hravou formou. Pri popise abstraktných predstáv pomáhajú metafory, ktoré pomôžu vytvárať stratégie sebakontroly. Používanie kvízov a hlavolamov umožní zistiť, či je dieťa schopné uvedomiť si rôzne emócie v rozličných situáciách. Uplatniť sa ďalej môžu rozmanité aplikácie kreatívnych terapií či terapie hrou, dramaterapie, odporúčame aj prácu v pieskovisku, prácu s hlinou, terapeutickú hru s bábkou, hru s bábkou formou predstavenia a ďalšie techniky, ktoré opisujú napr. Beck, Rush, Shaw et al. (1979), Ellis (1996), Kendall, Braswell (1993), Hobdayová, Ollierová (2000), Ronenová (2000), Piačková (2002), Stallard (2002), Liabø, Richardson (2007), Geldard a Geldard (2008), Friedberg, McClure, Garcia (2009), Kováčová (2012), Praško Pavlov, Šlepecký, Popelková et al. (2018), Šlepecký, Praško, Možný (2018), Gavendová (2021) a i.

***Kognitívna terapia u adolescentov**

Pri používaní kognitívnej terapie u adolescentov je potrebné vziať do úvahy vývinové špecifiká, ktoré môžu mať vplyv na priebeh terapie (Wilkes, Belsher, Rush et al., 1994). Ide o nasledujúce špecifiká:

prijatie zamerania na seba u dospievajúceho (u adolescentov treba rešpektovať ich samostatnosť a zadávať im podobné úlohy s možnosťou voľby postupu), **podpora spolupráce** (proces spolupráce povzbudzuje mladého človeka k premýšľaniu o jeho problémoch a ťažkostiach a hľadanie možného riešenia, adolescent má preto kľúčovú úlohu pri určovaní cieľa a uskutočňovaní rozhodnutí, terapeut môže spoluprácu zlepšiť tým, že pri porovnávaní názorov adolescenta s názormi iných autorít bude vystupovať ako jeho advokát), **zostať objektívny** (terapeut musí zostať objektívny a presadiť model spolupráce, pomocou ktorého povzbudzuje dospievajúceho, aby skúmal vlastné názory a hľadal dôkazy, ktoré by ich podporili alebo spochybnili), **použitie sokratovských otázok** (deti a adolescenti sa správajú často pasívne a nevyjadrujú svoje názory a predstavy, preto pomocou série otázok pomôžeme mladému človeku preskúmať, vysvetliť alebo spochybniť jeho názory), **čelenie dichotómnemu mysleniu** (užitočným spôsobom, ako spochybniť dichotómne myslenie, sú hodnotiace škály, ktoré možno použiť na meranie intenzity emócií, viery v pravdivosť myšlienok, stupňa zodpovednosti alebo viny), **zapojenie ďalších dôležitých osôb** (adolescenti fungujú vo vnútri komplexného sociálneho systému, zahŕňajúceho rodinu, priateľov a školu, preto je dôležité tento systém spoznať a terapeuticky využiť, napr. u adolescentov zapojených do programu na zvládanie agresivity je potrebné informovať triednu učiteľku, aby im dovolila opustiť triedu, keď sa začnú správať zlostne). Podobne začlenenie ďalších významných osôb (rodičov, priateľov) v sedení môže poskytnúť ďalšiu perspektívu, ktorá môže pomôcť mladému človeku testovať a znovu prehodnotiť vlastné poznanie.

9.3 Multidisciplinárny prístup v poskytovaní odbornej starostlivosti

Odborný postup pri liečbe porúch správania u detí a adolescentov vyžaduje dlhodobú starostlivosť, komplexný, multidisciplinárny a individuálny prístup k pacientovi. Včasná detekcia a intervencie porúch správania môžu zlepšiť dlhodobé výsledky liečby a zmierniť ich negatívne dôsledky na kvalitu života pacientov a ich rodín. Multidisciplinárny prístup je zárukou, že koordinovaná spolupráca medzi odborníkmi pomôže dieťaťu získať maximálny možný úžitok s primeraným množstvom potrebných intervencií.

Pri riešení problémov dieťaťa a jeho najbližšieho sociálneho okolia je nevyhnutná spolupráca pedagogických zamestnancov so psychológom, špeciálnym pedagógom, s liečebným pedagógom a ďalšími odbornými zamestnancami, ktorí sú buď zamestnancami školy, alebo zariadenia poradenstva a prevencie, s inštitúciami a odborníkmi z ďalších rezortov. Medzirezortná spolupráca zahŕňa najmä:

- rezort školstva (napr. prestupy žiakov, systém poradenstva a prevencie, špeciálne výchovné zariadenia),
- rezort zdravotníctva (pediatri, pedopsychiatri, detskí neurológovia a iní špecialisti),
- rezort práce, sociálnych vecí a rodiny (napr. ÚPSVaR, referáty poradensko-psychologických služieb, centrá pre deti a rodinu, rodinné poradne, centrá včasnej intervencie),
- rezort spravodlivosti, rezort vnútra (napr. prokuratúra, súdnictvo, Policajný zbor SR, Centrum pre medzinárodnoprávnu ochranu detí a mládeže),
- orgány miestnej samosprávy (napr. regionálny úrad školskej správy),
- organizácie tretieho sektora (rôzne mimovládne neziskové organizácie zaoberajúce sa činnosťami v oblasti sociálnych služieb, napr. pomoc a podpora náhradných rodín, zdravotníctva – združenia pacientov s rovnakou diagnózou, organizácie zaoberajúce sa ochranou ľudských práv, vzdelávaním, osvetou a pod.) (Vojtová, Malík, Bero et al., 2022).

Výchova a vzdelávanie detí a dospievajúcich s poruchami správania je v našich podmienkach upravená Zákonom č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len školský zákon) a označujú sa pojmi dieťa so zdravotným znevýhodnením alebo žiak so zdravotným znevýhodnením. Žiak s poruchou správania patrí do kategórie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. Podľa § 2 školského zákona špeciálnou výchovno-vzdelávacou potrebou je požiadavka určená diagnostikou v zariadeniach poradenstva a prevencie na poskytnutie podporného opatrenia vo výchove a vzdelávaní dieťaťa alebo

žiakovi s poruchou správania. Podporným opatrením (§ 145a školského zákona) je opatrenie poskytované školou alebo školským zariadením potrebné na to, aby sa dieťa alebo žiak mohli plnohodnotne zapájať do výchovy a vzdelávania a rozvíjať svoje vedomosti, zručnosti a schopnosti.

Systém škôl a zariadení pre deti a mládež s poruchami správania sa prispôsobuje potrebám detí. Inkluzívne vzdelávanie predstavuje východiskovú edukačnú realitu u jednotlivcov s poruchou správania. Dôležitými sa stávajú podchytenie a podpora pozitívneho správania a konania dieťaťa v školskom prostredí. Cieľom opatrení je zabrániť zhoršeniu správania a nahradiť ho správaním spoločensky aj legitímne upotrebitelným (Čuríková, Gruber, Kollárová et al., 2023).

Pri výchove a vzdelávaní žiakov s poruchami správania sa postupuje podľa Vzdelávacieho programu pre žiakov s poruchami správania (2017), ktorý tvorí súčasť štátnych vzdelávacích programov pre jednotlivé stupne vzdelávania a vymedzuje špecifické potreby a požiadavky na komplexnú odbornú starostlivosť o žiakov s poruchami správania v školách, kde sú vzdelávaní.

Systém vzdelávania, výchovy a prevýchovy jednotlivcov s poruchami správania umožňuje ich realizáciu v inkluzívnych podmienkach. Pri vytvorení optimálnych podmienok je akcentovaná potreba multidisciplinárneho prístupu.

Kľúčovú úlohu pri poskytovaní starostlivosti všetkým deťom tak, aby boli vytvorené podmienky na inkluzívne vzdelávanie, má systém poradenstva a prevencie, ktorý tvoria zariadenia poradenstva a prevencie a v školách pedagogickí zamestnanci, školský podporný tím alebo odborní zamestnanci školy. V systéme poradenstva a prevencie sa vykonáva odborná činnosť, ktorou je poradenská činnosť, psychologická činnosť, pedagogická činnosť, špeciálno-pedagogická činnosť, logopedická činnosť, liečebno-pedagogická činnosť, sociálno-pedagogická a sociálna činnosť zameraná na optimalizáciu osobnostného, intelektuálneho, psychického, sociálneho a kariérového vývinu detí od narodenia až po ukončenie prípravy na povolanie (§ 130 školského zákona). Odborná činnosť sa uskutočňuje v súlade s výkonovými a obsahovými štandardmi výchovného poradenstva prostredníctvom piatich stupňov podporných úrovní (§ 131 školského zákona). Školský podporný tím (§ 84a zákona č. 138/2019 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov) prepája odborného zamestnanca zo zariadenia poradenstva a prevencie s pedagogickými zamestnancami, vedením školy a inými zložkami na pomoc deťom či rodine (Vojtová, Malík, Bero et al., 2022). Primárne zodpovedá za nastavovanie a realizáciu stratégií na podporu telesného a duševného zdravia detí vrátane preventívnych programov, aktivít na podporu inkluzívneho vzdelávacieho prostredia a kultúry školy, výchovného poradenstva, kariérovej výchovy a kariérového poradenstva. Tieto činnosti vykonáva v úzkej spolupráci s pedagogickými zamestnancami, vedúcimi pedagogickými zamestnancami školy, odbornými zamestnancami zariadenia poradenstva a prevencie, deťmi, ich zákonnými zástupcami, širšou komunitou školy (Högerová et al., 2022).

Diagnózu porúch správania stanovuje pedopsychiater (psychiater), v interdisciplinárnej kooperácii s klinickým psychológom, s odborníkmi zariadenia poradenstva a prevencie a inými odborníkmi.

Pokiaľ podporné opatrenia, odborné činnosti a liečba, prípadne aj dohľad zo strany ÚPSVaR nevedú u dieťaťa k náprave správania a závažné problémy v správaní pretrvávajú, preferuje sa intenzívnejšia a dlhodobá starostlivosť, ktorú zabezpečujú špeciálne výchovné zariadenia (§ 120 školského zákona, vyhláška č. 323/2008 Z. z. o špeciálnych výchovných zariadeniach, https://www.minedu.sk/data/files/9243_svz_dec2019.pdf). Proces administratívnych a odborných úkonov príjmu a evidencie dieťaťa v špeciálnych výchovných zariadeniach, ako aj opis odborných činností, poskytovaných v predmetných zariadeniach, je uvedený vo výkonových štandardoch odborných činností (Výkon odborných činností poskytovaných v špeciálnych výchovných zariadeniach, 2023).

Jedným z krokov môže byť umiestnenie dieťaťa s poruchou správania do diagnostického centra, ktoré poskytuje diagnostickú, psychologickú, psychoterapeutickú i výchovno-vzdelávaciu starostlivosť deťom na základe žiadosti zákonného zástupcu dieťaťa, neodkladného opatrenia súdu alebo rozhodnutia súdu o uložení výchovného opatrenia. Pobyt dieťaťa v diagnostickom centre trvá nevyhnutne potrebný čas na stanovenie diagnostiky, spravidla dvanásť týždňov (§ 121 školského zákona). Odborný tím diagnostického centra realizuje komplexnú diagnostiku a zároveň realizuje odporúčané intervencie. Ak počas pobytu v diagnostickom centre nedôjde k pozitívnemu posunu v správaní dieťaťa, odborný tím diagnostického centra môže odporučiť umiestnenie dieťaťa v reedukačnom centre (Kukučková, 2021).

Do reedukačného centra sú prijímané deti na základe žiadosti zákonného zástupcu, dohody so zariadením, v ktorom sa vykonáva rozhodnutie súdu, predbežného opatrenia súdu podľa osobitného predpisu, rozhodnutia súdu o uložení ochrannej výchovy, rozhodnutia súdu o uložení výchovného opatrenia, rozhodnutia súdu o nariadení ústavnej výchovy. Prípadne, ak po prepustení dieťaťa z diagnostického centra do domáceho prostredia dôjde po čase k recidíve porúch správania, možné je umiestnenie dieťaťa v reedukačnom centre buď na základe žiadosti zákonného zástupcu formou dohody (táto forma sa môže realizovať v reedukačnom centre aj bez predchádzajúceho pobytu dieťaťa v diagnostickom centre), alebo na základe návrhu ÚPSVaR a uznesenia príslušného okresného súdu (neodkladné opatrenie, ochranná výchova, výchovné opatrenie na konkrétny čas, ústavná starostlivosť) (Kukučková, 2021, Vojtová, Malík, Bero et al., 2022). Reedukačné centrum na základe výchovno-vzdelávacieho programu a individuálneho reedukačného programu poskytuje deťom do veku 18 rokov (s možnosťou predĺženia o jeden rok) výchovu a vzdelávanie vrátane prípravy na povolanie s cieľom ich opätovného začlenenia do pôvodného sociálneho prostredia (Kukučková, 2021).

Podľa § 4 vyhlášky 323/2008 Z. z. o špeciálnych výchovných zariadeniach sa reedukačné centrum zameriava na reedukáciu sociálne, mravne a emocionálne narušených detí, u ktorých boli zistené také nedostatky v sociálnej prispôsobivosti, v osobnostných vlastnostiach a charakterovom vývine, že ich výchova a vzdelávanie v iných zariadeniach alebo v prirodzenom rodinnom prostredí by nevedli k náprave. Poskytuje deťom výchovu a vzdelávanie zamerané na optimalizáciu ich psychosociálneho vývinu, odstraňovanie porúch správania a vytvorenie predpokladov na ich osobnostnú a sociálnu integráciu. Podľa § 122 školského zákona reedukačné centrum vytvára individuálny reedukačný program pre každé dieťa, ktorý vychádza z psychologickkej, sociálnej a špeciálnopedagogickej diagnózy vykonanej na tento účel spravidla diagnostickým centrom. Vyhodnotenie a úprava individuálneho reedukačného programu sa vykonáva minimálne raz za štvrtýrok. Individuálny reedukačný program pre dieťa, ktoré je v reedukačnom centre umiestnené na základe rozhodnutia súdu, reedukačné centrum vyhodnocuje a upravuje v spolupráci s orgánom sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Reedukačné centrá sa podľa vnútornej organizácie môžu diferencovať na reedukačné centrá pre deti do 15 rokov veku, prípadne do ukončenia povinnej školskej dochádzky v základnej škole, reedukačné centrá pre deti od 15 rokov veku, reedukačné centrá pre deti do ukončenia ich prípravy na povolanie. V reedukačnom centre sa môžu zriaďovať podľa potreby oddelenia: pre deti vyžadujúce zvýšenú starostlivosť (k prvej poruche správania je priradené zdravotné oslabenie, deti, u ktorých pobyt v reedukačnom centre nevedol k náprave, deti závislé na psychoaktívnych látkach, deti s psychiatrickou diagnózou), s ochranným uzatvoreným režimom (deti s recidívou trestnej činnosti, deti so zvýšenou agresivitou),

s otvoreným režimom (výchova sa približuje rodinnému prostrediu), pre maloleté matky s deťmi. Reedukačný proces je systémovo založený na troch zložkách: komunitný a režimový systém, hodnotiaci systém, psychoterapia. Jednotlivé reedukačné stratégie odborný tím reedukačného centra na čele so psychológom vypracováva u detí tak, aby zahŕňali aktivity, techniky, postupy a korekcie zamerané na osobnosť detí komplexne, o čom bližšie píše Kukučková (2021), Levčíková (2012). K ukončeniu

pobytu dieťaťa v zariadení reedukačného centra je spravidla nutné, aby dieťa: - disponovalo dlhodobou pozitívnym hodnotením tak na úseku školy, ako aj výchovy, - zlepšilo sa v študijných výsledkoch, - v prípade ukončenia základnej školy zvládlo prijímacie pohovory na zvolený študijný odbor, - úspešne zvládalo kratšie i dlhšie pobyty doma a záťažové situácie z toho plynúce, - v prípade vytýčenia súdneho pojednávania disponovalo kladne formulovanou záverečnou správou zo strany psychológa. V predmetnej správe psychológ prezentuje pedagogicko-psychologické pozorovanie a rozhodnutie inkluzívneho odborného tímu (napr. či súhlasí s ukončením ústavnej starostlivosti u dieťaťa). Rovnako je dôležité, aby s tým súhlasila sociálna kuratela a zákonní zástupcovia dieťaťa. V záverečnej prepúšťacej správe psychológ uvádza aj ďalšie odporúčania, napr. pre sociálnu kuratelu (aby v prípade potreby, napr. po prepustení dieťaťa domov na určité obdobie, nariadila dieťaťu dohľad zo strany ÚPSVaR), prípadne odporučí dieťaťu ambulantnú liečbu v spádovej ambulancii pedopsychiatra a zákonným zástupcom poskytne odporúčania na efektívnejšiu a konštruktívnejšiu komunikáciu s ich dieťaťom a nastavenie pravidiel fungovania v domácom prostredí (Kukučková, 2021).

Dôležitú úlohu v prevencii porúch správania má liečbno-výchovné sanatórium, ktoré sa podľa § 2 vyhlášky č. 323/2008 Z. z. o špeciálnych výchovných zariadeniach zameriava na diagnostikovanie a nápravu porúch učenia, porúch aktivity a pozornosti, rozvoj schopností a reedukáciu niektorej z foriem závislostí vrátane prevencie ich vzniku. Poskytuje psychologickú, psychoterapeutickú starostlivosť a výchovu a vzdelávanie deťom s vývinovou poruchou učenia a deťom s poruchami aktivity a pozornosti, u ktorých ambulantná starostlivosť nevedla k náprave, na základe žiadosti zákonného zástupcu dieťaťa, dohody so zariadením, v ktorom sa vykonáva rozhodnutie súdu, právoplatného rozhodnutia súdu o uložení výchovného opatrenia a právoplatného rozhodnutia súdu alebo príslušného orgánu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately o uložení výchovného opatrenia, ak ide o denné zariadenie (§ 123 školského zákona).

Keď dieťa vyrastá v nevhodnom rodinnom či sociálnom prostredí, ktoré priamo vplýva na rozvoj jeho porúch správania, je pre efektívnu intervenciu dôležitá spolupráca s ÚPSVaR a poskytnutie sociálnych služieb a poradenstva (Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov, Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kurately a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov). V prípade pretrvávajúcich problémov v správaní dieťaťa sa možno obrátiť na miestny úrad jeho trvalého bydliska v súlade so Zákonom č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kurately a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Ak po opatreniach miestneho úradu nepríde k náprave správania dieťaťa, môže podať škola, rodič/zákonný zástupca žiadosť o spoluprácu na ÚPSVaR, Oddelenie sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately (Vojtová, Malík, Bero et al., 2022). Dôležitú úlohu pri vykonávaní opatrení dočasne nahrádzajúcich dieťaťu jeho prirodzené rodinné prostredie alebo náhradné rodinné prostredie a opatrení na predchádzanie vzniku, prehlbovania a opakovania krízových situácií dieťaťa, porúch fyzického, psychického a sociálneho vývinu dieťaťa (z dôvodu problémov v prirodzenom rodinnom prostredí, náhradnom rodinnom prostredí, širšom sociálnom prostredí i v medziľudských vzťahoch), majú centrá pre deti a rodiny. Ich činnosť upravuje Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kurately a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, Vyhláška Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky č. 103/2018 Z. z., ktorou sa vykonávajú niektoré ustanovenia zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kurately a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

10 Prognóza

Hort, Hrdlička, Kocourková et al. (2000), Theiner (2007) delia z pragmatického hľadiska poruchy správania na dve skupiny. Môže ísť o poruchy s dobrou prognózou a o poruchy s horšou prognózou,

ktorá je spojená s kontinuálnym vývinom smerom k antisociálnej poruche osobnosti v dospelosti. Poruchy s horšou prognózou sú viac-menej trvalé a kontinuálne.

Medzi faktory kontinuity porúch správania od detstva až po dospelosť patrí: manifestácia v ranom detstve, správanie neovplyvnené zmenou prostredia s častou frekvenciou (stabilne sa opakujúcou), zlé vzťahy s rovesníkmi, poruchy pozornosti, hyperaktivita a impulzivita, dysfunkčná rodina s patologickou interakciou a komunikáciou. Perzistujúce agresívne správanie vedie v dospelosti k poruche osobnosti alebo k psychóze (Hort, Hrdlička, Kocourková et al., 2000).

Poruchy správania bývajú často spojené so školskou neúspešnosťou a z toho vyplývajúcou nízkou úrovňou vzdelania. Takíto ľudia nemajú šancu získať dobrú profesijnú pozíciu a s tým súvisiace ekonomické a sociálne postavenie. Nedostatočná sociabilita je perspektívne rizikový faktor, ktorý negatívne ovplyvňuje nadväzovanie kontaktov v staršom veku. Jednotlivci bývajú menej úspešní, majú menej priateľských vzťahov, majú problémy s udrжанím partnerstiev alebo dokonca problémy zo zákonom (Čuríková, Gruber, Kollárová et. al., 2023).

Napriek vysokému výskytu významných psychiatrických symptómov, zlého prispôsobenia a uväznenia, veľa detí s poruchou správania dosahuje priaznivú dospelú prispôsobivosť. Nízky inteligenčný kvocient a rodičovská antisociálna porucha osobnosti predikujú pretrvávanie poruchy správania. Relatívne malý počet chronických delikventov sa podieľa na juvenilných trestných činoch. U recidivistov je pravdepodobnejšie, že problémy majú včasný začiatok, prítomný je slabší školský prospech a nízky socioekonomický status. V prípadoch výskumov pacientov s antisociálnym správaním v dospelosti sa zistila nízka prispôsobenosť a vážne problémy u viac ako jednej tretiny z nich (vrátane antisociálneho správania, abúzu alkoholu, psychiatrickej hospitalizácie, manželskej roztržky, zanedbávania a nepodporovania svojich detí, nevhodného zamestnania). U ich detí sa vyskytuje vysoké riziko absentérstva, útekov, krádeží a exklúzie zo strednej školy. Aj tým, ktorí dokážu zmierniť antisociálne správanie, hrozí zhoršenie sociálnych vzťahov, školského a pracovného výkonu (Dulcan, Martini, 2004). Približne u 40 % detí s poruchami správania sa v dospelosti prejaví antisociálna porucha osobnosti (Ptáček, 2006).

Spontánny priebeh sa, ako poznamenávajú Dulcan, Martini (2004), nezdá byť ovplyvnený konvenčnou liečbou, dĺžkou uväznenia, pracovnými skúsenosťami alebo náboženstvom, avšak lepší výsledok je dokázaný v manželstve so stabilným partnerom, s podporou súrodencov a rodičov, resp. naplnenými potrebami a nasýtenými vzťahmi. Taktiež adaptívne sociálne zručnosti, adaptívne naplňovanie emocionálnych potrieb, pozitívne skúsenosti s rovesníkmi a adolescentný začiatok predikujú lepší dlhodobý výsledok.

11 Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Poruchy správania majú dlhodobé trvanie s častou komorbiditou s inými psychickými poruchami. Chronický priebeh porúch správania môže mať negatívny súvis s interpersonálnou, vzdelávacou, pracovnou alebo inou oblasťou fungovania, ktorá môže pretrvávajúť až do dospelosti. Poruchy správania spôsobujú klinicky významné funkčné narušenie v sociálnej, školskej alebo pracovnej oblasti. Môžu mať vážne dôsledky pre jednotlivcov s poruchami správania a ich okolie vrátane školského zlyhávania, emocionálnych, vzťahových a sociálnych problémov, kriminálnej aktivity, zneužívania návykových látok, vylúčenia zo školy alebo práce a vysokého zaťaženia pre rodiny.

Nevhodné správanie sa detí, ako aj porušovanie povinností rodičov, vyplývajúcich z ich rodičovských práv a povinností, alebo zneužívanie ich práv môže každý oznámiť orgánu sociálnoprávnej ochrany detí, obci alebo súdu. Rovnako môže každý oznámiť tomuto orgánu, obci alebo súdu skutočnosť, že rodičia

nemôžu plniť povinnosti vyplývajúce z rodičovských práv a povinností. Ak je to potrebné v záujme maloletého dieťaťa, súd môže rozhodnúť o uložení výchovných opatrení: - vhodným spôsobom napomenie maloleté dieťa, jeho rodičov a iné fyzické osoby, ktoré svojím správaním ohrozujú alebo narušujú jeho riadnu výchovu, - určí nad výchovou maloletého dieťaťa dohľad (dohľad vykonáva najmä za súčinnosti orgánu sociálnoprávnej ochrany detí, obce, školy, neštátnych subjektov a zariadenia, v ktorom je maloleté dieťa umiestnené), - uloží maloletému dieťaťu obmedzenie v rozsahu potrebnom na predchádzanie a zabraňovanie škodlivým vplyvom, ktoré môžu ohroziť alebo narušiť jeho priaznivý vývin (dodržiavanie uloženého obmedzenia sleduje najmä za súčinnosti obce), - uloží maloletému dieťaťu a jeho rodičom povinnosť podrobiť sa sociálnemu poradenstvu alebo inému odbornému poradenstvu (§ 37 zákona č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov).

Ak je to potrebné v záujme maloletého dieťaťa a ak výchovné opatrenia nevedli k náprave, súd dočasne odníme maloleté dieťa z osobnej starostlivosti rodičov aj proti ich vôli, osôb, ktorým bolo maloleté dieťa zverené do náhradnej starostlivosti, budúcich osvojiteľov, ktorým bolo maloleté dieťa zverené do starostlivosti, osvojiteľov alebo poručníka, ktorý sa o maloleté dieťa osobne stará. Nariadi maloletému dieťaťu na účely: zabezpečenia odbornej diagnostiky pobyt v zariadení, ktoré vykonáva odbornú diagnostiku (najdlhšie na šesť mesiacov), zabezpečenia odbornej pomoci maloletému dieťaťu alebo zabezpečenia úpravy rodinných a sociálnych pomerov maloletého dieťaťa pobyt v zariadení (najdlhšie na šesť mesiacov), zabezpečenia resocializácie drogových a iných závislostí pobyt v zariadení, ktoré vykonáva resocializačné programy pre drogovú a inak závislých (§ 37 zákona č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov). Realizácia daných opatrení závisí od miery ohrozenia dieťaťa.

U detských pacientov s poruchami správania môže byť poskytované nasledujúce sociálne zabezpečenie:

Nárok na rodičovský príspevok trvá do troch rokov veku dieťaťa, najdlhšie však do šiestich rokov veku dieťaťa, ak ide o dieťa, ktoré má dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav a vyžaduje si osobitnú starostlivosť. Dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav dieťaťa posudzuje príslušný Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny podľa miesta trvalého pobytu alebo prechodného pobytu oprávnenej osoby na základe žiadosti, na podklade predloženej lekárskej dokumentácie o zdravotnom stave dieťaťa. Z posudkového hľadiska, posudkoví lekári Sociálnej poisťovne skúmajú dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav dieťaťa, ktoré si vyžaduje osobitnú starostlivosť, a to na účely § 15 ods. 1d zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, t. j. na účely dôchodkového poistenia osoby, ktorá sa riadne stará o takéto dieťa od dovŕšenia 6 rokov jeho veku, najdlhšie do 18 rokov veku. Posudkoví lekári posudzujú zdravotný stav na základe doložených odborných lekárskeho nálezov s dokumentovaným stupňom závažnosti ochorenia. Sociálna poisťovňa vydá posudok o zdravotnom stave dieťaťa z vlastného podnetu na základe dát poskytnutých Ústredím práce, sociálnych vecí a rodiny alebo na základe žiadosti opatrovateľa dieťaťa. Za osobitnú starostlivosť pri ťažkých psychických poruchách pacientov detského a adolescentného veku sa podľa Prílohy č. 2 – „Choroby a stavy, ktoré si vyžadujú osobitnú starostlivosť“ – k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, považuje podávanie liekov, dozor pre poruchy správania, asistenciu pri doprave, kontrolu dennej hygieny, náročný individuálny prístup. Ide o duševné choroby a poruchy správania, ktoré sú liečbou málo ovplyvniteľné, teda ťažké formy. Zákon sem zahŕňa aj diagnózy F90 - F98.

12 Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Pri liečbe porúch správania je nevyhnutná spolupráca a súčinnosť odborníkov, čím sa zabezpečuje multidisciplinárny prístup k starostlivosti o deti a adolescentov. Tím odborníkov sa skladá z viacerých špecialistov, ktorí vzájomne spolupracujú a dopĺňujú sa vo svojich kompetenciách (Obrázok 3).

Vzhľadom k tomu, že prvé menej závažné prejavy porúch správania sa môžu objaviť už u detí v predškolskom veku, do poradenského centra prichádzajú zvyčajne na odporúčanie materskej školy. Dieťa by malo ostať v starostlivosti odborného zamestnanca poradenského zariadenia (zariadenia poradenstva a prevencie) určité obdobie, aby mal možnosť nadviazať s dieťaťom kvalitný poradenský vzťah a dôkladne pozorovať jeho správanie. Vstupná diagnostika by mala byť s odstupom času doplnená o rediagnostiku (zameranú na zmeny spôsobené intervenčnými postupmi). Čas trvania maladaptívnych prejavov v správaní by mal byť dlhší ako 6 mesiacov (Train, 2001, in: Vojtová, Malík, Bero et al., 2022) z dôvodu vylúčenia adaptačných ťažkostí ako reakcie na nadmerný stres (napr. rozvod, narodenie druhého dieťaťa). V prípade zhoršovania a prehlbovania ťažkostí je potrebné zväziť spoluprácu s ďalšími odborníkmi (napr. pedopsychiater, klinický psychológ). V situácii, keď sa maladaptívne správanie dieťaťa ďalej prehĺbuje v smere patológie, prípadne sa rozvíjajú ďalšie symptómy (napr. porúch afektivity, úzkosti), mal by odborný zamestnanec rodičovi/zákonnému zástupcovi jasne odporučiť pedopsychiatrické vyšetrenie. Konečnú diagnózu v prípade, že ide o poruchy správania, stanovuje pedopsychiater (psychiater), na základe odporúčaní vyplývajúcich z predchádzajúcich vyšetrení a zväzi potrebu medikamentózneho liečby (Vojtová, Malík, Bero et al., 2022).

Novelizáciou školského zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov, § 131 ods. 2-6 zákona, sa do systému poradenstva a prevencie zaviedol 5 stupňový model podporných úrovní. Odborné činnosti sa uskutočňujú prostredníctvom podporných úrovní 1. až 5. stupňa (dostupné na: <https://www.minedu.sk/transformacia-poradni/>). Nadväznosť jednotlivých stupňov napomáha kooperácii a koordinácii odborných tímov v školskom prostredí, v prostredí zariadení poradenstva a prevencie aj medzi sebou navzájom, čím prispieva k posilneniu multidisciplinárneho prístupu v systéme poradenstva a prevencie (Vojtová, Malík, Uríková et al., 2023).

Deti, ktoré na základe stanovenej diagnózy lekárom a záverov poradenského centra vyžadujú špeciálnu formu a metódy vzdelávania podľa § 2 školského zákona, sú deti/žiaci so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, pri ktorých je diagnostika zameraná na zistenie, ako vplyva diagnóza na edukáciu dieťaťa v škole (Vojtová, Malík, Bero et al., 2022). Ak škola vzdeláva začlenené deti alebo žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, vytvára pre ne podmienky prostredníctvom individuálneho vzdelávacieho programu alebo prostredníctvom vzdelávacích programov určených pre školy, ktoré vzdelávajú deti so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami alebo žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami (§ 7 školského zákona). Vo výchovno-vzdelávacom procese detí alebo žiakov s poruchami správania sa kladie zvýšený akcent na individuálny prístup s ohľadom na ich špecifické výchovno-vzdelávacie potreby. Základom úspešnej intervencie je nadviazanie pozitívneho emocionálneho vzťahu medzi učiteľom a dieťaťom/žiakom. Špecifické výchovno-vzdelávacie postupy a organizácia práce sa týkajú: úpravy prostredia a umiestnenia žiaka v triede, organizácie výchovno-vzdelávacej práce, organizácie vyučovania a práce žiaka, špecifických postupov učiteľa na vyučovaní, špecifických výchovných postupov, hodnotenia a klasifikácie správania a učebných výsledkov žiaka. Špeciálnym režimom je možné symptómy porúch správania výrazne ovplyvniť a zmierniť ich negatívne dopady na kvalitu života dieťaťa. Všeobecne možno konštatovať, že podmienkou úspešnej pomoci je, ak sú odporúčané intervencie komplexné a ak sú informovanosť a edukácia zamerané na všetky zúčastnené strany (dieťa/žiaka, rodinu, školské aj mimoškolské prostredie). Efektívne intervencie musia vychádzať z dôkladného poznania príčinných faktorov, ktoré sa podieľajú na vzniku maladaptívneho správania a vedú k vzniku poruchy, zároveň musia byť dlhodobé a správne zacielené na konkrétne dieťa (Vojtová, Malík, Bero et al., 2022).

Pokiaľ prejavy maladaptívneho správania nie sú zvládnuteľné nastolenými opatreniami v školskom, rodinnom a poradenskom prostredí, odporučí lekár pobytovú liečbu (napr. hospitalizáciu na pedopsychiatrickom alebo psychiatrickom oddelení). Ďalšiu z možností predstavuje diagnostické

centrum, resocializačné zariadenie, prípadne reedukačné centrum, kde môže byť dieťa/dospievajúci umiestnený na základe žiadosti zákonného zástupcu alebo rozhodnutia súdu (Vojtová, Malík, Bero et al., 2022).

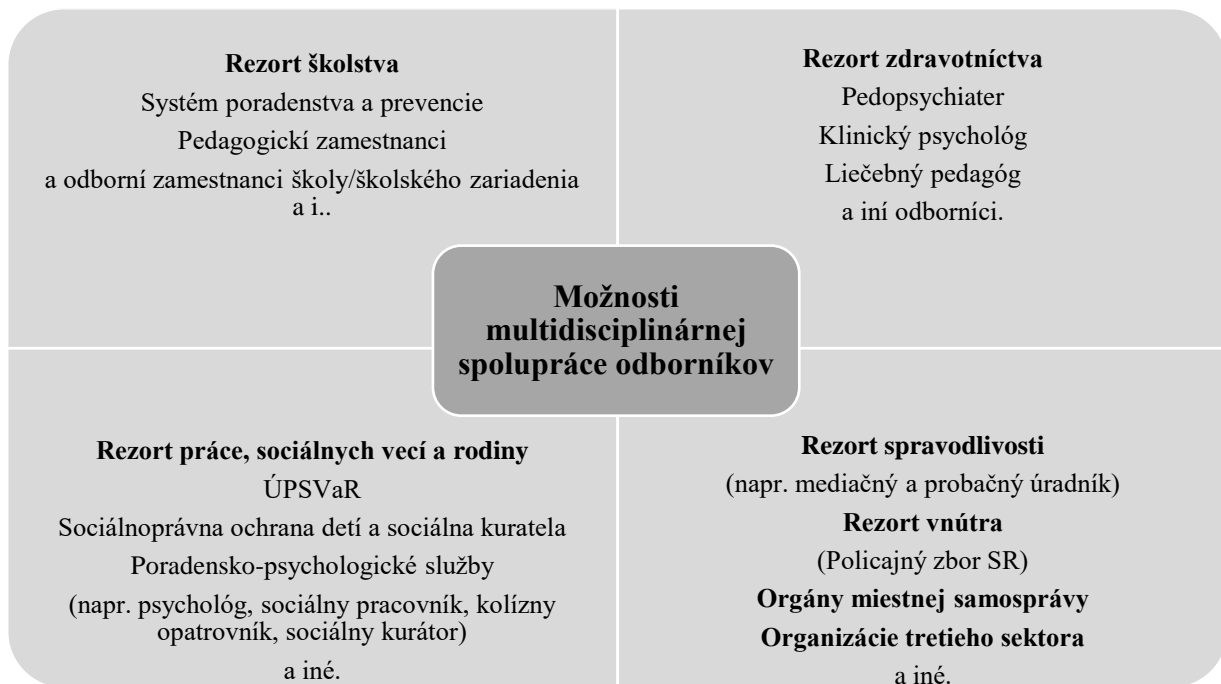
Pri trestnej činnosti adolescentov s poruchou správania môže súd za trestný čin uložiť mladistvému trest (napr. trest povinnej práce, peňažný trest, trest domáceho väzenia, trest odňatia slobody), ochranné opatrenie (ochranná výchova), alebo výchovné opatrenie (výchovné povinnosti a obmedzenia, napomenutie s výstrahou) (Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon).

Podľa § 81 zákona č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon, ak je odsúdenému vo výkone trestu odňatia slobody zistená duševná porucha, ktorá je podľa odborného lekárskeho posudku nevyliciteľná a jeho pobyt na slobode je aj s prihliadnutím na spáchanú trestnú činnosť pre spoločnosť nebezpečný, súd na návrh prokurátora alebo riaditeľa ústavu na výkon trestu preruší výkon trestu odňatia slobody a nariadi jeho umiestnenie v detenčnom ústave. Súd môže na základe odborného lekárskeho posudku rozhodnúť o umiestnení páchatel'a do detenčného ústavu aj vtedy, ak páchatel', ktorého pobyt na slobode je nebezpečný, vykonáva ochranné liečenie v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti a svojím správaním ohrozuje život alebo zdravie iných osôb. Účelom umiestnenia páchatel'a v detenčnom ústave je osobitným liečebným režimom a dôslednou izoláciou od spoločnosti zabrániť páchatel'ovi v ďalšom páchaní trestných činov a činov inak trestných (§ 82 zákona č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon). Odborná komisia rozhoduje o zaradení osoby v detencii do osobitného liečebného režimu a o zmene tohto zaradenia, vyhodnocuje prognózu správania osoby v detencii a ďalší vývoj osoby v detencii na účely zmeny výkonu detencie na ochranné liečenie alebo prepustenie z výkonu detencie na základe rozhodnutia súdu (§ 7 zákona č. 231/2019 Z. z. o výkone detencie a o zmene a doplnení niektorých zákonov). Osobitným liečebným režimom je súbor intervencií, ktoré vedú k stabilizácii stavu osoby v detencii a poskytovanie zdravotnej starostlivosti (§ 8 zákona č. 231/2019 Z. z. o výkone detencie a o zmene a doplnení niektorých zákonov). Umiestnenie do detenčného ústavu upravuje Rozkaz č. 18, ktorým sa mení a dopĺňa RMS č. 16/2015 o zaobchádzaní s obvinenými a odsúdenými v znení neskorších predpisov (2023).

Výkon detencie mladistvých sa vykonáva v detenčnom ústave pre mladistvých. Odborní zamestnanci detenčného ústavu pre mladistvých musia byť osobitne vyškolení na prácu s mladistvými, vedúcim lekárom môže byť len lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore detská psychiatria. Členom odbornej komisie v detenčnom ústave pre mladistvých musí byť lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore detská psychiatria. O zaradení mladistvého do osobitného liečebného režimu musí rozhodnúť odborná komisia bezodkladne, najneskôr však do 15 dní od prijatia mladistvého do výkonu detencie. Mladistvý v detencii má právo na vzdelávanie, vykonávanie záujmových, osvetových a športových činností (tieto práva nemôžu byť mladistvému v detencii obmedzené). Vzdelávanie, záujmovú a športovú činnosť organizuje detenčný ústav pre mladistvých tak, aby sa naplňal účel výkonu detencie. Detenčný ústav pre mladistvých zabezpečuje povinnosť vzdelávať sa od doby, od kedy to umožňuje jeho stav. Vzdelávanie mladistvého v detencii sa vykonáva vo forme primeranej jeho schopnostiam (§ 8 zákona č. 231/2019 Z. z. o výkone detencie a o zmene a doplnení niektorých zákonov).

Odborný postup pri manažmente starostlivosti o detského a adolescentného pacienta s poruchami správania je zložitý proces s rôznymi krokmi, začínajúci prevenciou a screeningom a pokračujúci diagnózou, diferenciálnou diagnózou a liečbou. Jeho súčasťou je prevencia, rodinná podpora, školská intervencia, edukácia rodičov a pedagogických zamestnancov, pravidelné monitorovanie pokroku pacienta s cieľom hodnotiť účinnosť liečby a uplatniť jej prípadnú modifikáciu s aplikáciou podporných opatrení podľa individuálnych potrieb pacienta.

Obrázok 3 Orientačný postup pri manažmente starostlivosti o detského a adolescentného pacienta s poruchami správania



13 Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Je potrebné integrovať poradenskú starostlivosť s primárnou starostlivosťou a zdravotnou starostlivosťou na psychiatrických ambulanciách a pracoviskách klinickej psychológie. Pri liečbe porúch správania sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk).

14 Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Ďalší audit a revíziu štandardu odporúčame, ak budú nové informácie, najmä v súvislosti so zavedením MKCH 11, nakoľko sa používa v diagnostike.

Literatúra

1. Aebi, M., Müller, U. C., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Ebstein, R., Eisenberg, J., Gill, M., Manor, I., Miranda, A., Oades, R. D., Roeyers, H., Rothenberger, A., Sergeant, J., Sonuga-Barke, E., Thompson, M., Taylor, E., Faraone, S. V., Steinhausen, H. C. (2010). Predictability of oppositional defiant disorder and symptom dimensions in children and adolescents with ADHD combined type. [online]. In: Psychological Medicine, 40(12), 2089-2100. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20380783/>
2. American Academy of Pediatrics (AAP). 2023. Blue Menu of Evidence-Based Psychosocial Interventions for Youth. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.practicewise.com/Community/BlueMenu#PWEBSModal>
3. Antolová, J. (2022). Dieťa a záškoláctvo. [online]. Bratislava: VÚDPaP. 7 s. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://vudpap.sk/wp-content/uploads/2022/06/Dieta-a-zaskolactvo.pdf>
4. Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press. 425 p. ISBN 9780898620009.
5. Bernhard, A., Martinelli, A., Ackermann, K., Saure, D., Freitag, C. M. (2018). Association of trauma, Posttraumatic Stress Disorder and Conduct Disorder: A systematic review and meta-analysis. [online]. In: Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 91, 153-169. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149763416303414>
6. Brennan, P. A., Grekin, E. R., Mednick, S. A. (1999). Maternal Smoking During Pregnancy and Adult Male Criminal Outcomes. [online]. In: Arch Gen Psychiatry, 56(3), 215-219. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10078497/>
7. Brennan, P. A., Grekin, E., Mortensen, E. L., Mednick, S. A. (2002). Relationship of Maternal Smoking During Pregnancy With Criminal Arrest and Hospitalization for Substance Abuse in Male and Female Adult Offspring. [online]. In: The American Journal of Psychiatry, 159(1), 48-54. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.159.1.48>
8. Caspi, A., Henry, B., McGee, R. O., Moffitt, T. E., Silva, P. A. (1995). Temperamental Origins of Child and Adolescent Behavior Problems: From Age Three to Age Fifteen. [online]. In: Child Development, 66(1), 55-68. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1995.tb00855.x>
9. Caspi, A., Silva, P. A. (1995). Temperamental Qualities at Age Three Predict Personality Traits in Young Adulthood: Longitudinal Evidence from a Birth Cohort. [online]. In: Child Development, 66(2), 486-498. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1995.tb00885.x>

10. Comer, J. S., Chow, C., Chan, P. T., Cooper-Vince, C., Wilson, L. A. (2013). Psychosocial Treatment Efficacy for Disruptive Behavior Problems in Very Young Children: A Meta-Analytic Examination. [online]. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(1), 26-36. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S089085671200768X>
11. Copeland, W. E., Angold, A., Costello, E. J., Egger, H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. [online]. In: *The American Journal of Psychiatry*, 170(2), 173-179. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23377638/>
12. Costello, E. J. (1989). Developments in child psychiatric epidemiology. [online]. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(6), 836-841. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(09\)60204-5/pdf](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(09)60204-5/pdf)
13. Chacko, A., Gopalan, G., Franco, L., Dean-Assael, K., Jackson, J., Marcus, S., Hoagwood, K., McKay, M. (2015). Multiple Family Group Service Model for Children With Disruptive Behavior Disorders: Child Outcomes at Post-Treatment. [online]. In: *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 23(2), 67-77. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1177/1063426614532690>
14. Chorpita, B. F., Reise, S., Weisz, J. R., Grubbs, K., Becker, K. D., Krull, J. L. (2010). Evaluation of the Brief Problem Checklist: Child and caregiver interviews to measure clinical progress. [online]. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(4), 526-536. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1037/a0019602>
15. Čuriková, Z., Gruber, M., Kollárová, M., Kuncová, Z., Páleníková, V., Smolárová, M. (2023). Metodicko-informačný materiál so zameraním sa na profesionálne rozhodovanie žiakov s poruchou aktivity a pozornosti, s poruchami správania. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doeplayer.net/34459717-Metodicko-informacny-material-so-zameranim-sa-na-professionalne-rozhodovanie-ziakov-s-poruchou-aktivity-a-pozornosti-s-poruchami-spravania.html>
16. Dishion, T., McCord, J., Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. [online]. In: *American Psychologist*, 54(9), 755-764. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10510665/>
17. Dobson, K. S., Dozois, D. J. A. (eds.). (2021). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: The Guilford Press. 526 p. ISBN 9781462547722.
18. Dodge, K. A. (2006). Translational science in action: Hostile attributional style and the development of aggressive behavior problems. [online]. In: *Development and Psychopathology*, 18(3), 791-814. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2745254/#R28>
19. Dulcan, M. K., Martini, D. R. (2004). *Detická a dospelostvá psychiatria*. Trenčín: Vydavateľstvo F. 279 s. ISBN 80-88952-12-3.
20. Ellis, A. (1996). *Better, deeper, and more enduring brief therapy: the rational emotive behavior therapy approach*. New York: Brunner/Mazel. 301 p. ISBN 0876307926 10: 0876307926.
21. Eyberg, S. M., Nelson, M. M., Boggs, S. R. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents With Disruptive Behavior. [online]. In: *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 215-237. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18444059/>
22. Fairchild, G., Hawes, D. J., Frick, P. J., Copeland, W. E., Odgers, C. L., Franke, B., Christine M. Freitag, C. M., De Brito, S. A. (2019). Conduct disorder. [online]. In: *Nature Reviews Disease Primers*, 5(4). [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0095-y>
23. Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M. A. G., Hanson, K. (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. [online]. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 49-55. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.1.49>
24. Friedberg, D. R., McClure, M. J., Garcia, H. J. (2009). *Cognitive Therapy Techniques for Children and Adolescents: tools for enhancing practice*. New York: The Guilford Press. 326 p. ISBN 978-1-60623-313-9.
25. Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. [online]. In: *Cochrane Database Syst Rev*. Feb 15, (2), CD008225. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008225.pub2>
26. Gavendová, N. (2021). *Kognitívne-behaviorálne prístupy v praxi pedagoga*. Praha: Grada Publishing, a. s. 96 s. ISBN 978-80-271-2501-2.
27. Geldard, K., Geldard, D. (2008). *Detška psychoterapie a poradenstvi*. Praha: Portál. 328 s. ISBN 978-80-7367-476-2.
28. Gorman, D. A., Gardner, D. M., Murphy, A. L., Feldman, M., Bélanger, S. A., Steele, M. M., Boylan, K., Cochrane-Brink, K., Goldade, R., Soper, P. R., Ustina, J., Pringsheim, T. (2015). Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder. [online]. In: *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(2), 62-67. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25886657/>
29. Granero, R., Louwaars, L., Ezpeleta, L. (2015). Socioeconomic status and oppositional defiant disorder in preschoolers: parenting practices and executive functioning as mediating variables. [online]. In: *Frontiers in Psychology*, 6(1412), 1-12. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01412>
30. Heretik, A., Heretik, A., jr. et al. (2007). *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof. 815 s. ISBN 978-80-89322-00-8.
31. Hobdayová, A., Ollierová, K. (2000). *Tvořivé činnosti pro terapeutickou práci s dětmi*. Praha: Portál. 149 s. ISBN 80-7178-378-1.
32. Hornáková, M., Račková, O. (2016). *Poruchy správania ako výzva*. Ružomberok: Verbum. 259 s. ISBN 978-80-561.
33. Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Málá, E. et al. (2000). *Detška a adolescentní psychiatrie*. Praha: portál. ISBN 80-7178-472-9.
34. Högerová, J. (Ed.). (2022). *Školský podporný tím. Teoretický a praktický sprievodca*. [online]. Bratislava: VÚDPaP. 174 s. ISBN 978-80-89698-32-5. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: https://vudpap.sk/wp-content/uploads/2023/01/MANUAL_SPT_web.pdf
35. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. The global standard for diagnostic health information. WHO. (2023). [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://icd.who.int/en>
36. Kaleja, M. (2013). *Základy etopédie*. Ostrava: OU. 74 s. ISBN 978-80-7464-271-5.
37. Kariková, S. (2011). *Psychické poruchy v detstve a v dospievaní*. [online]. Banská Bystrica: UMB v Banskej Bystrici. 170 s. ISBN 978-80-554-0417-2. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: https://ipv.sk/wp-content/uploads/2022/03/Karikova_Psychicke_poruchy_v_detstve_a_dospievani.pdf
38. Kazdin, A. E. (2003). *Psychotherapy for Children and Adolescents*. [online]. In: *The Annual Review of Psychology*, 54, 253-276. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12185210/>

39. Kendall, P. C., Braswell, L. (1993). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*. New York: Guilford Press. 239 p. ISBN 9780898620139.
40. Kjøbli, J., Hukkelberg, S., Ogen, T. (2013). A randomized trial of group parent training: reducing child conduct problems in real-world settings. [online]. In: *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51(3), 113-21. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.006>
41. Kolko, D. J., Campo, J., Kilbourne, A. M., Hart, J., Sakolsky, D., Wisniewski, Š. (2014). Collaborative care outcomes for pediatric behavioral health problems: a cluster randomized trial. [online]. In: *Pediatrics*. 133(4), 981-922. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2516>
42. Kolko, D. J., Dorn, L. D., Bukstein, O. G., Pardini, D., Holden, E. A., Hart, J. (2009). Community vs. clinic-based modular treatment of children with early-onset ODD or CD: a clinical trial with 3-year follow-up. In: *The Canadian Journal of Psychiatry*, (37), 591-609. <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9303-7>.
43. Kováčová, B. (2012). *Terapia s bábkou: teoretické východiská a výskumné zistenia*. Bratislava: Musica Liturgica. 214 s. ISBN 978-80-970418-3-0.
44. Krištúfková, A., Borovský, M. (2021). Prenatálna starostlivosť o nízkorizikovú (fyziologickú) tehotnosť. Štandardné postupy. 27 s. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://health.gov.sk>
45. Krol, N., Morton, J., De Bruyn, E. (2004). Theories of conduct disorder: A causal modelling analysis. [online]. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 727-42. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: https://www.researchgate.net/publication/8645559_Theories_of_conduct_disorder_A_causal_modelling_analysis
46. Kukučková, E. (2021). *Dieta a žiak s poruchami správania v reedukačnom centre*. [online]. Bratislava: VÚDPaP. 15 s. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://vudpap.sk/wp-content/uploads/2022/06/Dieta-a-ziak-s-poruchami-spravania-v-reedukacnom-centre.pdf>
47. Lambert, M. J. (2004). *Bergin a Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley. 864 p. ISBN 978-0-470-46549-3.
48. Levčíková, M. (2013). Žiak s poruchami správania v základnej a strednej škole. Metodicko-informatívny materiál. [online]. Bratislava: ŠPÚ. 30 s. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: https://www.minedu.sk/data/files/2577_mim.pdf
49. Liabø, K., Richardson, J. (2007). *Conduct Disorder and Offending Behaviour in Young People. Findings from Research*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. 143 p. ISBN pdf eBook 978 1 84642 660 5.
50. Liberman, P., Derisi, J. Muesser, T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. Eknsford, NY: Pergamon Press. 272 s.
51. Lindhiem, O., Birmaher, B. (2023). Treatment of oppositional defiant and conduct disorders. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-oppositional-defiant-and-conduct-disorders?source=mostViewed_widget
52. Lištiaková, I. (Ed.). (2015). *Poruchy správania z biodromálneho hľadiska 2*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. 65 s. ISBN 978-80-223-3995-7.
53. Littell, J. H. (2005). Lessons from a systematic review of effects of multisystemic therapy. [online]. In: *Children and Youth Services Review*, 27(4), 445-463. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.11.009>
54. Littell, J. H., Popa, M., Forsythe, B. (2005). Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17. [online]. In: *Cochrane Database Syst Rev*. Oct 19;(4): CD004797. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16235382/>
55. Liu, J. (2005). Childhood Externalizing Behavior: Theory and Implications. [online]. In: *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17(3), 93-103. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6171.2004.tb00003.x>
56. Liu, J., Raine, A., Venables, P., Mednick, S. (2015). Malnutrition at Age 3 Years and Externalizing Behavior Problems at Ages 8, 11, and 17 Years. [online]. In: *The American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2005-2013. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.161.11.2005>
57. Liu, J., Wuerker, A. (2005). Biosocial bases of aggressive and violent behavior - implications for nursing studies. [online]. In: *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 229-241. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748904001130>
58. Loeber, R., Burke, J., Pardini, D. A. (2009). Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. [online]. In: *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 133-42. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02011.x>
59. Mahoney, M. J. (1977). Reflections on cognitive learning trend in psychotherapy. In: *American Psychologist*, 32(1), 5-13.
60. Matoušek, O., Matoušková, A. (2011). *Mládež a delikvence*. Praha: Portál. 336 s. ISBN 978-80-7367-825-8.
61. McCart, M. R., Sheidow, A. J. (2016). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescents With Disruptive Behavior. [online]. In: *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*, 45(5), 529-563. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27152911/>
62. Mikolajewski, A. J., Taylor, J., Iacono, W. G. (2017). Oppositional defiant disorder dimensions: genetic influences and risk for later psychopathology. [online]. In: *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(6), 702-710. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12683>
63. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. (2019). [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.health.gov.sk/?rok-prevencie-prevencia>
64. Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P. (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN. 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.
65. MKCH-10 Medzinárodná klasifikácia chorôb s účinnosťou 01.01.2023. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/Medzinarodna-klasifikacia-chorob-MKCH-10.aspx>
66. MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. (2000). *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2. vydání. Praha: Psychiatrické centrum. 306 s. ISBN 80-85121-44-1.
67. Možný, P., Praško, J. (1999). *Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe*. Praha: Trion. 310 s. ISBN 80-7254-038-6.
68. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013). *Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management (CG158)*. [online]. London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. 466 p. ISBN: 978-1-908020-61-1. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: Dostupné na internete: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/evidence/conduct-disorders-in-children-and-young-people-full-guideline-189848413>

69. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2023). Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management (CG158). [online]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158>
70. Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., Kessler, R. C. (2006). Prevalence, Subtypes, and Correlates of DSM-IV Conduct Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. [online]. In: *The Journal Child Psychology and Psychiatry*, 36(5), 699-710. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1925033/>
71. Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. In: *The Journal Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 703-717. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17593151/>
72. Noordermeer, S. D. S., Luman, M., Oosterlaan, J. (2016). A Systematic Review and Meta-analysis of Neuroimaging in Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) Taking Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Into Account. [online]. In: *Neuropsychology Review*, 26, 44-72. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1007/s11065-015-9315-8>
73. Noordermeer, S. D. S., Luman, M., Weeda, W. D., Buitelaar, J. K., Richards, J. S., Hartman, C. A., Hoekstra, P. J., Franke, B., Heslenfeld, D. J., Oosterlaan, J. (2017). Risk factors for comorbid oppositional defiant disorder in attention-deficit/hyperactivity disorder. [online]. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 1155-1164. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0972-4>
74. Olvera, R. L., Semrud-Clikeman, M., Pliszka, S. R., O'Donnell, L. (2005). Neuropsychological deficits in adolescents with conduct disorder and comorbid bipolar disorder: a pilot study. [online]. In: *Wiley Online Library*, 7(1), 57-67. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-5618.2004.00167.x>
75. Paclt, I. et al. (2013). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada. 235 s. ISBN 978-80-247-6961-5.
76. Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. [online]. In: *American Psychologist*, 44(2), 329-335. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.329>
77. Perrin, E. C., Sheldrick, R. C., McMenamy, J. M., Henson, B. S., Carter, A. S. (2014). Improving Parenting Skills for Families of Young Children In: *Pediatric Settings: A Randomized Clinical Trial*. [online]. In: *JAMA Pediatrics*, 168(1), 16-24. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24190691/>
78. Piačková, K. (2002). *Správne myslieť znamená dobre sa cítiť. Príručka kognitívno-behaviorálnej terapie pre deti a mládež*. 144 s.
79. Piotrowska, P. J., Stride, C. B., Croft, S. E., Rowe, R. (2015). Socioeconomic status and antisocial behaviour among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. [online]. In: *Clinical Psychology review*, 35, 47-55. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.11.003>
80. Popelková, M. (2013). *Poruchy psychického vývinu v detstve a v dospelosti*. [online]. Nitra: UKF. 152 s. ISBN 978-80-558-0300-5. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: https://www.kpsv.fsvaz.ukf.sk/wp-content/uploads/2022/03/VTC_Popelkova_5.pdf
81. Portnoy, J., Gao, Y., Glenn, A. L., Niv, S., Peskin, M., Rudo-Hutt, A., Schug, R. A., Yang, Y., Raine, A. (2013). The biology of childhood crime and antisocial behavior. [online]. In: Gibson, C. L., & Krohn, M. D. (eds.). *Handbook of Life-Course Criminology*. New York, NY: Springer, pp. 21-42. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5113-6_2
82. Praško Pavlov, J., Šlepecký, M., Popelková, M., Zaťková, M. (2018). *Princípy a metódy kognitívno-behaviorálnej terapie*. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. 328 s. ISBN 978-80-558-1348-6.
83. *Prevenca a riešenie šikanovania – sprievodca pre školské prostredie*. (2022). [online]. Bratislava: VÚDPaP. 15 s. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.minedu.sk/data/att/24745.pdf>
84. Pringsheim, T., Hirsch, L., Gardner, D., Gorman, D. A. (2015). The pharmacological management of oppositional behavior, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 1: psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. [online]. In: *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(2), 42-51. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25886655/>
85. Ptáček, R. (2006). *Poruchy chování v dětském věku*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. 24 s. ISBN 80-86991-81-4.
86. Pugnerová, M., Kvintová, J. (2016). *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-5452-9.
87. Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., Ptáček, R. (eds.). (2015). *Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch DSM-5[®]*. Praha: Hogrefe – Testcentrum. 1032 s. ISBN 978-80-86471.
88. Roberson-Nay, R., Leibenluft, E., Brotman, M. A., Myers, J., Larsson, H., Lichtenstein, P., Kendler, K. S. (2015). Data Supplement for Roberson-Nay et al., Longitudinal Stability of Genetic and Environmental Influences on Irritability: From Childhood to Young Adulthood. [online]. In: *American Journal of Psychiatry*, 172(7), 657-664. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14040509>
89. Ronenová, T. (2000). *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*. Praha: Portál. 159 s. ISBN 80-7178-370-6.
90. Řičan, P., Krejčířová, D. et al. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, a. s. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
91. Sagar, R., Patra, B. N., Patil, V. (2019). Clinical Practice Guidelines for the management of conduct disorder. [online]. In: *Indian Journal of Psychiatry*, 61(2), 270-276. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6345126/>
92. Savage, J., Verhulst, B., Copelan, D. W., Althoff, R. R., Lichtenstein, P., Roberson-Nay, R. (2015). A Genetically Informed Study of the Longitudinal Relation Between Irritability and Anxious/Depressed Symptoms. [online]. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(5), 377-384. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.02.010>
93. Smith, J. D., Dishion, T. J., Shaw, D. S., Wilson, M. N., Winter, C. C., Patterson, G. R. (2014). Coercive family process and early-onset conduct problems from age 2 to school entry. [online]. In: *Development and Psychopathology*, 26(4pt1), 917-932. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4183745/#R65>
94. Spender, Q., Scott, S. (1996). Conduct disorder. [online]. In: *Current Opinion in Psychiatry* 9(4), 273-277. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: https://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/1996/07000/Conduct_disorder.8.aspx
95. Spivack, G., Shure, M. B. (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey Bass Publishers. 328 p. ISBN-13: 978-0875892900.
96. Stallard, P. (2002). *Thonk Good – Feel Good: A Cognitive Behavioural Therapy for Children and Young People*. London: Willey, 2002. 186 p. ISBN 0-470-84290.
97. Stormshak, E. A., Bierman, K. L., McMahon, R. J., Lengua, L. J. (2000). Parenting Practices and Child Disruptive Behavior Problems in Early Elementary School. [online]. In: *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(1), 17-29. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2901_3

98. Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. (2009). Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál. 792 s. ISBN 978-80-7367-566-0.
99. Šlepecký, M., Praško, J., Možný, P., Kotianová, A., Vyskočilová, J. (2018). Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-262-1340-6.
100. Špeciálne výchovné zariadenia. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.minedu.sk/specialne-vychovne-zariadenia/>
101. Theiner, P. (2007). Poruchy chování u dětí a dospívajících. [online]. In: *Psychiatria pre prax*, 2, s. 85-87. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.solen.sk/storage/file/article/dd43d0142a7cb8144ce752d0f52fe1bf.pdf>
102. Trepát, E. L. (2014). Parenting practices as mediating variables between parents' psychopathology and oppositional defiant disorder in preschoolers. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <http://hdl.handle.net/11162/106988>
103. UpToDate. (2023). [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.uptodate.com/login>
104. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: www.udzs-sk.sk
105. Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny (ÚPSVaR). [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.upsvr.gov.sk/>
106. Vágnerová, M. (2004). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
107. Veľká, M. (2021). Prevencia rizikového správania v edukačnom aj poradenskom procese. [online]. Bratislava: VÚDPaP. 16 s. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://vudpap.sk/wp-content/uploads/2022/06/Prevencia-rizikoveho-spravania-v-edukacnom-aj-poradenskom-procese.pdf>
108. Verhoef, R. E. J., Alsem, S. C., Verhulp, E. E., De Castro, B. O. (2019). Hostile Intent Attribution and Aggressive Behavior in Children Revisited: A Meta-Analysis. [online]. In: *Child Development*, 90(5), 525-547. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://srdc.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cdev.13255>
109. Vloet, T. D., Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B. (2006). Ätiologie und Verlauf kindlichen dissozialen Verhaltens - Risikofaktoren für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. [online]. In: *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 34(2), 101-114. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16610596/>
110. Vojtová, Z., Malík, J., Bero, N., Kopčanová, D., Lazová, E., Lenická, L., Uriková, M., Zborťeková, K., Kalina, A., Špánik, S. (2022). Odborné činnosti v zariadeniach poradenstva a prevencie a v prostredí škôl. Úvodný dokument. [online]. Bratislava: VÚDPaP. 353 s. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://vudpap.sk/wp-content/uploads/2023/05/obsahove-standardy-odbornych-cinnosti.pdf>
111. Vojtová, Z., Malík, J., Uriková, M., Lenická, L., Lazov, E. 2023. Výkonové štandardy odborných činností. (2023). [online]. 20 s. [cit. 11.-10.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.minedu.sk/data/att/27211.pdf>
112. von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W., Schweitzer, J. (2013). The Efficacy of Systemic Therapy for Childhood and Adolescent Externalizing Disorders. [online]. In: *A Systematic Review of 47 RCT*. 52(4), 576-618. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1111/famp.12047>
113. Vyhláška č. 103/2018 Z. z., ktorou sa vykonávajú niektoré ustanovenia zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2018/103/>
114. Vyhláška č. 24/2002 Z. z. o zariadeniach poradenstva a prevencie. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2022/24/>
115. Vyhláška č. 323/2008 Z. z. o špeciálnych výchovných zariadeniach. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2008/323/>
116. Výkon odborných činností poskytovaných v špeciálnych výchovných zariadeniach. (2023). [online]. 20 s. [cit. 11.-10.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.minedu.sk/data/att/27205.pdf>
117. Výkon odborných činností v ranom poradenstve. (2023). [online]. 9 s. [cit. 11.-10.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.minedu.sk/data/att/27210.pdf>
118. Výkonový štandard odbornej činnosti Terapia. (2023). [online]. 5 s. [cit. 11.-10.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.minedu.sk/data/att/27203.pdf>
119. Výkonový štandard odbornej činnosti Prevencia. (2023). [online]. 6 s. [cit. 11.-10.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.minedu.sk/data/att/27200.pdf>
120. Vzdelávací program pre žiakov s poruchami správania. (2017). Bratislava: Štátny pedagogický ústav. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.statpedu.sk/files/sk/deti-ziaci-so-svvp/deti-ziaci-so-zdravotnym-znevychodnenim-vseobecny-intelektovym-nadanim/vzdelavacie-programy/vzdelavacie-programy-ziakov-so-zdravotnym-znevychodnenim-vseobecny-intelektovym-nadanim/zakladne-vzdelavanie-primarne-vzdelavanie-nizsie-stredne-vzdelavanie/vp-ziakov-poruchami-spravania-2017.pdf>
121. Waldman, I. D., Rowe, R., Boylan, K., Burke, J. D. (2021). External validation of a bifactor model of oppositional defiant disorder. [online]. In: *Molecular Psychiatry*, 26, 682-693. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0294-z>
122. Weiss, B., Caron, A., Ball, S., Tapp, J., Johnson, M., Weisz, J. R. (2005). Iatrogenic Effects of Group Treatment for Antisocial Youths. [online]. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1036-1044. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.6.1036>
123. Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Frye, A., Ng, M. Y., Lau, N., Bearman, S. K., Ugueto, A. M., Langer, D. A., Hoagwood, K. E. (2011). Youth top problems: Using idiographic, consumer-guided assessment to identify treatment needs and to track change during psychotherapy. [online]. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 369-380. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1037/a0023307>
124. Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K. M., Krumholz Marchette, L. S., Chu, B.C., Weersing, V. R., Fordwood, S. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. [online]. In: *American Psychologist*, 72(2), 79-117. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1037/a0040360>
125. Wilkes, T. C. R., Belsher, G., Rush, A. J., Frank, E. (1994). Cognitive therapy for depressed adolescents. New York: Guilford Press. 396 p. ISBN 9780898621198.
126. Wilkinson, J., Canter, S. (1982). Social Skills Training Manual. Assessment, Programme Design and Management of Training. Hoboken, NJ: Wiley, John & Sons, Incorporated. 160 p. ISBN 0471100676.

127. Woolfenden, S. R., Williams, K., Peat, J. (2001). Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. [online]. In: Cochrane Database Syst Rev, 2001(2): CD003015. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003015>
128. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. [online]. In: The American Journal of Psychiatry, 169(5), 476-83. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101550>
129. Zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2005/36/>
130. Zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/577/>
131. Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2003/461/20230801.html>
132. Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2008/448/>
133. Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2005-305>
134. Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2005/300/>
135. Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2008/245/20230901.html>
136. Zákon č. 231/2019 Z. z. o výkone detencie a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2019/231/>
137. Zákon č. 138/2019 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2019/138/20290901.html>
138. Zbierka rozkazov ministra spravodlivosti Slovenskej republiky, Ročník 2023: Rozkaz č. 18, ktorým sa mení a dopĺňa RMS č. 16/2015 o zaobchádzaní s obvinenými a odsúdenými v znení neskorších predpisov. [online]. [cit. 2.-8.-2023]. Dostupné na internete: https://cdn.fsbx.com/v/t59.2708-21/391524219_1022985085575268_5750522112540430796_n.pdf/RMS_18_2023.pdf?_nc_cat=108&ccb=1-7&_nc_sid=2b0e22&_nc_ohc=HgtO1upY4ooAX9Ndamv&_nc_ht=cdn.fsbx.com&oh=03_AdQLUkjzRbS2jElxmanCOeuWSsy9_Azam9oT6_4FBdfJQ&oe=6529AE76&dl=1

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

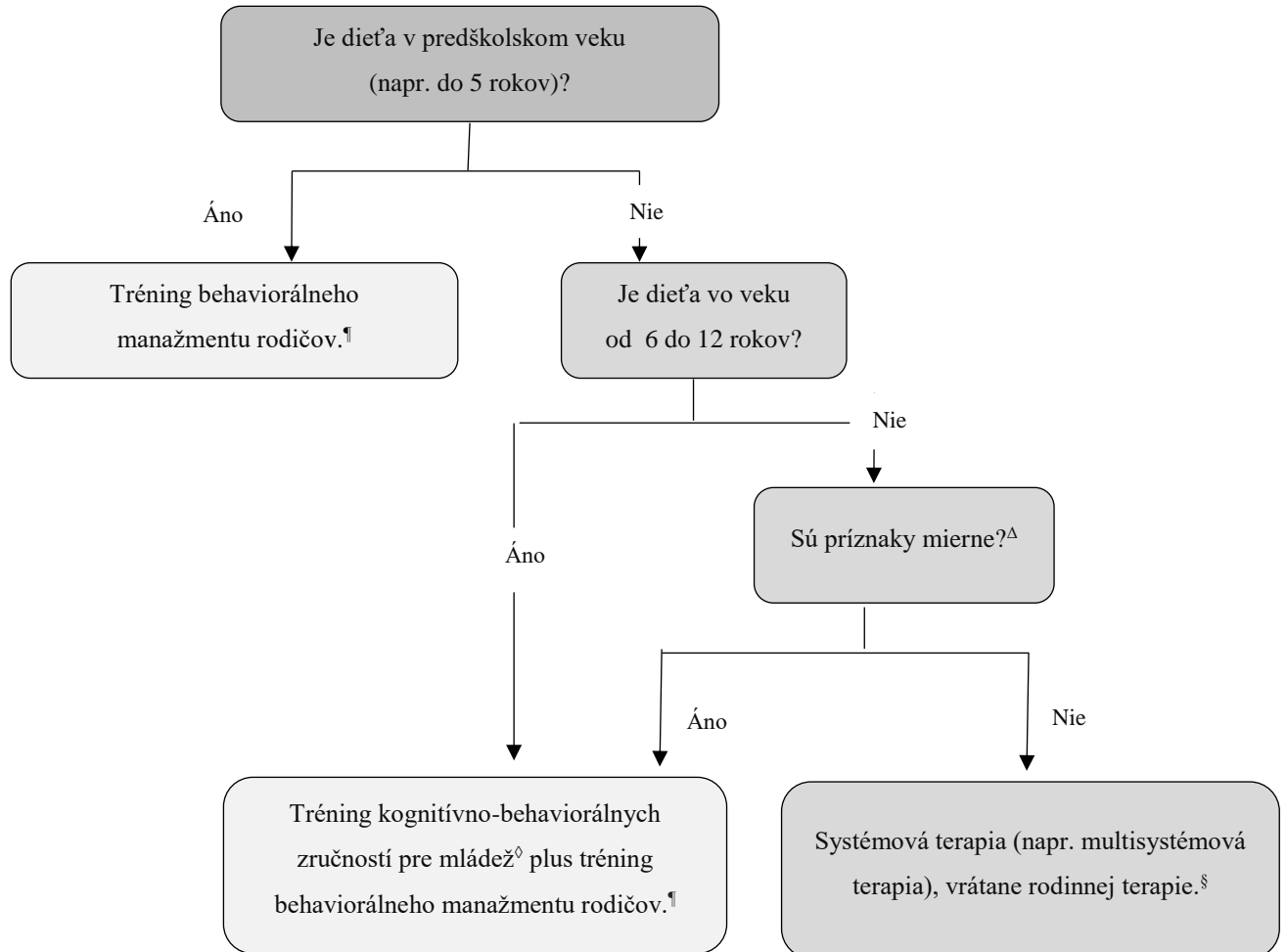
Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 15. novembra 2023.

Zuzana Dolinková
ministerka zdravotníctva

Príloha 1

Algoritmus 1 Výber psychosociálnych intervencií na liečbu symptómov poruchy opozičného vzťahu a/alebo poruchy správania u detí alebo dospelých (Lindhiem, Birmaher, 2023)



Legenda: ODD/CD: porucha opozičného vzťahu a/alebo porucha správania.

* Uprednostňujeme liečbu všetkých jednotlivcov so syndrómovými alebo subsyndrómovými príznakmi ODD/CD psychosociálnou intervenciou založenou na dôkazoch ako prvú líniu liečby. Ak má dieťa výraznú agresivitu alebo podráždenosť, ktorá si vyžaduje okamžitú pozornosť, zvyčajne liečime kombináciou psychosociálnej intervencie a farmakologickej liečby.

Ak k tomu prispievajú komorbidné poruchy, ako napr. porucha pozornosti s hyperaktivitou alebo veľká depresia, okrem psychosociálnej liečby ODD/CD liečime aj liečbou založenou na dôkazoch pre túto poruchu.

¶ Behaviorálny tréning rodičovského manažmentu zahŕňa nácvik rodičovských zručností a techník, ako sú pochvaly, pozitívna pozornosť, systém odmien a dôsledky.


Δ Za mierne symptómy považujeme také, ktoré nespôsobujú viac ako minimálne narušenie medziľudských vzťahov, rodiny a školského fungovania.

◇ Tréning kognitívno-behaviorálnych zručností pre mládež zahŕňa nácvik rôznych kognitívnych alebo behaviorálnych zručností pre deti alebo dospelých.

§ Multisystémová terapia je intenzívna forma systémovej terapie vyvinutá pre staršiu mládež so závažnejšími formami opozičného správania. Často zahŕňa aj zložku rodinnej terapie.

Príloha 2

Tabuľka 10 Najdôležitejšie zásady práce s rodičmi v rámci behaviorálnej terapie (Paclt et al., 2011)

	Najdôležitejšie zásady práce s rodičmi v rámci behaviorálnej terapie (Paclt et al., 2011)
<ol style="list-style-type: none">1. Identifikovať problémové situácie, ktoré sa vyskytujú u dieťaťa v súvislosti s uvedenou poruchou.2. Analyzovať problémové správanie, jeho negatívne, ale aj pozitívne dôsledky.3. Zmeniť negatívny, nepríjemný charakter interakcií medzi dieťaťom a rodičmi, ktoré sú časté, a naučiť rodičov navodiť pozitívne interakcie, ktoré boli doteraz vzácne.4. Zlepšiť schopnosti rodičov zvládať tieto nepriaznivé situácie (najmä prostredníctvom práce v psychoterapeutickej skupine s využitím hrania rolí a ďalších metód).5. Naučiť rodičov efektívnym metódam kontroly dieťaťa a metódam kontaktu s ním. Učíme rodičov, ako účinne udeľovať príkazy, zachovávať očný kontakt počas rozhovoru s dieťaťom, neudeľovať veľa príkazov naraz a správať sa v uvedených situáciách pozitívne. Modelujeme špecifické situácie, ako napr. čas jedla, prípravu detí do školy atď.6. Využívať token systém („žetónové hospodárstvo“) v konkrétnych situáciách (napr. pri príprave do školy, pri domácich prácach atď.). Token systém sa využíva aj v situáciách, ktoré nemajú charakter povinností a sú pre deti výrazne pozitívne (napr. za dobré správanie sa s rodičmi).7. Natrénovať s rodičmi primerané reakcie na negatívne dôsledky správania detí.8. Využívať cost systém (ocenenie - posilňujúci podnet, pochvaly atď.) na redukciu častého problémového správania (napr. správanie pri rodinných stretnutiach, príprave do školy atď.). Vyberať jednotlivé úspešné adaptívne prejavy dieťaťa v týchto situáciách a odmeňovať ich.9. Používať techniky time-out (zastavenie) pri riešení vážnych prejavov správania dieťaťa.10. Integrovať dieťa do nácviku uvedených zručností.11. V prípade adolescentov je vhodnejšie využívať skôr terapeutické zmluvy namiesto token systému alebo cost systému. K redukcii konfliktov medzi adolescentom a rodičmi je tiež užitočné využívať na problém orientovaný komunikačný tréning a kognitívnu reštrukturalizáciu.	