

3 Poruchy správania v adolescencii

Zuzana Fábry Lucká – Ivana Lištiaková

Zámer kapitoly

Popísať vývinové špecifiká obdobia adolescencie a v tomto kontexte oboznámiť s najbežnejšími poruchami správania u dospelujúcich. Na základe výsledkov výskumov poukázať na dôležité aspekty vo výchove adolescentov s poruchami správania.

Kľúčové slová

Adolescencia.

Poruchy správania.

Antisociálne správanie.

Sociálnopatologické javy.

Mladí ľudia sú v období adolescencie postavení pred náročnú výzvu hľadania samých seba ako osobnosti a svojho miesta v spoločnosti. Naplnenie tejto vývinovej úlohy môže byť z rôznych príčin ohrozené, či už socio-ekonomickou situáciou v rodine, narušenými vzťahmi, endogénnymi príčinami vo vývine dieťaťa alebo inými záťažovými faktormi. Pri strete stresorov s osobnosťou adolescenta a jeho predchádzajúcimi životnými skúsenosťami, môže dôjsť k sociálnej maladaptácii, ktorá vyúsťuje do asociálnych a antisociálnych prejavov a porúch správania.

„Poruchy správania charakterizuje opakované a pretrvávajúce asociálne, agresívne alebo vyzývavé konanie. Také správanie môže vážne narušiť veku primerané sociálne požiadavky. Ide teda o horšie počínanie, než 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. Príklady správania, ktoré je podkladom pre diagnózu, zahŕňajú nadmerné bitkárstvo a terorizovanie, krutosť voči iným ľuďom a zvieratám, ťažké poškodzovanie majetku, podpaľačstvo, krádeže, opakované luhanie, záškoláctvo a utekanie z domu, nezvyčajne časté a veľké výbuchy zlosti a neposlušnosť“ (MKCH-10).

3.1 Charakteristika obdobia adolescencie v kontexte porúch správania

Obdobie adolescencie je citlivým obdobím v živote mladého človeka. Vágnerová (2000) v zhode s Glasovou (2006) ohraničuje toto obdobie približne vekom od 15. do 20. roku života človeka. Obdobie adolescencie je teda pomerne široko koncipované a jeho definíciu nie je možné zovšeobecniť pre celé vekové rozpätie. Macek (2003) chápe adolescenciu vo vekovom rozhraní 10-11 až 20-22 rokov. Vymedzuje pri tom mladšiu, strednú a dospelú adolescenciu. Mladšia adolescencia prichádza v období 10-11 rokov, adolescent plynulo prechádza školským vekom, pokračuje strednou adolescenciou, špecifickou pre opozíciu v postavení voči autoritám, a potom končí po dvadsiatom roku života človeka, prelínajúc sa s obdobím mladej dospelosti. Kým v období mladšej adolescencie sa adolescent zameriava na riešenie životných otázok súvisiacich so školským, rodinným a sociálnym prostredím z pohľadu vytvárania si vzťahov a väzieb v societe, v ktorej sa nachádza, v období staršej adolescencie je jeho smerovanie progresívne orientované na profesijnú úspešnosť a praktické uplatnenie v živote. V období staršej adolescencie je človek po fyzickej i psychickej stránke vnímaný už ako dospelý a začína tak pôsobiť aj na okolie.

V tomto období je mladý človek, adolescent, postavený pred zložitú životnú situáciu aj vzhľadom k tomu, že ho širšia verejnosť už nevníma ako dieťa, ale ešte ho nevníma ako dospelého. Kým na jednej strane po biologickej stránke spoločnosť od neho očakáva určitú mieru zodpovednosti, napríklad pri výbere povolania, študijného odboru z hľadiska pokračovania štúdia či profesijnej orientácie, na strane druhej je ale vnímaný ako človek bez životných skúseností, ktorý potrebuje vedenie od dospelých ľudí v jeho okolí. Okrem psychologických faktorov vývinu a ich prirodzeného dopadu na život adolescenta v blízkej societe, ďalším z dôležitých faktorov je telesný vzhľad adolescenta, jeho sociálny status v spoločnosti a sociálne i rodinné prostredie.

Ak sa fyzický vzhľad približuje k rešpektovanému aktuálnemu ideálu krásy alebo bežnému výzoru, môže mať telesný vzhľad a s ním súvisiace faktory prospešný charakter pre zaradenie sa adolescenta do spoločnosti spoločensky prijateľným spôsobom. Keď sa však akýmkoľvek spôsobom vymyká obvyklému prímeriu, je práve telesný vzhľad limitujúcim faktorom v jeho živote, pričom ovplyvňuje sebavedomie a sebauvedomovanie adolescenta, a tým i jeho uplatniteľnosť v spoločnosti. Sociálny status adolescenta je dôležitou oblasťou, najmä ak ide o človeka zo sociálne znevýhodneného prostredia, prípadne je spoločnosťou odmietaný a nevie sa do nej zaradiť. Nenarušené rodinné prostredie vytvára bezpečný prístav pre adolescenta, v ktorom sa môže vyvíjať a pripravovať sa na dospelosť. Akákoľvek odchýlka od spoločensky prijímanej normy môže mať zároveň dopad na sociálny status adolescenta, a tak pôsobiť limitujúco na jeho ďalší sociálny rozvoj. Ak v období adolescencie vznikne či pretrváva problém, ktorý je viditeľný pre okolie, je to ťažkou skúškou, najmä pri absencii zdravého sebavedomia a schopnosti sebauplatnenia v spoločnosti. Ak je teda v tomto období prítomné ochorenie či obmedzenie adolescenta, je často citlivo vnímanou skutočnosťou, spôsobujúcou sekundárne komplikácie. Křivohlavý (2003) uvádza, že z hľadiska psychologického ponímania osobnosti človeka v zložitom životnom období, ochorenie ovplyvňuje komplexne celú osobnosť človeka, ak tento vie, že jeho stav je nemeniteľný, v jeho správaní sa môžu vyskytnúť špecifiká, ktoré sťažujú jeho bežné fungovanie v spoločnosti. Andreánska (citovaná podľa Heretika, 2007, s. 652) uvádza, že *„obdobie dospievania a začleňovania sa do spoločnosti veľmi dôležitým faktorom vzhľadom na ďalší život, na profesijnú orientáciu, často limitovanú telesným postihom, či na nadväzovanie partnerských vzťahov“*.

Identita osobnosti človeka sa vytvára počas celého jeho života. V období adolescencie je jej vytváranie akcelerované, adolescent sa orientuje na formovanie vlastného životného priestoru

a vzťahov v spoločnosti. V tomto období je špecifickým znakom tiež odpútavanie sa od rodiny, rodinného prostredia a slabnutie už vytvorených väzieb. Tento faktor môže mať dočasný charakter a po nájdení vlastnej identity často dochádza ku znovuobnoveniu väzieb.

Významnú mieru vplyvu majú v tomto období sexuálne otázky, ovplyvňujú správanie sa adolescenta voči okoliu. Otázka sexu a partnerstva je často v popredí, pričom je povýšená i nad školskú či profesijnú otázku. Uspokojivý partnerský vzťah má podporný charakter, naopak nefunkčné vzťahy, či neschopnosť ich nadväzovať, je potrebné riešiť s odborníkom a vylúčiť tak poruchy osobnosti, správania a emócií.

V zmysle vyššie uvedeného môžeme konštatovať, že obdobie adolescencie je veľmi náročným životným obdobím, kedy adolescent citlivo reaguje na všetky podnety z okolia. Ak si v tomto období so sebou prináša pretrvávajúce problémy so skorších vývinových období, jeho úloha úspešne sa začleniť do spoločnosti a profesijne sa uplatniť je o to náročnejšia. Poruchy správania sú častým dôsledkom nedostatočnej intervencie v detskom veku, patologických vplyvov prostredia a rodiny. Už v detskom veku dieťaťu spôsobujú bariéry pri vytváraní a udržiavaní ďalších vzťahov a väzieb. V kontexte porúch správania pretrvávajúcich z detstva, ktoré zostali nevyriešené, prípadne neboli diagnostikované či riešené vôbec, je bez odborného sprevádzania takmer nemožné prejsť týmto vývinovým obdobím a nájsť primerané možnosti uplatnenia sa. Garfinkel (2010) upozorňuje na to, že mladí ľudia s poruchami správania a emócií, ktorým nebola poskytnutá dostatočná pomoc a podpora v školskom prostredí, majú vysoké zastúpenie v súdnych procesoch pre mladistvých. Tiež hovorí, že úspešnosť intervencií a zabránenie recidivizmu kriminálneho správania mladistvých je možné prostredníctvom vyššej miery zapojenia rodičov do súdneho systému. Rodičia by mali byť dostatočne informovaní o právach dieťaťa na vzdelávanie, tiež o možnostiach nápravných inštitúcií mimo domova, či celkovo o procese práce súdu pre mladistvých. Zlyhávanie systémov včasnej pomoci pre deti s poruchami správania emócií je viditeľné hlavne v systéme bežných škôl. Študenti s problémovým správaním sú podľa Flower et al. (2011) často preradení do alternatívnych škôl, jednak kvôli príkazom súdov vzhľadom k delikventnému správaniu adolescenta, ale aj kvôli vyššej efektívnosti intervenčných programov, ktoré systém alternatívneho vzdelávania zabezpečuje.

3.2 Poruchy správania vznikajúce v období adolescencie

Nakoľko je adolescencia veľmi senzitívnou fázou vývinu človeka, pri utváraní jeho osobnosti v kontexte vzniku porúch správania pozorujeme najmä veľký vplyv sociálno-patologických

javov. Pre porozumenie zmenenému správaniu adolescenta je potrebné definovať, čo vlastne porucha správania je a aké sú jej príčiny – či je podmienená geneticky, spôsobená vplyvmi sociálneho prostredia a rodiny, alebo vychádza z poškodenia mozgu. Etiológia poruchy správania je diagnostikovaná vzhľadom ku konkrétnemu prípadu, ktorého sa týka. Potrebné je oddeliť poruchy správania od iných diagnóz, ktoré vo všeobecnosti verejnosť považuje za poruchy správania, akými sú napríklad emočné, úzkostné poruchy, či poruchy nálady. Pri poruchách správania, ako napovedá terminologické vymedzenie, ide o patológiu v oblasti správania sa človeka. Poruchy správania vznikajú v detskom až adolescentnom veku a je potrebné intervenovať včas. Včasný zásah odborníka je predpokladom ku zmierneniu druhotných poškodení prameniacych zo samotnej poruchy. Kondáš (2002) uvádza, že len u malého percenta detí s poruchou správania sa tieto neprenesú aj do obdobia adolescencie. Rozlišujeme teda poruchy správania so vznikom v detskom veku a so vznikom v období adolescencie.

Typické poruchy správania pre obdobie adolescencie sú poruchy, ktoré sa neobmedzujú len na okruh rodiny, ale prejavujú sa voči rovesníkom ako agresívne alebo antisociálne správanie. Vtedy hovoríme o poruche socializácie (F91.1). Mladí ľudia nemajú vybudované sociálne zručnosti primeraného nadväzovania vzťahov, uchylujú sa k negatívnym kontaktom. Avšak problematická je motivácia adolescentov, chýba im snaha alebo záujem byť plnohodnotným členom kolektívu rovesníkov, resp. spoločnosti vo všeobecnosti. Výrazne narušené vzťahy s okolím spôsobujú zotrúvanie v „začarovanom kruhu“ agresívneho správania, odmietnutia rovesníkmi, opätovného útoku a protiútoky. Cyklické opakovanie negatívnej stigmatizácie a narušeného správania pretrváva aj vo vzťahoch s autoritami. Adolescenti s poruchami správania môžu mať tendenciu pohybovať sa na hranici zákona. Dostávajú sa do situácií konfliktov s políciou, majiteľmi budov alebo podnikov (pri delikventnom správaní). Avšak, čo sa týka vzťahu k autoritám, ide predovšetkým o prirodzené authority rodičov a zo sociálneho statusu študenta vyplývajúce authority učiteľov, ktorých rešpektovanie sa od adolescenta vyžaduje. Spôsob reagovania autoritatívnej figúry na správanie adolescenta tiež zohráva rolu pri udržiavaní alebo eliminovaní jeho prejavov. Spätné atakovanie adolescenta učiteľom, stigmatizácia negatívnym nálepkovaním a nedôvera v možnosť zmeny udržiavajú nefunkčné správanie adolescenta. Rebelstvo voči autorite je silnejšou incentívou než náprava vlastného sebaobrazu. Jenaabadi a Sarani (2014) vo svojom výskume na vzorke 400 detí potvrdili, že existuje súvis medzi disciplinárnym štýlom učiteľa a výskytom prejavov porúch správania u detí.

Vzhľadom k tomu, že poruchy správania často pretrvávajú z detstva, môže sa problémový vzťah k autoritám vybudovať už v domácom prostredí (poruchy správania obmedzené na rodinný kruh, F91.0). Adolescenti nerešpektujú pravidlá stanovené rodičmi, čím spoločnosti demonštrujú svoju nezávislosť. Avšak ide len o zdanlivý pocit nezávislosti, keďže adolescenti sa spoliehajú na rodičov pri zabezpečení základných životných a materiálno-finančných potrieb. Poruchy správania adolescentov vo veľkej miere zasahujú rodinný rozpočet, najmä pokiaľ sa viažu s drogovými či alkoholovými závislosťami, alebo poškodzovaním verejného či súkromného majetku.

Asociálne a agresívne správanie adolescentov, ktoré je organizované a vykonávané v skupine, sa zaraďuje do kategórie socializovaných porúch správania (F91.2). Ide napríklad o skupinovú delikvenciu, spoločné krádeže, či skupinové záškoláctvo, priestupky voči zákonu viazané na členstvo v gangoch a iných organizovaných skupinách. Charakteristické pre tento typ poruchy správania je fakt, že adolescent je dobre integrovaný v skupine rovesníkov, avšak činnosť skupiny je dysfunkčná z hľadiska morálky či zákona.

Na poruchy správania ako také je možné nazerať z pohľadu ich vzniku a príčinnosti, ale tiež i z hľadiska dopadu. Už Werner (1972) označil poruchy správania ako psychicky chybné správanie sa detí a mladistvých, pričom toto správanie má najmä sociálny dopad nielen na pôvodcu správania, ale najmä na jeho širšie či užšie okolie. Napríklad v školskom prostredí je dôsledkom porúch správania obmedzovanie či zaťažovanie školskej society, či už ostatných žiakov, alebo i učiteľa. Tinka (2010) uvádza, že v súčasnosti je vplyvmi spoločnosti podmienený nárast agresívneho správania v detskom a adolescentnom veku. V meniacej sa dobe, kedy v adolescentnom veku človek vníma hlavne svoje práva a povinnosti s nimi súvisiace nie sú prioritné, je tento fenomén čoraz viac prenikajúci do školského prostredia i spoločnosti. Zároveň ale, z toho istého dôvodu, býva označované každé patologické správanie ako porucha správania, pričom nejde o synonymum. Zelina (2011) problémy v správaní v pedagogickom kontexte člení na tri oblasti:

- nedisciplinované správanie,
- problémové správanie,
- poruchy správania.

Tieto oblasti je potrebné diferencovať a verifikovať, do akej miery ide o nedisciplinované či problémové správanie a či má charakter poruchy, alebo vzhľadom k jej diagnostickým kritériám nejde o poruchu správania.

V adolescentnom veku sa v súčasnosti vyskytuje v našej spoločnosti veľké ohrozenie prostredníctvom sociálnopatologických javov, ako sú rôzne intoxikácie organizmu (závislosti), fajčenie či záškoláctvo. V podmienkach Slovenskej republiky je fajčenie samostatnou oblasťou, ktorá je verejnosťou tolerovaná, napriek tomu že ide o závažnú závislosť. Fajčenie v minulosti patrilo ku spoločenskému statusu a jeho status sa drží aj v súčasnom období, napriek snahám zo strany mnohých európskych štátov. Ide o drogu, ktorá je voľne dostupná, ľahko získateľná i pre deti v školskom a adolescentnom veku. V 90. rokoch minulého storočia prenikol aj do našich oblastí trend ďalších dostupných návykových látok – drog.

Hucíková (2011) uvádza vnútorné príčiny závislostí v kontexte porúch správania:

- fyzická a psychická väzba na predmet závislosti,
- neschopnosť primerane fungovať vo svojom prostredí, plniť požiadavky a nároky okolia,
- utiekanie sa do nereálneho sveta fantázií.

Následkom užívania návykových látok je podľa Matouškovej (2013) násilná, majetková a mravnostná kriminalita. Hughes et al. (2008) zaraďujú medzi prejavy súvisiace s poruchami správania práve zneužívanie drog ako najčastejší sprievodný problémový okruh. Neraz sa adolescent ku drogám obracia ako ku riešeniu svojich problémov napriek faktu, že to jeho problémy iba prehĺbi. Matoušková (2013) uvádza, že najvyšší počet experimetátorov s drogami sú podľa oficiálnych zdrojov adolescenti vo veku 15-19 rokov, v reálnom živote sa podľa súčasného trendu vek posúva do nižšieho veku. Ďalšou spoločensky tolerovanou závislosťou je alkohol. Nie je vnímaný ako problém, napríklad aj pri rodinných oslavách dieťa často býva, a aj v minulosti bývalo, ponúknuté alkoholom, napriek nevhodnosti alkoholu pre detský organizmus. Alkoholová závislosť býva okolím často zľahčovaná, nie je tomu pripisovaná taká dôležitosť, ktorú v skutočnosti nesie. Searight et al. (2001) taktiež uvádzajú prediktory porúch správania v skorom adolescentnom období, medzi ktoré zaraďujú fajčenie, zneužívanie alkoholu a drog, ale tiež aj neviazanú sexuálnu aktivitu. Hranice sexuálnej aktivity sa posúvajú aj vzhľadom k multikulturalite nášho prostredia do čoraz nižšieho veku, pričom absentuje sexuálna výchova. Ak nemá adolescent informácie z rodinného prostredia, často získava skreslené informácie od rovesníckej skupiny, čo môže viesť ku neinformovanosti a následným komplikáciám, či už vo forme sexuálne prenosných ochorení, či neželaného tehotenstva.

Poruchy osobnosti, traumy, duševné poruchy sú ďalšie diagnózy, ktoré spôsobujú problémy v správaní adolescentov, sú však viazané na prvotnú diagnózu duševného ochorenia. Zmiešané poruchy správania a emócií (F92) sú kombináciou pretrvávajúceho agresívneho či asociálneho správania a výrazných príznakov neurotickej alebo afektívnej poruchy (depresia, úzkosť, fóbia, obsesia, kompluzia, depersonalizácia).

V tomto kontexte je dôležité ešte spomenúť hyperkinetické poruchy (F90), ktoré tvoria samostatnú kategóriu porúch, a ako také nepredstavujú poruchu správania. Avšak ich sekundárnym následkom často býva práve asociálne správanie, ktoré predstavuje neprimeraný mechanizmus zvládania, resp. obranný mechanizmus mladého človeka, ktorého sebedomie bolo negatívne zasiahnuté hyperkinetickou poruchou a problémami s ňou spojenými.

Hyperkinetické poruchy sa rozdeľujú na dva hlavné typy:

- porucha aktivity a pozornosti (F90.0), ktorá zahŕňa nedostatok pozornosti, poruchu či syndróm s hyperaktivitou (ADHD),
- hyperkinetická porucha spojená s poruchou správania (F90.1).

Mladí ľudia s hyperkinetickými poruchami nedokončujú činnosti, prechádzajú od jednej činnosti k inej, ich konanie je dezorganizované, avšak s nadmernou aktivitou. *„Hyperkinetické deti sú často bezohľadné a impulzívne, náchylné na úrazy a často sa dostávajú do disciplinárnych problémov, skôr pre neúmyselné porušovanie pravidiel ako pre úmyselné ťahy s dospelými sú často sociálne dezinhibované, bez normálnej ostražitosti a rezervovanosti. Sú nepopulárne medzi inými deťmi a môžu sa dostať do izolácie. Časté je zhoršenie poznávacej schopnosti a neúmerne časté sú špecifické oneskorenia vo vývine motoriky a reči“* (MKCH-10). Emocionálna záťaž dieťaťa s hyperkinetickou poruchou môže vyústiť do porúch správania, a to najmä v prípade absentujúcej odbornej pomoci dieťaťu a jeho rodine. Okolie dieťaťa stigmatizuje a následne si dieťa vytvára nevhodné spôsoby, ktorými sa vyrovnáva s odvrhnutím, nenávisťou voči sebe a iným.

3.3 Príčiny porúch správania v adolescencii

Problémové správanie vzniká za predpokladu súčasnosti viacerých multifaktoriálne pôsobiacich faktorov. Rodinné a sociálne prostredie je viditeľným podnecujúcim faktorom. Searight et al. (2001) vymedzili najčastejšie faktory rodinného prostredia podieľajúce sa na vzniku poruchy správania:

- antisociálne správanie sa rodiča/rodičov,

- závislosť rodiča/rodičov,
- psychiatrické ochorenie rodiča/rodičov,
- zneužívanie a zanedbávanie detí,
- nefunkčný partnerský/manželský vzťah,
- nízky sociálny status rodiny, chudoba,
- absencia rodiča/rodičov v rodine,
- nevyrovnanosť vo výchovných štýloch rodičov.

Antisociálne správanie sa rodiča/rodičov je predpokladom pre opakovanie vzoru správania adolescentom, pričom ho považuje za spoločensky prijateľnú normu. Ako dôležitý etiologický faktor sa tiež ukázalo hereditárne rodinné zaťaženie, čiže psychiatrické ochorenie rodiča či oboch rodičov. Nízky sociálny status či absencia partnerských či rodičovských väzieb je tiež prediktorom vzniku poruchy správania. Výchovný štýl rodičov je taktiež dôležitým aspektom podieľajúcim sa na vzniku poruchy správania v adolescentnom období. Prevendárová (1998) popisuje deväť výchovných štýlov, negatívne ovplyvňujúcich rodinný systém:

1. Výchova cez úspechy
2. Hyperprotektívna výchova
3. Liberálna výchova
4. Demokratická výchova
5. Rigorózný autokratizmus
6. Punitívny autokratizmus
7. Príležitostný autokratizmus
8. Zanedbávajúca výchova
9. Zavrhujúca výchova

Adolescent, okrem vplyvu na vlastnú osobnosť, si výchovný štýl svojej rodiny berie ako vzorové správanie, keďže je naučený určitým rodinným normám. Tak ako hyperprotektívna, tak i zanedbávajúca výchova môže byť prvotným faktorom vzniku problémov v správaní adolescenta vo vzťahu k svojmu okoliu. Ďalším problémom môže byť nesúlad vo výchovných štýloch oboch rodičov.

Sociálne prostredie je samostatnou oblasťou najmä v období adolescencie, pretože práve v tomto období societa rovesníckej skupiny nadobúda vysokú dôležitosť. Patriť ku skupine je sociálny fenomén, pričom ako problémové sa tu môžu javiť viaceré faktory – príslušnosť ku skupine, odmietanie skupinou, prílišná závislosť na skupine, ale tiež nevhodnosť sociálnej skupiny z hľadiska vplyvu sociálno-patologických faktorov. Nevhodný výber skupiny je

prediktorom ku vzniku sekundárnych problémov prameniacych z poruchy správania ako takej, napríklad na trestno-právnej úrovni. Nevhodné sociálne prostredie veľa ráz úzko súvisí so zneužívaním návykových látok, ktorých dôležitosť z hľadiska tejto problematiky sme skúmali vyššie.

Okrem vplyvu rodinného a sociálneho prostredia je dôležité tiež prostredie školské, pretože adolescent môže spadať do školského systému. Ako častý problém v súvislosti s poruchami správania sa objavuje záškoláctvo. Hucíková (2011) medzi vnútorné príčiny záškoláctva zaraďuje:

- problémy v rodine (rozklad rodiny, rozvod, odchod jedného z rodičov, väzba rodiča, závislosť rodiča, zhoršenie finančnej situácie a s tým súvisiaci znížený sociálno-ekonomický status),
- zmeny vo výchove (prílišná pozornosť verus absencia pozornosti rodičov).

Ak je školské prostredie súčasťou života adolescenta, je nevyhnutné zaoberať sa ním aj v súvislosti s poruchou správania. Bakken et al. (2012) skúmali možnosti odbornej intervencie v školskom procese pre žiakov v adolescentom období s poruchami správania, pričom ako hlavný faktor školskej úspešnosti sa ukázala pripravenosť učiteľov v danej problematike.

Poruchy správania v adolescentnom veku je potrebné skúmať z hľadiska všetkých pôsobiacych činiteľov, ktorými sú rodinné, sociálne, školské prostredie, ale i patologické faktory, ktoré v tejto fáze nie je možné z procesu odbornej intervencie vyčleňovať. Úlohou intervenčného procesu je pôsobiť multifaktoriálne, a tak predchádzať sekundárnym sprievodným ohrozeniam človeka s poruchou správania v adolescentnom veku.

Dodge a Pettit (2003) predstavili bio-psycho-sociálny model chronických problémov v správaní adolescentov. Tento model hovorí o biologických predispozíciách, ktoré znamenajú určité riziko vzniku problémov v správaní detí raného veku, no rozhodujúcu rolu pri vzniku a pretrvávaní porúch správania zohrávajú rodičia, rovesníci a sociálne inštitúcie. Objavenie sa chronického antisociálneho správania najlepšie vysvetľuje transakčný vývinový model. Vývin adolescenta v oblasti sociálneho správania je determinovaný recipročnými vplyvmi medzi dispozíciami, kontextom a životnými skúsenosťami, ktoré môžu antisociálny vývin udržiavať alebo naopak potlačiť. Na správanie dieťaťa resp. adolescenta vplývajú aj kognitívne a emocionálne procesy, ktoré sa odohrávajú v jeho psychike. Tieto procesy zahŕňajú napríklad spôsob získavania vedomostí alebo získané vzorce spracovania sociálnych informácií. To, ako adolescent kognitívne a emocionálne spracováva životné zážitky,

ovplyvňuje jeho výsledné správanie smerom k pozitívnemu sociálnemu správaniu, alebo smerom k poruchám správania.

3.4 Potreby adolescentov s poruchami správania

Potreby adolescentov s poruchami správania vychádzajú z vývinových potrieb tohto obdobia, avšak vývinových potrieb zmenených a ovplyvnených psychosociálnymi faktormi, ktoré so sebou porucha správania a pridružené problémy prinášajú. Keďže pre adolescentov je dôležité prináležanie ku skupine rovesníkov, aj intervenčné programy sú zvyčajne realizované skupinovú formou. Polínek (2013, s. 140-141) popísal tri základné fenomény skupinovej práce, na ktoré treba pri výchovnej a terapeutickej práci so skupinou brať ohľad. Ide o princíp skupiny ako celku, fenomén skupinovej dynamiky a fázy vývoja skupiny.

Z hľadiska spoločnosti, ako aj vo význame užšieho okruhu sociálneho okolia adolescenta (rodina, škola, práca), je významnou potrebou prekonanie poruchových vzorcov správania a prechod k adaptovanému spôsobu života. Na prvý pohľad sa môže zdať, že tieto vyjadrujú požiadavku okolia, a nie vnútornú potrebu adolescenta. Nakoľko ale poruchy správania ovplyvňujú vzťahy adolescenta s okolím a limitujú možnosti jeho uplatnenia, stáva sa ich prekonanie aj potrebou adolescenta. Z tohto dôvodu sa v intervencii najčastejšie využívajú behaviorálne a kognitívno-behaviorálne stratégie, ktoré sa priamo zameriavajú na vzorce správania a ich zmenu.

Tak ako v každom vývinovom štádiu, napĺňanie vývinových úloh je rozhodujúce pre subjektívny pocit spokojnosti a objektívne ukazovatele sociálnej participácie. Nemecká štúdia (Margraf, Pinquart, 2015) poukazuje na rozdiely v napĺňaní vývinových úloh adolescentmi s poruchami správania a emócií a adolescentmi bez týchto porúch. Študenti s poruchami správania vnímali nižšie naplnenie vlastných vývinových úloh v siedmich z 12 oblastí, výrazné rozdiely boli najmä v úlohách týkajúcich sa zodpovednosti spojenjej s dospelosťou.

Wynne et al. (2013) sa pýtali rodičov detí a adolescentov s poruchami správania na dopady porúch správania dieťaťa na jeho život v dospelosti. Rodičia hovorili o charakteristikách dieťaťa, strese, ktorý výchova dieťaťa s poruchami správania pre nich znamenala, ako aj o ich vnímaní faktorov, ktoré ovplyvnili úspešné alebo neúspešné uplatnenie dieťaťa v dospelosti. Za negatívny rizikový faktor bolo považované prerušenie školskej dochádzky alebo vylúčenie dieťaťa zo školy. Ani v jednom prípade (n=34) nebol študent, ktorého vylúčili zo školy, v dospelosti ohodnotený rodičom ako úspešný, napriek primeranému sociálno-ekonomickému statusu rodiny. Ako dôležitý pozitívny faktor bolo hodnotené zotrvanie v škole, no ako

najdôležitejší predpoklad úspechu dieťaťa v dospelosti však rodičia považovali vnútorné predpoklady dieťaťa alebo adolescenta.

Z toho vyplývajú dôležité implikácie pre učiteľov a odborníkov. Pre podporu dieťaťa je potrebné sa zamerať na jeho psychické prežívanie a podporu vnútorných zdrojov. Potvrďuje to aj výskum podpory reziliencie detí s poruchami správania a emócií v špeciálnych školách (Herz, 2013).

3.5 Potreby rodiny pri výchove adolescentov s poruchami správania

Rodina je súčasťou celého procesu, súvisiaceho s adolescentom s poruchou správania. Podľa Gaburu (2012) má rodina významnú úlohu v akomkoľvek procese, súvisiacom aspoň s jedným z jeho členov. Porucha správania je poruchou zasahujúcou celú osobnosť človeka, a preto je dôležitosť rodinného prostredia a spolupráce jej členov vysoká.

Súčasná rodina je vplyvom okolitých udalostí pod neustálym tlakom zmien. Vnímanie klasického modelu rodiny – matka, otec, dieťa - je v súčasnosti mnohokrát pozmenené, či už kvôli absencii jedného z rodičov, rozvodom rodičov, či obmedzením spoločne stráveného času s rodičom z finančných, pracovných alebo iných dôvodov. Pre pochopenie potrieb rodiny je potrebné vymedziť jej najčastejšie problémy v súčasnosti. Výrost a Slaměnik (2001) ich popisujú nasledovne:

- zameranosť člena rodiny na vlastné záujmy,
- absencia vízie trvalosti vzťahu, rastúca rozvodovosť,
- zvyšovanie veku počatia prvého dieťaťa,
- intímne vzťahy a partnerstvá bez orientácie na prirodzené možné reprodukčné dôsledky,
- skoré a predmanželské sexuálne skúsenosti,
- nezrelosť partnerov na psychosociálnej úrovni,
- zdôrazňovanie rovnoprávnosti a stieranie špecifických rolí v manželstve, rola matky verzus rola žiteľky rodiny,
- nedostatok času na spoločné trávenie voľného času, dvojkariérové rodiny,
- inštitucionálne nahradzovanie výchovy detí,
- zúženie medzigeneračných vzťahov,
- odklon od typických rodinných koalícií,
- vysoká spoločenská tolerancia k rozvodovosti, zvýšená rozvodovosť,
- zníženie pôrodnosti, rast významu a dostupnosti antikoncepcie,

- snaha cirkvi o posilnenie stability rodiny,
- dôraz na materiálne hodnoty, zabezpečenie štandardu.

Uvedené problémy sú často vstupnou bránou pre vznik ďalších ťažkostí a smerujú až k rozpadu rodiny ako stavebnej jednotky. V prípade rodiny s adolescentom s poruchou správania je obzvlášť potrebné zaoberať sa ich riešením, nakoľko ich neriešenie môže poruchu správania zhoršovať a spôsobovať následky, ktoré nielen nie sú na prijateľnej morálnej úrovni, ale dostávajú sa až na úroveň kriminálnu.

Z hľadiska dopadu poruchy správania u člena rodiny je potrebné pracovať s rodinou ambulantnou i terénnou formou, ktorá v našich podmienkach žiaľ stále nie je obvyklou formou odbornej práce. Odborník rodine ponúka možnosti ako daný problém pochopiť, prijať okolnosti, ktoré s ním súvisia, a následne formou sprevádzania plánovať kroky k stabilizovaniu situácie. Podľa Prevendárovej (2001, str. 6) je práca liečebného pedagóga v rodine zacielená najmä na „*odstránenie, respektíve zmiernenie ťažkostí klienta prostredníctvom rodinných príslušníkov, lepšiu adjustáciu klienta v rodine, adaptáciu klienta na nové, objektívne ťažko zmeniteľné podmienky, napríklad v dôsledku ťažkého ochorenia alebo zdravotného postihnutia rodičov či dieťaťa, úmrtia v rodine, atď.*“.

Liečebný pedagóg sprevádza rodinu jej životnou cestou. Reaguje na problém rodiny citlivo, aktuálne a flexibilne (Heninng, Pelz, 2002). Jednou z úloh liečebného pedagóga je posilnenie rodičovských kompetencií oboch rodičov (ak sú v rodine prítomní obaja rodičia) natoľko, aby nachádzali vlastné zdroje pre zvládanie náročnej situácie súvisiacej s problémom ich dieťaťa v adolescentnom veku.

Potrebou rodiny je v prvom rade podpora zo strany okolia, ale tiež informovanosť o diagnóze ich dieťaťa a o možnostiach, ktoré majú pri súvisiacich problémoch ako rodina. Rešpekt rodiča ako partnera v spolupráci pri riešení problému jeho dieťaťa je nevyhnutnou konštantou. Tak ako pri faktoroch podporujúcich vznik porúch správania, tak i pri spolupráci s rodinou je potrebné zamerať sa na problém multifaktoriálne, zohľadňujúc špecifiká danej rodiny, a pôsobiť podporne a sprevádzajúco. Růžička (2013) popisuje sociálno-aktivizačné služby pre rodiny, ktoré rodinám poskytujú pomoc pri riešení následkov dlhodobých krízových situácií v rodine, ktoré rodičia nie sú schopní sami zvládnuť. Služba obsahuje výchovné a vzdelávacie aktivity, pomáha pri sprostredkovaní kontaktu s primeraným spoločenským prostredím, na čo sa viažu aj činnosti sociálnej terapie a iné.

Typickým pre adolescentov s poruchami správania a emócií je rezistencia (odpor) voči liečbe. Emunah (2005) pracovala s mladými ľuďmi vo veku 13-17 rokov, ktorí pochádzali

z dysfunkčného rodinného prostredia. Vážne narušená situácia v rodine vyústila u týchto adolescentov do zneužívania návykových látok, útekov, kriminálneho a samovražedného správania. Spoločensky neprispôsobivé správanie znamenalo násilnú hospitalizáciu. Adolescenti sú plní hnevu voči rodičom, ktorý sa prenáša na všetky autoritatívne figúry a prostredia. Zároveň trpia pocitom bezmocnosti. Cítia sa byť uväznení v nemocnici a chcú bojovať proti všetkým aspektom liečby. Podľa výskumu Rinsley a Inge (1961, citovaní podľa Emunah, 2005) adolescenti vnímajú nemocnicu ako nepriateľa, nad ktorým sa snažia vyhrať.

Cieľom v terapii je prostredníctvom vzťahu s terapeutom pomôcť v konštruktívnych interakciách s rovesníkmi. Zmeny, ku ktorým počas puberty a adolescencie dochádza, vytvárajú neistotu a instabilitu. Schopnosť myslieť sa v adolescencii maximálne rozvinula a orientuje sa na budúcnosť, napr. v predstave naplnenie idealistických cieľov, ale aj v uvedomovaní si dôsledkov vlastného konania. Adolescenti riešia existenciálne dilemy, tvoria si hodnotový a morálny systém. Rebelstvo adolescentov môže byť spôsobené pocitom frustrácie a nevyhnutnosťou riešiť tieto zmeny. Je to rebelstvo voči zodpovednosti spojenej s nezávislosťou dospelosti. Adolescent sa nachádza medzi túžbou po získaní slobody a práv dospelého na jednej strane. Na druhej strane stále potrebuje byť chránený a mať pocit, že je o neho postarané. Mladí ľudia nedôverujú dospelým a odmietajú ich rady – radšej sa obracajú na rovesnícku skupinu. Pri tomto posune od rodičov, ktorí boli až doteraz vzťahnými osobami, adolescenti zažívajú prázdnotu, smútok, stratu a oslabenie fungovania ega (Emunah, 2005). Rebelstvo je preto v tomto období prirodzené. Avšak môže dôjsť aj k narušeniu tohto vývinu a konfúzii (zmäteniu) identity – v prípade, že adolescent disociuje časť svojej osobnosti. Spojenie zmätenia identity a dysfunkčnej rodinnej dynamiky sťažuje bezpečné a postupné vzdľavovanie sa od rodiny. Prejavujú sa ťažkosti s prispôbením, nízke sebavedomie a sebaobraz, myšlienkový chaos, neprimerané spracovanie emócií a deštruktívne spôsoby správania. Tie sa zosilňujú, pokiaľ má adolescent zablokovaný pocit osobnej sily a kontroly. V tomto prípade je podľa Emunah (ibid.) dokonca aj rebelstvo vnímané ako bezúčelné alebo bezvýsledné. Často prináša beznádej, zúfalstvo a sebadeštruktívne konanie. Rebelstvo je spôsobom vyrovnania sa s pocitmi frustrácie, bolesti, strachu, zranenia, nepochopenia, odmietnutia alebo zrady.

Problémy spojené s vekom adolescencie (Emunah, 2005):

- neistota,
- nízke sebavedomie, pochybovanie o sebe,
- zaoberanie sa telesným vzhľadom,

- potreba súhlasu a potvrdenia skupinou,
- túžba byť stredobodom pozornosti a zároveň strach z vyčnievania (pretože kvôli nízkemu sebavedomiu očakávajú zosmiešňovanie a zlyhanie),
- potreba boja proti dezintegrácii, potreba udržania stabilného sebaobrazu.

Záver

Poruchy správania v adolescencii predstavujú problém, ktorý sa zvyčajne tiahne už z predchádzajúcich vývinových období. Avšak v adolescencii poruchy správania nadobúdajú vážnejšiu podobu aj z hľadiska vplyvu správania adolescenta na spoločnosť, nielen vplyvu na jeho individuálny vývin a socializáciu. Z liečebnopedagogického hľadiska je dôležité porozumieť kontextu porúch správania na základe špecifických vývinových potrieb adolescentov s poruchami správania a emócií a na základe tohto poznania vytvoriť vhodné intervenčné stratégie.

Použitá literatúra:

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.), Washington, D.C.; London : APA, 2013. ISBN 978-0-89042-554-1.
- BAKKEN, J. P., OBIAKOR, F. E., ROTTATORI A. F. (Eds.) 2012. *Behavioral disorders: identification, assessment, and instruction of students with EBD*. UK: Emerald Group Publishing Limited. ISBN 978-1-78052-504-4.
- DODGE, K. A., PETTIT, G. S. 2003. A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. In *Developmental Psychology*, roč. 39, 2003. č. 2, s. 349 – 971.
- EMUNAH, R. 2005. Drama therapy and adolescent resistance. In WEBER, A. M., HAEN, C. (Eds.). 2005. *Clinical applications of drama therapy in child and adolescent treatment*. New York : Brunner-Routledge, 2005. 290 s. ISBN 0-415-94844-4. s. 107 – 120.
- FLOWER, A., McDANIEL, S. C., JOLIVETTE, K. 2011. A literature review of research quality and effective practices in alternative education settings. In *Education and Treatment of Children*, roč. 34, 2011. č. 4, s. 489 – 510.
- GABURA, J. 2006. Sociálna práca s rodinou. Bratislava: Občianske združenie sociálna práca. 2006.
- GARFINKEL, L. 2010. Improving family involvement for juvenile offenders with emotional/behavioral disorders and related disabilities. In *Behavioral Disorders*, roč. 36, 2010. č. 1, s. 52 – 60.
- GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. 2009. Rodinná terapia. Systemické a naratívne prístupy. Praha: Grada Publishing. 2009. ISBN 978-80-247-2390-7.
- GLASOVÁ, M. 2006. Aktuálne otázky adolescencie v psychologickú teóriu a výskume. In *Adolescencia: aktuálne otázky predčasného a predĺženého dospievania Bratislava : Slovenská spoločnosť pre rodinu a zodpovedné rodičovstvo*, 2006. ISBN 80-968891-5-X. s. 15-25.
- HENNIG, G. PELZ, G. 2002. Transakční analýza – terapie a poradenství. Praha: Grada Publishing. 2002. ISBN 978-80-247-1363-2.
- HERZ, R. 2013. *Nurturing Resiliency among Adolescents with Emotional and Behavioral Disturbances (EBD) in a Special Education Setting*. Doctoral dissertation. University of Northern Iowa.
- HUCÍKOVÁ, M. 2011. Špecifiká práce poradcov v systéme výchovného poradenstva pri zvládání porúch učenia a správania sa žiakov. Bratislava: Diagnostické centrum. Dostupné na http://web.saaic.sk/nrcg_new/doc/Zbornik/08_Kap-3.2.pdf [citované dňa 29.10.2015].
- JENABAADI, H., SARANI, S. 2014. Study the Prevalence of Behavior Disorders and Related Factors in Primary School Students. In *Asian Journal of Research in Social Sciences and Humanities*, roč. 4, 2014. č. 1, s. 299 – 317.
- KONDÁŠ, O. 2002. State z klinickej psychológie. Trnava: Univerzita sv. Cyrila a Metoda. 2002. ISBN 978-80-968-19-14-0.
- MACEK P. 2003 Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7.
- MATOUŠKOVÁ, O. 2013. Aplikovaná forenzní psychologie. Praha : Grada Publishing. 2013. ISBN 978-80-247-4580-0.
- MARGRAF, H., PINQUART, M. 2015. Attainment of developmental tasks in

- emotionally and behaviourally disturbed adolescents across regular vs. special schools: a four-group comparison. In *European Journal of Special Needs Education*, roč. 30, 2015. č. 3, s. 351 – 366. <http://doi.org/10.1080/08856257.2015.1023003>
- POLÍNEK, M. D. 2013. Skupinová práca v rámci krízovej intervencie. In RŮŽIČKA, M. et al. 2013. *Krizová intervence pro speciální pedagogy*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, s. 139-166. ISBN 978-80-244-3305-9.
- PREVENDÁROVÁ, J. 2001. *Rodinná terapia a poradenstvo*. Bratislava : Humanitas. 2001. ISBN 978-80-89229-20-8.
- RUŽIČKA, M. 2013. Systém zařízení. In HUTYROVÁ, M., RŮŽIČKA, M. SPĚVÁČEK, J. 2013. *Úvod do speciální pedagogiky osob s psychosociálním ohrožením a narušením*. Olomouc : VUP, 2013. s. 46-70. ISBN 978-80-244-3726-2.
- VÁGNEROVÁ, M. 2000. *Vývojová psychologie. Dětství, dospelost, stáří*. Praha : Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
- VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. 2001. Aplikovaná sociální psychologie. In POTOČÁROVÁ, M. 2008. *Pedagogika rodiny. Teoretické východiská rodinnej výchovy*. Bratislava : Univerzita Komenského. 2008. ISBN 978-80-223-2458-8.
- WERNER, R. 1972. *Dieťa s poruchami správania*. Bratislava : SPN, 1972.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1992. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinica descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva : World Health Organization, 1992.
- WYNNE, M. E., AUSIKAITIS, A. E., SATCHWELL, M. 2013. Adult Outcomes for Children and Adolescents with EBD: Understanding Parents' Perspectives. In *SAGE Open*, roč. 3, 2013. č. 1, s. 1 – 14. <http://doi.org/10.1177/2158244013483133>