Petra Mitašíková, (Ed.)

Zborník z medzinárodnej vedecko-odbornej konferencie konanej 19. – 20. Októbra 2012 v Bratislave, v Záhorskej Bystrici

Vzťah v pomáhajúcich profesiách

Bratislava

2013

Medzinárodnú vedecko-odborná konferenciu Vzťah v pomáhajúcich profesiách organizovali

UNIVERZITA KOMENSKÉHO V BRATISLAVE, Pedagogická fakulta**,** Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky**,** Katedra liečebnej pedagogiky, Centrum výskumu v sociálnej práci a liečebnej pedagogike**, Občianske združenie Asociácia liečebných pedagógov PRO LP, Katedra liečebnej pedagogiky Fakulty špecializačných zdravotníckych štúdií SZU**v spolupráci s **Mestskou časťou Bratislava - Záhorská Bystrica** a **Základnou školou a materskou školou na Hargašovej ul. v Záhorskej Bystrici**

Medzinárodná vedecko-odborná konferencia je organizovaná k príležitosti **40.výročia vstupu liečebných pedagógov do pracovného poľa pomáhajúcich profesií**

19. – 20. október 2012

Bratislava
Záhorská Bystrica

Mitašíková, Petra (Ed.)

Vzťah v pomáhajúcich profesiách

Zborník z medzinárodnej vedecko-odbornej konferencie 2012

Univerzita Komenského v Bratislave

2013, 368 s.

Garanti vedecko-odbornej konrefencie:

Prof. PhDr Marta Horňáková, PhD.

Univerzita Komenského v Bratislave,

Ústav sociálnej práce a liečenej pedagogiky

Katedra liečebnej pedagogiky

Prof. PhDr. Milan Schavel, PhD.

Trnavská univerzita v Trnave,

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Doc. PhDr. Albín Škoviera, PhD.

Univerzita Komenského v Bratislave,

Ústav pedagogických vied a štúdií

Katedra sociálnej pedagogiky a vychovávateľstva

Recenzenti vedecko-odborného zborníka:

Doc. PhDr. Albín Škoviera, PhD.

Prof. PhDr. Milan Schavel, PhD.

Jazyková úprava: **Mgr. Petra Mitašíková, PhD., Mgr. Pavol Janoško, PhD.**

Vydavateľ: Univerzita Komenského v Bratislave

Vydanie: prvé

ISBN 978-80-223-3368-9

EAN 9788022333689

Obsah

Editorial 9

Vzťah v teórii liečebnej pedagogiky 11

Marta Horňáková

Supervízia v sociálnej práci – význam vzťahu medzi supervízorom a supervidovaným.19

Milan Schavel

Dôveryhodnosť a odborná spôsobilosť terapeuta v kontexte terapeutickej práce v prevýchovnom zariadení 28

Albín Škoviera

Stanovisko k inkluzívnej praxi v starostlivosti o ľudí s ľahkým mentálnym postihnutím v Holandsku - príspevok do diskusie so slovenskými liečebnými pedagógmi 37

Xavier Moonen

Postavenie senzorickej integrácie v procese výučby a výchovy 45

Tamás Reményi

Dieťa v centre pozornosti - tvorivé aktivity na rozvoj osobnosti dieťaťa, formovanie a upevňovanie vzťahov medzi učiteľom a deťmi 54

Barbora Vodičková , Monika Stupková, Magdaléna Szabová

Význam prirodzenej voľnej hry vo výchove a terapii.....63

Petra Mitašíková

Poruchy učenia, správania, koncentrácie a ich neuro-fyziologické príčiny – metóda INPP ako účinný nástroj na diagnostiku, prevenciu a intervenciu.....73

Katarína Sipos

Vplyv pripútania na vývin dieťaťa.....82

Zuzana Murínová

Internetové psycho-pedagogické poradentstvo pre deti a mládež so sociálnymi problémami.....91

Ewa Lubina

Využitie bábiky Kiwanis k nadviazaniu vzťahu v nemocnici.....98

Monika Stupková

Vzťahová väzba u detí s postihnutím 104

Lucia Felcanová – Mária Glasová

Bazálna stimulácia ako možnosť zachovať život a zaistiť vývin u detí s ťažkým viacnásobným postihnutím 121

Lucia Marcinová

Dôležitosť vzťahu pri uplatňovaní terapeutických konceptov u ľudí s viacnásobným postihnutím.....126

Zuzana Lucká

Pocit-Myšlienka-Hlas 132
Ivona Malinovská

Vytváranie vzťahu terapeuta a dieťaťa s autizmom v Snoezelen terapii a v terapii senzorickej integrácie 137
Ivana Lištiaková

Vzťahové väzby a komponenty expresívnych terapií v edukačnom procese 143
Katarína Majzlanová

Dieťa s oneskoreným vývinom reči v predškolskom veku (vychádzajúce z prípadovej štúdie) 165
Danuta Grzesiak-Witek

Ľudia s postihnutím na javisku - skúsenosť s prípravou a prezentovaním predstavenia:„ Prečolebo“ Divadla Dúhadlo (deti s Downovým syndrómom, ich súrodenci, kamaráti) – úspechy, pády a riziká. 175
Lucia Kralovičová

Výmenný obrázkovo komunikačný systém u detí s poruchou autistického spektra.....184
Katarína Mravíková, Petra Vraňáková

Autizmus doma alebo ako budovať vzťah s autistickým dieťaťom, ktoré vzťah (zdanlivo) nepotrebuje.....190
Mária MAGÁTOVÁ

Sociálne špecifiká hry u detí s poruchou autistického spektra a ich vplyv na kvalitu terapeutického vzťahu – skúsenosti s praxe z Domova sociálnych služieb prof. K. Matulaya 203
Katarína Hollá, Jana Čajágiová

Vzťah z pohľadu klienta a odborníka 212
Jana Pružinská

Zvláštne vzťahové nároky v pomáhajúcich profesiách.....224
Zlata Šramová

Vzťah medzi pomáhajúcim pracovníkom a klientom v kontexte terapeuticko-výchovnej pomoci 231
Pavol Janoško

Profesionálny vzťah v sociálnej práci a jeho princípy (hodnoty) 238
Peter Brnula

Kvalita vzťahovej väzby a jej odraz v procese arteterapie.....251
Zuzana Šiserová

Vzťah v pomáhajúcich profesiách z pohľadu študentov špeciálnej pedagogiky na Univerzite Palackého v Olomouci 263
Petra Křížkovská, Jana Olejníčková, Petra Tomalová

Výhody a úskalia sieťovania pomáhajúcich profesionálov na poli sociálnej práce s rodinou 276

Kristína Baťová

Gendrové aspekty vzťahu kolízneho opatrovníka a rodičov v procese rozvodu manželstva 284

Elena Ondrušková

Pomoc kurátora v rodine verzus efektívnosť intervencie 295

Paweł Witek

Sociálna práca s rómskou komunitou s prihliadnutím na typológiu osobnosti 305

Jana Čillíková

Otázky vzťahu odsúdený – sociálny pracovník vo väzenstve 320

Helena Grófová

Problematika spoluzávislých vzťahov.....326

Erika Kovácsová

Transformácia sociálnych služieb Transformation of social services.....335

Soňa Klempová

Ako začať s prevádzkovaním Ambulancie liečebného pedagóga 346

Jana Špániková

Kompetencie liečebného pedagóga v rámci zdravotníctva 351

Anna Babková

Liečebný pedagóg v odbornej liečebnopedagogickej ambulancii v Banskej Bystrici 355

Michal Mikula

Informácie o projekte „Európska iniciatíva za kompetentnosť vo včasnej intervencii .367

Pavol Janoško, Ivana Lištiaková, Dagmar Vatolíková, Zuzana Marošová 367

Editorial

V dňoch 19. – 20. októbra 2012 sa v Záhorskej Bystrici konala medzinárodná vedecko-odborná konferencia v rámci už tradičných Liečebnopedagogických dní. Organizovala sa pri príležitosti 40. výročia vstupu liečebných pedagógov do pracovného poľa pomáhajúcich profesií. Na podujatí sme privítali mnoho vzácnych domácich a zahraničných hostí. Profesorka Horňáková predniesla spolu s doktorkou Štúrovou, prof. Mikloškom a docentom Škovierom úvodné prednášky. Z Holandska na podujatí vystúpil Doc. Dr. Xavier Moonen – predseda IGhB (Internationale Gesellschaft heilpädagogischer Berufs- und Fachverbände), Spoločnosti pre liečebnopedagogické profesijné a odborné organizácie a zároveň prezident NVO (Niederländische Berufsverband für Akademisch Ausgebildete Pädagogen und Didaktiker), Holandského profesijného zväzu akademicky vzdelaných pedagógov a didaktikov.

Podujatie vytvorilo komunikačné prostredie k téme fenoménu „vzťah“ v pomáhajúcich profesiách. Venovali sme sa témam vzťahovej väzby, terapeuticko-výchovných vzťahov, iniciácii, budovaniu i mapovaniu prekážok rozvoja vzťahov. V diskusnom prostredí si vymieňali svoje odborné poznatky teoretici s praktikmi – študenti s učiteľmi – rodičia s odborníkmi.

V rámci prednášok, workshopov i posterových prezentácií sa predstavilo mnoho odborníkov nielen z liečebnej pedagogiky, ale aj sociálnej práce, sociálnej pedagogiky, špeciálnej pedagogiky, psychológie. Hosťovali sme zahraničných účastníkov z Maďarska, Poľska, Čiech a liečebných pedagógov z takmer všetkých kútov Slovenska.

Konferenciu lemovalo aj niekoľko sprievodných podujatí. Divadlo Dúhadlo sa predstavilo pre konferenčných hostí a pre zúčastnené deti zo ZŠ a MŠ Hargašova nádherným derniérnym predstavením – s názvom „Prečolebo“, v ktorom účinkovali talentovaní malí herci s Downovým syndrómom spolu s ich kamarátmi a súrodencami pod vedením liečebných pedagógov Mgr. art. Et Mgr. Lucie Kralovičovej a Bc. Erika Forgača. Na druhý deň sme privítali skupinu Clinic music, so speváčkou Annou Óvary – študentkou liečebnej pedagogiky. Oba dni bol ponúknutý prezentačný market s ukážkami pomôcok z praxe a posterové prezentácie prezentujúce prácu pomáhajúcich profesionálov.

Výstupom z konferencie je predkladaný zborník príspevkov, ktoré odzneli v rámci viacerých interaktívno prednáškových plén. Cenné je, že sa v rámci konferencie stretli profesionáli z viacerých odborov pomáhajúcich profesií, študenti, ale i rodičia, ktorých téma „vzťah“ dokázala spojiť. Atmosféru podujatia, zodpovedané diskusné otázky, zážitky „na vlastnej koži“ z praktických workshopov, rozhovory a priateľské stretnutia však zborník neobsiahne. To si zúčastnení z konferencie, ktorú sme netradične organizovali v krásnom prostredí obce Záhorská Bystrica odniesli ako bonus.

Mgr. Petra Mitašíková, PhD.
predseda organizačného výboru konferencie
Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky
Katedra liečebnej pedagogiky
e-mail: petra.mitasikova@gmail.com

ÚVODNÉ PREDNÁŠKY

Vzťah v teórii liečebnej pedagogiky

Marta Horňáková

ABSTRAKT

Vzťah je dôležitý v každej pomáhajúcej profesii. V liečebnej pedagogika má svoje špecifiká, lebo sa utvára k človeku so zdravotným, sociálnym znevýhodnením, komunikačnými bariérami. Vzťah je základom každej pomoci a vyznačuje sa dôverou, spoľahlivosťou, trpezlivosťou a vytvorením príležitostí pre zmenu. Je postavený na úcte a spoznávaní. Ide o stretnutie dvoch bytostí, kde tá silnejšia reflektuje iného človeka v jeho jedinečnom bytí a tým mu otvára nové perspektívy.

***Kľúčové slová**: vzťah, postoj, liečebná pedagogika, ponuka možností pre zmenu*

ABSTRACT

Die Beziehung ist in jeder Profession orientiert auf Hilfen und Dienste wichtig. In der Heilpädagogik hat seine Besonderheiten, da es wird bei Menschen mit Behinderungen, soziale Benachteiligungen, Kommunikationsbarrieren erstellt. Die Beziehung ist eine Grundlage aller helfenden Massnahmen und ist charakterisiert durch Vertrauen, Verlässlichkeit, Geduld und die Schaffung von Möglichkeiten für den Wandel. Es ist auf einem Respekt füreinander gebaut und es geht dabei um tiefes kennenlernen. Dies ist ein Treffen von zwei Wesen, wo der stärkere reflektiert ein anderer Mensch in seinem einzigartigen Dasein und damit es eröffnet für ihn neue Perspektiven.

***Kernwörter**: Beziehung, Haltung, Heilpädagogik, Chancen für Veränderung*

Vzťahy sú univerzálnou potrebou človeka a základnou skúsenosťou, ktorá ho formuje. Sú súčasne však aj výsostne individuálnou záležitosťou a jedinečnou a neopakovateľnou skúsenosťou.

Konečne, všetci dnes tu sme na ne expertmi, lebo okrem toho, že máme množstvo osobných skúseností, máme aj typ vzdelania, ktoré nám pomáha lepšie vzťahom rozumieť, vytvárať ich

a meniť. Od prenatálneho veku vzťahy tvoríme, udržiavame, ukončujeme, vyrovnávame sa s ich stratou, alebo dôsledkami. Človek si spravidla pre svoje vzťahy vyhľadáva osoby, ktoré ho priťahujú, obohacujú, s ktorými sa cíti dobre. Lebo nepríjemné a zraňujúce vzťahy sú spravidla zdrojom stresov, konfliktov. Bez dobrých vzťahov je život naplnený trápením. Zlé vzťahy, strata vzťahov, deficity sociálnej opory, alebo odmietanie a znevažovanie v prirodzenom sociálnom prostredí (ostrakizmus) vedú k zníženiu imunity a ochoreniam. Naopak, dobré sociálne vzťahy zlepšujú zdravie a pohodu človeka (Cohen a Syme. 1985, podľa Kaplan, Sallis, Patterson, 1993, 131).

Pri interakcii s ľuďmi so znevýhodnením, ochorením, poruchami a pod. sa často vzťahy vytvárajú s ťažkosťami. E. E. Kobi (1983, str. 125-) ich videl ako špecifické a ohrozené: Napr.:

- **zúžením možností a foriem** - pre bariéry vo vnímaní, komunikácii, obmedzenia v mobilite, nedostatok skúsenosti, predsudky, upnutie sa na klasické ciele, neznalosť kompenzačných prostriedkov, zníženú empatiu a podobne; Najprv je potrebné: vytvárať podmienky pre zlepšenie komunikácie a porozumenia, uprednostniť celostný prístup, hľadať riešenia;

- **ďalej sú ohrozené ochudobnením** - kedy prekážky súvisia s limitmi dieťaťa i dospelých pri vytváraní vzťahu v dôsledku psychických zvláštností, ktoré ovplyvňujú hĺbku, intenzitu, vrelosť vzťahov;

- **ohrozenie odcudzením -** kedy prekážky zahrňujú problémy spojené s nepochopením komunikačných signálov a správania, správanie človeka je vnímané ako rušivý element, niečo cudzie. Je tu neochota okolia žiť spolu v jednom svete, nedostatok trpezlivosti, zručností, tvorivosti;

  Tieto problémy sú závažné a spravidla je potrebné využiť psychoterapiu, poradenstvo, zmenu prostredia, pod supervíziou analyzovať problémy a hľadať možnosti porozumieť im.

- a nakoniec **ohrozenie zlomením**, hlbokou nedôverou; ktorá vzniká vtedy, ak sa človeku nikdy nedostalo dôvery, zažíval len neúspechy a poníženie a nakoniec sa vzdal a už nečaká iné vzťahy. Dôsledky sa prekonávajú ťažko a vyžadujú si dlhodobé

úsilie: aby bolo možné obnoviť dôveru, umožniť spolunažívanie, naučiť mať blízku osobu. Prekonanie negatívnych skúseností a modelov utvárania vzťahov si vyžaduje trpezlivosť a hlboké porozumenie danej situácie.

Pojem vzťah je mimoriadne často spomínaným pojmom v liečebnej pedagogike. Keď som si ho zadala ako heslo v Googli, našla som 28 tisíc odkazov (v nemčine). Spravidla všetky poukazujú na jeho dôležitosť. Vzťah je základom pre zmenu, pre rast a vývin. Je základným pilierom liečebnopedagogickej starostlivosti. W. Eitle (2008, 237) povedal kategoricky: „bez vzťahu medzi liečebným pedagógom a klientom sú všetky metódy zbytočné."

Práve tento týždeň (16.11.2012) na Akadémii pre liečebnú pedagogiku v Rummelsbergu bola konferencia na tému: Profesionálna rovnováha v liečebnopedagogickom vzťahu (spojenie, podržanie, riešenie). Prof. A. Trost tam prednášal o viacdimenzionálnom modeli vzťahu pri podpore zdravia detí, mládeže, ich príbuzných a pomáhajúcich.

Viac úrovňová dimenzia vytvárania a udržiavania vzťahu v procese prípravy zmien a ich ustálenia je podčiarknutá trojnásobnou zodpovednosťou liečebného pedagóga:

1. má zodpovednosť za klienta a jeho úlohou je akceptovať ho a sprostredkovať mu hodnoty, má pomôcť nájsť mu individuálny zmysel jeho bytia,

2. nesie zodpovednosť za to, aby bol kongruentný, aby to, čo ponúka bolo v súlade s jeho normami a hodnotami,

3. je zodpovedný voči svojmu zamestnávateľovi, má konať v súlade s poslaním a spoločenskou úlohou inštitúcie, kde pôsobí a zároveň tiež v súlade s etickými normami svojej profesie. (http://www.heilpaedagogik-info.de/fachwissen/grundlagen-heilpaedagogik/8-heilpaedagogisches-handeln-und-methoden.html

Nesie zodpovednosť nielen za ponuku vzťahu, ale aj za jeho kvalitu. Musí mať zvnútornené postoje úcty, láskavého záujmu. Musí byť pravdivý, mať difrencované hodnoty, byť presvedčený o zmysluplnosti vzťahu, životných skúseností a byť príkladom. Mnohí študenti bez väčších problémov môžu získať diplom, ktorý ich oprávňuje k práci liečebného pedagóga, ale nie všetci sa ním aj naozaj stanú. Je to proces pokračujúceho učenia a sebavýchovy. Pomôcť v tomto procese môžu skúsení terapeuti i kolegovia z iných pomáhajúcich profesií, a niektorí z nich sú dokonca hlboko liečebnopedagogickí vo svojich postojoch.

Vzťah je dôležitý vo všetkých pomáhajúcich profesiách. Psychoterapeut C. Rogers (1996) povedal, že ak dokážeme poskytnúť inému človeku určitý druh **vzťahu**, a ten človek nájde v sebe kapacitu využiť to, dôjde k zmene osobného postoja a tým aj k otvoreniu nových možností. Keď sú ľudia akceptovaní a dostane sa im úcty, majú sklon zaujať starostlivejší postoj aj voči sebe. Keď sa zdieľajú a niekto ich počúva, aj oni sami presnejšie vnímajú svoje prežívanie. Pôsobí to integrujúco a podporne pre rast odvahy pokúsiť sa o zmenu. Dáva to človeku slobodu byť viac sám sebou. Vzťah má teda sám o sebe aj **terapeutický náboj**.

Podobne ako C. Rogers, aj M. Buber (2005), filozof, sociológ a pedagóg († 1965), bol presvedčený, že človek v procese sebaaktualizácie potrebuje potvrdenie, ktoré môže dostať len vo vzťahu Ja a Ty. Toto potvrdenie pôsobí, ak znamená akceptovanie celého potenciálu toho druhého, ak v ňom ide o **spoznávanie človeka**, ktorý bol stvorený na to, aby sa **stával**. Ja potvrdzuje jeho Ty v sebe a pritom aj v ňom samom, vo vzťahu k jeho potenciálu. Dáva mu istotu, že teraz sa môže vyvíjať a rozvíjať" /in Rogers, 1996, str.54/. Moment takéhoto stretnutia podľa Bubera je jedinou skutočnou realitou prítomnosti, lebo len v stretnutí iného sa dá skutočne naplno žiť. Vzťah má teda aj **existencionálny význam**. Je cestou k nájdeniu hodnôt i individuálneho významu.

Súčasťou vzťahu je aj záujem a otvorenosť pri „spoznávaní“ a ochota počúvať, čo iný človek vyjadruje – či už slovami, pohybom, umením alebo konaním. Holandský liečebný pedagóg Jakob Rink (2005) hovoril o zodpovednosti a o nutnosti vnímavej prítomnosti dospelých v liečebnej výchove. Ak sa človeku takéhoto trpezlivého a reflektujúceho vzťahu nedostáva, podľa Rinka ide o základnú formu výchovného zanedbávania, ktoré špecifickým spôsobom poškodzuje jeho mozog. Nemecký liečebný pedagóg O. Speck (2008) hovoril o neuronálnej deprivácii. S dôsledkami sa stretávame u detí a mládeže s neprispôsobivým a agresívnym správaním. Príčinou je, že bez dôvernej a láskyplnej interakcie dospelého s dieťaťom sa neutvárajú tzv. zrkadliace neuróny, ktoré sú nutné, aby ono porozumelo sociálnemu správaniu, naučilo sa mu a vedelo sa prispôsobiť požiadavkám okolia. O. Speck (2008, str. 138) tiež uviedol, že tieto neuróny, ktoré umožňujú pochopenie sociálneho správania, redukujú masívne svoju aktivitu v situácii strachu a stresu. Musí ísť teda o vzťah a situácie bez týchto negatívnych emócií.

Ďalším predpokladom dobrého vzťahu je **presvedčenie (nádej, viera),** že dieťa/ človek má potenciál pre vývin, pre zmenu. Lebo ak jednotlivec z nejakého dôvodu stratil právo na to,

aby sa mu verilo, je tu nemožné vytvoriť vzťah dôvery (Frankl, 1996, 2011). Dôvodom pre prinízke očakávanie môže byť napr., že má diagnózu so zlou prognózou, alebo momentálne nie je pripravený spolupracovať, či opakovane sklamal očakávania v rámci daných možností. Ak totiž ide o človeka v naozaj ťažkej situácii, ktorý už stratil nádej a nevyužíva svoje možnosti, potrebuje dôvod pri hľadaní životného optimizmu, pri hľadaní „áno" životu. Preto treba začínať každý vzťah opatrným krokom dôvery.

H. Hanselmann (1933, s. 109), prvý profesor pre liečebnú pedagogiku, východiskovú situáciu pre liečebnopedagogický vzťah popísal takto: *„Dávame človeku slobodu, aby si sám vybral, aký vzťah si vytvorí. Hovoríme mu:" Nie sme nikdy celkom hotoví s prácou na sebe, ako je stále niečo nové pod slnkom. Zo stebla vyrastie strom a obyčajný bicykel ti pomôže objaviť zázrak za zázrakom." Chráňme sa svet zjednodušovať a sprehľadňovať. Celý svet je otvorený pre nás s jeho diaľkami, výšinami i hlbinami. Nech siahneme kdekoľvek, všade je zaujímavý."*

E. Kobi (1995, s. 353) upresňuje, že *„ponukou nového vzťahu človek získava novú formujúcu skúsenosť, ale musí zostať sám sebou so svojimi predchádzajúcimi vzťahmi a skúsenosťami."*

Pritom nejde o uskutočnenie svojej predstavy o optimálnom fungovaní klienta. Skôr ide o hľadanie odpovede na otázku: „Ako sa mám predstaviť dieťaťu, aby som mu dal skúsenosť, ktorá ho privedie k primeranému správaniu?" Teda ide o hľadanie príležitosti ako dať skúsenosť, ktorú bude môcť využiť pre svoj rast a dozrievanie.

O. Speck (2003, s. 283) pritom považuje za dôležitý krok, aby sa vzťah vyznačoval osobnou náklonnosťou, zodpovednou starostlivosťou, úctou, pochopením a dôverou a aby bol kontakt zahájený na úrovni očí dieťaťa. Tiež je dôležité rešpektovať vzdialenosť (blízkosť, odstup) ktoré sú pre neho prijateľné. Vzťah je spojený s nachádzaním optimálneho životného priestoru a zmenou statusu klienta, ktorý v rámci liečebnopedagogických cvičení získa nové, alebo rozšírené kompetencie konať v bežnom živote a tým aj nové perspektívy. Liečebný pedagóg sprevádza svojho klienta momentálnym úsekom jeho života, ponúka mu možnosti zmysluplne a tvorivo konať. Je zameraný na zachránenie možného do skutočnosti (kontingentný prístup) (Ondracek, Grewing, 2005). Otvorenie sa svojim možnostiam a ochota pre spoluprácu pri nachádzaní nových možností si vyžadujú **čas, bezpečie, spoľahlivosť**.

Možno ste sa vo svojej mysli teraz zaoberali sebou, porovnávali a hodnotili svoje vzťahy. Niekto si možno povedal – „to všetko robím", iný zase: „vau – latka je vysoko" alebo „kto to

dokáže, zaslúži si potlesk“. Nuž potlesk spravidla nebude. Čím lepšie človek rozumie ľuďom v problémoch, tým viac akoby sa im začínal podobať. Akoby mu niečo odovzdávali zo svojej životnej situácie. Lebo čím hlbšie má zvnútornené spomínané postoje, tým viac ich prenáša do svojho bežného života. Ľudia nie sú pripravení na dôveru a nezištné pomáhanie pri rozvíjaní ich potenciálu. Nepríde o svojich priateľov a niektorých nových vždy aj získa, ale paradoxne pribudnú v jeho okolí ľudia, ktorí ho budú chcieť využiť, budú sa vysmievať jeho láskavosti, nebudú veriť jeho motívom. Možno ho aj znenávidia, ak sa stane pre nich výčitkou, lebo sa im bude zdať, že je taký, aby im pripomínal ich nedostatky, morálnu biedu a potrebu zmeny. Ale aj jemu to bude výzvou pre ďalšie dozrievanie a rast. A nebude ľutovať, že sa v živote vybral touto cestou.

Myslím, že si budeme v týchto dňoch klásť často otázky:

Kto si ty? Kto som ja?

Kto si pre mňa? Kto som pre teba?

Čím môžeme byť jeden pre druhého?

Čo môžeme, kde, kedy, spolu, spolu s ďalšími

urobiť pre tvoj vývin, zdravie a tvoj život? (W. Köhn)

Dúfam, že premýšľanie počúvanie príspevkov bude obohatením a pomocou. Mnohí ste sa tešili na stretnutia a budete si mať veľa čo povedať aj osobne a užívať si svoje vzťahy. Ale niektorí tu nikoho nepoznajú, sú z cudziny, z iných odborov a profesijných prostredí. Dovoľte mi preto zaželať nám, aby sme o vzťahoch nielen hovorili, ale ich aj naplno prežívali, dávali a prijímali a cítili sa povzbudení a prijatí.

Literatúra:

BUBER, M. 2005. *Ja a ty*. Praha : Kalich. 2005. ISBN: 80-7017-020-4

EITLE, W. 2003. *Basiswissen Heilpädagogik*. Troisdorf : EINS. 2003. 1. vydanie, 224 s. 2003 ISBN 3-427-08133-8.

FRANKL, V.E.1996. *Lékařska péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno : Cesta. 1996. ISBN 80-7295-085-1.

FRANKL, V.E.2011 *Hľadanie zmyslu života*. Bratislava : Eastone Books. 201. ISBN 978-80-8109-159-9:

GREWING, H. ONDRACEK, P, 2005. *Handbuch Heilpädagogik*. TROISDORF : EINS. 2005. ISBN 3-427-34000-7.

HORŇÁKOVÁ, M. 2007. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesi*e. Brastislava. OZ Sociálna práca, 2007, 174 s. .ISBN 978-80-89185-28-3.

KOBI. E.E.1983. *Grundfragen der Heilpädagogik. Eine Einführung in heilpädagogisches Denken*. 4. vyd. Bern-Stuttgart . Haupt. 1983. ISBN 3-258-03194-0.

MOOR, P. 1974. *Heilpädagogik. Ein pädagogische Lehrbuch*. Bern- Stuttgart-Wien : Hans Huber. 1974.

RINK, J.E. 2005. *Praktická pedagogika*. Bratislava : UK v Bratislave. 2005. ISBN 80-223-2133-8.

ROGERS, C.,R.1996. *Ako byť sám sebou*. Bratislava : IRIS , 1996. ISBN 80-88778-02-6.

SPECK, O. 1998. *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung*. München : Reinhardt, 1998. ISBN 3-497-01411-7.

SPECK, O. 2008. *Hirnforschung und Erziehung. Eine pädagogische Auseinandersetzung mit neurobiologischen Errkenntnissen*. München-Basel : Reinhardt, 2008. ISBN 978-3-497-01959-5.

http://www.fruehfoerderstelle-geo.de/bwo/dcms/sites/caritas/schulen/fruehf_gerolzhofen/foerderung.html

http://www.heilpaedagogik-dittmer.de/heilpaedagogisches-handeln.php

http://www.heilpaedagogik-info.de/fachwissen/grundlagen-heilpaedagogik/8-heilpaedagogisches-handeln-und-methoden.html

http://www.mattiebe-trebus.de/heilpaedagogik01.htm

Prof. PhDr. Marta Horňáková, PhD.
vysokoškolská profesorka
Pedagogická fakulta UK v Bratislave
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky
Katedra liečebnej pedagogiky,
Račianska 59 (so sídlom na Šoltésovej 4), 811 08 Bratislava
E-mail: marta.hornakova@fedu.uniba.sk

Supervízia v sociálnej práci – význam vzťahu medzi supervízorom a supervidovaným

Milan Schavel

ABSTRAKT

Náročnosť jednotlivých činností sociálneho pracovníka vytvára nevyhnutné požiadavky na uplatnenie supervízie v oblastiach procesu práce s klientom, v oblasti vzťahov sociálny pracovník – klient a v oblasti riešenia podstaty samotného problému. Úspešnosť supervízie okrem mnohých indikátorov ovplyvňuje aj vytváranie optimálneho vzťahu medzi supervízorom a supervidovaným. Ako zvládať pocit moci a autority supervízora a ako sa vyrovnávať s pocitom: „som profesionál a zároveň som v pozícii tzv. klienta“ ako supervidovaný. Tieto otázky často významne ovplyvňujú samotnú efektivitu supervíznej činnosti.

Kľúčové slová: *supervízia v sociálnej práci, supervízor, supervidovaný, význam supervízie, oblasti supervízie, supervízny vzťah.*

ABSTRACT

Supervision in social work: importance of supervisor - supervisee relationship

Difficult tasks connected with particular activities of a social worker help indentifying and subsequently creating necessary requirements related to applying supervision in the following areas: work with a client, relationships between a social worker and a client, client's problem resolution. Apart from many indicators, the supervision effectiveness is affected by the ability to develop optimum relationships between the supervisor and the supervisee. Supervisors frequently ask themselves questions like: how to overcome or cope with feelings of power and authority, and how to deal with situation: "I am a professional supervisor but at the same time I am in the position of a client as a supervisee". Such questions might significantly influence the effectiveness of supervision activities.

Key words*: supervision in social work, supervisor, supervisee, importance of supervision, areas of supervision, supervisory relationship.*

Úvod

Kompetentné zásahy prostredníctvom sociálnej práce si vyžadujú v súčasnosti vytvorenie takmer rovnoprávneho postavenia medzi sociálnym pracovníkom a klientom. Úlohou sociálneho pracovníka je v tomto prípade klientovi pomáhať, podporovať ho a sprevádzať. Táto interakcia si vyžaduje potom nevyhnutné vedomosti a zručnosti, ktoré získa sociálny pracovník prostredníctvom pregraduálnej – vysokoškolskej prípravy, alebo prostredníctvom ďalšieho vzdelávania, ako aj vlastnými skúsenosťami z odbornej praxe. Jednou z možností, ako zvyšovať profesionálnu kompetenciu pri práci s klientom je aj supervízna skúsenosť.

Supervízia v sociálnej práci

Na tomto mieste by sme mohli aspoň okrajovo spomenúť niektoré myšlienky Martina Scherpnera, ktorý výrazne prispel a prispieva k vzdelávaniu supervízorov a etablovaniu supervízie na Slovenku. Podľa Scherpnera (1999) supervízia zaručuje zvyšovanie profesionálnej kompetencie sociálnych pracovníkov, chráni klienta pred nekompetentnými intervenciami poradcu, vedie k rozširovaniu možností a alternatív pri riešení problémov klienta a ku korigovaniu neefektívnych postupov. Je súčasne prevenciou syndrómu vyhorenia, ktorý sa u sociálnych pracovníkov prejavuje menšou citlivosťou ku klientom, formálnym prístupom, nezáujmom, snahou čo najskôr ukončiť prácu s klientom.

Viacerí odborníci v oblasti sociálnej práce sa zhodujú na tom, že supervidovanie práce sociálneho pracovníka by malo byť neoddeliteľnou súčasťou jeho výcviku a vzdelávania a jedným zo základných stavebných kameňov sociálneho poradenského systému. Môžeme bez obáv tvrdiť, že supervízia vytvára priestor pre rozvíjanie vzťahu ku klientom tým, že rozširuje vedomosti sociálneho pracovníka, ktorý touto cestou zvyšuje vlastné profesionálne schopnosti a zručnosti, pričom prehlbuje aj vlastné sebapoznanie. S potrebou využitia supervízie sa stretávame takmer vo všetkých pomáhajúcich profesiách, na druhej strane je pravdou, že zďaleka nie vždy a všade tomu tak v skutočnosti aj je.

Súčasná situácia v uplatňovaní supervízie v sociálnej práci

Supervízia v sociálnej práci je medzi odbornou verejnosťou v prostredí sociálnej praxe novým fenoménom, agensom skvalitňovania sociálnej práce, ktorý postupne preniká do myslenia sociálnych pracovníkov a postupne aj vplyvom priaznivej legislatívy medzi vedúcich

zamestnancov jednotlivých organizácií sociálnych subjektov. Je pravdou, že niektoré subjekty nie sú na nové prvky v svojej práci pripravené z dôvodu obáv z kontroly, prípadne iných nevedomostí (najmä tí, ktorí nemajú skúsenosť so sociálnou prácou a manažovaním subjektov sociálnej práce) a výkonu supervízie sa bránia, prípadne ju rôznymi spôsobmi kamuflujú.

V prospech uplatnenia supervízie v sociálnej praxi pôsobí podľa Schavela (2004)niekoľko nasledovných činiteľov ako sú napríklad:

- vzdelávanie supervízorov v sociálnej práci,
- legislatívne prostredie,
- informovanosť a odborné vedomosti z oblasti supervízie v sociálnej práci zo strany sociálnych pracovníkov – najmä absolventov sociálnej práce,
- profilovanie teórie supervízie v sociálnej práci,
- publikačné aktivity v oblasti supervízie v sociálnej práci,
- motivácia sociálnych pracovníkov predchádzať syndrómu vyhorenia a snaha o skvalitňovanie svojej odbornej činnosti v prospech klienta.

Sme toho názoru, že supervízia v sociálnej práci sa stane prirodzenou súčasťou výkonu činností sociálnej práce, ale aj prirodzenou súčasťou riadiacej a manažérskej práce vedúcich zamestnancov sociálnych subjektov. Je pre nás povzbudením, že napriek rôznym bariéram, ktoré v našom sociálnom systéme existujú supervíziu postupne prijímame, ako prirodzenú metódu skvalitňovania svojej činnosti s podporou pozitívnej zmeny v prospech efektívneho riešenia sociálnych problémov klientov. Výraznú oporu pre tento proces má aj legislatívne prostredie prostredníctvom zákona č. 305/2005 Z.z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „ zákon o SPO a SK“) v ktorom sa objavuje vyjadrenie potreby uskutočňovať supervíziu v subjektoch sociálno – právnej ochrany

Právna úprava supervízie sa objavuje ešte precíznejšie aj v zákone o sociálnych službách 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, konkrétne

v § 9, ods. 10 (povinnosti poskytovateľa sociálnej služby). Poskytovateľ sociálnej služby je povinný na účel zvýšenia odbornej úrovne a kvality poskytovanej sociálnej služby vypracovať a uskutočňovať program supervízie.

Supervízia v praktickom uplatnení plní pre konkrétny efekt skvalitnenia odbornej činnosti sociálneho pracovníka niekoľko funkcií, zameranie supervízie v rámci jednotlivých oblastí je orientované často na vonkajšie rámce a supervidovanie aj zvolených metód a postupov v činnostiach sociálneho pracovníka.

Oblasti a funkcie supervíznej činnosti

Supervízia v sociálnej práci je zameraná viac na vonkajšie podmienky a môžeme preto konštatovať, že z pohľadu prežívania je „povrchnejšia“ ako supervízia v psychoterapii, čo však chápeme ako prirodzený dôsledok intenzity vzájomnej interakcie, ktorá je v každej z nich iná. Sociálna práca ako praktická odborná činnosť si totiž nerobí nárok a nie je to ani jej primárnym poslaním prenikať hlboko do osobnostných štruktúr klienta. Ak sa sociálny pracovník stretne s potrebou špecifickej obdobnej intervencie, má možnosť distribuovať klienta ku kompetentnému odborníkovi alebo inštitúcii, alebo sám vstúpi do vyššej roviny spolupráce s klientom za predpokladu, že spĺňa potrebné kvalifikačné predpoklady. Na doplnenie našich tvrdení môžeme uviesť aj názor Matouška (2001), podľa ktorého vo svete využívané formy supervízie v sociálnej práci majú podľa väčšiny teoretikov prinajmenšom nasledujúce funkcie :

- *vzdelávaciu* – supervízia vytvára pre supervidovaného možnosť rozšíriť si repertoár profesionálnych zručností, rozširuje vlastné sebapoznanie, identifikuje prekážky pri učení, stanovuje si osobné vzdelávacie ciele a zisťuje si zdroje informácií a skúseností, presahujúce kapacitu supervízora i vlastnej organizácie,

- *podpornú* – pre toho, kto prechádza supervíziou, znamená spôsob zbavovania stresu, ktorý pramení z jeho práce. Pracovníkovi je potvrdzovaná jeho hodnota, pričom má možnosť voľne vyjadrovať všetky pocity, ktoré v ňom jeho práca vyvoláva,

- *riadiacu* – supervízor usmerňuje supervidovaného vo výkone jeho profesionálnej role s ohľadom na právne normy, predpisy a príslušné dokumenty organizácie a legitímne nároky klientov, kolegov i ostatných zainteresovaných osôb a inštitúcií,

- *sprostredkujúcu* – uplatňovanie tejto funkcie je zriedkavejšie. Supervízor tu vystupuje ako mediátor pri riešení konfliktov v rámci organizácie i medzi organizáciou a jej okolím. Pomáha riešiť rôzne sťažnosti a nezhody, podporuje organizačné zmeny, pomáha pri formulácii cieľov organizácie, pomáha pri vytváraní „image“ organizácie atď.

Všetky z uvedených funkcií sú dôležitou súčasťou zvyšovania profesionálnej kompetencie sociálnych pracovníkov.

Sociálny pracovník v procese supervízie

Sociálny pracovník má v procese riešenia sociálnych problémov klientov významné postavenie. Na jednej strane by mal klientovi poskytnúť pomoc, prípadne (čo je ešte zmysluplnejšie) pomoc orientovanú k svojpomoci, no na druhej strane neustále hrozí, že klient môže byť sociálnym pracovníkom stigmatizovaný alebo zbavovaný „sebakompetencie“ alebo môže sociálny pracovník v svojej práci skĺznuť k rutinným administratívnym postupom. Sociálny pracovník musí taktiež reflektovať každodennú realitu spojenú s jeho subjektívnymi interpretáciami a záujmami. Výsledky tejto reflexie s prihliadnutím na vonkajšie podmienky potom premieta do procesu práce s klientom. Práca sociálneho pracovníka si vyžaduje obzvlášť špecifickú prácu s ľuďmi, ktorí majú ťažkosti a ocitli sa v kríze. Je to profesia, kde relevantným pracovným nástrojom je komunikácia, centrom jeho záujmu sú vzťahy, názory, postoje, emócie, správanie, konanie, pozorovanie, vnímanie človeka. Preto aj obsahom supervíznych rozhovorov podľa Gaburu (2006) môžu byť témy ako napríklad :

- vnímanie klienta a obsah práce s klientom,
- proces práce s klientom a jeho etapy,
- problémy a konflikty, ktoré sa vyskytli počas práce,
- vzťah medzi supervidovaným a klientom,
- čo sa objavilo v procese práce s klientom a čo si nevie vysvetliť,
- čo sa deje medzi ním a supervízorom,
- inštitucionálny rámec a podmienky v ktorých pracovník pracuje,

- podmienky klienta v ktorých žije a ovplyvňujú jeho aktuálnu situáciu,
- vzťahy na pracovisku pracovníka s nadriadenými a kolegom,
- potreba rozvíjať konkrétnu sociálnu zručnosť, potrebnú pre prácu s klientom.

Supervízny rozhovor by mal využívať pravidlá a normy efektívnej komunikácie. Nie je to vždy jednoduché, pretože supervízor, pracovník pomáhajúcej profesie a klient fungujú v rôznorodom osobnom, vzťahovom, procesuálnom a organizačnom kontexte. Supervízor a supervidovaný by mali vychádzať z príbuzných teoretických konceptov, aby porozumeli svojim prístupom. Jedným z najdôležitejších nástrojov supervízora je aktívne počúvanie, transparentné prejavovanie záujmu o prezentované obsahy, neprerušovaná pozornosť, plné prijatie a rešpektovanie supervidovaného bez podmienky stotožniť sa s názorom supervízora. Supervízia by sa mala vyhýbať hodnoteniu, jednostrannej kritike, supervízor by nemal zaberať priveľa komunikačného priestoru. V oblasti neverbálnej komunikácie supervízor pomáha pracovníkovi porozumieť jeho vlastnej neverbalite a spolu sa snažia dešifrovať a využiť neverbalitu klienta. Neverbalita teda predstavuje dôležitý nástroj v procese supervízie, a preto by mal aj supervízor zdokonaľovať svoju činnosť. Supervízia sa taktiež považuje za dôležitý nástroj sebapoznávania sociálneho pracovníka v procese supervízie sa supervidovaný zamýšľa nad sebou, identifikuje svoje prednosti a limity, spolu so supervízorom hľadá svoj potenciál. Na základe práce na sebe, či už individuálne, alebo v skupine sa vytvára priestor v rámci ktorého môže sociálny pracovník pracovať na sebe, skvalitňovať svoju prácu, minimalizovať svoje obmedzenia a menej efektívne pracovné postupy. V tomto celom dianí je veľmi dôležité aký vzťah sa vytvára medzi supervízorom a supervidovaným, aký význam má samotná dôvera pre celkový efekt supervíznej činnosti.

Kreovanie vzťahu supervízor – supervidovaný, význam vzájomnej dôvery

Optimálny vzťah v supervízii je základným predpokladom efektívnej supervíznej práce. V procese supervízie je potrebné rešpektovať niekoľko podmienok, ktoré tieto vzťahy vytvárajú, dobrý vzťah je potrebné udržiavať počas celého supervízneho procesu.

Dôležité je, aby supervízor *akceptoval úroveň vedomostí a skúseností supervidovaného,* supervízor by nemal mať neprimerané očakávania, nemal by predpokladať výkony, ktoré supervidovaný ešte nemá, supervízor musí opatrne narábať s kritikou.

Supervízor musí *akceptovať očakávania, potreby, myšlienky a pocity supervidovaného* o jeho klientovi a práce s ním. Supervidovaný v tom prípade môže byť aktívnejší, otvorenejší a môže získať primeranejší pohľad na svoju prácu.

V procese supervízie je potrebný *osobný individuálny prístup k supervidovanému*. V prípade posilňovania anonymnej autority supervízora môže prísť k zložitému procesu sebapoznávania supervidovaného a empatického porozumenia vo vzťahu ku klientovi. Pokiaľ supervízor hovorí aj o svojej práci a skúsenostiach, modeluje pre supervidovaného nielen otvorenosť, ale aj proces reflexie a sebaskúmania. Supervidovaný získa zo supervízie to čo potrebuje okrem iného vtedy, keď nemá pocit ohrozenia.

Pre supervidovaného je potrebná *podpora zo strany supervízora počas celej supervízie*. Supervízor by mal podporovať pozitívne aspekty v práci supervidovaného za účelom podpory jeho ďalšej samostatnej činnosti.

Supervízor by mal naučiť supervidovaného *uvoľniť sa v práci s klientom*, učiť ho pozorovať a reflektovať neverbálne reakcie a postoje svojich klientov. Mal by mu tiež pomáhať rozoznávať a reflektovať svoje vlastné pocity a reakcie voči klientom.

Supervízny vzťah nemá len edukatívny charakter, pri citlivom prístupe supervízora môže viesť k zvýšenej schopnosti sebapoznávania a sebareflexie.

V supervíznom vzťahu je v atmosfére bezpečia a dôvery analyzovaný vzťah medzi sociálnym pracovníkom a klientmi. S rešpektovaním hodnoty dôvery súvisí ochrana osobných údajov, ale aj všetkých informácií, ktoré sa supervízor dozvedel od supervizanta (resp. členov supervíznej skupiny). Informovanosť tretej strany je možná len s výslovným informovaným súhlasom supervizanta alebo všetkých členov supervíznej skupiny. Ak by vyjadril nesúhlas hoci len jeden člen supervíznej skupiny, je to záväzné pre supervízora i ostatných členov skupiny.

Dôvera v supervízii sa dotýka aj vzťahového rámca supervidovaného sociálneho pracovníka alebo poradcu s užívateľmi služieb. Barker (2003) uvádza, že supervízori často preberajú so sociálnymi pracovníkmi rozličné prípady, diskutujú o sociálnom posúdení, pláne intervencie a zhodnocujú pokroky. Supervízny vzťah medzi supervízorom a supervidovaným priamo ovplyvňuje vzťah medzi sociálnym pracovníkom a klientom. Zvláštny dôraz je nutné

klásť na zachovanie dôvernosti pri evaluácii supervízie a vypracovávaní správy o realizovanej supervízii pre zadávateľa, ak je ním zamestnávateľ alebo zriaďovateľ inštitúcie, ktorej zamestnanci sú v supervíznom procese. Pri realizovaní supervízie na Slovensku sa môžeme stretnúť s istými požiadavkami na supervízora, aby zadávateľa („toho, čo to platí“) informoval o supervidovaných. Pritom môže ísť o nevedomosť ohľadom podstaty a účelu supervízie, ale aj eventuálne zneužitie supervízie riadiacim pracovníkom. Etická zodpovednosť v takýchto prípadoch spočíva prioritne na supervízorovi. On je tým, kto musí jasne, zrozumiteľne a priamo komunikovať zadávateľovi, že ho z etického hľadiska nemôže informovať o skutočnostiach, ktoré sa dozvedel v rámci supervízneho procesu bez súhlasu supervidovaných, resp. všetkých členov supervíznej skupiny. Tento postoj je nutné zachovať aj v prípade, ak by realizácia objednávky – a teda aj finančný príjem – bola podmienená informovaním zadávateľa. Osobnosť a profesionalita supervízora sa prejavuje práve v takých prípadoch, keď musí odmietnuť ponuku supervízie alebo sa dostane do konfliktu so zamestnávateľom pri ochrane práv svojich klientov. Na druhej strane vzťah supervízora k zadávateľovi vyžaduje aj jeho pracovno-etickú zodpovednosť. Havrdová (2008) upozorňuje, že supervízor by nemal podľahnúť napätiu takým spôsobom, že by vstúpil do koalície (spolu so supervidovaným) proti zamestnávateľovi alebo akémukoľvek členovi organizácie, či preberaním zodpovednosti namiesto vedúceho.

Doposiaľ platný etický kódex sociálnych pracovníkov na Slovensku z roku 1997 nevenuje supervízii žiadnu pozornosť. Hoci mnohí autori takmer identifikujú etiku v supervízii s etikou sociálnej práce, Mátel a kol. (2010) upozorňuje na špecifiká supervízie ako osobitej metódy sociálnej práce, ktoré si vyžadujú osobitú etickú pozornosť. Je možné predpokladať, že na kreovanie vzťahu medzi supervízorom a supervidovaným by mohol mať v budúcnosti vplyv aj etický kódex supervízora, ktorý by podporil vytváranie dôvery a formovanie vzájomného vzťahu medzi účastníkmi supervízie.

Záver

Zvyšovanie profesionálnej kompetencie sociálnych pracovníkov prostredníctvom supervízie je fakt, ktorý nie je možné vyvrátiť žiadnymi argumentmi. Je potešiteľné, že nevyhnutnosť využitia supervízie pre skvalitnenie činnosti sociálneho pracovníka podporujú aj niektoré právne predpisy ako napr. zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele a zákon o sociálnych službách. Úspešnosť supervízie je závislá od vytvorenia vzájomne

akceptujúceho vzťahu podobne, ako je tomu pri uplatňovaní poradenskej intervencie pri práci s klientom. Otázka, ako zvládať moc v pozícii supervízora súvisí aj s ukotvením niektorých princípov v etickom kódexe supervízora, ktorý doposiaľ nie je spracovaný. Tento by mohol prispieť k vytváraniu a podpore vzájomnej dôvery medzi supervízorom a supervidovaným. Cieľom príspevku bolo sprostredkovanie informácií pre využitie supervízie v sociálnej práci, ako aj iniciovanie podnetu pre uplatnenie supervízie v ďalších pomáhajúcich profesiách.

Literatúra:

BARKER, R. L. 2003. *The Social Work Dictionary*. 5th Ed. Washington, DC : National Association of Social Workers, 2003. 493 s. ISBN 0-87101-355-X.

HAVRDOVÁ, Z. – HAJNÝ, M. et al. 2008. *Praktická supervize*. Praha : Galén, 2008. 213 s.

GABURA, J. 2006. *Sociálne poradenstvo*. Bratislava: OZ Sociálna práca. 2006.

MÁTEL, A. a kol. 2010. *Etika sociálnej práce*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2010. 183 s. ISBN 978-80-89271-85-6.

MATOUŠEK, O. *Supervize v sociální práci*. Sociální politika, 2001, roč. XXVII, č. 1.

SCHAVEL, M. 2004. *Supervízia ako prostriedok ďalšieho vzdelávania sociálnych pracovníkov*. In: Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou „Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce“, Prešov : FF PU, 2004. ISBN 80-8068-425-1, s. 748-754.

SCHERPNER, M. a kol. *Sprevádzanie v praxi (vedenie), poradenstvo a učenie: princípy sociálnej práce*. Dolný Kubín : VOŠ, 1999.

Milan Schavel, prof. PaedDr., PhD.
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave
Univerzitné nám. 1, 917 00 Trnava
E-mail: mschavel@stonline.sk

Dôveryhodnosť a odborná spôsobilosť terapeuta v kontexte terapeutickej práce v prevýchovnom zariadení

Albín Škoviera

ABSTRAKT

Je rad faktorov, ktoré ovplyvňujú vnímanie dôveryhodnosti a odbornosti terapeuta. Jedným z najdôležitejších je spôsob umiestnenia dieťaťa do zariadenia (či má skôr mocenský alebo partnerský charakter, či ide o ponuku, alebo „úradné“ rozhodnutie, aké kroky tomuto rozhodnutiu predchádzali ap.) Ak pominieme administratívnu časť spolupráce (je, žiaľ, často v priamej kontradikcii s celkovým zámerom práce), má samotná spolupráca s rodinou i dieťaťom v úvodnej fáze dva veľmi dôležité prvky, ktoré môžeme ovplyvniť len čiastočne. Sú to: dôveryhodnosť terapeuta (ide skôr o jeho rozmer ľudskosti) a jeho príslušnosť, povolanosť (ide skôr o jeho odborné kompetencie).

Kľúčové slová: *terapeut, dôveryhodnosť, odborná spôsobilosť, dieťa, rodič*

ABSTRACT

Credibility and competence of the therapist in the therapeutic context labor re-education facilities

There is a number of factors that affect the perception of credibility and expertise of the therapist. One of the most important is the way of placing the child into facility (is the relationship of powerful or partnership nature, is it rather an offer or an "administrative" decision, which steps led to the decision etc.) Aside from the administrative part of the cooperation (which is, unfortunately, often in direct contradiction to the overall objective of the work), the cooperation with the family and the child in the initial phase itself bears two very important elements that one can influence only partially. These are: the credibility of the therapist (it is more about the extent of his humanity), his affiliation and vocation (it is more about his professional competence).

Keywords: *therapist, credibility, competence, child, parent*

Tradičné delenie dôvodov, prečo je sociálne znevýhodnenému dieťaťu určená odborná pomoc, má tri dimenzie:

- rodina sa nechce starať o dieťa,
- rodina sa nevie starať o dieťa,
- rodina sa nemôže starať o dieťa.

Z hľadiska diagnostických potrieb vo vzťahu k etiopatogenéze rodiny považujeme *(Škoviera, A., Hudečková, V., 2009)* takéto delenie za málo diferencované. Chcieť - nechcieť, môcť - nemôcť a vedieť- nevedieť sú z nášho pohľadu tri špecifické kvalitatívne odlišné dimenzie, ktoré by mala v sebe zahŕňať každá diagnostika rodiny. Nestačí teda vybrať jednu a vylúčiť ostatné, ale treba ich vždy vnímať vo vzájomnom prepojení.

- Dimenzia ***môcť' -nemôcť'*** reprezentuje najmä vonkajšie, spravidla objektívne dôvody. Ide najmä o:
  - finančnú spôsobilosť zabezpečenia života v rodine (bez príjmov; s príjmami, ale ich neadekvátnym použitím ap.),
  - zdravotnú a mentálnu spôsobilosť (od vážnych psychických chorôb rodičov po iné ich vážne ochorenia či ťažké úrazy, stredný a ťažký stupeň mentálnej retardácie ap.),
  - právnu spôsobilosť (výkon trestu, zbavenie svojprávnosti),
  - bývanie (strata bývania, bezdomovectvo).

Konštatujeme dve veci:

- väčšina detí v náhradnej inštitucionálnej výchove (v detských domovoch, krízových strediskách i reedukačných centrách) je z rodín, ktoré sa o deti starať môžu,
- iba menšia časť uvedených objektívnych okolností je nemeniteľná.

Napriek tomu nezdieľame celkom optimizmus výskumného zistenia, že „až 56 % vyňatých detí má šancu vrátiť sa do pôvodnej rodiny, ak sa splnia určité predpoklady a rodina dostane náležitú podporu v podobe sanácie rodinného prostredia". *(Mikloško, Žarnay, 2008)*

- Dimenzia ***chcieť –nechcieť*** je najmä o:

  - motivácii (Ide skôr o vnútorné alebo vonkajšie motívy? Aký je súbeh motívov? Je záujem deklarovaný, formálny alebo reálny? Len sa zaujímajú alebo sa aj snažia pracovať na zmene?),

  - vôli (Aká je ich vnútorná sila prekonávať prekážky? Je to skôr jednorazový akt alebo dlhodobé snaženie?),

  - charaktere (sebaobraze, sebahodnotení, citovej otupenosti).

Táto dimenzia je spojená s radom spolupôsobiacich faktorov. Od pocitov viny, vlastnej neúspešnosti a vnútornej potreby aktuálny stav zmeniť, až po vonkajší tlak i zážitok zo sociálneho oceňovania. Nechcenie má niekedy aj podobu sociálnej obete či sociálnej bezmocnosti, ktorá volá: „starajte sa o mňa“.

- V dimenzii ***vedieť - nevedieť*** je obsiahnutá kognitívna zložka a sociálne zručnosti. Vnímame dva aspekty tejto dimenzie. Prvým je potenciál jednotlivca, jeho kvalita kognitívnych procesov (pochopenie, vedomosti, schopností a zručnosti), druhým je miera využívania tohto potenciálu. Tento aspekt nesúvisí ani tak s vôľou či charakterom, ako skôr s temperamentom a osobnostnou dimenziou extroverzie a introverzie a s hodnotami. V tejto dimenzii ide najmä o:

  - osobnostné charakteristiky,

  - komunikačné zručnosti,

  - mentálne schopnosti (kvalitu myslenia),

  - hodnoty (od prosociálnych až po asociálnosť a nihilizmus).

Je dôležité prijať ako fakt, že sú rodiny, kde je optimálnym riešením pre dieťa i rodičov dočasné i trvalé vyňatie dieťaťa z biologickej rodiny. Sanácia nefunkčnej rodiny je veľmi často skôr alibizmom sociálneho úradu, ako reálnym vyhodnotením situácie. Z hľadiska diagnostiky rodiny je dôležité odlíšiť, či je záujem o zmenu skôr deklarovaný (chcem zmenu - zmeňte moje podmienky), alebo reálny (chcem zmenu - čo máme zmeniť my?).

Súperenie alebo partnerstvo?

Čo najpresnejšia diagnostika prostredia rodiny a rodiny je podkladom pre našu ďalšiu prácu. Napriek našej odbornej erudícii, napriek tomu, že s rodinou budeme aj kvalitne pracovať, nie je sama o sebe dostatočnou zárukou pozitívnych výsledkov. Aký ***vonkajší tlak*** k spolupráci je pre rodinu prijateľný? Ako môžeme rodinu ***primäť*** k spolupráci? A najmä - ako pre poluprácu rodinu naozaj ***získať***? Odpovede na tieto tri otázky do značnej miery predznamenávajú, spolu s kvalitou poskytovanej pomoci a stupňom narušenosti rodiny a jej „protagonistu", celkový výsledok našej práce. Je rad spôsobov, akým sa rodine a jej dieťaťu (deťom) sprostredkúva a oznamuje pomoc a aktuálne riešenie.

Pokiaľ ide o líniu sociálneho rezortu, je to zaradenie rodiny (dieťaťa) do evidencie sociálneho kurátora, následné zaradenie do sanačného programu, najvážnejším rozhodnutím je vyňatie dieťaťa z rodiny a jeho následné umiestnenie do detského domova či krízového strediska na základe súdneho rozhodnutia.

V školskom rezorte môže ísť o zníženie známky zo správania, odporúčanie odborného psychiatrického či psychologického vyšetrenia, ale môže nasledovať aj umiestnenie dieťaťa do špeciálneho výchovného zariadenia na dobrovoľný diagnostický pobyt na žiadosť zákonného zástupcu. Najvážnejší rozhodnutím je umiestnenie do reedukačného centra na základe rozhodnutia súdu. Každé takéto oznámenie má viacero rovín. Ide predovšetkým o to:

- či má oznámenie skôr mocenský alebo partnerský charakter, je výstupom dlhodobejšieho kontaktu,
- či ide o ponuku, alebo „úradné" rozhodnutie,
- či príde rozhodnutie iba „na papieri", alebo je spojené aj s osobnou konzultáciou,
- či informáciu poskytuje človek, ktorému rodič dôveruje, alebo nedôveruje, resp. je pre neho cudzí,

- či je to odpoveď na iniciatívu rodiča a jeho „volanie o pomoc“, alebo je to informácia experta, ktorý „vie“, čo môže reálne rodine pomôcť,

- či informácia nadväzuje na predchádzajúce postupy, či je očakávaná alebo neočakávaná.

Nespornou výhodou spolupráce je, keď začína osobným rozhodnutím rodiča alebo (aj) dieťaťa. Nielen jednoznačne mocenské rozhodnutie, ale i rozhodnutie, ku ktorému je rodič „dotlačený“ úradom či školou, je rizikové, pretože môže, napr. pri umiestnení dieťaťa na „dobrovoľný“ diagnostický pobyt do diagnostického centra, posilniť negatívnu koalíciu rodič - dieťa voči inštitúciám, pod tlakom ktorých bolo rozhodnutie prijaté. Budovanie dôvery a dôveryhodnosti je totiž prvou etapou práce vo vzťahu s rodičom a dieťaťom. Ak sa nám nepodarí „mať u rodiča a dieťaťa kredit“ sme možno konzultanti, ale určite nie terapeuti.

Ak pominieme administratívnu časť spolupráce (je, žiaľ, často v priamej kontradikcii s celkovým zámerom práce), má samotná spolupráca s rodinou i dieťaťom v úvodnej fáze dva veľmi dôležité prvky, ktoré môžeme ovplyvniť len čiastočne. Sú to: dôveryhodnosť terapeuta (ide skôr o jeho rozmer ľudskosti) a jeho príslušnosť, povolanosť (ide skôr o jeho odborné kompetencie).

- **Dôveryhodnosť.** Podstatou tejto kvality je, že sa v terapeutovej prítomnosti cítia iní bezpečne. Nesúvisí ani so stupňom vzdelania, ani to nie je sociálna zručnosť či „technológia“ komunikácie, ale vzťah, ktorý sa postupne buduje. Do istej miery môže súvisieť s vekom a postavením odborníka. Rodičia, resp. deti:

  - vnímajú, že je odborník otvorený voči ich informáciám, že ho zaujíma ich problém a akceptuje ho tak, ako ho oni formulujú,

  - uvedomujú si, že informácie od nich „nevyťahuje“ a reaguje na podnety autenticky,

  - majú vnútornú istotu, že ich informácie považuje za dôverné, nezverejňuje ich a nepoužije ich proti nim,

  - veria terapeutovi, že dáva „sľuby a ponuky“, ktoré vie aj naplniť.

  Je rad prvkov, charakteristík či faktov, ktoré nám napomáhajú k tomu, aby sme získali rýchlejšie dôveryhodnosť. Môže to byť farba hlasu, tempo reči i jej frázovanie, naše

oblečenie, schopnosť nájsť spoločnú „neproblémovú“ tému, celkový vzhľad. (Spomíname si na to, že sme kedysi pracovali v páre s partnerkou, ktorá bola veľmi atraktívna. Dievčatá s ňou potrebovali rivalizovať, u dospievajúcich chlapcov vyvolávala sexuálne asociácie. Po istom čase prišla na jej miesto iná terapeutka, ktorá „už len svojou prítomnosťou“ vytvárala pokoj a istotu).

- **Príslušnosť, povolanosť.** To, či sú konkrétni odborníci vnímaní rodičmi a deťmi ako kvalifikovaní a kompetentní pomôcť pri riešení ich problému, nie je dané len „papierom“ o stupni vzdelania alebo tým, čo o svoje kompetentnosti hovorí sám odborník. Vnímajú odborníka oveľa diferencovanejšie. Je samozrejme potrebné, aby terapeut spĺňal pre výkon terapeutickej práce odborné a kvalifikačné predpoklady. Je však potrebné aj to, aby ho ako kompetentného vnímali rodičia a deti. Je faktom, že ich kritériá sú v mnohom iné. Uvedieme niekoľko oblastí či okolností, s ktorými vnímanie našej príslušnosti môže súvisieť:

  - Formálne postavenie pracovníka. Keď odborníkom, ktorý pracuje s rodičmi alebo deťmi je riaditeľ zariadenia alebo vedúci oddelenia, je spravidla vnímaný (možno práve cez svoje právomoci) ako odborne kompetentnejší, než radový pracovník inštitúcie.

  - Inštitucionálna príslušnosť. Každá inštitúcia je pre rodičov a deti spojená s istými referenciami o nej. Zastrešenie inštitúciou s „dobrým menom“ pomáha pozitívne vnímať jej jednotlivých členov.

  - Skúsenosť. Vzájomne sa tu dopĺňajú dve zložky - pracovná skúsenosť a životná skúsenosť. Odborníci so „štruktúrovanejším“ životopisom sú vnímaní oveľa pozitívnejšie.

  - Osobné predpoklady. Nielen pre odborníka je jeho (aj neúspešné) manželstvo a deti obohacujúcou skúsenosťou. Ako profesionálne kompetentnejších ich vnímajú aj rodičia a deti. (Dva výroky, ktoré to ilustrujú. **a)** V rodičovskej terapeutickej skupine otázka rodiča *„Máte vy vôbec vlastné deti?“* je otázka nielen na našu dôveryhodnosť, ale práve na mieru kompetentnosti. **b)** Dialóg z detskej terapeutickej skupiny: *„A čo robí vaša žena?“ „Moja žena je učiteľka.“ „Ľutujeme vaše deti... vy vychovávateľ, ona učiteľka...“* Aj tento dialóg sa snaží identifikovať predovšetkým osobné predpoklady).

- Vzdelanie. Pre niektorých rodičov môže byť veľmi dôležité, predovšetkým v úvodnej fáze spojenej s očakávaniami, či sa odborník prezentuje ako „doktor“ ap. Ak sa však nenapĺňajú ich očakávania, môže to byť postupne až kontraproduktívne *(„To je... taká ...doktorka...“*).

V súvislosti s dôveryhodnosťou a povolanosťou je zrejmé, že pre terapeuta nie je celkom optimálne, ak je pre rodičov a deti „tabula rasa“. Jeho informácie by však mali mať vo vzťahu k terapeutickému procesu jasný vzťah. Osobné informácie by mali mať:

- ilustratívny charakter, mali by povzbudiť dospelého alebo dieťa,
- mali by znižovať terapeuticky necielené napätie,
- mali by prezentovať istú mieru spoluúčasti.

Práve pri spoluúčasti je namieste otázka, či sa má, môže alebo nemá terapeut zapájať do aktivít realizovaných s rodičmi a aktivít realizovaných s deťmi. Neexistuje jednoznačná odpoveď. Je však potrebné brať do úvahy tieto aspekty:

- Typ terapeutickej aktivity**.** Najväčšiu mieru zapojenia vidíme v socioterapeutických kluboch (či ich organizujeme my alebo rodičia a deti), pri stretnutiach na terapeutickej komunite, ktorá je jasne štruktúrovaná, sú od seba odčlenené aktivity, ktoré sú spojené s našou „komunitnou“ rolou a tie, ktoré sú spoločné. Najmenšia miera priameho zapojenia do terapeutických aktivít je v (psycho)terapeutických skupinách.
- Klientela, s ktorou pracujeme. Pri rodičovskej skupine sa môžeme do niektorých aktivít zapojiť, ale zvyčajne neprezentujeme svoje výsledky. V detských terapeutických skupinách sú najmä pubertálne deti citlivé na to, keď sa nezapájame do žiadnych aktivít. Zapojenie treba vždy zvážiť, ale bariéru vy - my naše „výberové“ zapojenie znižuje.
- Konkrétna technika. Sú techniky, kde zapojenie pozitívne ovplyvňuje dynamiku v skupine. Napr. „bakalářovský“ Šiesty zmysel, hry na tvorivosť alebo „warm up“ techniky. Niekedy je to terapeuticky zmysluplné. (Napríklad pri „sociometrickom“ výlete autom, pri ktorom si má každý vybrať svoje obsadenie a rozsadenie, keď je niekto úplne vyčlenený, terapeut môže svojou voľbou posilniť jeho pozíciu a znížiť traumatizáciu člena skupiny). Pri niektorých projektívnych technikách (Začarovaná rodina ap.) je to naopak nevhodné.

Záver

Byť dobrým terapeutom nebehaviorálneho zamerania znamená byť zodpovedný voči klientom a náročný k sebe. Nezaoberať sa iba problémom, ale aj človekom. To je naša šanca, aby nás klient pri riešení problémov vnímal ako dôveryhodného a povolaného.

Literatúra:

MIKLOŠKO, J., ŽARNAY, Š. 2008**.** *Ohrozená rodina na Slovensku II v kontexte príčin vyňatia detí z biologických rodín 2006-2007*. Bratislava: SPDDD–Úsmev ako dar, 2008. ISBN 978-80- 969616-2-7.

ŠKOVIERA, A. 2012. *Problémové dieťa a jeho rodina v terapeuticko-výchovnej starostlivosti*. Bratislava: FICE v SR. ISBN 978-80-969253-5-3.

doc. PhDr. Albín Škoviera, PhD.
liečebný pedagóg - psychoterapeut, vysokoškolský učiteľ
Univerzita Komenského, Pedagogická fakulta, Račianska 59, Bratislava
E-mail: askoviera@gmail.com

Stanovisko k inkluzívnej praxi v starostlivosti o ľudí s ľahkým mentálnym postihnutím v Holandsku - príspevok do diskusie so slovenskými liečebnými pedagógmi

Xavier Moonen

ABSTRAKT

Príspevok sa zaoberá poslaním liečebných pedagógov v kontexte spoločenských zmien a zavedenia inkluzívneho vzdelávania. Popisuje situáciu v Holandsku, najmä v kontexte výchovy a vzdelávania detí a mládeže s ľahkým mentálnym postihnutím. Identifikuje ťažkosti v inklúzii detí a mládeže s ľahkým mentálnym postihnutím.

Kľúčové slová: *Inklúzia, ľahké mentálne postihnutie, poruchy správania, rola liečebného pedagóga.*

ABSTRAKT

Der Beitrag beschäftigt sich mit der Mission der Heilpädagogen im Kontext des gesellschaftlichen Wandels und der Einführung der inklusiven Bildung. Beschreibt die Situation in den Niederlanden, besonders im Zusammenhang mit der Bildung und Ausbildung von Kindern und Jugendlichen mit leichtem geistiger Behinderung. Identifiziert die Schwierigkeiten bei der Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung.

Schlüsselwörter: *Inklusion, leichte geistige Behinderungen, Verhaltensstörungen, Rolle der HeilpädagogInnen*

Vážené dámy a páni, chcel by som sa dnes spolu s vami venovať téme inklúzia. Volám sa Xavier Moonen. Som predsedom IGhB (Internationale Gesellschaft heilpädagogischer Berufs- und Fachverbände), Spoločnosti pre liečebnopedagogické profesijné a odborné organizácie. Som tiež prezidentom NVO (Niederländische Berufsverband für Akademisch Ausgebildete Pädagogen und Didaktiker), Holandského profesijného zväzu akademicky vzdelaných pedagógov a didaktikov.

Pracujem na Univerzite v Amsterdame a súčasne aj v jednej veľkej nadácii pre ľudí s ľahkým mentálnym postihnutím a poškodeniami rôzneho druhu na juhu Holandska.

Mám jednu dobrú a jednu zlú správu. Ktorú by ste chceli počuť skôr? Dobrou správou je, že liečebná pedagogika od svojich počiatkov pracovala inkluzívne. Zlá správa je, že to vie len málo ľudí a ešte menej z nich to dokáže oceniť.

Spolupráca IGhB a pričlenených organizácii sa zameriava na dosiahnutie konsenzu pri relevantných profesijno-politických otázkach, rozvíja diskusiu v odbornej oblasti, pri tvorbe a etablovaní štandardov vzdelávania liečebných pedagógov v Európe ako aj na vzájomnú podporu pri utváraní štruktúr v profesijných zväzoch, na kritické hodnotenie a podporu liečebnopedagogickej praxe, spoločný popis profesijnej etiky a ďalšie vzdelávanie liečebných pedagógov v Európe. Spolupracujúce organizácie vypracovali a zverejnili koncepciu liečebnej pedagogiky v Európe. Sú ukotvené vo vyslovene inkluzívnom chápaní človeka.

V novembri (2011) sa zišli zástupcovia profesijných organizácií z členských krajín IGhB, z Nemecka, Holandska, Luxemburska, Slovenska a Švajčiarska v Utrechte, aby diskutovali o spoločnom úsilí o inklúziu v jednotlivých krajinách v kontexte profesijno-politických dopadov. Dohodli sa, že budú skúmať situáciu okolo inklúzie vo svojej krajine a na ďalšom stretnutí v Luxemburgu sa budú výsledkami zaoberať.

V krátkosti – silnou stránkou liečebnej pedagogiky je, že sa zameriava na kvalitu života ľudí s postihnutím. Vychádza pritom z ekosystémového prístupu a zameriava sa na zdroje u ľudí so znevýhodnením (rodina, priatelia, škola s pod.) . Dôraz sa kladie na inklúziu.

Existujú tu však i ohrozenia. Sme vo svete inštitúcií a niekedy si myslíme, že inštitúcie sú prioritou. Je veľa legislatívnych, organizačných, finančných otázok, ktoré si vyžadujú objasnenie. Liečební pedagógovia často nie sú na tých správnych miestach. Niekedy majú pochybnosti o svojej role pri inklúzii. Nie všetci liečební pedagógovia majú odvahu postaviť sa voči politike i praxi, keď nie je dostatočne inkluzívna. Toto sú témy, s ktorými sa musíme dnes i v budúcnosti intenzívne zaoberať.

Vážené dámy a páni, mojou úlohou na Univerzite v Amsterdame je vedecká práca v oblasti spolunažívania s ľuďmi s ľahkým mentálnym postihnutím a nápadnosťami v správaní.

Rád by som sa teraz zaoberal touto oblasťou v kontexte inklúzie. Inklúzia znamená, že znevýhodnené skupiny, v mojom prípade skupina ľudí s ľahkým mentálnym postihnutím, sú vtiahnutí do spolunažívania s inými ľuďmi v spoločnosti na základe rovnakých práv a povinností. Protikladom inklúzie je segregácia, ktorá znamená oddelený život v určitých skupinách. Inklúzia odstraňuje prekážky pri spoločenskej participácii tak, že sa každý podľa svojich schopností môže zúčastniť na spoločenskom živote.

Čo znamená toto úsilie pre roly profesionálov v pomáhajúcich profesiách? Myslím tým, predovšetkým liečebných pedagógov a to v dimenzii ich vzdelávania, a pôsobenia v rámci starostlivosti, opatery a terapie.

Oproti silne segregujúcemu vzdelávaciemu systému, ktorý sa uplatňoval v Holandsku do konca 20. storočia, v relatívne krátkom období **je možné, aby si rodičia detí so znevýhodnením vybrali medzi vzdelávaním v bežnej základnej škole, alebo v špeciálnej škole.** Táto možnosť otvorila cestu pre integráciu dovtedy segregovaných žiakov. Stali sa súčasťou tried detí bez znevýhodnenia, alebo súčasťou niekedy oddelených skupín. Podľa možností sú vzdelávaní podľa bežného kurikula. Na chodbách škôl ich volajú aj ruksakové deti, lebo vo svojej virtuálnej školskej taške prinášajú viac peňazí od štátu. Napriek tomu táto forma vzdelávania neznamenala úbytok žiakov v najbežnejších špeciálnych školách, ktoré sa členia do štyroch klastrov (pre žiakov s poruchami zraku, s poruchami sluchu, s mentálnym zaostávaním a žiakov s poruchami správania) a je ešte veľmi veľa žiakov zaškolených segregovanou formou. Zavedením Zákona o vhodnom vzdelávaní (Passend Onderwijs) v roku 2013 má prísť k rozhodujúcej zmene smerom k inklúzii. Potom budú môcť žiaci so znevýhodnením dostať vzdelanie v bežných školách, v rovnakej miestnosti ako žiaci bez znevýhodnenia. Kurikulum sa bude musieť prispôsobovať možnostiam jednotlivých žiakov.

Aj v terapii a starostlivosti sa udiali v Holandsku v posledných 15. rokoch zásadné zmeny s ďalekosiahlymi dôsledkami pre pozíciu, ktorú zaujímajú ľudia so znevýhodnením v spoločnosti. Tradičné štruktúry, terapie a formy starostlivosti miznú a ponúkajú sa nové formy terapie a podpory formou ponuky v trhovom prostredí. Trhové faktory ťažiskovo zamerané na dopyt vedú k tomu, že pacienti/klienti sú zodpovední sami za rozhodnutie, ktoré urobia. V tejto súvislosti sa môžu ľudia so znevýhodnením teda aj sami rozhodnúť, či si vyberú inštitucionálnu starostlivosť, alebo nezávislý život, ktorú formu pomoci prijmú a ako

často ju chcú, alebo či sa zúčastnia terapie. Starostlivosť môžu dostať vo forme inštitucionalizovanej služby alebo ponuky takto zameranej organizácie, alebo sa môžu rozhodnúť pre osobný účet. V tom prípade si osoba (jej okolie) so znevýhodnením organizuje nutnú pomoc a podporu samostatne. Dostáva relatívne voľne disponovateľnú sumu od štátu na tieto náklady. Stále viac ľudí s ľahkým mentálnym postihnutím sa rozhoduje pre osobný účet a pre viac-menej nezávislý spôsob (bez alebo s profesionálnou podporou) v spoločnosti iných v rámci bývania a zamestnania. Toľko k pozitívnej bilancii.

K tomu niekoľko myšlienok. Rok pred zavedením zákona o vhodnom vzdelávaní sa ozývajú kritické hlasy učiteľov. Na jednej strane preto, lebo popri jeho zavedení sa ráta s výraznými úspornými opatreniami štátu v oblasti školstva, na druhej strane uvádzajú učitelia, že sa necítia byť pripravení a schopní zvládnuť vyučovanie žiakov s mnohými problémami (v prípade, že sa žiaci vo všetkých štyroch klastrov špeciálneho školstva stretnú s deťmi bez znevýhodnenia v jednej triede) a ponúknuť im kvalitatívne primerané vzdelávanie. Aj preto sa žiaľ Holandsko nerozhodlo ako v mnohých iných krajinách k radikálnemu ukončeniu segregácie, ale pričasto ponecháva otvorené zadné dvierka k vyučovaniu v špeciálnych školách. To môže rozvíjanie inkluzívneho vzdelávania žiakov so znevýhodnením, najmä s nápadnosťami v správaní, pribrzdiť. Prirodzene, obavy učiteľov sú oprávnené. Týkajú sa predovšetkým plánovania, financovania, ako aj odbornej prípravy a ďalšieho vzdelávania, ale ani v najmenšom nepochybujú o principiálnej otázke o správnosti zavedenia inklúzie.

Nachádzame stále viac správ o úspešných formách sociálnej integrácie a o inkluzívnom vzdelávaní, ale v prípade detí a dospelých s ľahkým mentálnym postihnutím predsa sú aj zlyhania príliš časté. Dostávajú potom etiketu ako "psychicky narušení", alebo „delikventní". A často vidíme prípady, kedy sa dostávajú na okraj a sú diskriminovaní.

Čo znamená tento vývoj pre prácu liečebných pedagógov?

V čase inklúzie dávajú aj ľudia s mentálnym postihnutím v princípe sami formu a obsah svojej existencie. Úlohou spoločnosti a profesionálov musí byť odstránenie prekážok, ktoré individuálnej emancipácii stoja v ceste. To je relatívne nová profesionálna orientácia. Do polovice 90. rokov spočívalo ťažisko starostlivosti o ľudí s ľahkým mentálnym postihnutím výlučne v profesionálnej opatere. Najmä sprostredkovanie kompetencií konať a formovanie sociálne želaného správania, reedukácia sociálne neprispôsobivého a tzv.

problémového správania bolo v centre záujmu. Profesionál ako partner si myslel na základe svojho vzdelania, skúseností a vzťahu k prijímaným spoločenským normám, že vie, čo bude dobré pre osobu s mentálnym znevýhodnením a aj táto osoba, spolu s jej rodinou prijímala profesionálne odborné vedenie a riadila sa ponúknutými radami.

V časoch inklúzie sa ľudia s ľahkým mentálnym postihnutím dožadujú samostatnosti a možnosti spolurozhodovania. Sú často veľmi kritickí k spôsobu a forme podpory a často nezdieľajú rovnaký názor s osobou, ktorá ich profesionálne sprevádza. Očakávajú atraktívne ponuky a rozhodnutia. Pre liečebného pedagóga ale musia byť aj reálne a sociálne prijateľné. Pri takejto nejednotnosti môže samozrejme prísť v spolupráci k neakceptovateľným reakciám.

Špecifické znaky ľahkého mentálneho postihnutia si vyžadujú prispôsobené vzdelávanie a vhodné stratégie sprevádzania v ponuke liečebného pedagóga. Treba počítať:

1) s problémami pri spracovaní informácií. Myšlienkové procesy a teda aj spracovanie informácie prebiehajú spomalene – týka sa to ako prijatia informácie, tak jej spracovania a odpovede v istom časovom posune.

2) s problémami v súvislosti s výkonnými funkciami (napr. schopnosť udržať pozornosť, plánovať konanie). Pozornosť je menšia a je ťažšie dodržať sľúbené. Okrem toho, strácajú schopnosť sústrediť sa, ak musia spracovať naraz viac informácií.

3) s tým, že majú obmedzenú schopnosť riešiť problémy – systematicky skúmať a riešiť problémové situácie. Aj identifikácia vzťahu „príčina – následok“ je pre nich ťažšia. Výskumy potvrdili, že deti a mládež s ľahkým mentálnym znevýhodnením častejšie negatívne interpretujú sociálne informácie. V kontakte s ostatnými mali sklon vyberať si skôr agresívne alebo pasívne než sociálne akceptované riešenie

4) majú ťažkosti pri zovšeobecnení a s ťažkosťami prenášajú naučené zručnosti na iných ľudí, iné miesta a situácie. Súvisí to s problémom abstrakcie, prípadne identifikácie a rozpoznaním jadra ťažkostí, pričom je potrebné odlíšiť podstatné a vedľajšie a zvážiť ich oddelene.

V profesionálnej práci odporúčam cielený a špecializovaný prístup k ľuďom s ľahkým mentálnym postihnutím a veľmi pozorné zohľadnenie uvedených symptómov. To by mohlo vytvoriť rámec pre podporu inklúzie. Tým sa otvára otázka, či sa dá spoľahnúť, že ľudia s ľahkým mentálnym znevýhodnením v kontexte pomenovaných vlastností skutočne môžu

profitovať z inkluzívnych ponúk v prípade, že odborníci ich pre nedostatok informácií nedokážu podporiť.

Ľudia s ľahkým mentálnym znevýhodnením sú často sociálne zraniteľní. Takmer pravidelne sa stáva, že sa ich (u detí i dospelých) spoločenská inklúzia nevydarí, pretože sú v nejakom školskom alebo spoločenskom kontexte identifikovaní ako problémové prípady pre svoje nápadné sociálne prejavy a neadekvátne správanie. V súvislosti s touto zraniteľnosťou stelesňuje liečebný pedagóg stále ochrannú rolu. To znamená, že sa pohybuje medzi napĺňaním priania, a akceptovaním túžob danej osoby a hranicami a možnosťami podpory, pričom nestráca zo zreteľa svoju ochrannú funkciu.

Ľudia s ľahkým mentálnym postihnutím sa môžu nadhodnotiť, keď ide o bezproblémovú účasť na živote v spoločnosti. Obmedzenia a konfrontácia s realitou je potom tou lepšou profesionálnou voľbou. Odporúčam nevtieravú komunikáciu. Vlastné priania a túžby osoby s ľahkým mentálnym postihnutím sú dobrým východiskom pre tento podporný dialóg – liečebný pedagóg prijíma rolu priateľa a radcu, aby viedol diskusiu o morálnych hodnotách, alternatívach správania a pôsobil podporne. Riadi sa profesijným poznaním a nedáva súhlas s rozhodnutiami, ktoré by sa mohli ukázať ako nevhodné pre osobu s ľahkým mentálnym postihnutím. Ak sa takýto človek samostatne rozhodne, liečební pedagógovia mu majú pomôcť spresniť zdôvodnenie a argumentovať, ale aj skrotiť, alebo podporiť, keď je to potrebné pre zdravý vývin a bezpečné prostredie dieťaťa alebo dospelého.

Moderný liečebný pedagóg sa nemôže na základe pragmatických argumentov odkloniť od inkluzívneho konceptu. Inklúzia je právom človeka! Takýto postoj si ale vyžaduje kompetentných, ale aj sebavedomých odborníkov, ktorí sú hrdí na svoje povolanie. Inkluzívna liečebná pedagogika sa musí presadzovať s plným nasadením, ale je potrebné aj overovať jej efektivitu. Taká zásadná zmena, aká sa deje v rámci inkluzívneho vzdelávania, sa môže zrealizovať len pri úsilí škôl samotných a aj s pomocou ďalšieho vzdelávania učiteľov. Treba pripraviť odborníkov, ktorí budú pracovať precízne a tak, aby aj ten najmenší vklad priniesol maximálny výsledok. Svoje snahy musia presne pomenovať a nájsť merateľné parametre, aby vedeli vyhodnotiť výsledky a zlepšovať svoje konanie. Odborníci musia niesť zodpovednosť za svoje rozhodnutia a skladať z neho účty (kvantitatívne i kvalitatívne ukazovatele).

Najdôležitejšie koncepty liečebných pedagógov, ktorí sa chcú aktívne zasadiť za úspešnú inklúziu, sú:

- úplná akceptácia zvláštností človeka s ľahkým mentálnym postihnutím,
- orientácia na deliberatívny (nevtieravý) dialóg,
- pozorné sledovanie vývinu a dozrievania, a vytvorenie bezpečia,
- spoľahlivé vedomosti o úzkych súvislostiach a typických znakoch správania sa ľudí s ľahkým mentálnym postihnutím v profesionálnom konaní,
- ako aj sebavedomé správanie pri zodpovednom vykonávaní svojej profesie.

Profesionálne nedostatočne sprevádzaná inklúzia, či už zo strany liečebných pedagógov, alebo iných profesionálov, pri vzdelávaní, v terapii, pri starostlivosti alebo ošetrovaní vedie nevyhnutne a vždy znova k neželaným prejavom v správaní (nápadnostiam) u ľudí s ľahkým mentálnym postihnutím a k následnému odporu voči inklúzii v spoločnosti. Často je dôsledkom opakovaná segregácia.

Dr. Xavier Moonen
IghB – Medzinárodná asociácia liečebných pedagógov Holandsko
College and Graduate School of Child Development and Education,
University of Amsterdam

Preložila:
Prof. PhDr. Marta Horňáková, PhD.
Katedra liečebnej pedagogiky USPa LP,
PdF UK v Bratislave

PROBLEMATIKA DETÍ

Postavenie senzorickej integrácie v procese výučby a výchovy

Tamás Reményi

ABSTRAKT

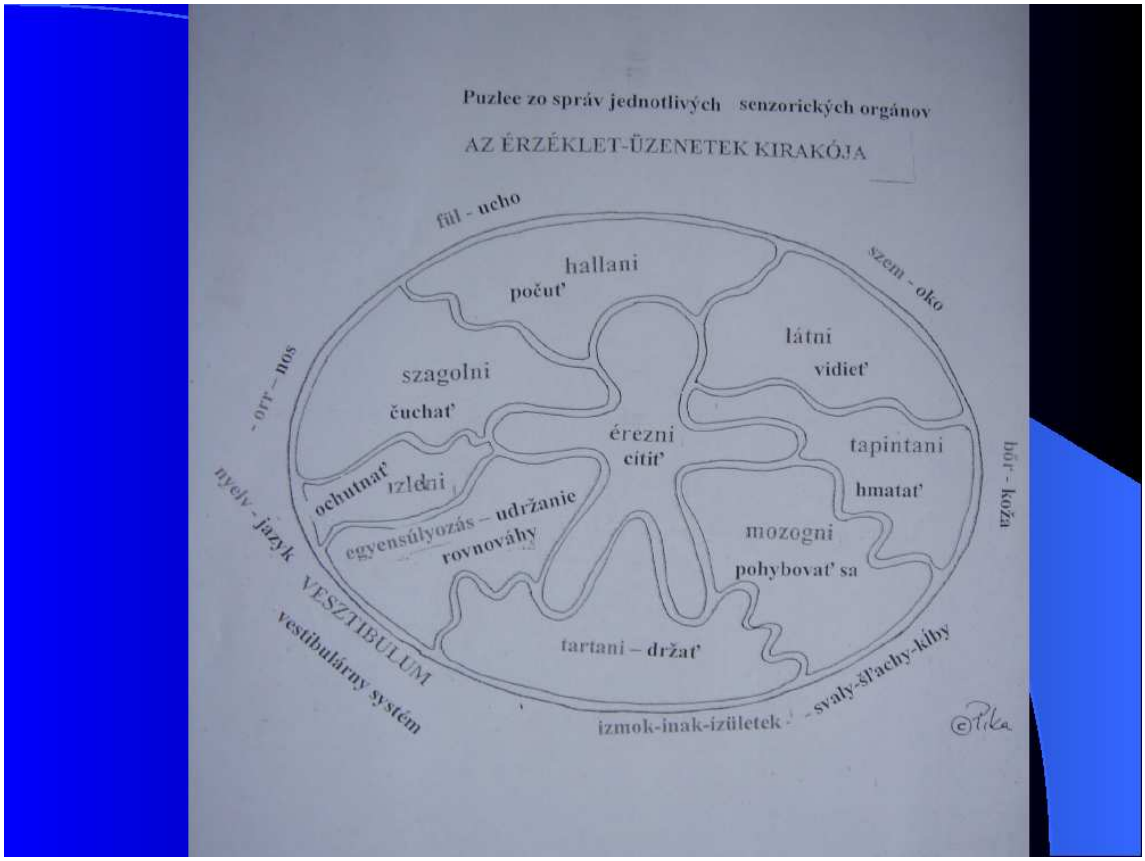
Senzorická integrácia je považovaná za základný proces spracovania informácií v nervovom systéme. V priebehu spracovania informácií prichádzajúcich z vnútorného i vonkajšieho prostredia môže dôjsť k niekoľkým ťažkostiam na neuronálnej úrovni. Tieto tzv. senzorické dysfunkcie môžu častokrát spôsobovať poruchy učenia a správania. V terapii senzorických dysfunckií, prípadne v prevencii porúch učenia a správania ponúka svoju pomoc senzorická integrácia.

Senzorická integrácia ako pojem

Senzorická integrácia je prirodzeným procesom nášho nervového systému, ktorý od raného detstva napomáha jednotlivcovi v spracovávaní informácii prichádzajúcich z vonkajšieho i vnútorného prostredia a pripisovaniu významov týmto informáciam primerane k situácii, aby naše telo bolo schopné vypracovať adekvátnu odpoveď. Senzorická integrácia je súčasťou primeraného vývinu nášho nervového systému, ktorý sa vyvíja prostredníctvom senzomotorických aktivít. Senzorická integrácia obsahuje neuropsychologické, senzomotoricko – kognitívne a emocionálne aspekty. Je základom správneho držania tela, všetkých pohybov. Zodpovedá za vývin telesnej schémy, za časopriestorovú orientáciu, za kognitívny a emocionálny vývin, za rozvoj plánovania a realizáciu činností a učenia.

Spolupráca zmyslového spracovávania

V priebehu nervového spracovania informácií z okolitého a vnútorného prostredia sa tieto informácie spájajú do celku ako časti mozaiky.



Spájanie spracovaných informácií zodpovedá za to, aby osoba bola schopná každodenné situácie primerane identifikovať, pochopiť a následne vypracovať adekvátnu odpoveď. Tieto procesy spracovania informácii nazývame v krátkosti senzorickou integráciou. V tomto procese participujú nasledovné systémy: vestibulárny, taktilný, auditívny, vizuálny, proprioceptívny, olfaktorický systém.

Hierarchické usporiadanie senzorických systémov

Prostredníctvom senzorických systémov sme schopní objavovania, spoznávania vlastnej osoby i prostredia okolo nás. Tieto poznávacie procesy nám umožňujú vytvorenie vzťahu k sebe samému, k predmetom a osobám okolitého prostredia. V priebehu týchto procesov sa vytvárajú schopnosti, ako sú vnímanie telesnej schémy, priestorová a časová orientácia. V procese poznávania sa musíme venovať najprv poznávaniu vlastnej telesnej schémy. K tomu napomáha vestibulárny, proprioceptívny, kinestetický systém a naše skúsenosti. Najdôležitejším nástrojom poznávania okolitého sveta sú naše zmyslové orgány (exterocepcia) a v neposlednom rade k tomuto poznávaniu napomáhajú systémy, ako proprioceptívny, olfaktorický, taktilný, auditívny a vizuálny systém.

Proces poznávania vonkajšieho a vnútorného prostredia prebieha v úzkom spojení, ale v priebehu vývinu je možné hore uvedené aspekty i odsledovať v procese diagnostiky funkčnosti senzorických systémov a v terapii dysfunckií im venovať náležitú pozornosť. V prípade narušenia ktoréhokoľvek senzorického systému sa môžu prejaviť u detí ťažkosti v schopnostiach a realizácií nasledovných činností: regulácia svalového tonusu a sily, jemná a hrubá motorika, pozornosť, rytmický cit, porozumenie reči, spev, písanie, čítanie, počítanie.

Prepojenie senzorických dysfunkcií a porúch učenia a správania

V prípade, že sa proces nervového spracovania naruší v predškolskom veku (pri závažnejšej poruche aj v skoršom období), v mladšom školskom veku sa toto narušenie prejaví poruchou učenia, správania, sebaovládania. Vtedy sa identifikácia každodenných situácií a následná adekvátna odpoveď ako senzorický proces stretáva s ťažkosťami. V tomto prípade hovoríme o poruchách kognitívnych funkcií. Poruchy správania a učenia nemajú jedinú a jasnú príčinu. Preto sú pri poruchách senzorickej integrácie príčiny multifaktoriálne (Schaefgen):

- genetické faktory,
- komplikácie počas vnútromaternicového vývinu,
- komplikácie v perinatálnom štádiu,
- detské ochorenia,
- poruchy mozgovej činnosti (nehody, nedostatok kyslíka),
- vývinové odchýlky,
- faktory rodinného prostredia (genetické ochorenia, smrť rodiča),
- výchovné ťažkosti (výchova bez pravidiel)...

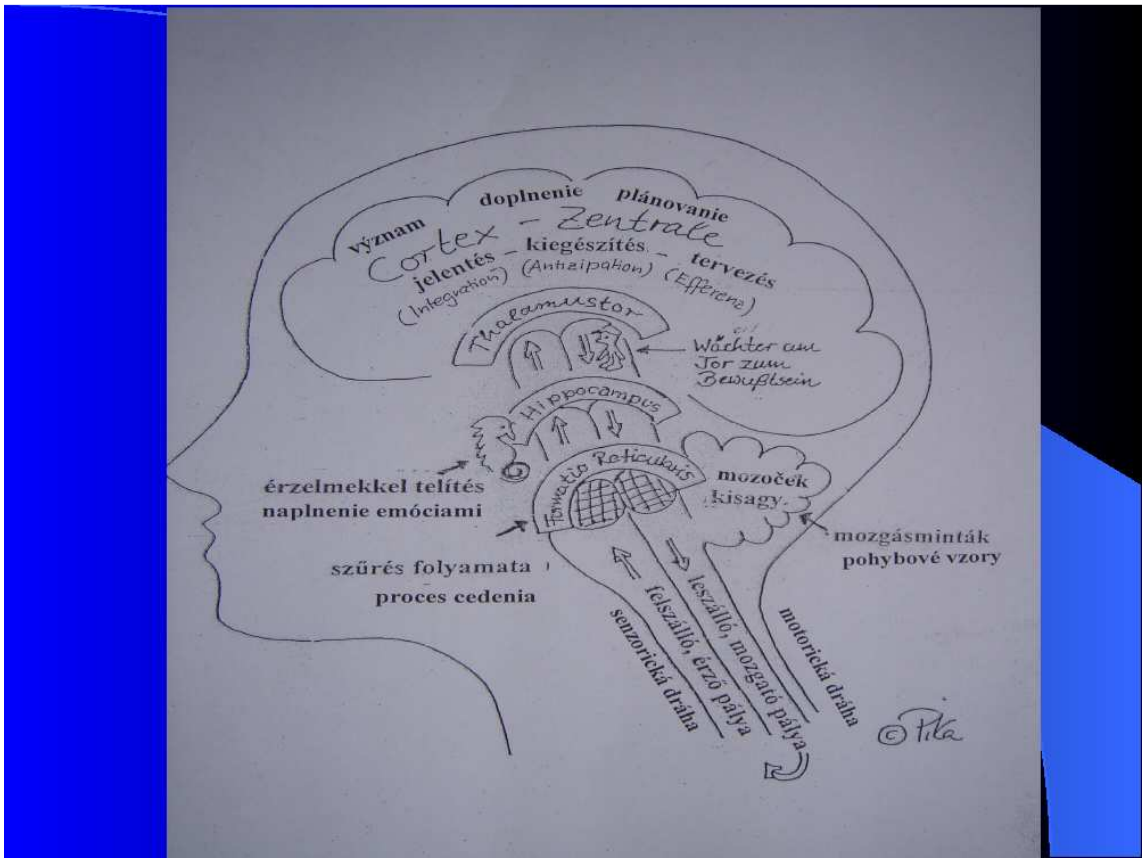
Najčastejšie príznaky senzorických dysfunkcií sa prejavia už rannom vývine:

- ťažkosti pri obúvaní topánok, zaväzovaní šnúrok, obliekaní nohavíc, obliekaní a vyzliekaní pulóvrov, košieľ, zapínaní kabátov;
- ťažkosti pri stravovaní, používanie príborov, skladanie servítok, natieranie chleba, otváranie plastových fliaš, šúpanie pomarančov, balenie a rozbaľovanie jedla;
- ťažkosti pri dodržiavaní hygieny, pri strihaní nechtov, umývaní vlasov, česaní, umývaní zubov, fúkaní nosa i udržiavaní čistoty v izbe;
- pri hre a úlohách je dieťa nešikovné, pri konštruktívnych hrách, pri spoločenských hrách, pri loptových hrách (chytanie, hádzanie);
- pri nadväzovaní a udržiavaní komunikácie, pri nadväzovaní interakcií;
- pri trávení voľného času.

V mladšom a staršom školskom veku sú v popredí poruchy učenia a správania, ktoré môžu pretrvávať až do dospelosti a spôsobujú ťažkosti. Ovplyvňujú osobnosť a život jednotlivca. Včasná diagnostika a vhodná terapia napomáha v prevencii i neskorších a ťažších porúch učenia a správania.

Dôležité aspekty nervového spracovania v priebehu senzorického spracovania

Náš nervový systém je schopný primerane spracovávať a triediť množstvo senzorických informácií, ktoré prichádzajú do mozgu v krátkom časovom intervale. Prichádzajúce informácie prijímame cez naše zmysly, informácie prechádzajú periférnym nervovým systémom, ale až mozgová kôra riadi tieto procesy. Tento samotný proces nazývame senzorickou moduláciou.



Retikulárna formácia je miestom v mozgovom kmeni, kde sa prichádzajúce informácie triedia a dôležité informácie posielajú do mozgu, kým menej dôležiťé informácie čakajú v poradí na spracovanie, prípadne na ich zrušenie. Nesprávna funkcia retikurálnej formácie, alebo dysfunkcia procesu triedenia spôsobuje preťaženie jednotlivca, dekoncentráciu, prípadne afektívne správanie.

Deti je potrebné pravidelne trénovať na to, aby boli schopné selektovať informácie z vonkajšieho prostredia. Vo väčšine prípadov sa tento proces vývija automaticky, ale v prípade senzorickej dysfunkcie práve terapia senzorickej integrácie môže byť užitočná.

Ďalej hypocampus v limbickom systéme triedi informácie a pridaním emocionálneho náboja zrýchľuje alebo spomaluje proces spracovávania informácií. Vo výučbe pri tomto kroku spracovania napomáha správna motivácia.

Thalamus tieto informácie spracováva do rutinných automatických odpovedí. Informácie, ktoré prechádzajú thalamom a dostanú sa na ďaľšiu úroveň, naberajú vedomú úroveň, práve preto sa thalamus nazýva i bránou vedomia.

Informácie prechádzajúce mozgovou kôrou dostanú správu na spojenie s predchádzajúcimi skúsenosťami a zdokonaľujú sa. Spracované informácie vytvárajú priestor pre plánovanie a realizáciu motorickej odpovede.

Úloha aktivity v procese nervového spracovania

Aby senzorická integrácia mohla na neuronálnej úrovni správne fungovať, je potrebná správna úroveň aktivity. Ak sa objavia pri organizovaní a realizácii úrovne bdelosti a aktivity (hyperkativita, hypoaktivita) problémy v zmyslovom spracovaní, sťažuje to nasledovné spracovanie prežitých situácií.

Alert program

Primerané ovládanie úrovne aktivity pre deti prebieha prostredníctvom :

- spoznávania vlastnej úrovne aktivity,
- spoznávania úrovne aktivity ostatných.

Čo môže napomôcť v zmene úrovne aktivít?

- trénovanie zmeny v chránenom prostredí,
- prenos pomoci do každodenného života,
- vedomosti o poskytovaní pomoci.

K tomu, aby ovládanie a realizácia úrovne aktivity bola pre deti dostupná a aby si ju boli schopné osvojiť, tieto procesy ovládania a realizácie sú sledované najprv na príkladoch z ríše zvierat (Pozn.: využívajú sa kartičky s obrázkami zvierat, pre ktoré je typická rozličná úroveň aktivity a vybudenia).

Zhrnutie

K tomu, aby dieťa bolo ochotné spolupracovať, aby bolo schopné dosiahnuť primerané výsledky, potrebuje viac než kvalitne fungujúci zmyslový systém. Nervové spracovanie a tvorba adekvátnej reakcie, teda senzorická integrácia musí tiež správne fungovať, ako i úroveň nervovej aktivity a rôzne senzorické systémy. Spojenie týchto systémov a pozitívne ovplyvňovanie spojenia ponúka pevné základy pre deti, aby sa v procese učenia a adaptácie stali kompetentnými a autonómnymi bytosťami.

Literatúra:

ATKINSON, RITA L, ATKINSON RICHARD C., SMITH, EDWARD E., BEM, DARYL J. (1997): Pszichológia, Budapest, Osiris Kiadó. ISBN: 963 397 117 0.

AYRES, A. JEAN (1979a): Sensorischen integration und das Kind, Berlin, Springer

AYRES, A. JEAN (1979b): Lernstörung, Berlin, Springer

AYRES, A. JEAN (1984): Bausteine der kindlichen Entwicklung, Berlin, Springer ISBN: 3-540-43061-X

AYRES, A. JEAN (1989): Sensorische integration und praxis Test , Berlin, Springer

Becker, Heidrun (2005): Kinder mit Wahrnehmungsstörungen, Idstein, Schulz-Kirchner Verlag ISBN: 3- 8248-0379-8

BNO-10 Zsebkönyv, Budapest, Naszályprint Nyomda, 2002. ISBN: 963 408 047 2

BORCHARDT, KAROLINE, BORCHARDT, DIETRICH, KOHLER, JÜRGEN, KREDOLFER FRANZISKA (2005): Sensorische Verarbeitungsstörung, Idstein, Schulz-Kirchner Verlag ISBN: 3-8248-0435-2

BUDA B., KOPP M., NAGY E. (szerk. 2001): Magatartástudományok. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.

CARVER, CHARLES S., SCHEIER MICHAEL F., (2003): Személyiségpszichológia, Budapest, Osiris Kiadó ISBN: 963-389-566-9

COLE, MICHAEL, COLE, SHEILA R. (1997): Fejlődéslélektan, Budapest, Osiris Kiadó ISBN: 963-397-166-9

CZIGLER I. (1999): Figyelem és percepció. Debrecen, Kossuth Egyetemi Kiadó

Diamond, M.C. (1993): Neuroanatomie-Malatlas, München, Arcis Verlag ISBN: 3- 89075-062-1

EYSENCK, MICHAEL W., KEANE, MARK T. (1997): Kognitív pszichológia, Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó ISBN: 963- 18-8122-9

FEHÉR O., MÉSZÁROS I. (2000): A pszichés működés élettan és kórélettana. Szeged, JATEPress

FISHER, ANNE G., MURRAY, ELIZABETH A., BUNDY, ANITA C. (1999): Sensorische Integrationstherapie, Theorie und Praxis, Berlin, Springer ISBN: 3-540- 63850-4

Frostig, Marianne, Maslow, Phyllis (1978): Lernprobleme in der Schule, Stuttgart, Hippokrates Verlag ISBN: 3-7773-0439-5

GORDOSNÉ SZABÓ ANNA SZERK. (2004): Gyógyító pedagógia, Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt, ISBN: 963 242 757 2

HEBB, D.O. (1975): A pszichológia alapkérdései. Budapest, Gondolat Kiadó

Illyés Sándor szerk. (2000): Gyógypedagógiai alapismeretek, Budapest, ELTE-GYFK, ISBN: 9-63-715528-7

KAHLE, WERNER (1996): SH atlasz, Anatómia III., Budapest, Springer ISBN: 963-8455-144

KAPIT, WYHN (1992) Physiologie- Malatlas, München, Arcis Verlag ISBN: 3- 89075-050-8

KATONA FERENC (1999): Klinikai fejlődésneurológia Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt, ISBN: 963 242 282 1

KATONA FERENC (2001): „Az öntudat újraébredése" A humán idegrendszer ontogenesise, Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt ISBN: 963 242 422 0

KATONA FERENC (2005) : Az agykutatás története. Az idegtudományok kialakulása Kr.e. 1500-tól Kr.u. 2000-ig, Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt. ISBN: 963 242 933 8

ROLEY, SUSANNE SMITH, BLANCHE, ERNA I., SCHAAF, ROSEANN C. (2004): Sensorische Integration, Grundlagen und Therapie bei Entwicklungsstörungen, Berlin, Springer, ISBN: 3-540-00093-3

SCHAEFGEN, REGA (1999): Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom-eine Form der sensorischen Integrationsstörung, Lüchow, Phänomen-Verlag, ISBN: 3-933321-19-1

SCHAEFGEN, REGA (2000): Sensorische Integration, eine Elterninformation zur sensorischen Integrationstherapie, Lüchow, Phänomen-Verlag ISBN: 3-933321-19-0

SCHAEFGEN, REGA (2002a): Grundkurs 1. Berlin, belső képzési anyag: Gesellsachaft für praxisbozogene Fortbildung

SCHAEFGEN, REGA (2002b): Grundkurs 2. Berlin, belső képzési anyag: Gesellsachaft für praxisbozogene Fortbildung

SCHAEFGEN, REGA (2002c): Frostig-kurs /FTM/, Berlin, belső képzési anyag: Gesellsachaft für praxisbozogene Fortbildung

SCHAEFGEN, REGA (2003a): Kompaktkurs XV., Grundlagen für Test-Dokumentation und Behandlungsplanung, Berlin, belső képzési anyag: Gesellsachaft für praxisbozogene Fortbildung

SCHAEFGEN, REGA (2003b): Kompaktkurs XV., ADS und Autismus, Berlin, belső képzési anyag: Gesellsachaft für praxisbozogene Fortbildung

SCHAEFGEN, REGA (2004a): Kompaktkurs XV., Das ungeschickte Kind, Berlin, belső képzési anyag: Gesellsachaft für praxisbozogene Fortbildung

SCHAEFGEN, REGA (2004b): Kompaktkurs XV., Grunlagen systemischer Beratung in der Pädiatrie, Berlin, belső képzési anyag: Gesellsachaft für praxisbozogene Fortbildung

SCHAEFGEN, REGA (2005a): Kompaktkurs XV., Der grosse SI Test und sereale Störungen, Berlin, belső képzési anyag: Gesellsachaft für praxisbozogene Fortbildung

SCHAEFGEN, REGA (2005b): Kompaktkurs XV., Lernprobleme und SI /neuropsychologie/, Berlin, belső képzési anyag: Gesellsachaft für praxisbozogene Fortbildung

SCHAEFGEN, REGA (2006a): Kompaktkurs XV., Sensorische Integration in Kombination mit anderen Verfahren, Berlin, belső képzési anyag: Gesellsachaft für praxisbozogene Fortbildung

SCHAEFGEN, REGA (2006): Praxis der Sensorische Integrationtherapi Stuttgart Thieme-Verlag ISBN: 978-3-13-141341-3

SEKULER, R. BLAKE, R. (2000): Észlelés. Budapest, Osiris Kiadó

Články:

CSAPÓ BENŐ (2002.): Az iskolai műveltség: Elméleti keretek és a vizsgálati koncepció. In: Csapó Benő (szerk.) Az iskolai műveltség. Budapest, Osiris Kiadó

GEREBEN FERENCNÉ (2004): Diagnosztika és gyógypedagógia In: Gordosné Szabó Anna: Gyógyító pedagógia, Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt

KULLMANN LAJOS (2002): A tevékenykedés, fogyatékosság és egészség nemzetközi osztályozása in Orvosi Hetilap 143. évfolyam, 23. szám

SEIDEL, M.: Die internationale Klassifikation der Funktionfähigkeit, Behinderung und Gesundheit in Geistige Behinderung 3/2003, 244-253

SZVATKÓ ANNA (2004): A szenzoros integrációs terápiák és a gyógypedagógiai fejlesztés In: Gordosné Szabó Anna: Gyógyító pedagógia, Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt

ZSOLDOS MÁRTA (2004): Kognitív fejlesztő terápia a modern gyógyító pedagógiában In: Gordosné Szabó Anna: Gyógyító pedagógia, Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt

Dr. Tamás Reményi, PhD.

Terapeut senzorickej integrácie, fyzioterapeuti, vysokoškolský učiteľ

Univerzita ELTE Budapešť, Základná škola Laborc

e-mail. remtomi@gmail.com

Preklad z maďarského jazyka: Bc. Veronika Schönmotlová

Dieťa v centre pozornosti - tvorivé aktivity na rozvoj osobnosti dieťaťa, formovanie a upevňovanie vzťahov medzi učiteľom a deťmi

Barbora Vodičková , Monika Stupková, Magdaléna Szabová

ABSTRAKT

Prednáška predstavuje projekt využitia tvorivých aktivít vo výchovno-vzdelávacom procese v materských, základných a stredných školách, ktorý bol v podobe ponuky ďalšieho vzdelávania pre pedagógov a odborných pracovníkov škôl akreditovaný MŠ SR. Projekt vyústil do praktických realizácií na školách a spracovania knihy Dieťa v centre pozornosti, ako vhodnej pomôcky pre učiteľov pri realizácii výchovno-vzdelávacieho procesu. Hlavnou myšlienkou celého projektu je väčšie využitie tvorivých aktivít, ktorých médiom je pohyb, výtvarný prejav, pracovné činnosti doplnené hudobným a dramatickým prejavom vo výchovno-vzdelávacom procese. Aby bol učiteľ schopný niekedy „zosadnúť zo stoličky" a prostredníctvom ponúkaných tvorivých aktivít byť viac medzi deťmi, byť jedným z nich.

Kľúčové slová: *Tvorivé aktivity, výchovno-vzdelávací proces, liečebná pedagogika*

ABSTRACT

Child at the centre of attention - creative activities supporting the development of a child´s personality and for forming and strenthening relationships between teachers and children

This talk aims to present a project that uses creative activities as part of the the educational process, designed for kindergartens, primary schools and high schools. Accredited by the Ministry of Education for Slovak Republic, the project was offered as part of the further education tool for pedagogic staff and specialists within the field of primary education. The project had practical outcomes and was realized at selected schools, it was also provided the base for the book Child at the centre of attention as an appropriate aid for the teachers during the realisation of the educational process. The main idea of the whole project is to promote the usage of creative activities more, through motion , artistic activities and

activities accompanied by musical and dramatic features in the educational process. This can allow teachers to step down from their hierarchical „thrones“ and through such creative activities be more part of the class, become one of the children/peers.

Key words: *Creative activities, educational process, special pedagogy/ therapeutical pedagogy*

Začiatok vzniku projektu

Ako učitelia z katedry liečebnej pedagogiky PdF UK, ale aj ako rodičia malých detí konfrontovaní so striktnosťou a formálnosťou dnešného školstva, sme intenzívne rozmýšľali ako prirodzene pretransformovať naše profesionálne skúsenosti a naše poznatky do hlavného vyučovacieho prúdu. Naším zámerom bolo pomôcť deťom, ale aj učiteľom oslobodiť sa na chvíľu od striktného dodržiavania učebných osnov a napĺňania noriem. Chceli sme na chvíľu prinútiť učiteľov zvoľniť tempo a tak dať deťom príležitosť sa na vyučovaní aj niečo dozvedieť, ale sa aj s učiteľom zahrať. Naším cieľom nebolo konkurovať alternatívnemu školstvu, naším cieľom bolo obohatiť výchovno-vyučovací proces o viac tvorivých aktivít. Z tejto myšlienky vznikol tvorivý tím M. Szabová, M. Stupková, J. Skraková a B. Vodičková, ktorý vytvoril akreditované programy ***„Možnosti využitia tvorivých aktivít vo výchovnovzdelávacom procese“*** *Vzdelávacie programy pre pedagogických a odborných zamestnancov MŠ, ZŠ, SŠ.*

Cieľom programov je podieľať sa na kontinuálnom vzdelávaní a umožniť kariérny rast v rámci:

- adaptačného vzdelávania,
- špecializačného vzdelávania,
- inovačného vzdelávania.

Programy ponúkajú:

- rozšírenie znalostí o problematike predškolského, školského a adolescentného veku,
- teoretický a praktický rámec prístupu k deťom a k práci s nimi cez kreatívne činnosti,
- starostlivosť o duševné zdravie a pohodu.

Ponúkajú priestor pre vyjadrovanie a zdieľanie názorov a pocitov spojených s výkonom povolania.

Jednotlivé programy obsahujú niekoľko modulov, ktoré sú upravené vždy pre daný stupeň školy. Niekoľko modulov orientuje učiteľov a odborných zamestnancov škôl v niektorých problémových oblastiach, s ktorými sa môžu stretnúť u detí na školách ako sú poruchy učenia a správania, chronické ochorenia, drogové závislosti a pod. Každý program obsahuje z hľadiska pedagogickej práce aj povinný modul o psychohygiene a vývinových špecifikách daného obdobia dieťaťa. Ťažiskom sú však moduly zamerané na jednotlivé tvorivé aktivity (z oblasti výtvarného, hudobného, dramatického umenia, hry, psychomotoriky a tvorivých činností), ktoré sú veľmi praktické a v rámci ktorých pedagóg (odborný zamestnanec) získava benefity pre svoj osobnostný a odborný rast, ale ktoré môže aj priamo využiť pri práci s deťmi. Celkovo je každý program koncipovaný v rozsahu 220 vzdelávacích hodín.

Kľúčové východiská

Z nadšenia zo spoločnej práce, ktorá nám prinášala potešenie a nové nápady sme začali písať knihu. Hlavným východiskom publikácie boli otázky *Aké sú dnešné deti? Aké je ich detstvo? Je iné, aké bolo naše? S čím sa dnešné deti dennodenne konfrontujú? Aká by mala byť dnešná škola?* Vyvstali nám tri kľúčové myšlienky:

1. Dnešné deti majú iné detstvo. V odbornej literatúre sa hovorí o tzv. **fenoméne zmeneného detstva** (2007, Hornauff a Hoffman). Súčasné deti žijú spravidla v materiálne dobre vybavenom prostredí, majú veľa možností na rozvoj a okolie počnúc rodinou a končiac školou, má často na ne zvýšené nároky. Cenou za to je menej prirodzene "obyčajne" tráveného času, kde si dieťa samo hľadá zamestnanie, ďalej zažíva menej spontánnych nepripravených aktivít, čo znamená menej voľného pohybu, menej voľných hier a činností. Menej príležitostí pre prirodzené osvojovanie a zlepšovanie si svojich zručností. V modernej dobe sa stretávame s deťmi, ktoré majú oslabené motorické zručnosti, majú problémy v samostatnosti, koncentrácii, tvorivosti, nevedia sa zaujať činnosťou, alebo majú problémy v správaní a v kontrole svojich emócií.

2. V súčasnej škole je teda veľa detí s rôznymi problémami. Je dôležité uvedomiť si rozdielnosť vo vyjadreniach **dieťa s problémom** vs. **problémové dieťa.** Keď učiteľ povie rodičovi *„vaše dieťa je problémové"*, rodič to môže vnímať horšie ako keď povie *„vaše dieťa má problém"*.

Dieťa samo o sebe nemusí byť problémovým, ale môže byť nositeľom problému, s ktorým mu učiteľ môže výrazne pomôcť. Deti s problémami sú prirodzenou súčasťou výchovno-vzdelávacieho procesu, to je základ inklúzie, že sem patria, že ich nevyčleňujeme, nenálepkujeme, negatívne neoznačujeme. Sú súčasťou nášho života.

3. **Postoj a vzťah učiteľa k deťom s problémami je kľúčový.** To, ako učiteľ bude s deťmi pracovať, aké stanovisko k nim zaujme, či ich bude prijímať, také, aké sú, to všetko bytostne vplýva na ich ďalší osobnostný, ale aj do budúcnosti profesionálny rozvoj. Hádam nenájdeme dospelého človeka, ktorý by si nespomínal na svoje učiteľky na prvom stupni, na ich vyslovené pochvaly, ale aj spôsobené krivdy. Učiteľ malých detí má naozaj veľkú moc a musí s ňou veľmi citlivo zaobchádzať.

Tvorivé aktivity – možnosť budovania vzťahu učiteľ - dieťa

Ako sme už naznačili, vzhľadom na zmenené detstvo dnešných detí, je potrebné prispôsobovať aj prístupy a metodiky vo výchovno-vzdelávacom procese. Školská trieda je heterogénna skupina, deti sa prejavujú rôznym tempom, rôznymi výkonmi, zvyklosťami a svojimi svojskými problémami. Súhlasíme s myšlienkou Leonhardovej et al. (2007), ktorá píše, že **inklúzia** je kultúra, život v spoločenstve školy, triedy, v ktorom je každý vítaný, v ktorom sa podporujú a pestujú individuálne potreby, odlišnosti a mnohorakosť. Neexistujú dve skupiny žiakov, tí, ktorí majú špeciálne edukačné potreby a tí, ktorí ich nemajú. Ide o jedinú skupinu žiakov, ktorí majú rozličné individuálne potreby.

Z nášho pohľadu využitie tvorivých aktivít, ktorých médiom je pohyb, výtvarný prejav, pracovné činnosti doplnené hudobným a dramatickým prejavom vo výchovno-vzdelávacom procese podporuje inkluzívnu myšlienku, práve pre ich voľnosť. Ponúkajú možnosť každému dieťaťu v triede sa zapojiť, participovať na činnosti. Nevydeľujú deti s nižším výkonom, nehodnotia. Umožňujú odkloniť sa od striktného plnenia učebných osnov, hrať sa, tvoriť a učiť sa prostredníctvom zážitku. Priťahujú a rozvíjajú záujem dieťaťa, odhaľujú jeho nové možnosti, stimulujú, umožňujú aktívne konať, skúmať a poznávať. Kladú dôraz nielen na kognitívnu stránku dieťaťa, ale ešte viac na jeho sociálno-emocionálnu stránku, na ktorú sa v rámci výchovno-vzdelávacieho procesu často zabúda. To je škoda, keď si uvedomíme že v rámci vykonávania svojej profesie musí byť človek nie len odborne, ale aj sociálne a emocionálne zrelý. Musí vedieť zvládnuť záťaž, prekonať prekážky, musí vedieť vychádzať

s ľuďmi, byť empatický. Ak sa týmto schopnostiam dieťa učí v útlom veku v láskavom a empatickom prostredí, bez poníženia a hanby, dokáže veľmi zručne s nimi narábať aj v dospelosti.

Aby toto všetko dieťa dokázalo, okrem rodičovskej väzby, je pre neho dôležité vytvorenie pevného a bezpečného **vzťahu medzi ním a svojím učiteľom.** Len takýto **vzťah bez strachu, plný istoty a bezpečia tvorí predpoklad pre úspešné učenie. Vzťah je jedným z dôležitých pilierov súčasného výchovno-vzdelávacieho procesu.** Umožňuje uchopiť, pochopiť a zvnútorniť poznatky a skúsenosti. Vzťah učiteľ - dieťa možno podporovať práve prostredníctvom využitia tvorivých aktivít, kde je väčší priestor pre vzájomné načúvanie, vnímanie, vysvetlenia svojej osobnej situácie, riešenie svojich osobných problémov. Učiteľ môže deti pozorovať v iných situáciách a tak získavať pre svoju ďalšiu pedagogickú prácu dôležité informácie. Voľnosť a sloboda tvorivého procesu umožňujú sledovať súvislosti, spojitosti, významy správania sa, prejavovania detí v rôznych situáciách. Dieťa je možné vnímať aj ako indivíduum, aj ako člena skupiny. V rámci diania pri realizácii tvorivých aktivít možno sledovať kontexty:

- diagnostický,
- edukačný,
- terapeutický.

Tvorivé aktivity predstavujú prirodzený detský svet, svet hier, rozprávok a fantázie. Dieťa nemusí doň špeciálne vstupovať, tvorivé aktivity nepredstavujú žiaden predel, netvoria hranicu ktorú treba prekročiť. **Umožňujú dieťaťu prirodzene ísť ďalej.**

Štruktúra tvorivých aktivít

Nami ponúkané tvorivé aktivity sa vyznačujú veľkou flexibilitou a voľnosťou. Pedagógovia sa pri zaraďovaní hier a techník riadia často aktuálnymi potrebami, návrhmi a záujmami detí. Základná štruktúra je však daná. Dĺžka trvania u detí predškolského veku je 45-60 minút, u detí školského veku 90 minút.

Úvod

Prebieha vždy v kruhu. Deti sedia spolu na zemi, prípadne na stoličkách usporiadaných do kruhu. Kruh je silný útvar, predstavuje bezpečie a všetci sú si rovní. V úvode pedagógovia deťom vysvetlia zámer stretnutia a ak sa deti nepoznajú (napr. v CVČ, v tábore) vzájomne sa predstavia.

Motivácia

Aktivita sa vždy začína príbehom, ktorý upúta pozornosť detí. V príbehu sa deti nastavia na to, čo sa bude diať, pomaly a nenásilne sú vtiahnuté do deja. Celkovo sme zostavili 11 tvorivých aktivít: **Ostrovy, Strom Borovica Ivica, Motýľ, farebný svet, Džungľa, Opice, Zvieracie rodiny, Čarodejnícki kamarátia a ich dobrodružná cesta, Osmičková krajina, Srdiečko.**

Hlavná časť

Každá aktivita má svoj príbeh a osobitné na cieľ zamerané pohybové, výtvarné, činnostné aktivity, doplnené spevom, hudbou, dramatickým a literárnym prejavom. Príbeh sa spravidla vinie celou aktivitou a pomáha prepájať všetky čiastkové aktivity a je aj nositeľom posolstva. Hlavná časť slúži na to, aby sa daná téma, príbeh spracovali rôznymi cestami (kresba, pohyb, činnosť, dramatizácia), rôznymi prijímacími kanálmi. Aktivity je možné flexibilne meniť, dopĺňať podľa potrieb detí. Aktivity možno zrealizovať aj v zjednodušenej redukovanej podobe hlavne u malých detí.

Záver a diskusia

Na záver sú zaradené rozhovory s deťmi o ich pocitoch, názoroch a prežívaní počas tvorby využívajúc dynamiku skupiny. Odohrávajú sa zase v kruhu na koberci. Na konci každej aktivity sme zaradili možné otázky, ktoré sú k dispozícii. Samozrejme sa pedagóg detí môže pýtať na to, čo ho zaujíma alebo, čo pokladá za dôležité.

Postrehy z realizácie aktivity v praxi

V tejto položke si môže pedagóg zapisovať priebeh aktivity, svoje postrehy, modifikácie. Takto zapísané informácie majú význam pre samotného pedagóga a pre jeho ďalšie vedenie detí.

Postrehy z praxe

Tvorivé aktivity, tak ako ich ponúkame v publikácii sme zrealizovali vo vybraných školách a škôlkach. Našli sme ústretových učiteľov, ktorí nám otvorili svoje triedy, poskytli svoj čas aj „svoje deti“. Našli sme deti, ktoré sa chceli cez vyučovanie „hrať“, ktoré výborne spolupracovali. Tieto praktické realizácie nás veľmi ako autorov obohatili. Mohli sme priamo vidieť reakcie detí, mohli sme vnímať vzťahové väzby v triede a byť súčasťou sveta detí. Deti nás prirodzene svojou nekomplikovanosťou prijali. V rámci každej realizácie sa našlo dieťatko, ktoré sa vymykalo väčšine, ktoré možno niekedy viac vyrušovalo, potrebovalo viac rozprávať, alebo naopak bolo utiahnuté a nechcelo sa zapájať. Snažili sme sa vždy aj takéto dieťatko nenásilnou formou zaujať a vtiahnuť do diania. Naše pozorovania sme zapísali a sú zachytené v knihe prie každej aktivite.

Pozorovanie z realizácie tvorivej aktivity **Ostrovy**

„Jeden chlapec v jednej triede“

V rámci pozorovania tvorivej aktivity Ostrovy sme mali možnosť pozorovať chlapca s problémami v správaní. Chlapec neustále vyrušoval, vykrikoval, nevedel čakať, pobehoval po triede. Do procesu tvorby vnášal agresívne prvky (kreslil zbrane, bomby a vojakov, čo následne komentoval). K myšlienke bojov a vojny vťahoval aj ostatných spolužiakov, ktorí pracovali na téme „mesto“. Napriek tomu bolo vidieť, že ho téma zaujala, plnil inštrukcie a odpovedal na otázky. Neupozorňovali sme na jeho správanie a prehnane nereagovali, ak to bolo nevyhnutné. Takisto sme chlapcovo správanie nekomentovali. Chválil sme však chlapcov, ktorí pracovali podľa inštrukcií a nevyrušovali. Postupom času sme pozorovali nenásilnú zmenu v jeho správaní. Chlapec bol vtiahnutý do deja hry, prestal vyrušovať, zaujal sa činnosťou a úplne zabudol na svoju predchádzajúcu rolu „narušiteľa“. Na konci spoločnej práce, kedy deti vytvárali mapu, si mali vybrať svoje miesto na mape, kde by chceli bývať. Deti si väčšinou vyberali miesta na lúke, v lese, na strome. Jedine „náš chlapec“ si vybral miesto vnútri. Vložil svoju postavičku, ktorá symbolicky znázorňovala jeho, do indiánskeho stanu. Nevybral si svoju časť, ktorú pokreslil vojenskými motívmi. Vložením postavičky dovnútra stanu akoby symbolicky vyjadril, že nemusí byť stredobodom pozornosti, že si našiel svoje pokojné miesto, kde si potrebuje oddýchnuť a kde chce byť sám.

Záver

V príspevku sme zhrnuli genézu vzniku našej spolupráce na tvorbe akreditovaných programov MŠ SR *„**Možnosti využitia tvorivých aktivít vo výchovnovzdelávacom procese“*** *Vzdelávacie programy pre pedagogických a odborných zamestnancov MŠ, ZŠ, SŠ* a knihy Dieťa v centre pozornosti. Pomenovali sme kľúčové východiská, ktoré nás pri tvorbe a realizácii projektu sprevádzali. Zhrnuli sme význam využitia tvorivých aktivít v rámci výchovno-vzdelávacieho procesu ako prostriedku pre budovanie vzťahu medzi deťmi a učiteľom a ako platformy pre inkluzívnu atmosféru v triede. Naším zámerom nebolo poučovať pedagógov, čo majú robiť, naším cieľom bolo obohatiť ich prácu, aby niekedy jednoducho *„zosadli zo stoličky“* a zabudli na striktné plnenie osnov a boli s deťmi v ich svete. V rámci interdisciplinárneho prístupu k deťom sme chceli obohatiť ich prácu o liečebnopedagogický rozmer. Dúfame, že sa nám to aspoň trochu podarilo.

Literatúra:

HORNAUF, D., HOFFMANN, S. 2007. *Zmenené detstvo v čase postmoderny*. Ako sa zmenilo detstvo koncom minulého a začiatkom tohto storočia? ako vplývajú spoločenské zmeny na vývin dnešných detí? Referát na konferencii Prvé psychomotorické dni, 2007, nepublikované.

LEONHARDT, A., LECHTA, V., KOVÁČOVÁ, B. 2007. Inkluzívna pedagogika ako odbor, princíp i politikum verzus jej realizácia. In: EFETA-otvor sa, 2007, roč. XVII, č. 2, s. 2-4

Mgr. Barbora Vodičková, PhD.
riaditeľka, špecialistka pre raný a predškolský vek, liečebná pedagogička
BlueBerry Hill –Súkromné anglické detské centrum
Podkolibská/ Na Zlatej nohe 3
831 01 Bratislava
E-mail: vodickova@bbhill.sk

PaedDr. Monika Stupková, PhD.
liečebná pedagogička
Detské kardiocentrum v Bratislave
Limbová 1
83351 Bratislava

E-mail: *stupkovam@gmail.com*

PeadDr. Magdaléna Szabová

liečebná pedagogička

E-mail: *magdalenka.szabova@gmail.com*

Význam prirodzenej voľnej hry vo výchove a terapii

Petra Mitašíková

ABSTRAKT

Príspevok prezentuje fenomén prirodzenej voľnej hry vo výchove a terapii ako jeden z nosných a základných prostriedkov v terapii hrou. Hra je s obdobím detstva neodmysliteľne spätá. Bez využívania jej obrovského liečebno-výchovného potenciálu sa v praxi len ťažko zaobídeme. K pochopeniu základných liečebných princípov terapie hrou je nutné poznať možnosti hry so všetkými jej zákonitosťami – najmä v kontexte vývinu. Hra sama o sebe pôsobí liečivo. V kvalitnom, hlbokom, úctivom a akceptujúcom vzťahu v rámci terapie hrou sa terapeutický aspekt využívania hry ešte násobí. Hra pôsobí preventívne, pomáha zvládať životné ťažkosti, v prípade komplikovaných problémov je využiteľná v liečbe.

Kľúčové slová: *voľná hra, zákonitosti voľnej hry, terapia hrou*

ABSTRACT

Meaning of natural free play in education and play therapy

Article presents fenomenon of natural free play in education and therapy as one of the most important and basic recource in play therapy. Play is inherent part od the childhood. Without its huge therapeutical and educational potencial we can not work. To understand basic therapeutical principles of play therapy is needed to know possibilities of play wiht all its rightfulness – mainly in context of development. Play itself is therapeutical. In quality, deep, respecful and acceptful relationship in play therapy is therapeutical aspect multiplied. Play work in prevention aspect, helps to handle troubles of life and in case of complicated problems is used in therapy.

Key words: *natural play, rightfulness of natural free play, play therapy*

Prirodzená voľná hra je výsledkom slobodného výberu, interakčnej komunikácie**,** tvorivého procesu, činnostnej zaangažovanosti a dobrovoľnej participácie. Svojou povahou **je prirodzená voľná hra naturálnou, inštinktívnou potrebou tvoriť – a pretvárať tak i seba samého. Je prejavom hlbokej tendencie jednotlivca k sebarozvíjaniu.** V žiadnej

inej činnosti dieťa nemá toľko k životu nevyhnutnej slobody, ako v hre. Situácia hry mu zároveň vytyčuje prirodzené hranice, v rámci ktorých má slobodu konať, ale i nutnosť preberať dôsledky svojho konania.

Dieťa si v rámci prirodzenej voľnej hry samé vyberie spôsob, akým sa bude hrať. Vymyslí si vlastný priebeh hry. Stanoví si vlastné pravidlá. Hrá sa prirodzene, ako mu to práve najlepšie vyhovuje. Ak sa chce hrať s inými, rešpektuje pravidlá stanovené alebo upravené konsenzuálne v skupine. Slobodne sa rozhoduje, či sa bude s ostatnými hrať podľa vopred stanovených pravidiel, alebo sa jednoducho nezapojí, prípadne hru „predčasne" opustí. Dieťa, ktorému umožníme hrať sa prirodzene a voľne, nasleduje v hre vlastné vnútorné impulzy a podľa toho si upraví spôsob i obsah hry. Jeho hra bude presne kopírovať vývinovú úroveň, na ktorej sa nachádza a aktuálne potreby, ktoré potrebuje naplniť. Jedinou podmienkou je, aby sa dieťa s daným materiálom hralo v rámci určitých hraníc (nesmie ich zničiť, roztrhať, krčiť a pod.).

Pre tieto aspekty je využívanie prirodzenej voľnej hry u detského klienta kľúčovým východiskom liečebnopedagogickej intervencie. Autori Říčan, Krejčová a kol. (1997) i Rezková (1994) koncept prirodzenej hry podčiarkujú. Tvrdia, že **hra je výrazovým prostriedkom a životnou potrebou dieťaťa.** Odráža jeho vnútorný svet, skúsenosti, spôsob myslenia, prekonávania prekážok, zvyčajné postupy riešenia konfliktov, jeho vzťahy, priania i problémy. Od narodenia až po koniec školského veku je hra najobľúbenejším prostriedkom kontaktu dieťaťa s vlastným vnútrom i s okolitým svetom.

V roku 1938 vyšla **Johanovi Huizingovi** (1872 – 1945) – holandskému kultúrnemu historikovi slávna kniha ***Homo ludens*****,** v ktorej vyzdvihuje v i fakt „prirodzenej povahy hry" tvrdením, že **ľudská kultúra vzniká a rozvíja sa v hre a ako hra** (Huizinga, 2000). Zaujímavé tvrdenie autora je v tom, že ľudská kultúra neobohatila hru o nijaký nový podstatný prvok, pretože všetky základné črty hry sa uplatňujú už v hre zvierat. Hra je staršia ako kultúra a kultúra sa vyvíja z hry. Huizinga považuje za hru **slobodnú činnosť, vymedzenú pevnými časopriestorovými hranicami, ktorá má svoj cieľ sama v sebe, riadi sa dobrovoľne prijatými, ale bezpodmienečne záväznými pravidlami, je sprevádzaná pocitom napätia a radosti, stojí mimo, „bežného života" a je považovaná za akési „iné bytie".** S doplňujúcimi poznámkami k detskej hre sa pozrieme, že Huizinga formuloval hru predovšetkým ako:

- **slobodné konanie** (nemôžeme dieťa donútiť, aby sa hralo);
- **vystúpenie z „obyčajného" života do dočasnej sféry aktivity s vlastnou tendenciou** (dieťa sa môže prostredníctvom hry odpútať od bežnej reality a vstúpiť do reality hry, ktorej je spolutvorcom);
- **priestorovú a časovú uzavretosť a ohraničenosť** (detská hra sa odohráva v istom reálnom a súčasne i fiktívnom čase a priestore, ktoré hre dávajú vonkajšie ohraničenie);
- **možnosť opakovania** hry ako celku, alebo jej jednotlivých častí – (dieťa sa bude často vracať obsahom a témami hry tam, kam ono samé potrebuje prostredníctvom hry zájsť – čo si potrebuje aktuálne spracovať);
- **špecifický poriadok a pravidlá** (hra je vnútorne vysoko organizovaná činnosť, pričom pravidlá sa dohodujú alebo upravujú vzájomným vyjednávaním pred a počas hry.);
- **rytmus a harmóniu** (hra má svoj rytmus, dynamiku – nápad, prvotný impulz, prípravu na hru, samotné jadro hry a jasné ukončenie - hranie upokojuje, vylaďuje, harmonizuje.) a
- **napätie** (pred hrou a počas nej hráči pociťujú určité vnútorné chvenie, napätie z očakávania vnútorne zaujímavej a subjektívne naplňujúcej činnosti.).

Roger Caillois (1913 – 1978**,** francúzsky spisovateľ, sociológ, filozof a literárny kritik) v knihe ***Hry a lidé*** (v originály *Les jeux et les hommes*) definuje **štyri princípy hry,** ktoré sú zároveň štyrmi princípmi, ktoré organizujú kultúrny život ako taký. Prvým princípom, ktorý môže usporiadať hru, je *agon*, čo je grécke označenie pre **námahu či úsilie.** Princíp agonu je dominantný vo väčšine kolektívnych hier a športe vo všeobecnosti. Druhým hrovým princípom**,** polárnym k agonu, je *alea*, v gréčtine pôvodne "kocka". Na princípe alea sú založené všetky hry, ktoré závisia na **náhode alebo šťastí.** Patrí sem všetko losovanie a lotérie, náhodné konfigurácie rozdaných kariet, či konfigurácie naprogramovaného výherného automatu. Práve hry na princípe alea môžu viesť k závislosti, tzv. gamblerstvu, patologickému hráčstvu. Tretím princípom hry sú *mimikry*. Mimikry môžeme preložiť slovom **maska.** Maskou je mienená každá neprirodzená rola, ktorej prostredníctvom pri hre

vystupujeme z každodennosti. Rola je často doprevádzaná vizuálnymi znakmi (klubový dres a pod.) Štvrtým princípom hry je podľa Cailloisa *ilinx*, teda doslovne **závrat.** Na zavráti spočívajú detské pohybové hry, púťové atrakcie, adrenalínové športy, závody motocyklov či automobilov i zábavy typu bungee jumping (Caillois, 1998).

Základné znaky prirodzenej voľnej hry

Sloboda a spontánnosť

V hre sú vytýčené reálne i pomyselné hranice v rámci, ktorých môže dieťa slobodne konať. Hra je slobodou v jasne stanovených hraniciach. Umožniť takéto konanie je pre hrajúceho sa bezpečné a tým i oslobodzujúce. Zdravo sa vyvíjajúce deti samé spontánne rozlišujú, kedy sa hrajú a ktoré činnosti už hrou nie sú. Ak prekročia prirodzené hranice hry – hra končí. V záujme pokračovania hry preto konajú v rámci prirodzených hraníc hry. Deti môžu v hre znázorňovať boj, ale hranice hry prekročia, ak sa už reálne bijú alebo si ubližujú. Deti sa môžu počas hry dobre baviť, ale za hranicou hry sa ocitnú v okamihu, keď sa začnú baviť na úkor niekoho iného, ktorého tým zosmiešňujú alebo zraňujú.

Hra je predovšetkým **slobodným správaním.** Hra na rozkaz prestáva byť hrou. Deti a zvieratá sa hrajú, pretože z toho majú potešenie a v tom je ich sloboda. **Hra nie je úloha** (Deissler 1994), Červinková (1998). Vereščáková (1999, s. 68) k slobode hry dodáva: „Hra vyplýva z vnútorných potrieb dieťaťa, častejšie sa v nej uplatňuje vnútorná motivácia ako vonkajšie podnecovanie, dieťa sa hrá tak, ako samo chce, dobrovoľne sa k hre rozhoduje, nechce byť v hre obmedzované, chce mať pocit voľnosti“. Dreissler (1994) k tomu poznamenáva. Vo výchove je dôležité správne vyvážiť voľnú, slobodnú hru a riadenú organizovanú ponuku. Ináč dieťaťu odopierame možnosť základnej orientácie vo svete, v živote a v spôsobe, ako sa s ním vyrovnať.

Ak už dieťa len opakuje a napodobňuje - to už je **”škola hrou”** a tu už veľa slobody nie je. Je to už viac vyučovanie – aplikujúce niektoré hrové prvky. Chýba tu naplnenie všetkých základných atribútov hry ako prirodzenej, spontánnej, voľnej činnosti. Teplanová (1999) uvádza ako príklad **usmerneného hrania** Scholu ludus – školu hrou. Využíva hru, ktorá je slobodne zvolená, hráči sú dobre motivovaní, hra je rozumne vedená a nie je nasilu

prerušovaná. Takáto hra vedie k systematickému objavovaniu javov a procesov, k budovaniu pojmov, chápaniu javov a procesov v ich komplexnosti. Pre dospelého to znamená:

- stanoviť jasný cieľ,
- pripraviť hru a experimenty,
- dopredu premyslieť pravidlá a fungovanie hry,
- vytvoriť vzrušujúcu atmosféru,
- robiť hru stále zaujímavejšou (meniť pravidlá, stupňovať nároky...).

Křivohlavý (1994) definuje slobodu ako možnosť slobodne sa rozhodovať, uplatniť svoju vôľu a konať podľa vlastného uváženia. S otázkami slobody sa stretávame v situáciách, keď sa máme sami rozhodnúť, ktorou cestou ďalej. Sloboda je na jednej strane možnosť voľby a na druhej strane je úzko spätá so zodpovednosťou. Ginott (1966) upozorňuje, že aj deti s problémami prejavujúce silné zábrany uprednostňujú pokojné, slobodné zaoberanie sa hrou v bezpečnom prostredí. Cez hrovú činnosť majú byť vedené k výrazu a k expresii pocitov. Hra v kontexte terapie má byť orientovaná najmä na činnosti podporujúce spontánnosť a slobodu vyjadrenia.

Pri hre dieťa robí spontánne, čo samo chce. Môže si samo vybrať činnosť, alebo mu ju môže ponúknuť niekto iný – (iné dieťa alebo dospelý). Ale musí ju vykonávať na základe slobodného rozhodnutia. Príkladom môže byť dieťa, ktoré skladá puzzle. Ak mu niekto povie, aby skladalo puzzle bez možnosti predchádzajúceho výberu, nehrá sa. Ak vystrihuje z papiera rovnakého tučniaka, ako všetky deti v triede, pretože to zadala pani učiteľka ako zábavnú úlohu a bude za to po skončení hodnotené „smajlíkom“, nehrá sa. Dieťa, ktoré poslušne vyfarbuje obrázok podľa návrhu dospelého pretože za to bude odmenené známkou sa tiež nehrá, aj keď to dospelý dieťaťu zadal ako zaujímavú činnosť. Dieťa, ktoré si samé vybralo hru s kockami, a stavia z nich stavbu nasledujúc svoje nápady sa hrá a dokonca takúto hru možno považovať za výborný spôsob podpory akademických schopností. Pri hre sa samostatne rozhoduje, pri stavbe koncentruje, jednotlivé úkony analyzuje, smeruje od častí k celku – tvoriac vlastné neopakovateľné dielo a zažívajúc naplnenie z kreatívneho procesu, ktorý má cieľ sám v sebe. Dieťa, ktoré si na kúsok papiera

spontánne nakreslí tučniaka a potom ho vystrihuje (a možno použije v ďalšej aktivite) a nikto ho za to neodmení dobrou známkou ani nálepkou - sa hrá, rovnako ako sa hrá dieťa, ktoré samé od seba siahne po puzzle a so záujmom ho niekoľkokrát rozloží a zloží.

Interaktívnosť

Ak sa chce dieťa hrať, musí vstupovať do interakcií s inými ľuďmi, predmetmi ale najmä samé so sebou. **J. Sully** (1901 cit. podľa Eľkonin, 1983) tvrdí, že **zdrojom hry je snaha uskutočniť príťažlivý nápad.** Z toho vyplýva blízke príbuzenstvo hry s umením. Sully dával hru detí do súvislosti aj s kreslením. Predložme pred dieťa čistý papier a ono naň svoj nápad bez váhania nakreslí. Svoje názory Sully orientoval najmä na **rolovú hru.** Považoval ju za možnosť vydávať sa za hranice svojho skutočného "ja" a za hranice svojho každodenného života. Rozohrávajúc svoju rolu vo svojej predstavivosti dieťa mení v hre celé okolie, ktoré dostáva takú formu a zmysel, ktorá je v daný okamih potrebná pre rolu. Ústredným momentom, zjednocujúcim všetky tieto stránky hry je rola, ktorú berie dieťa na seba. Na obsah rolovej hry má rozhodujúci vplyv realita, ktorá dieťa obklopuje. Podstata takejto hry spočíva v tom, že sa realizuje akákoľvek rola. **Rolová hra má nasledujúce štruktúry:**

a) *samotné role*, ktoré deti berú na seba,

b) *hrové činnosti*, prostredníctvom ktorých deti realizujú role dospelých a vzťahy medzi nimi,

c) *používanie predmetov v hre*, pričom sú reálne predmety nahradené hrovými.

Tvorivosť

Vereščáková (1999) analyzovala súvislosti a rozdiely medzi hrou a tvorivosťou. Hra aj tvorivosť podľa tejto autorky umožňujú **hrovú experimentáciu.** Obe činnosti podporujú osvojenie zručností, zvládanie sociálnych nárokov, rozširujú adaptačnú schopnosť a integritu osobnosti, prehlbujú interakciu so sociálnym prostredím, kompenzujú a odstraňujú maladaptáciu. Citová spokojnosť, nadšenie a entuziazmus, ktoré hru aj tvorivosť sprevádzajú znižujú v človeku vnútorné napätie. Maisel (2002) poznamenáva, že kreativita a úzkosť spolu súvisia. Stáť pred prázdnym plátnom, môže znamenať nervozitu, tlak, aby sme niečo vytvorili. Túto úzkosť je možné tvorivou činnosťou prekonať. S daným autorom môžeme súhlasne povedať, že rovnaký tvorivý tlak pôsobí na dieťa, ktoré vstúpi do upratanej herne, ktorej priestor vyzýva k „namaľovaniu tejto plochy hrou" - stvárneniu individuálneho príbehu

hrou. Jednotlivé plochy budú prostredníctvom hračiek postupne pokryté svojskými hrovými vyjadreniami. Hrou je počiatočné napätie prekonávané. V hrovom priestore sa vyhrajú vnútorné individuálne príbehy – podobne ako na javisku v divadle – a pozorovateľovi hry sa pred očami prostredníctvom hračiek konkretizujú veľmi špecifické osobné imaginatívne hrové minidrámy.

Tvorivé činnosti majú podľa Vereščákovje (1999) s detskou hrou spoločnú spontaneitu a živé zaujatie, experimentačný ráz ich priebehu. Tvorivosť je popri spontánnosti, objavnosti, ničím neviazanej voľnosti pravou podstatou hry. Rozdiel je v tom, že tvorenie smeruje k osobitosti, v hre sa uplatňuje vo väčšej miere imitácia a navyše je hra viac samoúčelná.

Pravidlá

Základom každej prirodzenej voľnej hry je prijatie istých pravidiel. Stanovenie pravidiel pomáha hru rozvíjať a udržiavať. Bez nich by hra nemohla efektívne pokračovať. V prípade voľnej hry v skupine viacerých účastníkov pravidlá vznikajú spontánne - vzájomným negociovaním.

Podľa Křivohlavého (1975) sa hrou vo všeobecnosti chápe činnosť skupiny ľudí, ktorá nie je celkom „voľná“, ale naopak, riadená určitými stanovenými pravidlami, ktorá má zároveň určitý cieľ. Dôraz je kladený na zážitok účastníkov hry, na záujem až zanietenie a vžitie sa do hrovej situácie.

Ciele hry

Cieľom hry je napĺňanie vnútorných potrieb hrajúceho sa. Hra dáva možnosť sebarealizácie, riešenia vlastných problémov, poskytuje sociálny kontakt. **Každá hra má svoj cieľ - niekedy vedomý, inokedy skrytý, lebo bez cieľa by hra nemala zmysel.** Hra je podľa Boreckého (1982) autotelická čo znamená, že má zmysel a cieľ sama v sebe. „Samoúčelnosť hry“ znamená, že pri hre dieťa nesleduje spoločensky užitočný cieľ, ale vykonáva činnosť, ktorá má subjektívny význam najmä pre jeho vlastný intelektuálny a citový vývin. **Motívom hry nie je výsledok, ale samotný proces hry.**

Hra je dôležitým činiteľom vo vývine dieťaťa i diagnostickým ukazovateľom jeho vývinovej úrovne. Je spôsobom, ako dieťa objavuje svet. Poskytuje mu široké možnosti pre poznávanie, tréning vlastných schopností a má veľký význam aj pre jeho sociálne učenie.

Deti sa pri hre intenzívne učia jedno od druhého. Útly vek je formujúcim obdobím, či už z hľadiska výchovy a v prípade problémov aj včasnej formy terapeutickej intervencie. V ranom období sa budujú pocity dôvery, radosti zo života, kladné sebauspokojenie, sebadôvera, sebaistota, zvedavosť, nezávislé správanie sa, motivácia k výkonu, vytrvalosť, sociálna zodpovednosť, odklad uspokojenia (sebadisciplína a trpezlivosť). Hra pomáha dieťaťu, aby si uvedomovalo svet okolo seba, aby mu v ňom bolo dobre, aby sa na ňom chcelo aktívne podieľať, aby dôverovalo sebe i okoliu.

Hra má vzťah k harmonickému citovému rozvoju jednotlivca, jeho primeranej sociálnej prispôsobivosti, vyrovnaným vzťahom k sebe samému, k ostatným ľuďom a vnímavosti ku kultúrnym hodnotám. Je dôležitým činiteľom vo vývine každého človeka a je jedným zo spôsobov, ktorým objavuje svet. Pomáha porozumieť vlastným zážitkom a riešiť problémy.

Prirodzená voľná hra je v detstve popri iných aktivitách – akými sú napr. zámerné vyučovanie, pracovné činnosti, športové tréningy, umelecké aktivity, rehabilitačné či korekčné cvičenia alebo i štrukturované liečebnopedagogické hrové cvičenia a pod. **slobodným priestorom, v rámci ktorého sa z dieťaťa stáva čoraz viac svojbytným, samostatným a kompetentným jednotlivcom.** Keď sa dieťa voľne hrá, slobodne myslí, slobodne sa pohybuje, slobodne sa kontaktuje, slobodne sa vyjadruje, slobodne, spontánne a vnútorne zaangažovane a motivovane sa učí. Bez nátlaku, sankcií, odmien, trestov, poučovaní, pokynov, súťaženia, stresu, - ale naopak svojím tempom, vlastnou iniciatívou, v uvoľnenej atmosfére, s využitím sociálnych kontaktov, ktoré potrebuje, v bezpečnom priestore hry. **Ide o slobodný priestor, v rámci ktorého je maximálne podporovaný vývin dieťaťa.** Neexistuje žiadny iný priestor ani didaktický materiál, ktorý by intenzívnejšie precvičoval rečové schopnosti dieťaťa, jeho sociálne, komunikačné, vyjednávacie schopnosti ako je prirodzená voľná hra. Dieťa sa hrou stáva kultúrnym človekom - imituje, preberá vzory, vrastá do sociálneho prostredia. Je to platforma, kde sa prvýkrát stretáva s konfliktami – vnútornými i vonkajším, ktoré svojimi vlastnými silami prekonáva. Je to priestor najintenzívnejšieho **senzomotorického cvičenia.** Mnohonásobné spontánne, radostné opakovanie pohybov celého tela a zamestnanie rúk je tou najlepšou prípravou na ďalšie zámerne štrukturované úlohy, pred ktoré sa bude dieťa musieť v živote postaviť. Herňa, v ktorej sa môže dieťa slobodne, spontánne, prirodzene, voľne hrať je jeho prvou učebňou.

Príroda, záhrada, les, pláž sú najlepšími prvými vonkajšími priestormi, kde dieťa vo voľných hrách bez vonkajších direktív objavuje svoje pohybové možnosti – samého seba. Je na zvážení každého rodiča, učiteľa, vychovávateľa, alebo i terapeuta, koľko priestoru a času umožní deťom prirodzene voľne sa hrať a ako voľnú hru dokáže v realite útočiacich lákadiel pasívnej zábavy (televízia, počítačové hry) podporiť. Dieťa sa voľnou hrou učí koncentrovať, seba-zamestnávať, aktívne klásť otázky a hľadať na ne odpovede, tvorivo myslieť a dosahovať psychickú rovnováhu, pohodu, prežívať pozitívne emócie. Keď sa dieťa prirodzene voľne hrá, vtedy je samé sebou – a vtedy je možné ho aj najlepšie spoznávať a rozumieť jeho aktuálnym vývinovým míľnikom.

Literatúra:

BORECKÝ, V. 1982. *Světy hraček*. Praha : Mona, 1982.

CAILLOIS, ROGER. C.1998. *Hry a lidé*. 1. vyd. Praha : Nakladatelskví Studia Ypsilon, 1998. ISBN 80-902482-2-5.

ČERVINKOVÁ, H. 1998. Hra jako prostředek psychoterapie. In: *Psychoterapie VI. Sborník přednášek*. Triton. Pražská psychoterapeutická fakulta 1998, s. 127-155.

DEISSLER, H.H. 1994. *Každodenní problémy v mateřské škole*. Portál. Praha 1994.

EĽKONIN, D.B. 1983. *Psychológia hry*. SPN. Bratislava 1983.

GINOTT, H.G. 1966. *Gruppen-psychoterapie mit Kindern*. Berlin, Basel : Verlag Julius Beltz. Weinheim, 1966.

HUIZINGA, J. *Homo ludens*. 2000. O původu kultury ve hře. Praha: Dauphin 2000

KŘIVOHLAVÝ, J. 1975. Výchovné stimulačné hry s kooperatívnym zameraním. In: *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. 1975, s. 269-271.

MASIEL, E. 2002. *Tréning kreativity*. (pôv. The Creativity Book). Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-677-2.

REZKOVÁ, V. 1994. *Nedirektivní terapie hrou*. PPP Praha 1994.

ŘÍČAN, P., KREJČOVÁ, D. a kol. 1997. *Dětská klinická psychologie*. Grada Publishing. Praha 1997. ISBS 80-7169-512-2.

TEPLANOVÁ, K. 1999. Rozvíjanie fyzikálnej predstavivosti na základe osobnej skúsenosti. In. *Hra a hračka*. Zborník z odb. seminára. Bratislava. Iuventa 1999, s. 21-22.

VEREŠČÁKOVÁ, J. 1999. Hra a hračka a ich psychosociálne súvislosti u detí predškolského veku. In: *Hra a jej sociálne súvislosti*. Zborník. Univerzita Konštantína Filozofa, Filozofická fakulta, Nitra, 1999.

VEREŠČÁKOVÁ, J. 1999. Tvorivosť a hra. In: *Hra a hračka*. Zborník z odborného seminára. Bratislava. Iuventa. 1999.

Mgr. Petra Mitašíková, PhD.
vysokoškolská pedagogička
Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulty
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky
Katedra liečebnej pedagogiky
Račianska 59 (so sídlom na Šoltésovej 4), 811 08 Bratislava
E-mail: petra.mitasikova@gmail.com

Poruchy učenia, správania, koncentrácie a ich neuro-fyziologické príčiny – metóda INPP ako účinný nástroj na diagnostiku, prevenciu a intervenciu

Katarína Sipos

Je známy a dokázaný fakt, že deti s poruchami učenia a pridruženými ťažkosťami (dyslexia, dysgrafia, dysortografia, dyspraxia), či deti s poruchami koncentrácie (ADHD, ADD) a správania vykazujú určité **ľahké príznaky neurologickej dysfunkcie**, ktorá vzniká v dôsledku nezrelosti centrálnej nervovej sústavy. Väčšinou sa jedná o zdravé a inteligentné deti, ktoré napriek svojmu potenciálu v škole zlyhávajú. Metóda INPP ponúka svojou komplexnosťou veľmi hlboký vhľad do pozadia príčin týchto ťažkostí a odhaľuje ich neuro-fyziologické základy. Pomocou odbornej diagnostiky nastavuje terapeutický program zameraný na konkrétne potreby dieťaťa. Program je zostavený zo špecifických telesných cvičení, ktoré sa cvičia v domácom prostredí (cca 5-10min, denne). INPP je neinvazívna vývinová metóda, vychádza z prirodzeného zdravého motorického vývinu dieťaťa. Väčšina detí s vyššie uvedenými ťažkosťami vykazuje známky oslabenej motoriky (hrubej či jemnej), kooridinácie a rovnováhy. Metóda INPP teda napomáha rozvoju motorických zručností dieťaťa, rovnováhy, koordinácie, v dôsledku čoho sa výrazne zlepšuje koncentrácia, zrakovo-motorické funkcie, vizuo-motorická koordinácia, priestorová orientácia a mnohé ďalšie zručnosti.

V súčasnosti sa u detí čoraz častejšie stretávame s poruchami učenia, správania, koncentrácie, či hyperaktivity. Do bežných škôl sú zaradené deti s ťažkosťami, ktoré nie sú natoľko markantné, aby boli rozpoznané špecialistom, avšak nie sú ani natoľko zanedbateľné, aby nám to umožnilo skonštatovať, že dieťa je celkom v poriadku. Väčšinou sa jedná o zdravé, šikovné a bystré deti, ktoré napriek svojmu potenciálu v rôznych oblastiach života zlyhávajú. U odborníkov (neurológ, očný, ušný lekár a pod.) obvykle nie je zistená a preukázaná žiadna patológia, nie je stanovená žiadna diagnóza (v niekoľkých prípadoch znie diagnóza „Nezrelosť CNS“ alebo ADHD). Rodičia aj učitelia však mnohokrát vedia, že s dieťaťom niečo nie je v poriadku. Ďalšou zastávkou (v mnohých prípadoch sú to dokonca prví odborníci, ku ktorým sa rodičia dostanú a hľadajú pomoc) bývajú špeciálni pedagógovia a psychológovia. Tí odhalia rôzne dielčie oslabenia, poruchy učenia a nastavia dieťa

na nápravy. A tak rodičia začnú podstupovať rôzne cvičenia, vykonávajú s dieťaťom množstvo úloh, učia ich čítať či písať, trénujú senzorickú integráciu, podstupujú psychologickú intervenciu a vkladajú do toho veľa úsilia a nádeje.

Donedávna boli v rámci intervencie dostupné predovšetkým vyššie spomínané metódy. V priebehu posledných dvoch rokov sa na Slovensku čoraz viac začína hovoriť o tzv. **metóde INPP**. Jej názov je odvodený od názvu Inštitútu neuro-fyziologickej psychológie (The Institute of Neuro-Physiological Psychology, www.inpp.org.uk), ktorý v roku 1975 v anglickom Chesteri založil psychológ Peter Blythe. Pracoval dlhé roky s deťmi s poruchami učenia, správania a koncentrácie a všimol si, že takmer všetky majú čoci spoločné. Tým spoločným znakom bola pretrvávajúca prítomnosť primitívnych reflexov a naopak nerozvinutie posturálnych reflexov. Primitívne – novorodenecké reflexy by mali byť potlačené v priebehu prvého pol roka života dieťaťa. Posturálne reflexy sa za normálnych okolností rozvinú do veku 3,5 roka a plne funkčné a aktívne pretrvávajú po zvyšok života. Začal sa teda vážne zaoberať tým, čo neskôr pomenoval ako „**neuro-motorická nezrelosť**“, alebo „oneskorený vývin nervovej sústavy“, a zisťoval do akej miery táto skutočnosť môže vplývať na ich zlyhávanie a ťažkosti spojené s učením, správaním či koncentráciou. Na základe týchto teoretických vedomostí a praktických skúseností vypracoval metódu INPP, ktorá v súčasnosti pomáha tisíckam detí po celom svete už niekoľko desaťročí.

Metóda INPP

Metóda INPP využíva okrem iného štandardizované neurologické testy, ktorých úmyslom je odhaliť prítomnosť patologických primitívnych reflexov, alebo zistiť nedovyvíjanie posturálnych reflexov. Obidve skupiny týchto reflexov môžu zohrávať významnú rolu v ťažkostiach, ktoré dieťa alebo dospelý človek má. Keď sa proces postupného potláčania primitívnych reflexov v ranom detstve nejakým spôsobom odchýli od normy, môže to viesť až k poruchám učenia, správania a/alebo koncentrácie. Niektoré reflexy ovplyvňujú určité špecifické funkcie, iné zase môžu narúšať motorickú kontrolu, rovnováhu, koordináciu alebo kontrolu pohybov očí, nevyhnutných pre písanie alebo čítanie.

Je založená na vedeckom základe, a bola overovaná mnohými štúdiami po dobu 35 rokov v rôznych krajinách sveta. Metóda je absolútne bezpečná, neinvazívna a nevyžaduje užívanie chemických medikamentov.

INPP je v prvom rade vývinový pohybový program. Ako je iste známe, pohybových programov je vo svete viacero. INPP program je však v porovnaní s nimi postavený na odlišných základoch, resp. postupnosť krokov je iná. Z hľadiska zapájania centrálnej nervovej sústavy, pracuje primárne s nižšími mozgovými štruktúrami, ktoré sú najviac aktívne v prvých mesiacoch života dieťaťa. Jedným zo základných rozdielov medzi programom INPP a inými programami (ako sú napr. BrainGym alebo Dore programme, ktoré sú momentálne dostupné pre zdokonaľovanie koordinácie a rovnováhy) teda je, že INPP cviky prenesú deti na úplny začiatok učenia sa motorickým zručnostiam - do prvého roku života. Mozgu tým poskytujeme akúsi „druhú šancu" napraviť to, čo nezvládol vykonať požadovaným spôsobom v čase na to určenom.

Bežné pohybové programy dokážu mnohým deťom účinne pomôcť, pretože väčšina z nich napomáha rozvíjaniu posturálnych reflexov. V dôsledku toho sa rozvinie motorika a koordinácia. Posturálne reflexy však vo vývine dieťaťa nastupujú a dozrievajú neskôr ako primitívne. Ak teda u dieťaťa (alebo dospelého) pretrváva prítomnosť primitívnych reflexov aj napriek tomu, že tieto už mali byť dávno neaktívne, potom je vhodné zistiť, či ťažkosti (obvykle v podobe porúch učenia, správania, koncentrácie, úzkostných stavov, panických porúch a agorafóbie), nesúvisia práve s ich pretrvávaním. Ak špecializovaná diagnostika INPP potvrdí ich prítomnosť, je nevyhnutné dať „doporiadku" v prvom rade túto úroveň nervovej sústavy. A to je presne bod, ktorým sa zaoberá metóda INPP. Až následne sa môžeme v prípade pretrvávania určitých špecifických ťažkostí posunúť napríklad na úroveň tréningu senzorickej integrácie, na sluchovú či zrakovú stimuláciu, ktoré zapájajú do činnosti prevažne iné – vyššie mozgové štruktúry.

Dôležitým prínosom metódy INPP je fakt, že v prípade, že ťažkosti klienta súvisia priamo s pretrvávaním primitívnych reflexov, alebo s nedovyvíjaním tých posturálnych, po ukončení terapie sú problémy odstránené natrvalo. Táto skutočnosť v sebe skrýva veľmi jednoduchú logiku. V dôsledku svojich ťažkostí si vytvárame rôzne kompenzačné mechanizmy, ktoré nám pomáhajú zvládať ťažkosti s čítaním, písaním, koordináciou, koncentráciou, zvládaním svojich emócií, adekvátnym reagovaním na požiadavky okolia atď. Tieto kompenzačné mechanizmy nám však odoberajú veľa energie. Rýchlejšie sa unavíme, vydržíme pracovať menej v porovnaní s ostatnými, a predovšetkým sme nútení vynakladať na prácu enormné množstvo úsilia. Typické pre takéto deti je, že sú obvykle častované výrokmi typu „Keby si sa

viac snažil/a, tak by ti to šlo lepšie!“, alebo „No vidíš, keď sa viac snažíš, ide ti to oveľa lepšie!“. Avšak takáto snaha u daných detí vyžaduje viac času, viac námahy. To, čo intaktné dieťa napíše alebo prečíta povedzme za jednu minútu, môže tomuto dieťaťu trvať dve, tri, päť aj viac minút. Čas bežné školy obvykle neposkytujú, pretože mnohé z týchto detí nie sú vedené ako integrované, a teda sa od nich očakáva bežný výkon. Deti nie sú schopné napĺňať očakávania prostredia v dôsledku čoho sa môže začať rozvíjať frustrácia. Na ňu sa nabaľujú často rôzne poruchy správania, ktoré sú však z hľadiska kauzálneho sekundárne. Metóda INPP postupne napomáha procesu zrenia nervovej sústavy, predovšetkým dráham zodpovedným za motoriku, koordináciu a rovnováhu.

Učenie a správanie je výsledkom dokonalej spolupráce mozgu a tela. Na to, aby dieťa mohlo čítať, musia byť pohyby jeho očí plynulé. Na to, aby mohlo písať, potrebuje mať vyvinutú ďalšiu zručnosť ktorou je koordinácia oka a ruky. Všetky tieto motorické zručnosti sú prepojené na rovnovážny (vestibulárny) systém, proprioceptívny systém, mozoček a zmyslové dráhy prostredníctvom kontroly svalového tonusu, držania tela či spracovávania zmyslových podnetov. Ak dieťa zlyháva v ktorejkoľvek z vyššie uvedených oblastí, výrazne to oslabuje schopnosť dosahovať výkon primeraný jeho potenciálnym možnostiam. Dôsledkom práce s týmito dráhami nervovej sústavy je, že mozog už nebude ďalej nútený vytvárať si kompenzačné mechanizmy. V praxi to znamená zlepšenie úrovne školských zručností. Dieťaťu sa bude čítať, písať oveľa ľahšie, bude schopné sa koncentrovať, sedieť v kľude. Tým pádom bude môcť neporovnateľne výraznejšie prejaviť svoj potenciál v škole a v domácom prostredí, čo má nepochybne vplyv aj na zlepšenie kvality jeho života.

Dospelým klientom dokáže táto metóda efektívne pomôcť v prípade, že trpia agorafóbiou, úzkostnými a panickými poruchami, pričom tieto nezaberali na bežné medicínske alebo psychoterapeutické postupy, a tieto ťažkosti majú súvislosť s oslabenými funkciami vestibulárneho systému.

Primitívne a posturálne reflexy

V čase pôrodu a krátko po ňom, má dieťa najviac vyvinuté tzv. nižšie mozgové centrá (napr. miechu, mozgový kmeň). Sú to centrá, ktoré sa zabezpečujú predovšetkým základné životné funkcie - dýchanie, tep srdca, krvný tlak, trávenie a pod. Nervové spojenia do vyšších mozgových centier (mozgová kôra), ktoré riadia všetky naše plánované pohyby, ktoré dávajú

zmysel tomu, čo vidíme a počujeme, pomáhajú nám rozhodovať sa a pod., sú ešte veľmi krehké. Ako sa však mozog dieťaťa počas prvého roka života vyvíja, spojenia do vyšších mozgových centier silnejú, postupne preberajú kontrolu nad funkciami primitívnych reflexov a nastupujú tzv. posturálne reflexy. Posturálne reflexy nám pomáhajú udržiavať rovnováhu, držanie tela, pohybovať sa v prostredí, v ktorom na nás pôsobí gravitácia a my musíme byť schopní ju prekonať. Ak sa chceme pohybovať vzpriamene a neostať nehybne ležať na zemi, potrebujeme mať dobre rozvinuté posturálne reflexy. Sú viditeľné v procese motorického zrenia, kedy sa dieťa postupne učí ovládať svoje telo, zdvíhať a udržať hlavičku, pretáčať sa, plaziť, sedieť, neskôr sa zdvihnúť zo zeme na ruky a kolená až do vzpriamenej polohy a bez pomoci rúk sa samostatne pohybovať.

Niektorým deťom sa však nepodarí túto kontrolu dosiahnuť celkom tak, ako by bolo žiaduce napriek tomu, že nemajú žiadne poškodenie centrálnej nervovej sústavy. Na základe vedeckého skúmania sa preukázalo, že u nich obvykle naďalej pretrvávajú primitívne reflexy, ktoré už mali byť za normálnych okolností potlačené. Posturálne reflexy, ktoré sa mali plne vyvinúť, ostali nedovyvíjané. Tieto deti mávajú obvykle ťažkosti dostatočne kontrolovať svoje pohyby, čo vzájomne vplýva na rovnováhu, jemnú motoriku, celkový motorický vývin, ale aj učenie vo vyššom veku – keďže na to, aby sme boli schopní čítať, písať, alebo zvládať bez problémov hodiny telesnej výchovy, potrebujeme, aby naša motorika a rovnováha boli na veľmi dobrej úrovni. Nie je teda náhoda, že u väčšiny detí s poruchami učenia, správania, koncentrácie a pod. existuje určitá komorbidita.

Ak primitívne reflexy pretrvávajú, môžu taktiež ovplyvniť zmyslové vnímanie a spôsobovať či už zvýšenú, alebo zníženú citlivosť v niektorých oblastiach (napr. dieťa je precitlivelé na zvuky, zrakovo-motorické funkcie sú oslabené, je ľahko zrakovými, či sluchovými podnetmi vyrušiteľné a pod.).

Prečo musí byť motorika a rovnováha na dobrej úrovni na to, aby sa nám ľahko a dobre učilo?

Vývin nervovej sústavy prebieha zdola hore – t.j. od najnižších mozgových štruktúr smerom k najvyšším. Výživou pre jej správny vývin je **pohyb**. Ten totiž posilňuje nervové spojenia do najvyšších mozgových centier, z ktorých bude následne riadené naše učenie a kognitívne funkcie – teda myslenie.

Myslenie, učenie - vyššie kognitívne funkcie, sú postavené na základoch dokonalej spolupráce medzi mozgom a telom. Preto ak chceme od dieťaťa v predškolskom, školskom, alebo vyššom školskom veku adekvátne kognitívne úkony, mali by sme sa najskôr uistiť, či je vybavené dostatočnými fyzickými zručnosťami, či je jeho motorika a rovnováha na dostatočnej úrovni. Nemáme tým na mysli či je dieťa schopné sa hýbať, chodiť. Ak je dieťa zdravé, pohyb je pre neho prirodzenou súčasťou života. Dôležité je však aký pohyb a koľko ho vykonávalo v prvých rokoch života, či prešlo všetkými vývinovými medzníkmi, v akom veku tieto medzníky prebiehali a pod. Niekedy sa stáva, že príliš pohyblivé deti, ktoré neobsedia na mieste a majú potrebu neustále pobehovať, skákať a poskakovať, inštinktívne vykonávajú tieto pohyby preto, aby podvedome stimulovali svoj rovnovážny systém, ktorý nie je ešte dostatočne zrelý na to, čo sa bude od neho vyžadovať v nasledujúcich rokoch. Pohyb je totiž práve to, čo mu pomáha dozrieť a dobre spolupracovať s ostatnými zmyslovými systémami.

Jednoducho povedané – ak nižšie mozgové centrá fungujú optimálne, nervové spojenia do vyšších centier sa vytvoria pevné a dobre fungujúce. Ak sa tak však neudeje, mozgová kôra a vyššie mozgové centrá si nebudú môcť plniť svoje úlohy dostatočne, pretože spojenia k nim nebudú dostatočne vyvinuté a upevnené. Tieto deti teda robia napriek našej nespokojnosti a často aj zúfalstva paradoxne presne to, čo pre svoj optimálny vývin potrebujú.

V prípade využívania metódy INPP sa obvykle nejedná o deti, či dospelých, ktorí majú viditeľné nejaké poškodenie nervovej sústavy. Sú to väčšinou zdraví ľudia, inteligentní, avšak v niektorých oblastiach mierne zlyhávajú, alebo sa im nedarí tak, ako by sa im za bežných okolností dariť mohlo. Cítia, že niečo nie je tak, ako by byť mohlo. V praxi to dospelí klienti alebo rodičia detí popisujú slovami: „Viem, že mám na viac, ale netuším, ako to môžem dokázať či prejaviť aj navonok.“; „Má už desať rokov no jeho/jej správanie nie je adekvátne jeho/jej veku a ja vidím, že napriek mojej niekoľkoročnej snahe sa situácia príliš nemení. Viem, že to nerobí napriek. Nedokáže vôľou ovládať svoje správanie tak, aby adekvátne zodpovedalo požiadavkám okolia. Akoby to bolo jednoducho silnejšie než on/ona“.

Metóda INPP sa pozerá na človeka ako na celok, nie ako na „rozkúskovaný objekt“, ktorého je nevyhnutné posielať k ďalšiemu a ďalšiemu odborníkovi. V tele človeka všetko so všetkým súvisí, preto je nevyhnutné tieto súvislosti poznať a na základe toho k človeku pristupovať aj pri diagnostike či terapeutickom programe.

Diagnostika

Diagnostika v rámci metódy INPP je veľmi komplexný proces zisťovania prítomnosti neuro-fyziologických príčin ťažkostí klienta. Pozostáva z testovania viacerých oblastí: hrubá motorika, rovnováha, koordinácia, vývinové spôsoby pohybu, funkcie mozočka, priestorová orientácia, lateralita, prítomnosť primitívnych reflexov, úroveň posturálnych reflexov, zrakovo-motorické funkcie, zrakovú percepciu, vizuo-motorická integrácia, priestorová orientácia, sluchová analýza, syntéza a pod. Po diagnostike je možné získať relatívne ucelený obraz o ťažkostiach klienta, ich príčinách z pohľadu neuro-fyziologickej psychológie, a na základe toho stanoviť efektívny terapeutický program. Kľúčom k úspechu je presné identifikovanie úrovne vývinu, na ktorej došlo k jeho odchýleniu, teda pozastaveniu alebo spomaleniu. Akonáhle ju identifikujeme, sme schopní pomocou jednoduchých telesných cvikov pomôcť posilniť spojenia medzi mozgom a telom a vytvoriť tak bezpečné a efektívne základy pre všetky aspekty učenia a správania, ktoré klient potrebuje na dosahovanie optimálneho výkonu.

Komplexnú diagnostiku je možné vykonať s klientom od veku sedem rokov. Čiastkovú – primárne preventívnu diagnostiku je možné vykonať s dieťaťom už od veku štyroch rokov. Horná veková hranica nie je stanovená. Závisí predovšetkým od osobnej motivácie samotného klienta.

Terapia

Keďže pohyb je nevyhnutným predpokladom na to, aby sme dokázali spracovať, integrovať a dať zmysel všetkému, čo naše zmysly prijímajú, terapeutický program INPP pozostáva práve zo špecifických pohybových, telesných cvičení, kopírujúcich zdravý motorický vývin dieťaťa. V súčasnosti sú dostupné dva druhy terapie v rámci využitia metódy INPP. Jedným zo spôsobov je individuálna terapia, druhým tzv. Školský program INPP.

Individuálna terapia sa nastavuje na základe výsledkov komplexnej diagnostiky. Cviky sa cvičia každý deň (5-10min) pod dohľadom rodiča v domácom prostredí. V priebehu programu sa cvičenia obmieňajú, dopĺňajú, pridávajú a uberajú v závislosti od anamnézy a progresu samotného klienta. Keďže stimulačno-inhibičný program INPP je vývinový program, aj cviky sú do neho zaraďované v logickej postupnosti, vyplývajúc z vývinu. V počiatočných štádiách programu sú cviky zamerané najmä na posilnenie funkcií vestibulárneho (rovnovážneho),

proprioceptívneho systému a na potlačenie Morovho či labyrintového tonického reflexu. Tieto reflexy sa objavujú vo vývine ako prvé a prvé by teda mali byť aj potlačené. Následne sa postupne prechádza k potláčaniu asymetrického tonického šijového reflexu, úchopových reflexov, hľadacieho, sacieho, symetrického tonického šijového reflexu. V závere programu, v prípade, že tak nenastalo automaticky v priebehu skorších fáz, dopomáhame rozvinutiu posturálnych reflexov. Adekvátne k danej fáze, na ktorej sa klient nachádza môžeme pozorovať postupné zlepšenia a zmierňovanie až vymiznutie jeho ťažkostí v súvislosti s čítaním, písaním, motorikou, koordináciou, koncentráciou či správaním.

Školský program INPP - program je zostavený tak, aby ho bolo možné aplikovať na väčšie skupiny detí. Taktiež pozostáva z telesných cvičení, ktoré sú koncipované na základe rovnakých princípov ako program individuálnaje terapie. Školský program je v zásade jednoduchšou, podstatne miernejšou verziou individuálneho stimulačno-inhibičného programu. Cviky deti cvičia pod dohľadom vyškoleného pracovníka školy, približne 10 minút denne po dobu jedného školského roka. Okrem svojho preventívneho významu je program ideálnou pomôckou pre základné, materské školy (v prípade MŠ hlavne pre deti s odkladom nástupu do ZŠ), špeciálne školy, detské domovy, či pre detských lekárov, v zmysle účinného doplňujúceho skríningového diagnostického nástroja, pomocou ktorého učitelia a lekári vedia účinne a efektívne zachytávať deti potenciálne ohrozené ťažkosťami v učení či správaní.

Z hľadiska svojej účinnosti a efektivity, ktorú v súčasnosti využívajú odborníci v mnohých krajinách sveta, sa postupne aj na Slovensku stáva metóda INPP účinným nástrojom v prevencii a terapii porúch učenia, správania a koncentrácie.

Literatúra:

BLYTHE, S.G. 2009. *Attention, Balance and Coordination. The A.B.C. of Learning Success*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 2009. ISBN 978-0-470-74098-9.

BLYTHE, S.G. 2008. *What Babies and Children Really Need*. Stroud, Gloucestershire, UK: Hawthorn Press, Hawthorn House, 2008. ISBN 978-1-903458-76-1.

Internetové zdroje: *www.avare.sk*

www.inpp.org.uk

Mgr. Katarína Sipos

INPP terapeutka a lektorka

Centrum AVARE, Železničná 23, 821 07 Bratislava

E-mail: avare@avare.sk

Vplyv pripútania na vývin dieťaťa

Zuzana Murínová

ABSTRAKT

Príspevok sa zaoberá významom pripútania vo vývine dieťaťa. Približuje ako skúsenosti zo vzťahu rodiča a dieťaťa vplývajú na vývin a fungovanie nervovej sústavy, prežívania, správania sa a vnímania seba a sveta.

Kľúčové slová: *Vzťahová väzba, vývin, znevýhodnenie*

ABSTRACT

Importance of attachment in the child development

The paper deals with the importance of attachment in the child development. It shows how experiences from relationship between child and parent influence the development and function of neural system, behaviour, perception and experiencing self and others.

Keywords: *attachment, development, handicap*

> „Pretože si uzol vzťahov a tvoja totožnosť nespočíva v tom, že máš tu a tu tvár, to a to telo, majetok, či úsmev, ale spočíva v určitej štruktúre, zjavenej tvári, ktorá je z teba a teba ustanovuje. Ona skrze teba nadobúda svoju jednotu, ale ty zároveň pochádzaš z nej.“ A. Saint-Exupéry (Citadela)

Téma pripútania dieťaťa, vytvárania vzťahovej väzby medzi dieťaťom a jeho najbližšími nie je pre nás už novou, ani neznámou. V odbornej, ale aj laickej verejnosti sa dnes už nediskutuje o tom, či vzťah medzi matkou a dieťaťom ovplyvňuje vývin dieťaťa, ale do akej miery a akým spôsobom. V našom príspevku načrtávame ako vplývajú obmedzené možnosti dieťaťa vytvárať si pevné, stabilné, ochraňujúce puto s opatrovateľom na jeho vývin. Na úvod zhrnieme základné fakty, ktoré prezentuje teória vzťahovej väzby.

Podľa Teórie pripútania (vzťahovej väzby) je interakcia medzi dieťaťom a matkou po narodení zakódovaná v človeku na neurobiologickej aj kognitívnej úrovni. Jedno z vysvetlení vzniku pripútavacieho správania sa odvoláva na vývoj človeka. Puto medzi

matkou a mláďaťom vznikalo, pretože mláďatá, ktoré boli bližšie pri matke mali väčšiu šancu na prežitie (Cassidy, 2008). Nedostupnosť možnosti pripútať sa a byť pod niečou ochranou potom znamená pre pudovo orientovaného novorodenca a dojča, byť v ohrození života. Dieťa nechápe kontext čakania na naplnenie svojich potrieb a nedokáže rozoznať a spracovať nepríjemné pocity. Potrebuje dospelého ako živiteľa, ale aj ako nosiča pocitu bezpečia. Interakcia medzi matkou a dieťaťom má na jednej strane zabezpečiť udržiavanie pozornosti a naplnenie biologických potrieb, na strane druhej má byť rodič pre dieťa stelesneným pocitom bezpečia.

Pripútavanie sa dieťaťa na matku a matky na dieťa sa začína vyvíjať hneď po narodení dieťaťa na základe reakcií matky na signály, ktoré vysiela dieťa o svojich potrebách a prianiach. Do tejto novej situácie však nevstupujú ani dieťa ani matka nepripravení. Dieťa sa rodí s dispozíciou vyhľadávať kontakt s dospelou osobou. Na druhej strane matka je disponovaná, aby prirodzene odpovedala na správanie sa a konanie dieťaťa, a tak podnecovala jeho aktivitu, vedúcu k vývinu. Jeden druhému spôsobujú svojimi reakciami príjemné pocity, čo ich motivuje k ďalším interakciám. Reakcie matky sú z časti reflexívne a z časti naučené. Základom naučených reakcií sú vnútorné kognitívne reprezentácie pre rodičovské správanie, teda obraz toho ako matka vníma, že sa má rodič správať voči dieťaťu. Tento obraz sa v každom z nás vytvára od narodenia prostredníctvom našich vlastných skúseností, zážitkov a pozorovaní. Problémom pre dieťa aj matku je, ak matka sama nezažila primerané pripútanie, prípadne ak sa modely nevhodného rodičovského správania dedia z generácie na generáciu.

Skôr ako sa budeme venovať konkrétnemu vplyvu pripútania na dieťa, stručne popíšeme ako sa u dieťaťa vyvíja. V období medzi 2. a 7. mesiacom začína dieťa vnímať niektorých ľudí ako „svojich“ (tzv. materské osoby, zvyčajne ide o matku) a reaguje na ich odchod z jeho prítomnosti. Okolo 9. mesiacua by malo mať jasnú predstavu o tom, kto sú ,,jeho ľudia a protestovať pri ich odchode z miestnosti. Do 3. roku je dieťa stále aktívnejšie a jasne iniciatívne v hľadaní a upevňovaní kontaktu. Na odlúčenie reaguje separačnou úzkosťou. Po treťom roku sa dieťa čoraz viac zameriava na správanie exploračné. Do tohto obdobia naberalo skúsenosti o sebe, druhých a svete a vytvorilo si základnú predstavu o svojich právach, povinnostiach, úlohách vo vzťahoch a vo svete ako takom. Na základe týchto predstáv modifikuje spôsob, akým pristupuje k exploračnému správaniu. Avšak tieto obrazy o sebe a svete nezostávajú už nemenné, ale ďalej sa modifikujú práve na základe

exploračného správania a ďalších životných skúseností (Bowlby citovaný podľa Simpson, Belsky, 2008).

S pripútaním úzko súvisia emócie: „niekoho milovať", radosť („Ona/on je tu!" „Zostaň taký, aký si!"), pocit bezpečia, upokojenia pri blízkosti, úzkosť zo separácie („Kde si?"), hnev z nedostupnosti („Prečo ma opúšťaš?"), smútok pri strate („Som opustený/á!") (Hašto, 2006). *„Tento prvý vzťah nastavuje u dieťaťa úplne všetko: myslenie, telesné zdravie, pocity, vzťahy, hodnoty a morálku"* (Noskovcová, 2005, s.14).

Weinfield (2008) sa popisuje štyri pohľady na to, prečo pripútanie ovplyvňuje vývin. Dopĺňame jej vysvetlenia prínosom iných autorov:

1. Vzťah matky k dieťaťu ovplyvňuje mozgovú činnosť, čo má pretrvávajúci vplyv na neuronálnej úrovni.

Matka ponúka a sprostredkuje dieťaťu sociálne, emocionálne a senzorické podnety. Dieťa sa rodí s približne 100 biliónmi neurónov a každý neurón vytvára okolo 15000 synapsií v prvých dvoch rokoch života. Nadbytok neurónov umožňuje adaptáciu dieťaťa ako odozvu na prostredie (neuroplasticita). Synapsie, ktoré sú pravidelne používané sú posilňované, nadbytočné synapsie zanikajú. Takto skoré skúsenosti determinujú, ktoré neurónové cesty sa stanú trvalými (Balbernie, 2001, citovaný podľa Brown, 2009). Nedostatok stimulov niektorého druhu môže zanechať trvalé následky na vývine tejto oblasti.

Na druhej strane emočné centrá sú fylogeneticky staršie ako racionálne. „Mysliaci" mozog vyrástol priamo z mozgu „emočného". Emočné centrá sú spojené so šedou kôrou a preto v naliehavých a nebezpečných situáciách je mozog podriadený evolučne starším (preverenejším) príkazom lymbického systému (Kováčková, 2011). Ak sa dieťa cíti ohrozené, lymbický systém produkuje hormóny stresu, ktoré negatívne pôsobia na štruktúru a fungovanie mozgu. Ak dieťa nemá naplnenú potrebu „byť pripútané", naplnenie tejto potreby má prednosť pred učením sa a spoznávaním okolitého sveta. Výskumy s deťmi v náhradnej starostlivosti ukázali, že tieto deti majú nezvykle vysokú hladinu kortizolu (hormón vylučujúci sa v strese). Atypická hladina kortizolu môže viesť k zmenám v štruktúre mozgu a poklesu jeho kapacity (Teicher, 2000 citovaný podľa Harden, 2004). Tento jav je jasne viditeľný vo výskumoch detí vyrastajúcich v tzv. „Multiple parenting" (materská

starostlivosť viacerých osôb), ktorá je spojená s menšou možnosťou kontaktu a stimulácie (Shore et al., 1997, citovaný podľa Harden, 2004).

Dieťa potrebuje opatrovníka, ktorý s ním zaobchádza, rozpráva a reaguje naň senzitívnym a stálym spôsobom, opakovane ponúka nové stimuly, primerane k veku a stupňu vývinu. Všetky oblasti kortexu môžu byť zasiahnuté napríklad skorou inštitucionálnou starostlivosťou, ale signifikantne je prítomná znížená metabolická aktivita vo frontálnom a temporálnom laloku (Chugani et al., 2001, citovaní podľa Brown, 2009). Toto je príčinou neurologických a behaviorálnych deficitov, špeciálne v oblasti sociálnej interakcie, emócií a komunikačných schopností (Schore, 2001, citovaný podľa Browm, 2009). Vo frontálnom laloku *„sídli osobnosť človeka a všetky jeho naučené formy správania spolu s morálkou a výchovnými zásadami a sociálnymi pravidlami“,* v temporálnom pamäť a učenie (Ostatniková, Laznibatová, 2010).

Ďalšie výsledky výskumov realizovaných u detí v náhradnej starostlivosti ukázali, že v dôsledku zanedbávania sa u detí objavuje spomalenie kognitívneho a rečového vývinu (Biskup, 2001, Zimová, citovaná podľa Laukovej 2007) a zníženie intelektu (Runyan, Gould, 1985; Ijzendorn, 2008, Purková, 2009; Zelina, 1980) Pritom výkonová, neverbálna zložka je zvyčajne vyššia než verbálna, schopnosť zapamätávania (pamäť prevažne krátkodobá) síce nie je v mladšom školskom veku znížená, ale slovná zásoba a schopnosť vymedziť pojmy je slabšia. Mentálny a biologický vek sa zhodujú tým viac, čím je dieťa staršie, avšak do siedmeho ročníka ZŠ sú stále pod priemerom (Zelina, 1980).

2. Na základe pripútania v rannom detstve sa dieťa učí emočnej self-regulácii

Vzťah je základ, na ktorom sa dieťa učí pracovať so svojimi emóciami - vnímať ich, identifikovať, deliť sa s nimi, regulovať ich (Cassidy, 1994). Cieľom pripútania je *„cítiť sa bezpečne a naučiť sa upokojiť“,* najskôr s pomocou matky, neskôr sám. Dieťa si vytvára vzorce zvládania stresu, učí sa hľadať, čo ho urobí pokojným a ako sa prispôsobiť ťažkým situáciám (Noskovcová, 2005 s. 14).

Vo fyziológii detí, ktoré prešli traumou zanedbávania starostlivosti sa objavujú zmeny na úrovni neurotransmiterov a hormónov, čo ich robí zraniteľnejšími v spracovávaní emócií, zvyšuje ich citlivosť voči traume, oslabuje schopnosť skúmať, pamatať si, učiť sa

a ovplyvňuje schopnosť sebakontroly (De Bellis, 2001). Deti majú častejšie problémy s koncentráciou a pomalšie sa učia (Johnson a kol. 2006 citovaný podľa Brown, 2009).

Dôsledkom nedostupnosti pevného, stáleho a senzitívneho pripútania je, že deti si vytvoria vlastné, často maladaptívne stratégie zvládania stresu, obranné mechanizmy ako sú: vyhýbanie sa očnému kontaktu, prejavy náklonnosti k cudzím osobám bez rozdielu, deštruktívne správanie voči sebe, druhým a veciam, drobné krádeže, impulzívnosť, problémy s prijímaním potravy (prejedanie sa), zlé vzťahy s rovesníkmi, neprestajné rozprávanie, alebo naopak stále mlčanie, strach bez zjavnej príčiny, nesústredenosť, snaha zaujať pozornosť za každú cenu (predvádzanie sa, provokovanie) (Sládeková, 2005). Ďalej sú časté fóbie, úzkostí, depresie, agresivita a impulzivita (Bolger, Patterson, 2001 citovaný podľa Harden, 2004) Spomenuté problémy spôsobujú, že sú často predurčené k špeciálnym výchovno-vzdelávacím potrebám.

3. Vzťah medzi matkou a dieťaťom ovplyvňuje behaviorálnu reguláciu a behaviorálnu synchronizáciu.

Cez pozorovanie a interakciu s matkou sa dieťa učí, ako sa správať vo vzťahu. Citlivé reagovanie opatrovníka v bezpečnej dyáde učí dieťa, že komunikácia je spôsob ako spoznať, čo partner chce a primerane na to reagovať.

4. Na základe vzťahu matky a dieťaťa si dieťa vytvára kognitívne modely, reprezentácie.

Dieťa si na základe skúsenosti zo vzťahu s matkou vytvára obrazy o sebe a o svete. Získava obraz o vlastných schopnostiach, hodnote, vhodnosti svojho správania, ale aj o tom aké správanie je primerané, v akej situácii a vzhľadom ku konkrétnej sociálnej role a čo je „normálne“ vo vzťahoch ako takých. Časom sa isté vzťahové vzorce u dieťaťa internalizujú a človek prežíva a správa sa podľa nich aj v úplne iných kontextoch a s úplne inými ľuďmi (napr. s učiteľom). Ovplyvňujú spôsob, akým sa dieťa adaptuje na nové situácie a vytvára si rovnováhu medzi bezpečím pripútania a exploračným správaním (Ainsworthová citovaná podľa Cassidy, 2008). Tiež vplývajú na morálny vzorec správania (empatia, súcit, svedomie) a hodnotový systém (aké miesto prikladáme sebe, ostatným, životu všeobecne) (Noskovcová, 2005).

Preto sa u detí s poruchami vzťahovej vazby objavujú problémy vytvárať emocionálne vzťahy, problémy v sociálnom vývine a potreba vyhľadávať ochranu (Johnson et al., 2006 citovaní podľa Brown, 2009). Taktiež sa ťažšie orientujú v sociálnom, emocionálnom a morálnom svete (Turnbull et al., 2002) a častejšie sa u nich objavuje nedostatok rešpektu, agresívne stratégie vyrovnávania sa s problémami (Sládeková, 2005), porušovanie pravidiel, asociálne, suicidálne a delikventné správanie (Hagaman a kol. 2009).

Na záver

Náš príspevok v krátkosti zhrnul fakty o handicapoch dieťaťa spojených s problematickou vzťahovou väzbou. Na záver by som rada upozornila na dva fakty. Prvým je, že nie je možné aby si dieťa nevytváralo vzťahovú väzbu. Dieťa si nejaké vzťahy (väzby) vždy vytvorí, otvorená zostáva ich kvalita a zmysluplnosť z pohľadu vývinu. A tým druhým, že zdravá vzťahová väzba je vzájomné pripútanie rodiča a dieťaťa a je viac ako len bezpečie a stimulácia vývinu. A ako každá reakcia okolia na naše správanie je pre nás spätnou väzbou o nás samých, tak pripútanie rodiča k dieťaťu je pre dieťa posolstvom o jeho vlastnej hodnote a hodnote a funkcii vzťahov.

Literatúra:

BROWN, K. 2009. *The Risk of Harm to Young Children in Institutional Care*. [online] London : Save the Children Fund, 2009. Zverejnené nov. 2009 [Citované 5.2.2012]. Dostupné na: <http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/the-risk-of-harm-to-young-children-in-institutional-care>

CASSIDY, J. 2008. The Nature of the Child s Ties. In *Handbook of attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. New York : The Guilford Press. 2008. s. 9-69. ISBN 9781606235843.

GUSTAVSSON, N.S. 1991. The School and the Maltreated Child in Foster Care: A Role for the School Social Worker. In *Social Work in Education*, ISSN 1043-7797, 1991, roč. 13, č. 4.

HAGAMAN, J.L. et al. 2009. Risk Profiles of Children Entering Residential Care: A Cluster Analysis . In Journal of Child and Family Studies. ISSN 525-535, 2009, roč.19, č. 4.

HARDEN, B. J. 2004. Safety and Stability for Foster Children: A Developmental Perspective. In *The Future of Children* a publication of the David and Lucile Packard Foundation from 1991 to 2004. ISSN 1550-1558.

HAŠTO, J. 2005. *Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkost*i. Vyd.1. Trenčín : Vydavateľstvo F. 2005. 300 s. ISBN 80-88952-28-X.

IJZENDORN, M.H., LUIJK, M.P.C.M, JUFFER, F. 2008. IQ of Children Growing Up in Children s Homes: A Meta-Analysis on IQ Delays in Orphanages. In *Merrill-Palmer Quarterly*. ISSN 1550-1558, 2008, roč. 54, č. 3. s. 341-366.

KOVAČKOVÁ, M. 2011. Trochu lásky a budete chytřejší. In *Psychologie dnes*. ISSN 1212-9607 , 2011, roč. 17, č. 4.

LAUKOVÁ, E.. 2007. Obavy zo zdravotných komplikácií. In *Nebyť sám*. ISSN 1336-6025, 2007, roč. 4., č. 5/6. s. 4-5.

OSTATNIKOVÁ, D., LAZNIBATOVÁ, J. 2010. *Základy inkluzivní pedagogiky : dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha : Portál, 2010. - S. 93-107. - ISBN 978-80-7367-679-7.

PEARS K.C., FISHER, P.A., BRONZ, K.D. 2007. An Intervention to Promote Social Emotional School Readiness in Foster Children: Preliminary Outcomes From Pilot Study. *School Psychology Review*, 2007, roč. 36, č. 4, s. 665-673.

PURKOVÁ, V. 2009. Osobnost dětí umístněných v dětských domovech z pohledu vybraných výskumů: Ústavní výchova v číslech. In *Asociace náhradní výchovy: Elektronický on-line časopis provozovaný Asociací náhradní výchovy*. [online]. Zverejnené 28. apríl 2009 [citované 5.2.2012]. Dostupné na: <http://www.anv.cz/odborne/147-osobnost-deti-umistenychv-detskych-domovech-z-pohledu-vybranych-vyzkumu-a-ustavni-vychova-v-cislech.

RUNYAN, D.K., GOULD, C.L. 1985. Foster Care for Child Maltreatment. II. Impact on School Performance. In *Pediatrics,* ISSN 0031 4005, 1985. roč. 76, č. 5.

SAINT-EXUPÉRY, A. 2004. *Citadela*. Praha : Vyšehrad, 2004. ISBN 80-7021-706-5.

SIMPSON, J.A., BELSKY, J. 2008. Attachment Theory within a Modern Evolutionary Framework. In *Handbook of Attachment Theory, Research and Clinical Applications*. New York : The Guilford Press. 2008. ISBN 9781606235843. s. 9-69.

SLÁDEKOVÁ, E. 2005. *Školák v náhradnej rodine*. Bratislava : Návrat, 2005. 18 s. ISBN: 80-969446-2-2.

NOSKOVCOVÁ, J. 2005. Vývoj mozgu dieťaťa. In *Nebyť sám*. ISSN 1336-6025, 2005,roč. 2, č. 4-5.

TURNBULL, W. CARPENDALE J.I.M., RACINE T.P. 2008. Relations between Mother-Child Talk 3- to 5- Year-Old Childrens Understanding of Belief. In *Merrill-Palmer Quarterly*. ISSN: 0272-930X, 2008, roč. 54., č. 3, s. 367-385.

ZIMA, B.T. A kol. 2000. Behavior Problems, Academic Skill Delays and School Failure Among School-Aged Children in Foster Care: Their Relationship to Placement Charakteristics. In *Journal of Child and Family Studies*. 2000, roč. 9, č. 1, s.87-103.

ZELINA, M. 1980. Inštitucionalizované dieťa – niektoré psychologické zistenia a súvislosti výchovy. In *Podmienky výchovy v súčasných detských domovoch*. Bratislava: VÚDPaP. s.27-40.

Mgr. Zuzana Murínová
liečebná pedagogička, doktorandka
Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta
Ústav pedagogických vied a štúdií
Račianska 59 (so sídlom na Šoltésovej 4), 811 08 Bratislava
E-mail: zmurinova@fedu.uniba.sk

Internetové psycho-pedagogické poradentstvo pre deti a mládež so sociálnymi problémami

Ewa Lubina

ABSTRAKT

Internetové poradenstvo si získalo stálu pozíciu v ponuke metód sociálnej a pedagogickej práce. Jeho prístupnosť a psychologické kvality boli uznané a ocenené v psycho-pedagogickej pomoci smerujúcej k rodinám s problémami. Mladí ľudia sú špeciálnymi príjemcami tejto pomoci.Vyrastajú v informačnej spoločnosti, takže sa prirodzene snažia hľadať rôzne riešenia svojich problémov na internete. Za účelom naplniť zvyšujúci sa dopyt v oblasti poradenstva, služby v oblasti obchodu rozvíjajú svoje spoločenské aktivity prostredníctvom internetovej siete. Poradenstvo cez internetovú sieť sa zaoberá rastúcim rozsahom rôznych problémov a získava si viac a viac priaznivcov. Mladí ľudia predstavujú významnú časť tejto skupiny. Internetové poradenstvo umožňuje diskutovať anonymne o témach, ktoré sú ťažké a bolestivé a často nie je možné ich riešiť v priamom kontakte. Podpora získaná prostredníctvom internetu pomáha mladým ľuďom vysporiadať sa s drámou svojho života.

Kľúčové slová: *metódy internetového poradenstva, metódy sociálnej a pedagogickej práce, informačná spoločnosť*

Úvod

Civilizačné zmeny v posledných dvoch desaťročiach mali obrovský vplyv na implementáciu sociálnych kontaktov. Na trhu sa postupne objavili komunikačné prostriedky, ktoré sa spájali s rýchlymi zmenami na internete. To podporilo potrebu komunikácie medzi ľuďmi, zvýšilo dostupnosť a frekvenciu kontaktov medzi ľuďmi, ale zároveň zmenilo ich vlastnosti, získali nové črty. Prirodzene, mladí ľudia boli prví, ktorí akceptovali zmeny, pretože sú zmenám najotvorenejší a nové produkty sú pre nich príťažlivé.

Charakteristiky a rozvoj fenoménu

Život na internetovej sieti je súčasťou každodenného života. Všetky vrstovnícke skupiny migrujú do virtuálneho priestoru, bez toho, aby sa vzdali akýchkoľvek krokov v reálnom

živote a sú trochu rozpoltení medzi osobným stretnutím a stretnutím na internete (Lubina, 2008). Všetci: učitelia a rodičia si na to zvykli - pravdepodobne ich vlastnou účasťou v rôznych formách online kontaktov i keď nie nevyhnutne v takom rozsahu, ako mladí ľudia.

Internet je komunikačný nástroj, ktorý podľa vedcov zmenil charakter ľudskej interakcie (Szpunar, 2006), ovplyvnil komunikáciu a mnohými spôsobmi zasiahol ľudí inak než tradičné média. Existuje dokonca presvedčenie, že internet mení tradičné formy komunitných väzieb (Fiut, 2004). Zvyšujúca sa dostupnosť komunikačných zariadení vyúsťuje do zvýšenej dynamiky online kontaktov, a tým rozširuje osobný sociálny kontext.

V medziľudskej komunikácii kvôli všeobecnej príťažlivosti dominujú médiá. To platí aj pre iné oblasti, ako je politika alebo sociálna komunikácia na úrovni administratívy a informácií (žurnalistiky), rovnako ako kultúry. Tento proces je už tak široký, že dokonca dostal svoje meno – sprostredkovanie (mediácia).

Činnosť sprostredkovaná cez internet sa stáva čoraz pohodlnejšou - teraz je založená na písanom obsahu, prenose audio a vizuálnej komunikácii v reálnom čase. Už sa to stalo niečím viac než len formou spoločenského života. Viac a viac ľudí využíva internet na činnosti inštitucionálnej, oficiálnej a sociálnej povahy.

Internetový rozvoj detí a mládeže (ktorému napomáha aj školské vzdelávanie) vyúsťuje do prípravy na dynamické zmeny civilizácie. Medzitým sledujeme vývoj dysfunkčného fenoménu a tiež aj fenoménu vývinu. Zvyčajne sú to dysfunkcie, ktoré vypestované na evolučnom poli medziľudských vzťahov v sieti.

Tvárou v tvár takémuto dynamickému rozvoju internetovej komunikácie medzi rôznymi sociálnymi skupinami, vzniká niekoľko nových príležitostí možného sociálneho uplatnenie tohto javu. Jedným z príkladov by bol rozvoj poradenstva a poskytovanie psycho-pedagogickej pomoci sprostredkovanej cez internet. Len veľmi málo centier dáva príležitosť mladým ľuďom využiť asistenciu cez internet vo svoj prospech, pretože sa špecializujú na poradenstvo a prácu v oblasti psycho-pedagogickej asistencie, ktorá je financovaná štátom. Ale ochota financovať takéto projekty je stále nízka.

Môžete pozorovať iba niekoľko typov podpory mladých ľudí prostredníctvom internetu. Najjednoduchšie a najobľúbenejšie je non-profesionálne rovesnícke poradenstvo, ktoré je

veľmi spontánne. Objavuje sa v rámci on-line komunít (Lubina, 2004) ako intuitívna odpoveď na udalosť. Tieto reakcie sú príjemným spôsobom, ako vyjadriť, že problémy inej osoby sú človeku známe. Pretože sú to intuitívne a spontánne reakcie, často vymyknú z rúk a obsahujú príliš veľa negatívneho emocionálneho náboja. Takéto situácie sa vyskytujú častejšie v otvorených než v uzavretých prostrediach alebo v neanonymných rovesníckych komunitách, ktoré sú predmetom vnútornej sociálnej kontroly (Fiske, Taylor, 1984).

Však v takýchto prostrediach sa hovorí iba o relatívne jednoduchých životných problémoch. Vo všeobecnosti platí, že tieto problémy sa týkajú väčšiny populácie v danom prostredí a veku. Tie ťažšie, jedinečné, balansujúce na hranici tabu sa neobjavia vo verejne otvorenom priestore. Zvyčajne si vyžadujú špecializovanú intervenciu. V psycho-pedagogickej sfére je priestor aj pre takého potreby.

Poradenstvo uskutočňované prostredníctvom internetu

Odborné poradenstvo má v súčasnosti na internete široké zastúpenie. Pracujú v ňom rôzni odborníci. Je možné tam nájsť špeciálnu pomoc pre každý typ problému. Patria medzi ne informačné poradenstvo, individuálna a skupinová asistencia, ako aj krátkodobá terapia. Náročnejšia, pokročilejšia terapia a dlhodobá terapia nie sú populárne formy práce s klientmi cez internet. Hoci stojí za zmienku povedať, že toto obmedzenie neplatí u amerických psychiatrov a psychoterapeutov, ktorí majú dobré skúsenosti v internetovej online podpornej terapii závažných duševných ochorení.

Psycho-pedagogická pomoc určená mládeži nie je forma terapie, ale skôr ich podporuje vo zvládaní rôznych problémov alebo v osobnom rozvoji.

Často ide o tabuizované témy a rodičia ani rovesníci im nie sú schopní pomôcť v riešení týchto problémov, pretože hanba, ktorá je s nimi spojená, im bráni o tom vôbec hovoriť. Odporučenie na vedomosti a skúsenosti internetových on-line poradcov je dostupným a vysoko žiadaným riešením.

Pozorujeme pomerne širokú škálu rôznych foriem pomoci, ktoré vyplývajú z rôznych technických riešení (Národná rada pre certifikovaných poradcov).

V pedagogickej praxi je internetové on-line poradenstvo starostlivo hodnotené dospelými. Mediácia prostredníctvom internetu je považovaná za zdroj problémov, skôr než za spôsob

ich riešenia. Avšak mladí ľudia nasledujúci ducha tejto doby radi hľadajú pomoc na internete. Internet poskytuje mladým ľuďom riešenia v pohodlnejších podmienkach ako interpersonálny kontakt, skôr než priame stretnutie.

Priamy kontakt si vyžaduje dohodnutie termínu a dostavenie sa v určitom čase pre konkrétnu osobu. Je typické, že mladý človek siaha po pomoci impulzívne, na základe momentálnej potreby okamžite riešiť problém. Ale hanba a túžba stiahnuť sa objavujú, keď prejde prvý impulz. Internet poskytuje rýchlu komunikáciu, ale často neumožňuje dostatočné zváženie dôsledkov stiahnutia sa. Mediácia cez internet umožňuje reagovať vtedy, keď je to najviac potrebné.

Sociálne problémy on-line poradenstva

Problémy sociálnej povahy sú pre mladých ľudí najzávažnejšie. To súvisí s fázou vývinu mladých ľudí obracajúcich sa na internetové poradenské služby.

Sociálny obraz mladého človeka je rozhodujúci pre jeho pozíciu v skupine rovesníkov a definovanie jeho statusu (Juroszek, 2010). Akékoľvek problémy so sociálnou akceptáciou prechádzajú u mladých ľudí do problémov v správaní a v sebaakceptácii. Pri hľadaní riešenia svojich problémov inštinktívne urobia rôzne kroky, ktoré nemusia byť bezpečné a akceptované rovesníkmi, či rodinným prostredím (Lubina, 2003). Často neúspešne hľadajú pomoc a sú ochotní podniknúť extrémne zúfalé opatrenia. Zvyčajne takéto druhy činností nestačia na riešenie problematických situácií, ale často sa používa na redukciu stresu, ktorý sa so situáciou spája.

Kontakt so službou internetového poradenstva poskytuje plnú anonymitu a rýchlu komunikáciu s osobou, ktorá pomáha, a tak je primeraná potrebám mladých ľudí s problémami. Vhodný zásah poradcov alebo psychológa v správnom čase (Grabowski, 2007), vedie k prevencii mnohých dôsledkov a mohol by zastaviť sebadeštrukčné konanie, ktoré je také bežné pre stratených mladých ľudí.

Problémy citových vzťahov a obdobie sexuálnej iniciácie sú veľmi konkrétne typy sociálnych problémov. Tieto oblasti sú mimoriadne citlivé a vyžadujú osobitnú jemnosť v zachádzaní. Zároveň, význam vývinu mladých ľudí je dôležitý a ovplyvňuje ich celý život. Preto, okamih

adekvátneho zásahu je veľmi dôležitý. Obzvlášť, keď sa vezme do úvahy potreba podpory a sústredenie sa na hľadanie prijateľných riešení.

Spoločnou problémovou oblasťou je fungovanie mladých ľudí v rodinnom prostredí. Konflikty s rodičmi, sú stálou súčasťou edukačného procesu. Sú výsledkom rôznych pohľadov na svet, povinností, práv a hodnôt. V závislosti od úrovne vážnosti v rámci týchto konfliktov, rovnako ako aj od mnohých ďalších environmentálnych a osobných faktorov, sú prirodzené konflikty spojené s výchovno-vzdelávacím procesom a môžu nabrať aj patologický charakter.

V tomto prípade, služby poradenstva hľadajú mladí ľudia aj zúfalí rodičia. Je to preto, že sú si vedomí rizika, a nie sú schopní riešiť takéto problémy. Teda možnosť širšieho kontaktu s osobou v núdzi a tiež s ostatnými členmi rodiny je otvorená. Takáto stratégia sa čoraz viac objavuje v internetovom on-line poradenstve.

Záver

Internetová on-line psycho-pedagogická pomoc v európskych krajinách je relatívne nový fenomén. Skúsenosti v tejto oblasti prebiehajú už niekoľko rokov a pomaly sa zvyšujú. Praktici sa v mnohom spoliehajú na americké skúsenosti, kde má internetové on-line poradenstvo pomerne veľa úspechov, a to nielen v oblasti podpory, ale aj ako terapia na diaľku.

Záujem ľudí, ktorí potrebujú pomoc internetového on-line poradenstva sa stále zvyšuje. Jeho hlavné výhody sú: anonymita a rýchlosť intervencie – toto obzvlášť priťahuje mládež a mladých dospelých. Ich znalosť komunikačných technológii ako nástroja pre sprostredkovanie, výrazne zlepšuje účinnosť poradenského procesu.

Môžeme preto predpokladať, že on-line poradenstvo pre riešenie osobných a sociálnych problémov sa bude vyvíjať. Viac a viac aktívnych dospelých užívateľov internetu bude vyhľadávať profesionálnu podporu a o všetko nasvedčuje tomu, že ju tam nájdu.

Literatúra:

FISKE S. T.,TAYLOR S. E. 1984. *Social cognition*. New York: Addison-Wesley, s. 484. ISBN 0-394-34801-X.

FIUT, S. 2004. *Komunikacja sieciowa źródłem interakcji społecznych*. In: HABER L. W. (red.), *Społeczeństwo informacyjne - wizja czy rzeczywistość*?, t.II. Kraków: Wyd. Akademii Górniczo-Hutniczej, s. 317.

GRABOWSKI, A. 2007. *Ambiwalencja postaw interpersonalnych w sytuacji stałego kontaktu i po jego zakończeniu*. Kraków: Impuls, s. 15. ISBN 978-83-7308-876-4.

JUROSZEK, W. 2010. *Autoprezentacja młodzieży szkolnej. Emocjonalne i poznawcze konsekwencje deprecjonującej i faworyzującej autoprezentacji u młodzieży z wysokim i niskim lękiem społecznym*. Kraków: Impuls, 2010, s. 11. ISBN 978-83-7587-428-0.

LUBINA E. 2008. *Internetowe społeczności edukacyjne - tworzenie i dynamika rozwoju*. In: *E-mentor* 2008, nr 3 (25), s. 23. ISSN 1731-6758.

LUBINA, E. 2003. *Zaburzenia zachowania dzieci i młodzieży i patologizacja życia w społeczeństwie informacyjnym. Konsekwencje postępującej informatyzacji dla rozwoju społecznego i kształtowania zachowań*, In: MORBITZER J. (red.), *Komputer w edukacji*, Kraków: Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej. ISBN 8372712301.

LUBINA, E. 2004. Wpływ *uczestnictwa w społecznościach wirtualnych na rozwój psychospołeczny młodzieży*. In: FURMANEK M. (red.), *Młodzież w wirtualnej rzeczywistości i w realnym świecie*. Gorzów Wielkopolski: Wyższa Informatyczna Szkoła Zawodowa, s. 159. ISBN 83-919790-2-4.

SZPUNAR, M. 2006. *Bliskie więzi na odległość - paradoksalna natura związków online*. In:

SOKOŁOWSKI M., (red.), *Definiowanie McLuhana. Media a perspektywy rozwoju rzeczywistości wirtualnej*. Olsztyn: ALGRAF, s. 211-222. ISBN 8391548457.

Ewa Lubina, PhD.
Warsaw University of Life Science
Wydział Nauk Humanistycznych
02-782 Warszawa, ul. Nowoursynowska 166
E-mail: ewalubina@gmail.com

Preklad:

Mgr. Ivana Lištiaková, PhD.

Využitie bábiky Kiwanis k nadviazaniu vzťahu v nemocnici

Monika Stupková

ABSTRAKT

Príspevok sa venuje možnostiam využitia bábiky Kiwanis k vytvoreniu vzťahu terapeut dieťa v nemocničnom prostredí. Bábika uľahčuje nadviazanie komunikácie v pre dieťa cudzom prostredí. Stáva sa spoločníkom a priateľom. Pre terapeuta môže byť cenným zdrojom informácií, ktoré dieťa nemôže alebo nevie sprostredkovať priamo.

Kľúčové slová: *bábika Kiwanis, vzťah, nemocnica*

ABSTRACT

The article discusses the possibilities of using the Kiwanis dolls to create the relationship between the child and the therapist in a hospital. Doll helps the child to stay in unfamiliar place and becomes his/her friend. The Kiwanis doll provides the therapist with useful informations that the child can not communicate directly.

Key words: *Kiwanis doll, relationship, hospital*

Kiwanis klub je nezisková organizácia, ktorá nesleduje politické ani náboženské ciele. Ide o celosvetovú organizáciu, ktorá bola založená v USA v roku 1915. V súčasnosti združuje približne 300 000 členov vo vyše 8 000 kluboch. Prvý klub v Európe vznikol vo Viedni v roku 1963. Na Slovensku táto organizácia existuje vo forme občianskeho združenia. Nie je to charitatívna organizácia, ale prostredníctvom svojich členov sa zúčastňuje humanitárnych aktivít na miestnej, národnej, medzinárodnej a celosvetovej úrovni. Riadi sa myšlienkou „*Správaj sa k druhým tak, ako chceš, aby sa oni správali k tebe...*“ (www.kiwanis.sk).

Celosvetovým projektom klubu, ktorý vznikol v roku 1993 v Austrálii, je distribúcia bábiky Kiwanis do nemocníc. Je registrovaný a chránený ochrannou známkou. Bábika má tvar ľudského tela a je ušitá z bavlnenej látky v chránených dielňach, školách alebo domovoch sociálnej starostlivosti. Umelcami maľované bábiky Kiwanis klub každoročne vydraží a zo získaných peňazí zakúpi materiál na výrobu ďalších bábik. Vzniká tak vzájomný kruh pomoci. Bábiky sú určené najmä pre deti vo vekovom rozpätí 3 - 12 rokov. Bábiku možno

prať v práčke na 30 stupňoch.

V Detskom kardiocentre sme Kiwanis bábiky začali používať v máji 2011. Na začiatku hospitalizácie dáme dieťaťu čistú bábiku a fixky na textil. Navrhneme mu, aby si vytvorilo kamaráta, ktorý s ním bude zdieľať pobyt v nemocnici. Bude jeho blízkou osobou, ktorej môže povedať všetko, čo ho trápi, ťaží, tiež, čo prináša radosť. Pokiaľ je to možné, liečebný pedagóg je prítomný počas celého procesu vytvárania bábiky – kamaráta. Všíma si napríklad: ako bábika vzniká, koľko pomoci dieťa potrebuje, dieťa povzbudzuje a dáva priestor jeho rozhodnutiam. V priebehu prípravy bábiky dochádza k nadviazaniu vzťahu s dieťaťom a k vzájomnému spoznávaniu. Dieťa spontánne začína rozprávať o svojich súrodencoch, kamarátoch, kladie otázky, vynárajú sa pre neho aktuálne témy. Je to čas a priestor aj pre nadviazanie vzťahu aj s rodičom dieťaťa, ktorý sa zvyčajne procesu záčastňuje. U detí starších ako 10 rokov, ktoré sa už s bábikami nehrávajú, ponúkame vytvoriť bábiku pre niekoho z rodiny (mladší súrodenec, mama) alebo niekoho zo zdravotníckeho personálu. Vtedy bábika plní úlohu daru, prejavu sympatií a vďaky.

Príklad. *Na operáciu prišlo 10 ročné dievčatko. Sprevádzala ju mladšia sestra, ktorá bola veľmi smutná, pretože so staršou sestrou zostane v nemocnici aj mama. Obe jej budú veľmi chýbať. Kiwanis bábiku som dala obom dievčatám. Staršia zo sestrier si vytvorila kamarátku do nemocnice a mladšia vytvorila na jednu stranu sestru a na druhú mamu. Takto lepšie zvládne niekoľkodňové odlúčenie.*

Obr. č.1 Príprava bábiky

Bábiky vznikajú rôzne. Proces maľovania, výber farieb, sprievodný rozhovor s dieťaťom sú cenným diagnostickým materiálom pre terapeuta aj pre zdravotnícky personál. Ak dieťa napríklad po namaľovaní hodí bábiku na zem s slovami „Fuj, zlá Aďa!“, je našou úlohou pátrať po významoch daného výroku.

Zaujímavé je sledovať, ako sa dieťa zmocňuje ponúknutej úlohy. Môže pokresliť objekt, ktorý mu v domácom prostredí nie je dopriaty - vymaľovať si bežnú bábiku deti zvyčajne nemôžu, táto činnosť teda dostáva charakter jedinečnosti. Na prázdnej ploche nie je možné gumovať ani premaľovávať, stopa po fixke je trvalá, preto niektoré deti nemajú odvahu začať a potrebujú povzbudenie rodiča alebo terapeuta. Všímame si tiež, ako danú úlohu vníma rodič. Dieťaťom namaľovaná bábika nie je dokonalá (napríklad nemá rovnaké obe oči, má krivé ústa, jednotlivé farby do seba zasahujú...). Do akej miery dokáže prijať nedokonalosť bábiky a potlačí v sebe potrebu zasiahnuť do výtvoru dieťaťa?

Bábikou dieťa získava „priateľa“, ktorý s ním strávi čas v nemocnici. Pomáha vyjadriť jeho aktuálne emócie a tiež určiť miesto bolesti. Dieťa a personál sa môžu rozprávať

prostredníctvom bábiky, čím sa zmierňuje úzkosť dieťaťa v neznámych situáciách. Lekár ukazuje na bábike, ako bude vyšetrenie prebiehať, čím zmierňuje strach a vyzýva ho k spolupráci pri výkone.

Táto bábika prechádza s dieťaťom rôznymi prostrediami nemocnice. Netypické je, že si ju dieťa odnáša z nemocničného prostredia domov, čo pri bežných hračkách (najmä plyšových a tých, s ktorými dieťa spí) býva naopak. Bábika KIWANIS pozná tajomstvá, ktoré jej dieťa v čase hospitalizácie zverí. Pozná príbehy, ktoré dieťa nevie, nemôže alebo nechce prerozprávať tým, ktorí boli v tom čase v bezpečí domáceho prostredia.

Na bábike, ktorá „má choré srdiečko“ ukazujeme deťom hadičky, ktoré im budú po operácii pomáhať, najmä cez ktoré im budú podávané lieky, aby sa skoro uzdravili. O túto bábiku sa môže dieťa starať, uložiť ju do kočíka, „nakŕmiť“, „liečiť“ a v bezpečnom prostredí prostredníctvom hry prehrávať situácie, ktorým nerozumie alebo z nich má strach. Veľkú úlohu tu zohráva rodič, ktorý ubezpečuje dieťa o svojej prítomnosti a približuje svoju úlohu po operácii.

Obr.č. 2 Kamarát Jakubko sa „lieči“

Mnohé mamy, najmä tie, ktorých deti sú dlhodobo hospitalizované na pooperačnom oddelení alebo oddelení intenzívnej starostlivosti, vítajú možnosť spraviť niečo aj pre ostatné deti na oddelení a zo zvyškov látok ušijú bábikám šaty alebo ich inak vyzdobia. Vznikajú tak veľmi cenné originály, ktoré sú ešte vzácnejšie, keď sú darované. Hospitalizované mamy dostávajú do rúk ďalší nástroj pomoci a bábiky sa takto využívajú aj v činnostnej terapii. V nemocnici v Ostrave a Frýdku-Místku zrealizovali projekt, kde deti o svojich Kiwanis bábikách napísali príbeh, básničku alebo rozprávku. Takto vzniknuté dielka je možné následne dramaticky stvárniť. Hlavným prostriedkom pomoci bábik je hra. V súčasnosti hľadáme ďalšie možnosti využitia bábik, napríklad ako stimulačnú pomôcku na posilnenie hmatu, koordinácie oko-ruka, pravo-ľavej orientácie alebo ako stimuláciu jemnej motoriky.

Monika Stupková, PaedDr., PhD.

liečebná pedagogička

NÚSCH, a. s., Detské kardiocentrum Bratislava

stupkovam@gmail.com

Vzťahová väzba u detí s postihnutím

Lucia Felcanová – Mária Glasová

ABSTRAKT

Vychádzajúc zo súčasných psychologických a biomedicínskych výskumov príspevok predstavuje teóriu vzťahovej väzby a s ňou spojené procesy kľúčové pre optimálny emocionálny, sociálny a kognitívny vývin jednotlivca. Vo vedeckej obci i v klinickej a terapeutickej praxi sa bezpečná vzťahová väzba konsenzuálne považuje za významný faktor duševného zdravia, ktorý vplýva nielen na psychickú adaptáciu a zvládanie stresu a celkové sociálne fungovanie jednotlivca, ale podľa neuro-endokrinných a psychosomatických modelov i na zdravie somatické. Príspevok tiež prináša informácie o formách prevencie a intervencie pre prípady nežiaducej vzťahovej väzby, zameraných na posilnenie a budovanie bezpečných vzťahových väzieb s rodičmi. Zvláštnu pozornosť venuje psychologickým problémom vzťahovej väzby u osôb (detí) s postihnutím. Príspevok vznikol s podporou Grantu UK/624/2012

Kľúčové slová: *Dieťa s postihnutím. Rodič. Vzťahová väzba.*

ABSTRACT

Attachment in children with disabilities

Based on current psychological and biomedical research in this contribution the attachment theory and its associated processes essential for optimal emotional, social and cognitive development of the individual are presented. Within the scientific community and clinical and therapeutic practice the secure attachment is consensually regarded as the important factor in mental health, which affects not only psychological adaptation and coping with stress and overall social functioning of individuals, but according to neuro-endocrine and psychosomatic models, somatic health as well. The paper also provides information on forms of prevention and intervention in cases of adverse forms of attachment, which are focused on building and fostering of secure attachment with parents (or significant others). Particular attention is paid to the psychological problems of attachment in persons (children) with disabilities. The paper was supported from Grant UK/624/2012

Key words: *Child with disabilities. Parent. Attachment.*

Úvod

John Bowlby (1907-1990) formuloval ako alternatívu psychoanalýzy dieťaťa teóriu vzťahovej väzby (*ang* Attachment Theory) (Bowlby, 1988, 2010). Spája sa v nej v koherentnom celku psychoanalýza, poznatky o psychickom vývine dieťaťa, evolučná biológia a etológia, kybernetika a kognitívnu veda, čo je podľa niektorých autorov príkladom ekletického prístupu par excellance (Holmes, 2005). Na rozdiel od Melanie Klein, ktorá bola jeho supervízorkou a v psychodynamike zdôrazňovala úlohu detských fantázií vo vzťahu k matke, podľa Bowlbyho dieťa priamo odpovedá na skutočné udalosti života a vzájomný vzťah s matkou a nie na nevedomé fantázie vzťahu (porov. Schwartz, 1999).

Podľa teórie vzťahovej väzby je človeku vrodený evolučne funkčný repertoár správania, ktorý zabezpečuje, aby prežil v ohrozujúcom prostredí (Bowlby, 2010). Povedať, že dieťa je k niekomu ‘pripútané’ znamená, že “ma silný sklon vyhľadávať blízkosť a kontakt (*ang* proximity and contact) s konkrétnou osobou a to v istých situáciách, najmä keď je vystrašené, unavené alebo choré” (Bowlby, 1969, s. 371). Za normálnych okolností je prvou vzťahovou väzbou osobité ‘citové puto’ (*ang* affectional bond), ktoré sa utvára medzi dojčaťom a primárnou starajúcou sa osobou, vo vzťahoch s ním citlivou a vnímavou, zvyčajne matkou. Tým, že poskytuje ‘bezpečnú základňu’ (*ang* secure base), umožňuje mu postupne stále väčšiu exploráciu sveta, ktorý ho obklopuje; a preto rané vzťahové väzby majú významný vplyv na jeho sociálno-emocionálny aj kognitívny vývin. Vzťahová väzba je aktívna v priebehu celého životného cyklu a prenáša sa do ďalších dôležitých vzťahov, i do vzťahu soživotným partnerom (Ainsworth et al., 1991; Crowell et al., 2008). Pôvodné prejavy v správaní, ktoré udržiavali vzťahovú väzbu k dôležitým osobám, sa postupne vo vývine menia. Fyzická blízkosť k vzťahovej osobe je dôležitá v ranom detstve. Dostupnosť a dôveryhodnosť vzťahových osôb sa psychologicky internalizuje ako skúsenosť bezpečnosti vzťahovej väzby (*ang* secure attachment). Keďže ide vo veľkej miere o vrodený evolučný proces, ako potvrdil empirický výskum, aktivuje sa aj v prípade vzťahových osôb, ktoré sú voči citovým potrebám dieťaťa menej citlivé a vnímavé, inkonzistentné, ambivalentné, alebo dokonca intruzívne či ubližujúce, avšak internalizuje sa v osobitých vzoroch neistej vzťahovej väzby: vyhýbavej (*ang* avoidant), ambivalentno-rezistentnej (*ang* ambivalent-resistant) alebo dezorganizovanej (*ang* disorganised) (Ainsworth et al., 1978; Main, Solomon,

1986). Bowlby (in Holmes, 2005) chápal neistú vzťahovú väzbu (*ang* insecure attachmnet) v zmysle psychologickej obrany potrebnej pre emocionálne prežitie (a v prostredí evolučnej adaptívnosti, v ktorom sa ľudský druh vyvíjal, i pre fyzické prežitie), ale aj ako obmedzujúci faktor, ktorý bráni neistému jednotlivcovi vyrovnať sa s nepriaznivou skúsenosťou.

Podľa teórie vzťahovej väzby sa na základe vzájomných transakcií a citovej odozvy prvotných starajúcich sa osôb budujú 'vnútorné pracovné modely' sociálnych vzťahov (*ang* internal working model). Sú to kognitívno-emocionálne reprezentácie seba a dôležitých druhých osôb - systémy myšlienok, spomienok, presvedčení, očakávaní, citov a správania voči sebe a druhým, ktoré sa tiež v priebehu ontogenézy a skúsenosti menia (Mercer, 2006). Plnia dôležitú regulujúcu funkciu, pomáhajú interpretovať a predvídať správanie vo vzťahu k vzťahovým väzbám a vzťahovým osobám (*ang* attachment related behavior), aj pochopiť rozličnú mieru interpersonálnej blízkosti i hierarchiu vo vzťahoch (Bretherton, Munholland, in Cassidy & Shaver 2008). Jednotlivec potom môže seba považovať za hodného alebo nehodného vzťahovej väzby a považovať druhých za viac alebo menej schopných naplniť jeho potreby vzťahovej väzby (Ma, 2006). Táto dynamika vnútorných pracovných modelov vzťahov sa považuje za kritický faktor psychickej integrácie i rozvoja psychických porúch (Bretherton, Munholland, tamtiež).

Podľa Hrubého et al. (2011) pokrok modernej neurovedy umožňuje interpretáciu neurobiologických aspektov teórie vzťahovej väzby ako viacúrovňovej nervovej interakcie, ktorá súvisí s funkčným vývinom nervových štruktúr, aktivitou neurotransmiterov a hormónov. Psychofyziologický výskum vzťahovej väzby študuje dve hlavné oblasti: reakcie autonómneho nervového systému (frekvencia srdcového rytmu a dýchania) a činnosť hypotalamo-hypofyzárno-nadobličkovej osi. Merali sa napríklad fyziologické reakcie dojčiat v priebehu 'Strange Situation' (procedúra Mary Ainsworthovej na klasifikáciu vzťahovej väzby) a skúmali interindividuálne rozdiely v temperamentových znakoch detí a miera, do akej vzťahová väzba účinkovala ako ich moderátor (Fox, Hane, 2008). Výsledky poukazujú na to, že kvalita poskytovanej starostlivosti môže tvarovať neurofyziologický systém regulujúci stres (tamtiež; porovnaj v Glasová, 2006). Skúmala sa aj úloha vrodených genetických faktorov na formovanie vzťahovej väzby, napríklad jeden typ polymorfizmu génu DRD2 pre dopamínové receptory sa spájal s úzkostnou vzťahovou väzbou a ďalšieho

génu 5-HT2A pre serotonínový receptor s vyhýbavou vzťahovou väzbou (u dospelých) (Gillah et al., 2008).

Podľa Bowlbyho (in Holmes, 2005) je otázka bezpečia vzťahovej väzby interpersonálnej povahy, je to interaktívny a adaptívny fenomén a nie zjednodušene vec vrodeného temperamentu dieťaťa. U toho istého dieťaťa možno pozorovať [pomocou procedúry Strange Situation] bezpečnú vzťahovú väzbu s jedným rodičom a neistú s druhým rodičom. Podľa Holmesa (tamtiež, s. xvi) podobne ako matky aj „otcovia potrebujú byť citliví, ale má to byť formou pochvaly, povzbudenia a kapacity udržať pozitívne city u svojich detí. Tým že pomáhajú svojim deťom vyrovnať sa s konfliktom medzi zvedavosťou a opatrnosťou, ich ochraňujúce a vyzývajúce 'dokážeš to', značne sa odlišujú od kastrujúceho obrazu [otca] klasickej psychonalytickej teórie, ktorý by sa mohol presnejšie vzťahovať k necitlivým otcom, ktorí zlyhávajú v intuitívnom pochopení zmyslu vzťahovej väzby: pretože úspech je vždy založený na bezpečnosti."

Ako sme už spomenuli vyššie, bezpečná vzťahová väzba sa považuje za významný faktor zdravia, ktorý vplýva na psychickú adaptáciu a zvládanie stresu a celkové sociálne fungovanie jednotlivca, a podľa neuro-endokrinných a psychosomatických modelov i na zdravie somatické (Hašto, 2005). Podľa Kobaka et al. (2006, s. 333) Bowlby teóriou vzťahovej väzby „*poskytol systém pre porozumenie toho, ako skúsenosti prvotných vzťahov dieťaťa s najbližšími tvarujú jeho očakávania voči sebe i druhým a vedú k istým stratégiám na udržanie prístupu ku konkrétnej vzťahovej osobe*." Tieto aspekty osobnosti sa vždy aktivujú v situácii nebezpečenstva, výzvy alebo hrozby a ponúkajú jednotlivcovi určité stratégie na zvládnutie a vyrovnanie sa so stresom. Predpokladá sa tiež, že čím intenzívnejší je stres, tým intenzívnejšie sa aktivuje systém vzťahovej väzby. Vzťahová väzba, ako sme už uviedli vyššie, má interaktívny recipročný charakter a predpokladáme, že bude mať osobitné charakteristiky v prípadoch, keď ide o systém vzťahovej väzby jednotlivca s postihnutím.

Vzťahová väzba a dieťa s postihnutím

Základom bezpečnej vzťahovej väzby, ako sme spomenuli vyššie, je citová dostupnosť a citlivosť rodiča v jeho prístupe k dieťaťu. Podľa niektorých výskumov (Thomas; Clements

& Barnett; in Howe, 2006a) sa u detí s postihnutím[1] pozorovala neistá vzťahová väzba k rodičovi významne častejšie ako u detí bez postihnutia. Postihnutie totiž u dieťaťa ovplyvňuje komunikáciu, sťažuje interpretáciu potrieb a prejavov dieťaťa, zvyšuje stres rodiča, a tým oslabuje aj jeho citovú dostupnosť a ovplyvňuje systém vzťahovej väzby. Systém vzťahovej väzby detí s postihnutím je pomerne málo preskúmaný a na Slovensku celkom absentuje, čo rovnako platí aj pre oblasť prevencie, a dostupnosť postupov na zlepšenie kvality vzťahovej väzby a citlivú harmonizáciu prístupu rodičov a blízkych starajúcich sa osôb k dieťaťu s postihnutím.

Citlivosť a vnímavosť, emocionálne ladenie, kongruencia a chápanie citových potrieb dieťaťa u rodiča významne závisí od jeho schopnosti správne rozpoznať, porozumieť a interpretovať správanie dieťaťa, reč jeho tela, výraz jeho tváre i jeho verbalizácie (Howe, 2006a). Citlivosť sa tu porovnáva so schopnosťou rozpoznať duševný stav dieťaťa, čo najlepšie dokážu rodičia s bezpečnou vzťahovou väzbou (Meins, 1999). Avšak u detí s postihnutím môže byť zrozumiteľnosť komunikácie a expresia ich duševných stavov kompromitovaná prítomnosťou jedného alebo viacerých funkčných a senzorických postihnutí. Predtým ako si rodičia uvedomia, že ich dieťa je nevidiace, môžu prežívať frustráciu a odmietanie plynúce z nedostatočného očného kontaktu, recipročnej komunikácie úsmevom alebo pohybom hlavičky dieťaťa ich smerom, keď sú v jeho blízkosti (Meins, 1999). Predpokladáme, že spôsob, ako dieťa vyhľadáva blízkosť vzťahovej osoby a ako signalizuje túto svoju potrebu bude odlišný ako u detí bez postihnutia a bude ovplyvnený individuálne špecifickým spôsobom kompenzácie postihnutia, ale rovnako bude závisieť od spôsobu a schopností rodiča alebo blízkej starajúcej sa osoby primerane odpovedať na tieto špecifické potreby vzťahovej väzby dieťaťa s postihnutím.

K objasneniu týchto procesov prispievajú výskumy interakcií detí so zrakovým a sluchovým postihnutím s ich rodičmi. Niektoré z nich pozorovali u detí s postihnutím (predovšetkým vrodeným) častejšie neistý typ vzťahovej väzby (Clements et.al. 2002), Macrae (in Howe, 2006a) zistil u 80% nevidiacich detí v starostlivosti vidiacich rodičov neistú-vyhýbavú vzťahovú väzbu a podobné údaje priniesli štúdie u nepočujúcich detí a počujúcich rodičov, avšak vzťahové väzby medzi nepočujúcimi deťmi a nepočujúcimi rodičmi boli v medziach

[1] Termínom postihnutie sa vymedzuje nedostatok v integrite orgánu alebo funkcie, ktorý spôsobuje ťažkosti v kognícii, senzorickej sfére, komunikácii, sociabilite, mobilite a v sebaobsluhe jednotlivca a na základe manifestovaných symptómov sa určuje, o aký druh a stupeň postihnutia ide (Vašek, 2003).

normy. Predpokladáme, že rodičia s postihnutím boli citlivejší na signály systému vzťahovej väzby u svojho potomka s rovnakým postihnutím. Ak by však jeho postihnutie bolo odlišné, predpokladáme, že by aj interakcia s dieťaťom prebiehala inak a nemusela by podporiť vznik bezpečnej vzťahovej väzby. Tröster & Brambring (in Howe, 2006b) tiež zistili, že nevidiace deti majú nižší repertoár pre emocionálne prejavy: chudobnejšia dynamika mimiky - 'prázdna tvár', reakcia úsmevom na známy zvuk alebo hru s rodičom je menej intenzívna a badateľná – 'letmý úsmev'. Už tieto osobitosti môžu prispievať k frustrácii a narušeniu interakcie medzi rodičom a dieťaťom. Werth (in Howe, 2006a) tiež poukazuje na to, že medzi vidiacou matkou a dieťaťom so zrakovým postihnutím môžu takto vznikať komunikačné bariéry. Ako sme uviedli vyššie, ak majú rodičia a ich deti rovnaké postihnutie, komunikácia medzi nimi prebieha efektívnejšie (in Howe, 2006b). Jamieson (in Howe, 2006a) uvádza, že matky so sluchovým postihnutím sa na svoje deti so sluchovým postihnutím pozerali častejšie a obracali sa na ne so živším a expresívnejším výrazom tváre ako počujúce matky na svoje deti so sluchovým postihnutím. Následný výskum dvojročných detí so sluchovým postihnutím potvrdil, že interakcia počujúcich rodičov s deťmi bola významne nižšia ako interakcia počujúcich rodičov s počujúcimi deťmi. Interakcia medzi počujúcimi rodičmi a deťmi so sluchovým postihnutím je namáhavejšia, frustrujúcejšia a vo výchove sa viac využívali tresty (Meadow in Howe, 2006a). Deti so sluchovým postihnutím, ktoré mali počujúcu matku, boli menej aktívne, reagujúce či vnímavé (Clements et.al. 2002).

Rodičia, ktorí sú citliví a vnímaví ku komunikačným signálom svojich detí, majú deti s bezpečnou vzťahovou väzbou (Vaughn, Bost, 2008), ktorá pozitívne moderuje účinky stresu, keďže sa pozorovalo, že u jednotlivcov s takouto väzbou sa vylučuje menej 'stresového' hormónu kortizolu (Levine in Hrubý, 2011). Ako sme však spomenuli aj vyššie, rodičia detí s postihnutím sú zvyčajne vystavení vyššej miere stresu, ktorá okrem iného súvisí aj s problémami v komunikácii, porozumením a pochopením prejavov svojich detí (Johnston in Howe, 2006a). Pridávajú sa k nim všeobecne vyššie nároky i náklady na rodinný život a fungovanie rodiny ako celku, napr. vyššie ekonomické náklady, nedostatok sociálnej podpory a väčšie požiadavky na opatrovateľské povinnosti (Sloper et al., in Howe, 2006b). U detí, ktorých potreby sú zanedbávané, nepochopené či ignorované rodičmi (aj vplyvom únavy a depresie), ďalej narastá hladina stresu a nepohody a aktivuje sa aj systém vzťahovej väzby, avšak nedostáva sa mu zodpovedajúcej odozvy a vzniká riziko ďalšej psychickej alebo fyzickej dezintegrácie dieťaťa. Stres spojený so starostlivosťou o deti s postihnutím aktivuje

vzťahové správanie aj u rodičov, a ak je aj u nich neproduktívne, ich stres ďalej narastá a môžu sa objavovať príznaky psychickej a fyzickej nepohody. Môžu vyhľadať odbornú pomoc a situáciu zlepšiť, ale je aj veľká pravdepodobnosť, že problém sa správne nerieši a rodičia zostávajú pre dieťa citovo nedostupní a vyvíja sa u nich neistá vzťahová väzba. Ako sme však už spomenuli vyššie, aj postihnuté dieťa môže mať sformovaný rôzny systém vzťahovej väzby k matke a otcovi, resp. inej blízkej osobe. Fatalita jeho situácie bude závisieť teda od toho, či alebo koľko vzťahových väzieb je zárukou pre jeho citové bezpečie. Podľa viacerých autorov (Vaughn, Bost, 2008) u detí s postihnutím ovplyvňuje typ vzťahovej väzby viacero faktorov na strane dieťaťa i rodiča (resp. vzťahovo blízkej osoby) spolupôsobiacich vo vzájomnej interakcii, dopĺňajú ich ekologické faktory ako socioekonomický status, environmentálne a materiálne podmienky, rodinná atmosféra a súdržnosť rodiny. Samotné postihnutie nie je jediným rizikovým faktorom vzniku neistej vzťahovej väzby.

Vlastnosti rodičov, vrátane toho, ako ich ovplyvňuje zvýšený stupeň vzťahových potrieb ďalších členov rodiny, tiež vplýva na vzájomnú interakciu rodiča s dieťaťom. Podľa ďalších výskumov (Crowell et.al., 2008) ambivalentné prežívanie ťažkostí ich detí, prípadne odmietanie detí následne znižovalo ich citlivosť a schopnosť pre emocionálne vyladenie sa v interakcii s dieťaťom a narúšalo u neho pocit bezpečia práve v čase, keď ho potrebovali. U detí, ktoré sa narodili rodičom s nedostatkom autonómie v systéme vzťahovej väzby (pozn. podľa klasifikácie vzťahovej väzby u dospelých), bola vyššia tendencia k neistej vzťahovej väzbe (Crowell et.al., 2008). Preto sa zdôrazňuje, že kvalitu vzťahovej väzby medzi matkou (alebo blízkou starajúcou sa osobou) a dieťaťom je potrebné identifikovať včas a podporiť ich správnu interakciu (Pianta et al. in Howe, 2006a).

Howe (2006b) uvádza rôzne formy podpory a intervencií na zlepšenie vzťahovej väzby rodičov a detí s postihnutím s týmito cieľmi: 1. zlepšiť ekonomickú a materiálnu situáciu; 2. získať kvalitnú sociálnu oporu u partnera, rodiny, priateľov či rôznych organizácií; 3. presne objasniť pôvod a charakter postihnutia dieťaťa a ponúknuť konkrétne postupy ako ovplyvniť a zlepšiť komunikáciu dieťaťa tak, aby zrozumiteľne vyjadrovalo svoje potreby i city, a tým pomôcť aj rodičom porozumieť dieťaťu prostredníctvom zvyšovania ich resiliencie a zlepšenia ich citlivosti v interakcii s dieťaťom; 4. prakticky objasniť rodičom psychológiu straty a traumy, ako aj možnosti diagnostiky pri postihnutí; 5. pomôcť rodičom reflektovať a eventuálne prepracovať témy vzťahovej väzby týkajúce sa ich vlastných zážitkov z detstva.

Rodičia, ktorým sa dostalo takejto podpory a zlepšili sa v citlivosti, boli schopní prijímať svoje deti, lepšie zvládali stresujúce situácie, v prístupe k deťom boli pozornejší a pozitívnejší ako rodičia, ktorí túto podporu nemali (Lewis in Howe, 2006a). Preventívny prístup na podporu vzťahovej väzby je u detí s postihnutím veľmi dôležitý.

Vzťahová väzba a prevencia z hľadiska neurobiológie a genetiky

Neurobiologický základ teórie vzťahovej väzby sa chápe v zmysle funkčných interakcií vývinu určitých nervových štruktúr, aktivity neurotransmiterov (najmä serotonín), hormónov (najmä nor-adrenalín, oxytocín) i ďalších faktorov (Hughes et al., 2012).

Pripútanie k primárnemu opatrovateľovi začína ešte pred narodením dieťaťa, jednak súhrnom vlastností jeho rodičov prenášaných geneticky i epigeneticky na dieťa, pokračuje prenatálnym životom v maternici matky (informácie prenášané špeciálnymi proteínmi alebo niektorými hormónmi sa ukladajú vo vyvíjajúcich sa štruktúrach mozgu) (Fedor-Freyberg 2008). Prvotné interakcie alebo proto-interakcie (porov. tiež Glasová, 1995) sa významne vyvíjajú v prvých mesiacoch postnatálne a spoluvytvárajú kľúčový vzťah k matke (opatrovateľovi), ktorý má špecifický význam pre správny vývin nervových regulácií a behaviorálnych charakteristík počas ďalšieho života (porovnaj tiež Glasová, 2006). Sú dôležité pre formovanie vzťahových štýlov a vzťahov, copingových stratégií, pre sociálnu konformitu a pod. Kvalita týchto formácií ovplyvňuje všetky nasledujúce etapy života (detstvo, adolescenciu, dospelosť, starobu až po smrť). Raná vzťahová väzba odovzdáva budúcim generáciám ochranu, bezpečie v ľudskom životnom kontinuu (Hrubý et al., 2011). Výskumy ukázali, že odlúčenie sa od matky typicky aktivuje u dieťaťa stresovú reakciu, sprevádzanú aktiváciou autonómneho nervového systému a vylučovaním kortizolu v plazme (Levine, in Hrubý et al., 2011). Ale ako sme už uviedli, pri bezpečnej vzťahovej väzbe je množstvo vylučovaného kortizolu v stresovej situácii nižšie ako pri neistej vzťahovej väzbe.

Podľa interpersonálnej neurobiológie je možné vymedziť najmenej 5 kľúčových mozgových oblastí alebo klastrov neurónových okruhov dôležitých pre formovanie zdravej vzťahovej väzby (Hughes et al., 2012): (1) *rodičovský systém priblíženia* – umožňuje rodičom emocionálne sa priblížiť svojmu dieťaťu bez zaujatia defenzívneho postoja; (2) *rodičovský systém odmien* – umožňuje rodičom prežívať rodičovstvo ako potešenie; (3) *rodičovský systém porozumenia dieťaťu* – umožňuje rodičovi porozumieť a empaticky „prečítať“ to, čo vnútorne dieťa prežíva; (4) *rodičovský systém vytvárania zmyslu* – umožňuje rodičovi vytvárať si pracovnú naráciu alebo príbeh o tom ako je rodičom; (5) *rodičovský exekutívny systém* – systém mozgu opierajúci sa o vyššie mozgové oblasti pomáha regulovať nižšie, mozgové procesy viac autonómne; umožňuje rodičovi sledovať jeho city a konanie, i stav vzájomného vyladenia s dieťaťom (*ang* atunement) alebo jeho chýbanie; je dôležitý pri riešení

konfliktných citov vo vzťahu k rodičovstvu i hodnotení svojej skúsenosti rodičovstva; je závislý od funkcií čelových lalokov a pomáha a povzbudzuje prácu predchádzajúcich štyroch systémov. Hughes et al. (2012; Hughes, 2007) ponúkli aj vzorec pre kvalitné rodičovstvo, ktorý má pomôcť rodičom posilniť ich kompetencie, hlbšie pochopiť neurobiologické pozadie intersubejktivity vzťahovej väzby, ako aj pomôcť rodičom, ktorých rodičovstvo je blokované. *'PACE'* je akronymom pre 4 zložky správneho rodičovského prístupu: hravosť (*ang* playfulness), prijatie (*ang* acceptance), zvedavosť (*ang* curiosity) a empatia (*ang* empathy). *P - Hravosť* znamená angažovanosť rodiča v interakcii s dieťaťom umocnenú mimikou, očným kontaktom, hlasovým prejavom a intonáciou, gestami, postojom a dotykom. Hravosť obsahuje zložky intersubjektivity, súvisiace s rodičovským systémom priblíženia a odmien. *A - Akceptácia* znamená, že rodičia prijímajú svoje dieťa také aké je bezpodmienečne, a neodsudzujú ho. Podporuje ho rodičovský systém priblíženia cez interpersonálne bezpečie a udržiavanie vzájomnej dôvery vo vzťahu. *C - Zvedavosť* znamená, že od narodenia sú rodič aj dieťa fascinované vzájomnou existenciou, nehasne záujem a údiv pri vzájomnom stretnutí prejavený napr. očným kontaktom a úsmevom. Zvedavosť sa spája s rodičovským systémom porozumenia dieťaťu a vytvárania zmyslu. *E - Empatia* znamená, že keď je dieťa napr. v strese, rodič nereaguje obavou alebo podráždením ale porozumením osobného citového stavu dieťaťa. Empatia zahŕňa integráciu všetkých systémov, spája emocionalitu rodiča s jeho myslením. Podľa nášho názoru je možné vzorec tvorivo adaptovať aj na posilnenie rodičovských kompetencií a zlepšenie vzťahovej väzby u rodičov detí s postihnutím.

Okrem neurobiologických faktorov, ako sme spomenuli vyššie, sú aj ďalšie faktory (sociálne, enviromentálne, intra- a interpsychické), ktoré ovplyvňujú kvalitu vzťahovej väzby.

Vzťahová väzba, ochranné a rizikové faktory

O tom, či a aký 'kauzálny' vplyv má daný typ vzťahovej väzby na potomstvo sa zatiaľ v odborných kruhoch stále diskutuje, i výsledky transgeneračných výskumov majú svoje limity. Ide o mimoriadne komplexné otázky, ktoré súvisia o. i. aj s vývinovými procesmi a longitudinálnymi štúdiami preukázanou diskontinuitou, t.j. existenciou dramatických zmien v adaptácii pri porovnaní detského veku a neskorších vývinových období (Kobak et al, 2006).

Popri citlivosti opatrovateľa, ktorá významne prispieva k budovaniu bezpečnej vzťahovej väzby (Hašto, 2010; Kulísek, 2000), určujú vývin dieťaťa rôzne interakčné faktory:

synchronicita, reciprocita, rytmickosť a jemné vyladenie afektovej výmeny v interakcii matky a dieťaťa a tiež somatické a sociálne faktory (Esser et.al., 1995; Laucht et.al., 1998, in Brisch, 2011a). Podľa výskumu (Grossmann et.al., 2008) môžu isté životné udalosti ako je rozvod, zmena bydliska, choroba alebo smrť jedného z rodičov vzťahovú väzbu zmeniť, teda väzba v prvom roku klasifikovaná ako bezpečná sa ich vplyvom transformuje na neistú. Preto sa takéto životné udalosti považujú za rizikové pre vzťahovú väzbu.

Pri výskume protektívnych faktorov sa tiež pozorovalo, že prítomnosť a citová dostupnosť aspoň jednej vzťahovej osoby je významným ochranným faktorom pred dekompenzáciou pri rizikovej záťaži a rozvinutím symptómov, aj napriek robustnej záťaži dieťa zostáva relatívne psychicky zdravé (Werner in Brisch, 2006a). Výskum ochranných a rizikových faktoroch vzťahovej väzby vo svete smeruje k primárnej a sekundárnu prevencii porúch, ako uvádzame nižšie.

Vzťahová väzba a zahraničné preventívne programy

Program primárnej prevencie '**SAFE®**' – 'Sichere Ausbildung für Eltern' /Bezpečný výcvik pre rodičov (Brisch, 2011b) podporuje vývin bezpečnej vzťahovej väzby medzi rodičmi a dieťaťom, má brániť vývinu porúch vzťahovej väzby a zabrániť transgeneračnému prenosu traumatických skúseností. Jeho autorom je docent z Detskej univerzitnej nemocnice Dr. Von Haunera pri LMU v Mníchove. Je určený pre rodičov, ktorí čakajú svoje prvé dieťa; rodičov predčasne narodených detí; adoptívnych rodičov a rodičov vystavených viacnásobnému stresu (napr. rodičov detí s postihnutím); pre matky vo výkone trestu; pre tehotné ženy s rizikom depresie post partum; pre rodičov s duševnou poruchou, s látkovými či nelátkovými závislosťami; rodičov detí IVF. Program prebieha na báze skupinových stretnutí a tvoria ho 4 mody (Brisch, 2011b). Modul I je zameraný na prenatálne obdobie a obdobie po pôrode - keď sa rodičia učia stabilizácii a uvoľneniu, aby vedeli lepšie zachádzať so stresujúcimi situáciami v priebehu tehotenstva a po pôrode. Modul II sa sústreďuje na prenatálny tréning citlivosti v rozlíšení rozličných signálov dieťaťa s využitím videozáznamu a individuálne aj hodnotenia vlastnej interakcie z videozáznamu. Modul III sa realizuje na báze „horúcej linky" a individuálneho poradenstva, umožňuje zavolať vedúcemu skupiny SAFE® a priamo získať radu a podporu (napr. problém ako uspať rezistentného novorodenca). Modul IV ponúka rodičom individuálne poradenstvo alebo terapiu zamerané na traumu. Hlavným cieľom programu je čo najviac podporiť a stimulovať rodičov tak, aby sa medzi nimi a ich deťmi

budovala bezpečná vzťahová väzba; využíva údaje prenatálne aj postnatálne, u všetkých rodičov diagnostikuje aj vzťahovú väzbu, ako aj úrovne stresových hormónov, a rovnako aj u detí. Autor uvažuje o prenose myšlienok programu SAFE® do prostredia školy, keďže jeho koncepcia má uplatnenie v rôznych odboroch (Brisch, 2011b).

Programu '**B.A.S.E.®' –** 'Baby-Beobachtung im Kindergarten und in der Schule gegen Aggression und Angst zur Förderung von Sensitivität und Empathie' je príkladom sekundárnej prevencie v prípadoch agresívnych a úzkostných porúch správania u 3-6-ročných detí. Realizuje sa priamo v prostredí materskej školy s cieľom zvýšiť citlivosť a empatiu vo vzájomných vzťahoch s dieťaťom. Vychádza z pozorovaní detí s nedostatočne rozvinutou empatiou, ktoré reagujú v konfliktoch s rovesníkmi agresívne a vyznačujú sa neistou vzťahovou väzbou (Parens et.al., 1995 in Brisch, 2011a) a amerického prístupu Henriho Parensa (Parens & Kramer, 1993 in Brisch, 2011a). Účinnosť programu súvisí so zvýšením empatie a sociálnej kognície detí, minimalizáciou hostility a anxiety v interakcii. Jeho súčasťou je aj pravidelné pozorovanie interakcie matky a dojčaťa v priebehu jedného roku. 20- až 30-minútové pozorovanie prebieha v škôlke a deti sú poučené, čo si majú všímať: uvažovať o motivácii konania matky aj dieťaťa v rovine emocionálnej; vcítiť sa do situácie matky alebo dieťaťa; odpovedať na otázky, ako by sa oni sami cítili v takejto situácii. Pilotný výskum účinnosti programu potvrdil zmeny v experimentálnej skupine detí, ktoré absolvovali program, a navyše podľa hodnotenia učiteliek MŠ viedol aj k zníženiu agresivity a opozičného správania a zvýšeniu citlivosti v interpersonálnych vzťahoch detí (Brisch, 2011a).

Uviedli sme dva príklady programov zameraných na primárnu a sekundárnu prevenciu problémov v súvislosti s nežiaducimi formami vzťahových väzieb. Sme presvedčení, že dokonca i druhý typ programu je použiteľný aj pre prípady zlepšenia dyadických vzťahov v rodinách s postihnutým dieťaťom, samozrejme, podľa okolností s výraznejšou alebo menej výraznou modifikáciou.

Záver

Ako ukázali prezentované práce zahraničných autorov, prevláda nedostatok výskumov a intervencií zameraných na budovanie zdravej vzťahovej väzby v rodinách s deťmi s postihnutím (porovnaj tiež Lane, 2012). Pritom bezpečná vzťahová väzba u detí

s postihnutím významne zlepšuje ich socializáciu a psychickú integráciu, zvyšuje sebadôveru a vedie k primeranej samostatnosti v živote. Intervencie nie sú potrebné len na zlepšenie vzťahovej väzby u detí s postihnutím ale aj u adolescentov a mladých dospelých s postihnutím, u ktorých sa často prejavujú neisté vzťahové väzby, nedostatky v uplatnení autonómie v osobnom i spoločenskom živote. Podľa niektorých výskumov (Grossmann et.al., 2008) práve adolescenti s postihnutím uvádzali za významný zdroj spokojnosti so životom schopnosť dokázať sa sám o seba postarať a osamostatniť sa. Ako sme už spomenuli v úvode príspevku, v slovenských podmienkach výskum a praktické aplikácie teórie vzťahovej väzby u detí a mladistvých s postihnutím absentujú. Máme nádej, že aj tento stručný prehľad prispeje v tomto smere k pozitívnej zmene.

Literatúra:

AINSWORTH, M. D. 1991. Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In *Attachment Across the Life Cycle* (eds C. Murray Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris). London: Routledge, 1991, pp. 33 – 51, p. 320, ISBN 978-0-415-05651-9.

AINSWORTH, M. D., BLEHAR M., WATERS, E., WALL, S. 1978. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1978, p. 416, ISBN 0-89859-461-8.

BOWLBY, J. 1982 [1969]. *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. (2nd ed.). New York: Basic Books, 1982, p. 425, ISBN 0-465-00543-8.

BOWLBY, J. 1988. *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Tavistock professional book. London: Routledge, 1988, p. 224, ISBN 978-0465075973.

BOWLBY, J. 2010. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál, 2010. 360 s. ISBN 978-80-7367-670-4.

BRETHERTON, I. & MUNHOLLAND, K. 2008. Internal working models in attachment relationships: a construct revisited. In: *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (2nd Ed.)*. (eds J. Cassidy & P. Shaver), New York: Guilford Press, 2008, pp. 102 – 130, p. 1020, ISBN 978-59385-874-2.

BRISCH, K., H. 2011a. *Poruchy vztahové vazby. Od teorie k terapii*. Praha: Portál, 2011. 312 s. ISBN 978-80-7367-870-8.

BRISCH, K., H. 2011b. *Bezpečná vzťahová väzba. Atachment v tehotenstve a prvých rokoch života*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2011. 150 s. ISBN 978-80-88952-67-1.

CLEMENTS, M., BARNETT, D. 2002. Parenting and attachment among toddlers with congenital anomalies. In: *Infant Mental Health Journal*, Vol. 23**,** 2002, s. 625–642.

CROWELL, J. A., FRALEY, R. CH, SHAVER, P. R. 2008. Measurement of Individual Differences in Adolescent and Adult Attachment. In: *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (2nd Ed.)*. (eds J. Cassidy & P. Shaver), New York: Guilford Press, 2008, p. 599 – 634, p. 1020, ISBN 978-59385-874-2.

FEDOR-FREYBERG, P. G. 2008. Psychosomatické charakteristiky prenatálneho a perinatálneho obdobia ako prostredia dieťaťa. [(Psychosomatic Characteristics of Prenatal and Perinatal Period as the Environment of Infant.) (In Slovak.)] Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety.

FOX, N. A., HANE, A. A. 2008. Studying the Biology of Human Attachment. In Cassidy J, Shaver P. (eds.) *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications. (2nd Ed.)*, New York: Guilford Press, 2008, pp. 811–29, p. 1020, ISBN 978-59385-874-2.

GILLATH, O., SHAVER, P.R., BAEK, J.M., CHUN, D.S., 2008. Genetic correlates of adult

GLASOVÁ, M. 1995. Vybrané kapitoly z vývinovej psychológie. In: Vybrané kapitoly zo psychológie (pre učiteľov etickej výchovy) (eds. J. Štefanovič, Páleník, ...), Bratislava: Metodické centrum v Bratislave, 1995, 148 strán, S. 85 – 147, ISBN 80-85185-95-4.

GLASOVÁ, M. 2006. Aktuálne otázky výchovy v perspektíve niektorých nových poznatkov o človeku. In: Evanjelizácia rodičov a žiakov katolíckych škôl. Zborník zo sympózia, KBS KK: Badín 2006, s. 15 – 34, 143 strán.

attachment style. *Personality and Social Psychology Bulletin* **34** (10): 1396–405.

GROSSMANN, K. E., GROSMANN, K., KINDLER, H., & ZIMMERMANN, P. (2008). A wider view of attachment and exploration: The influence of mothers and fathers on the

development of psychological security from infancy to young adulthood . In *J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), Handbook of attachment theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford.

HAŠTO, J. 2005. *Vzťahová väzba - Ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005. 300 s. ISBN 80-88952-28-X.

HOLMES, J. 2005. Preface. In Bowlby, J. (2005). *Secure Base. Clinical Application of Attachment Theory*. Re-issue by Routledge Classics, London and New York: Routledge, p. 192, ISBN 0-415-35527-8.

HOWE, D. 2006a. Disabled children, parent–child interaction and attachment In: *Child and Family Social Work* ,Vol.11, 2006, s. 95–106.

HOWE, D. 2006b. Disabled children, maltreatment and attachment.In: *British Journal of Social Work,* Vol. 36(5), 2006, s. 743-760.

HRUBÝ, R.; HAŠTO, J.; MINARIK, P. 2011. Attachment in integrative neuroscientific perspective. In: *Neuroendocrinology Letters,* Volume 32, Number 2, 2011, s. 111-120.

HUEBNER, R.,A., THOMAS, K.,R. 1995. The relationship between attachment, psychopathology, and childhood disability. In: *Rehabilitation Psychology,* Vol. 40 (2), 1995, s. 111-124.

HUGHES, D.,A., BAYLIN, J., SIEGEL, D. J. 2012. *Brain-Based Parenting. The neuroscience of caregiving for healthy attachment*. NewYork: W.W.Norton & Company, 2012, p 252, ISBN 978-0-393-70728-1.

KOBAK, R., CASSIDY, J., LYONS-RUTH, K. 2006. Attachment and Psychopathology: Developmental Patways. in *Developmental Psychopathology. Volume One: Theory and Method. 2nd edition*. Ed. By Dante Cicchetti and Donald J. Cohen. John Wyllie & Sons, Inc., Hoboken: New Jersey, 2006, p. 1084, pp. 333-369, ISBN 0-471-23736-1.

KULÍSEK, P.2000. Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment). In: *Československá psychologie*. , Ročník 44, č.5, 2000, s.404-423.

LANE, V. 2012. *Examining attachment in persons with a disability and their transition to independent living*. Saint Mary's College of California. *ProQuest Dissertations and Theses,* , 74. Retrieved from http://search.proquest.com/docview/1030148869?accountid=17229; http://sfx.cvtisr.sk/sfxlcl3?url_ver=Z39.882004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+theses&sid=ProQ:&atitle=&title=Examining+attachment+in+persons+with+a+disability+and+their+transition+to+independent+living&issn=&date=2012-01-01&volume=&issue=&spage=&au=Lane%2C+Victoria&isbn=9781267463210&jtitle=&btitle=. (1030148869).

MA, K. (2006). Attachment theory in adult psychiatry. Part 1: Conceptualizations, measurement and clinical research findings. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12, 6, 440-9.

MAIN, M., SOLOMON, J. 1986. Discovery of an insecure disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior. In Brazelton T, Youngman M. *Affective Development in Infancy*. Norwood, NJ: Ablex, 1986, p. 168, ISBN 978-0893913458.

MEINS, E. 1999. Sensitivity, security and internal working models: bridging the transmission gap.In: *Attachment and Human Development*, Vol. 1**,** 1999, s. 325–342.

MERCER. J. 2006. *Understanding Attachment: Parenting, child care, and emotional development*. Westport, CT: Praeger Publishers, 2006, p. 208, ISBN 0-275-98217-3.

SCHWARTZ, J. 1999. *Cassandra's Daughter: A History of Psychoanalysis*. Viking: Allen Lane, 1999, p. 225, ISBN 0-670-88623-8.

VAUGHN, B.E., BOST, K.K. 2008. Attachment and temperament: redundant, independent, or interacting influences on interpersonal adaptation and personality development? In: *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (2nd Ed.)*. (eds J. Cassidy & P. Shaver), New York: Guilford Press, 2008, pp. 198-225, p. 1020, ISBN 978-59385-874-2.

VAŠEK, Š. 2003. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapientia, 2003. 210 s. ISBN 80-968797-0-7.

Mgr. Lucia Felcanová

interná doktorandka

Doc. PhDr. Mária Glasová, PhD.

vysokoškolská pedagogička

Katedra psychológie a patopsychológie UK PdF, Račianska 59, 813 34 Bratislava

E-mail: felcanovalucia@gmail.com

E-mail: glasova@fedu.uniba.sk

Bazálna stimulácia ako možnosť zachovať život a zaistiť vývin u detí s ťažkým viacnásobným postihnutím

Lucia Marcinová

ABSTRAKT

Príspevok je zameraný na priblíženie konceptu bazálnej stimulácie. Ponúka prehľad základných prvkov a techník, s možnosťou ich využitia.

Kľúčové slová: *bazálna stimulácia, komunikácia, vnímanie, pohyb a iniciálny dotyk.*

ABSTRACT

The article studies the closer concept of basal stimulation. It discusses the basic elements and techniques with its best practice.

Key words: *basal stimulation, communication, perception, motion and initiation of touch.*

Bazálna stimulácia ® je vedecký, pedagogicko-ošetrovateľský koncept, podporujúci vnímanie, komunikáciu a pohybové schopnosti človeka. Ošetrovateľská starostlivosť a pedagogická podpora sú tak štrukturované, aby boli podporované zachované schopnosti človeka či už pohybové alebo komunikačné (Friedlová, 2004). Pôvod konceptu je z oblasti špeciálnej pedagogiky, ktorý vypracoval Prof. Dr. Fröhlich. Do ošetrovateľskej starostlivosti integrovala koncept zdravotná sestra Prof. Christel Bienstein. Obidvaja spoločne vypracovali vzdelávacie curicullum pre certifikovaných lektorov, aby zabezpečovali školenie pracovníkov pomáhajúcich profesií. Certifikovaní lektori sú združení v Medzinárodnej asociácii bazálnej stimulácie. S konceptom bazálnej stimulácie sa v Českej republike pracuje od roku 2003. Od roku 2004, je koncept zahrnutý vo Vyhláške Ministerstva zdravotníctva ČR o stanovení náplne všeobecnej sestry, v Zbierke zákona č.424/2004. Všetky vzdelávacie aktivity sú pod záštitou INSTITUTU BAZÁLNÍ STIMULACE® vo Frýdku-Místku v ČR od roku 2005. V súčasnosti teoretické vedomosti aj praktické skúsenosti s konceptom bazálnej stimulácie možno získať len v odborných seminároch, pod vedením registrovaných lektorov bazálnej stimulácie (Friedlová, 2008).

Hlavnou myšlienkou konceptu bazálnej stimulácie je ako hovorí Friedlová, potreba holisticky vnímať človeka, pričom podporuje komunikáciu, vnímanie a pohyb. Vychádza z biografickej anamnézy klienta, ale zároveň integruje do starostlivosti aj najbližšie osoby. Cieľom je podpora vlastnej identity, umožnenie orientácie na vlastnom tele a podpora komunikácie cez komunikačné kanály. Konkrétne ciele bazálnej stimulácie, ktorých je 10, rešpektujú potreby človeka tak, ako to uvádza Maslow vo svojej hierarchii ľudských potrieb. Tieto ciele boli v praxi denne overované od roku 2002:

1. Zachovať život a zaistiť vývin
2. Umožniť pocítiť vlastný život
3. Poskytnúť pocit istoty a dôvery
4. Rozvíjať vlastný rytmus
5. Umožniť poznať okolitý svet
6. Pomôcť nadviazať vzťah
7. Umožniť zažiť zmysel a význam vecí či konaných činností
8. Pomôcť usporiadať život
9. Poskytnúť autonómiu a zodpovednosť za svoj život
10. Objavovať svet a vyvíjať sa (Friedlová, 2004).

Základné prvky konceptu bazálnej stimulácie

Medzi základné prvky konceptu patria pohyb, komunikácia a vnímanie, ktoré sa navzájom ovplyvňujú. Bazálna stimulácia ich podporuje tým, že rešpektuje rôzne vývinové stupne schopnosti vnímania, v ktorých sa človek práve nachádza. Cielená a štruktúrovaná stimulácia zmyslových orgánov a hybnosti klienta, prostredníctvom techník bazálnej stimulácie, umožňuje vznik nových nervových spojení v mozgu. Koncept bazálnej stimulácie podporuje: stimuláciu vnímania vlastného tela, rozvoj vlastnej identity, umožnenie vnímania okolitého sveta, umožnenie nadviazania komunikácie so svojím okolím, zvládnutie orientácie v priestore a čase, pohybové schopnosti, zlepšenie funkcií organizmu.

Ďalším významným prvkom konceptu bazálnej stimulácie je dotyk. Práve nečakané a necielené dotyky, vyvolávajú u ľudí so zmenami v oblasti vnímania nepríjemné pocity neistoty a strachu. Prostredníctvom **iniciálneho dotyku** sa poskytuje informácia klientovi o začiatku a ukončení činnosti s jeho telom. Dotyk však musí byť zreteľný, primeraného tlaku

a na rovnakom mieste na tele. Môže sa zvoliť rameno, lakeť alebo ruka. Dotyky pri technikách bazálnej stimulácie, poskytujú významné informácie klientovi o sebe samom i okolitom svete. A predstavujú tiež spôsob medziľudskej komunikácie. Ruky terapeuta sú komunikačným médiom.

Uplatnenie konceptu bazálnej stimulácie

Koncept bazálnej stimulácie je využiteľný ako u detí tak aj u dospelých ľudí s ťažkými zmenami v oblasti zmyslového vnímania, hybnosti a komunikácie. Taktiež u ľudí v kóme z rôznych príčin. Aj u ľudí dlhodobo pripútaných na lôžko, ale aj dezorientovaných. Môže sa uplatniť aj v starostlivosti o ľudí po náhlych cievnych mozgových príhodách, či o starých ľudí a zomierajúcich.

Základné techniky konceptu bazálnej stimulácie

Medzi základné techniky konceptu bazálnej stimulácie patria somatická stimulácia, vestibulárna stimulácia a vibračná stimulácia. Somatická stimulácia umožňuje sprostredkovať klientovi vnemy zo svojho tela a stimulovať vnímanie telesnej schémy a následne okolitého sveta. Ľudia po úrazoch mozgu, deti s detskou mozgovou obrnou, ľudia po náhlych cievnych mozgových príhodách, ale tiež dlhodobo imobilní pacienti, mávajú zmeny v oblasti vnímania telesnej schémy. Práve koncept bazálnej stimulácie podporuje vnímanie telesnej schémy, somatické vnímanie a vnímanie hraníc tela. To je predpokladom k uvedomeniu si okolitého sveta a schopnosti s ním komunikovať. Konkrétne techniky **1.somatickej stimulácie: Kontaktné dýchanie** je technika, pri ktorej má terapeut položené ruky na hrudníku dieťaťa a sprevádza ho pri nádychu i výdychu.

Masáž stimulujúca dýchanie môže byť prevádzaná v polohe v sede, na boku alebo na bruchu. Je prevádzaná v rytme dýchania a vedie k ustáleniu rytmu dýchania na rovnakej frekvencii dieťaťa a terapeuta a tým vzniká medzi nimi komunikačný proces.

Upokojujúca somatická stimulácia, je to vedenie pohybov v smere rastu ochlpenia, pričom tieto pohyby podávajú presnú informáciu o telesnej forme a pôsobia upokojujúco.

Povzbudzujúca somatická stimulácia, je to vedenie pohybov proti rastu ochlpenia, pričom tieto pohyby sú veľmi intenzívne vnímané.

Polohovanie- mikropolohovanie, poloha hniezdo a poloha múmia.

2.Vestibulárna stimulácia umožňuje poskytovať stimuly rovnovážnemu ústrojenstvu, ktorý tak získava podnety na spracovanie, pre lepšiu orientáciu a vnímanie pohybu. Vestibulárne vnímanie umožňuje zaznamenávať lineárne, rotačné a statické pohyby hlavy a informuje nás o polohe a pohybu tela v priestore. K technikám vestibulárnej stimulácie patria :

Otáčavé pohyby hlavy, hlavne u ležiacich detí, keď mierne otáčame hlavou dieťaťa do strán.

Pohyby klasu v poli, keď terapeut kľačí za dieťaťom, pevne fixuje jeho telo na svojom tele a prevádza pohyb v tvare ležiacej osmičky.

3. Vibračná stimulácia, umožňuje stimulovať kožné receptory pre vnímanie vibrácií a receptory hlbokej citlivosti, čiže proprioreceptory vo svaloch, šľachách a väzivách kostí a kĺbov. Možno použiť ruky ale aj technické predmety ako vibrátory, ktoré prikladáme do okolia kĺbov na horných a dolných končatinách, či vkladáme do dlaní alebo na podložku vedľa dieťaťa. Taktiež možno použiť hudobné nástroje, ktoré vydávajú vibrácie alebo hlas (Friedlová, 2008).

Bazálna stimulácia sa v liečebnej pedagogike zaraďuje k liečebnopedagogickým programom. Horňáková (2007) uvádza, že program bazálnej stimulácie sa uplatňuje najčastejšie v útlom veku u detí s ťažkými poruchami vývinu, pri poškodení CNS, viacnásobnom postihnutí či pri ťažkých poruchách motoriky. Taktiež u klientov v každom veku, ak u nich došlo k ťažkým poškodeniam s následným hlbokým narušením funkcií. Cieľom programu je vytvoriť predpoklady pre komunikáciu, spoluprácu a ďalšiu starostlivosť.

Pri výchovnom a terapeutickom pôsobení a snažení u detí s viacnásobným postihnutím, prvým krokom musí byť nadviazanie a vytvorenie vzťahu. To značí znížiť sa k dieťaťu, prijať jeho prejavy, pochopiť jeho spôsob komunikácie, byť trpezlivý a veriť v zmenu. Vytváranie a budovanie vzťahu je založené na postupnom „otváraní“ sa dieťaťa, pochopení jeho minulosti, postupnom nadobúdaní dôvery, pocitu istoty a bezpečia (Marcinová, 2011).

Uplatnenie bazálnej stimulácie v Detskom domove

Nakoľko inštitúcie Detských domovov prechádzajú legislatívnymi zmenami, na základe týchto zmien sa mení aj zloženie, vekové zastúpenie a zoskupenie detí nielen „intaktných“ ale

detí s rôznymi druhmi postihnutí. Preto aj liečebný pedagóg musí flexibilne reagovať na novú situáciu. Bazálnu stimuláciu možno preto uplatňovať v každodennej ošetrovateľskej a liečebnopedagogickej intervencii u detí s ťažkým viacnásobným postihnutím, umiestnené v inštitúcii. Aj keď ošetrovateľská starostlivosť, poskytovaná týmto deťom je nevyhnutná, potrebná a primárna, aj techniky BS majú svoj význam. Nie sú len „doplnkom", predstavujú skvalitnenie ich života pre ďalší vývin, prinášajú im pravidelne sa opakujúce príjemné pocity, dotyky a stimuly a sú „mostmi" pri vzájomnej komunikácii. Dôležité je preto poznať znaky príjemných a nepríjemných pocitov u detí pripútaných na lôžko, ktoré sa takto neverbálne prejavujú. Tiež pristupovať k dieťaťu s úctou, empatiou a pochopením, v snahe pomôcť mu, zblížiť sa a komunikovať cez dotyky. Uplatňovanie konceptu bazálnej stimulácie je včlenené do denného režimu dňa detí v zariadení Detského domova. V zariadení sa preto pracuje prostredníctvom konceptu bazálnej stimulácie, nakoľko zdravotný aj odborný personál má absolvované Základné aj Nadstavbové kurzy bazálnej stimulácie. Dáva tak ošetrovateľstvu celkom iný rozmer. Zariadenie Detského domova v Prešove, v roku 2011, získalo preto certifikát pracoviska Bazálnej stimulácie.

Literatúra:

FRIEDLOVÁ, K. 2004. *Co je Bazální stimulace®*. [online].2004, [cit.2012.10.08.] Dostupné na internete:http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni stimulace.php.

FRIEDLOVÁ, K. 2008. *Bazální stimulace® v ošetřovatelské péči*. Frýdek-Místek:IBS, 2008. Skriptum pre certifikovaný základní kurz Bazální stimulace® .

HORŇÁKOVÁ, M. 2007. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2007. ISBN 978-80-89185-28-3.

MARCINOVÁ, L. 2011. *Uplatnenie liečebnovýchovných prístupov u detí s viacnásobným postihnutím*. Bratislava: 2012, Rigorózna práca.

PaedDr. Lucia Marcinová
liečebná pedagogička
Detský domov Prešov
E.mail: *luckamarcinova@gmail.com*

Dôležitosť vzťahu pri uplatňovaní terapeutických konceptov u ľudí s viacnásobným postihnutím

Zuzana Lucká

ABSTRAKT:

Príspevok sa zaoberá dôležitosťou vytvárania vzťahu terapeut – klient s viacnásobným postihnutím pri uplatňovaní terapeutických konceptov, ako nedeliteľnou súčasťou terapeutického procesu. Predstavuje v súčasnosti vo výraznej miere uplatňované terapeutické koncepty – Snoezelen terapia a Bazálna stimulácia – a ich možnosti a limity. Zároveň poukazuje na súčasný stav využívania týchto terapeutických konceptov v podmienkach Slovenskej republiky.

Kľúčové slová: *človek s viacnásobným postihnutím, vzťah, terapeutické koncepty.*

Key words*: human with multiple disability, fiduciary relation, therapeutical concepts*

Úvod

Ľudský vzťah je akousi základnou „stavebnou jednotkou“. Bez vzťahu terapeuta a klienta intervencia nemôže existovať. Kopřiva (1997, s. 13) tvrdí, že *„v pomáhajúcich povolaniach má kvalita ľudského vzťahu pracovníka voči klientovi prvoradý význam“*. Vzťah je potrebné budovať neustále počas trvania intervencie, a tak, ako je potrebný napríklad v koncepte bazálnej stimulácie, je potrebný i v iných terapeutických konceptoch.

Človek s viacnásobným postihnutím

Človek s viacnásobným postihnutím je človekom s množstvom obmedzení, vyplývajúcich z mnohých diagnóz, ale tiež človekom s mnohými možnosťami. Problematika viacnásobného postihnutia bola v zahraničí spracovávaná viacerými autormi (Ysseldyke, Algozine, Kirk, Gallagher, Hardman, Drew, Egan, Fröhlich; v Českej republike sa ňou zaoberajú napríklad Ludíková, Vítková, Bartoňová, Jankovský, atď.). Z hľadiska špeciálnej pedagogiky v podmienkach Slovenskej republiky, konkrétne pedagogiky viacnásobne postihnutých (Vančová, 2000; Vašek 2003, a i.) je *„**viacnásobné postihnutie** ponímané ako operacionálne*

multisymptomatologicky, multifaktoriálne, multikauzálne podmienený fenomén, ktorý je dôsledkom súčinnosti participujúcich postihnutí či narušení" (Vašek, 1999, s.10).

Podľa Vančovej (2010, s. 32-33) je možné vyčleniť dve základné kategórie viacnásobne postihnutých:

1. Viacnásobné postihnutia (tzv. ľahké viacnásobné postihnutia) u nositeľov u ktorých v procese výchovnej rehabilitácie dominuje edukácia alebo špeciálna edukácia, zameraná na získanie kvalifikácie na výkon pracovných činností v rámci riadneho zamestnania.

2. Viacnásobné postihnutia (tzv. ťažké viacnásobné postihnutia), u nositeľov ktorých sú v procese výchovnej rehabilitácie zastúpené špeciálna edukácia, stimulácia, reedukácia, korekčné a kompenzačné aktivity. Špeciálnu edukáciu je často nutné obmedziť len na elementum."

Po stručnom vymedzení základného terminologického aparátu týkajúceho sa viacnásobného postihnutia, sa ďalej zaoberáme nie samotným postihnutím, ale človekom s postihnutím ako takým. V prístupe k človeku s postihnutím prihliadame okrem skutočného, objektívneho rozsahu a stupňa postihnutia, na subjektívne hodnotenie sociálneho významu postihnutia, a rovnako k akceptácii postihnutia zo strany postihnutého i spoločnosti. Potreba individuálneho prístupu je vysoká, nakoľko každá kombinácia obmedzení ale tiež možností vychádzajúcich z jednotlivých postihnutí je jedinečná a zvláštna.

Terapeutické intervencie

Na základe informácií zverejnených na internetových stránkach zariadení, poskytujúcich služby klientom s viacnásobným postihnutím v rámci Slovenskej republiky (napr. www.dsssibirka.sk, www.dssintegra.sk, a i.) medzi aktuálne využívané terapeutické intervencie môžeme zaradiť dramatoterapiu, prvky biblioterapie, muzikoterapiu, arteterapiu, psychomotorickú terapiu, ale tiež Bazálnu stimuláciu a Snoezelen terapiu. V každom z terapeutických konceptov je možnosť terapeutickými technikami stimulovať aktivitu jednotlivca v individuálnom a skupinovom prejave a hľadať nové možnosti vo vyjadrení sa, napriek znevýhodneniu. Stávajú sa súčasťou bežného denného života a ich prostredníctvom zároveň vzniká priestor pre rozvoj zručností, resp. kompetencií človeka s viacnásobným postihnutím.

Müller (2007) považuje expresiu (pohyb, kresba a pod.) obsiahnutú v každej z terapeutických techník za nevyhnutnú súčasť intervencie ako takej.

Z vlastnej praxe autorky tohto príspevku na pozícii pedagóg - terapeut v domove sociálnych služieb pre deti a dospelých s viacnásobným postihnutím (2007-2012), uvádzame niektoré návrhy využitia vyššie spomenutých terapeutických konceptov u ľudí s viacnásobným postihnutím. V psychomotorickej terapii sú využiteľné napr. rituálne hry na telo, spojené s riekankou či pesničkou, hladenie a masáže podporujúce somatické vnímanie (význam najmä pre vytváranie vzťahovej väzby), vymedzenie vlastného „autonómneho telesného ja", hraníc tela, rozvoj priestorovej orientácie, či podpora kognitívnych funkcií formou pohybovej hry. V arteterapii je využiteľné vylievanie farby, rozmazávanie farieb (dotykový vnem), maľba prstovými farbami – môže mať tiež motivačný charakter (napr. používať prsty, ktoré inak nezapája), a i. V muzikoterapii sú to hudobno – pohybové hry v kolektíve (druh pohybu určený textom piesne – napr. pieseň zajačik zadupkaj), hra na hudobných nástrojoch, sprevádzanie reprodukovanej hudby, tvorba vlastného hudobného motívu. V dramatoterapii sú využiteľné hry s bábkou (individuálnou aj skupinovou formou), tvorba spoločnej rozprávky, príbehu, a jej následné prehrávanie.

Bazálna stimulácia

V súčasnosti sme v mnohých zariadeniach poskytujúcich služby ľuďom s viacnásobným postihnutím zaznamenali nárast využívania terapeutických konceptov Bazálnej stimulácie a Snoezelen terapie. Bazálna stimulácia (autorom konceptu je Andreas Fröhlich) sa označuje za vhodnú metódu pre túto skupinu populácie najmä vzhľadom na to, že podporuje ľudské vnímanie na základnej, ľahšie uchopiteľnej úrovni. Podľa Horňákovej (2003) pohyb, vnímanie a komunikácia sa vzájomne ovplyvňujú, na základe čoho sa dejú všetky aktivity človeka. Friedlová (2011) tvrdí, že koncept bazálnej stimulácie vychádza z predpokladu - niektorí jednotlivci môžu komunikovať len prostredníctvom gest, ktoré nazývame symbolmi:

a) žmurkanie očami,

b) hlboký dych, vzdychanie, stonanie,

c) otváranie očí a úst,

d) pousmiatie, úsmev,

e) uvoľnenie svalového tonusu, mimiky, pohybov,

f) pokojné pohľady do okolia a na poskytované stimulačné elementy,

g) zatváranie očí a úst, blednutie,

h) nepokojné, nepravidelné dýchanie,

i) plač, krik, stonanie,

j) zvýšenie svalového tonusu, kŕčovité držanie tela, kŕčovitá mimika a pohyby,

k) reakcie signalizujúce obranu, odvrátenie sa a gestá proti osobám, predmetom,

l) všeobecný motorický nepokoj a stereotypné správanie,

m) manipulácia na vlastnom tele a sebapoškodzovanie,

n) a ďalšie.

Friedlová (2007) delí techniky využívané v bazálnej stimulácii na:

a) základné techniky – somatickú, vestibulárnu a vibračnú stimuláciu,

b) nadstavbové techniky - auditívnu, oltofaktorickú, optickú, orálnu, a taktilno – haptickú.

U niektorých ľudí s viacnásobným postihnutím nie je možné využívať tradičné formy komunikácie, preto je bazálna stimulácia vhodnou vstupnou metódou nadviazania kontaktu a vzťahu.

Snoezelen terapia

Posledným zo spomenutých konceptov je Snoezelen terapia. Ponechalová (2009) uvádza, že názov Snoezelen je spojením dvoch holandských slov „snuffelen“ (čuchať) a „doezelen“ (odpočívať). Práve to vystihuje niektoré z princípov tejto terapie. Do cieľovej skupiny patria ľudia s mentálnym postihnutím, s viacnásobným postihnutím, s poruchou autistického spektra, geriatrickí pacienti, ale je vhodná aj pre mnohých iných ľudí, na základe individuálnych potrieb, schopností a možností (Ponechalová, Lištiaková, 2010). Účasť na terapii musí byť konzultovaná s lekárom - odborníkom, vzhľadom na to, že v nej ide aj

o svetelné efekty, ktoré môžu byť hlavným spúšťačom záchvatového stavu. V tomto prípade sa dá Snoezelen miestnosť využiť len ako prostredie, bez použitia výrazných efektov, človek s postihnutím v nej môže napríklad relaxovať. V príjemnom prostredí sa ľahšie odbúravajú bariéry a vzniká priestor na budovanie vzťahu. Je tiež vhodným priestorom pre využívanie techník bazálnej stimulácie (Friedlová, 2011).

Druhy miestností uvádza Fowler (2006):

1. Biela – určená prevažne na relaxáciu

2. Tmavomodrá – vhodná najmä pre ľudí so zrakovým postihnutím

3. Farebná / hravá – podnecuje fantáziu a vyzýva k pohybu

Snoezelen terapia sa čoraz aktívnejšie využíva aj v podmienkach Slovenskej republiky. Na internetovej stránke (www.snoezelen.sk) vznikol register zariadení, ktoré využívajú tento koncept, a ich prezentácia je takto voľne dostupná aj verejnosti.

Na záver

Pre človeka s viacnásobným postihnutím je poskytovanie intervencie formou spomenutých terapeutických konceptov, pri zohľadnení jeho aktuálneho stavu, osobných záujmov, a vlastnej biografie vhodnou formou. Samotná intervencia sa však nezaobíde bez vzťahu terapeut – klient. Pri využívaní každého z konceptov je potrebná snaha k vytvoreniu a udržaniu vzťahu na oboch stranách.

Literatúra:

FOWLER, S. 2006. *Sensory stimulation, sensory-focused activities for people with physical and multiple disabilities*. London: Jesica Kingsley Publishers. 2006.

FRIEDLOVÁ, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči*. Praha: Grada Publishing. 2007.

FRIEDLOVÁ, K. 2011. *Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz bazální stimulace®* .Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, s. r. o. 2011.

HORŇÁKOVÁ, M. 2003. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2003. ISBN 80-968927-6-2.

KOPŘIVA, K. 1997. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. 1997. ISBN 80-7178-429-X.

MÜLLER, O. 2007. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2007. ISBN 80-244-1075-3.

PONECHALOVÁ, D. 2009. *Snoezelen Úvod do tematiky*. Bratislava: 3lobit, o.z. 2009.

VANČOVÁ, A. 2010. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: KKT o.z. a Pedagogická fakulta Univerzity Komenského. 2010. ISBN 978-80-970228-1-5.

VAŠEK, Š., VANČOVÁ, A., HATOS, G. a kol. 1999. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapientia. 1999. ISBN 80-967180-4-5.

Mgr. Zuzana Lucká
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky
Pedagogická fakulta UK
Šoltésovej 4
811 01 Bratislava
E-mail: zuzana.lucka@gmail.com

Pocit-Myšlienka-Hlas

Ivona Malinovská

V súčasnej dobe sa do popredia terapeutických metód na zlepšenie komunikácie, priamo rečovej produkcie dostávajú moderné technické pomôcky. Tieto pomôcky napomáhajú ľuďom vyjadrovať svoje pocity, myšlienky, ktoré by vzhľadom na svoje postihnutie, alebo problémy s rečovými orgánmi nevedeli vyjadriť. Formou reálnych hlasových výstupov, nahrávkou, písanou, či obrázkovou formou.

U klientov v zariadení Domova sociálnych služieb pre deti a dospelých Sibírka sa vyskytuje mentálne postihnutie spolu s fyzickým handicapom. Kombinované poruchy spôsobujú závažne narušenú komunikačnú schopnosť, čo sa týka produkcie reči ale i jej porozumenia. Klienti však radi vydávajú zvuky, používajú hlasový prejav na vyjadrenie emocionálnych potrieb, pocitov, ale minimálne zrozumiteľná rečová produkcia pre okolie, či obmedzená schopnosť orientácie v abstraktných obrázkoch (ktoré sú príznačné pre alternatívnu komunikáciu) nás priviedli na cestu hľadania vhodných, moderných terapeutických pomôcok.

Rozhodli sme sa pre elektronickú formu komunikácie pomocou elektronickej komunikačnej tabuľky, ktorá by umožnila prenos, myšlienky, pocitu – do elektronickej podoby s použitím reálnych fotografií a reálnych hlasových výstupov. Väčšina rečových programov– speech programs, ktoré sú k dispozícií zo zahraničia ako USA, Veká Británia, či Nemecko sú pre našich klientov obmedzené, práve pre ich abstraktné zobrazovacie metódy.

Najvýhodnejšia možnosť sa nám videla komunikačná tabuľka Spring Board Lite z USA, ktorú sme s podporou Nadácie Intenda a Slovak Telecom zakúpili. Jedná sa o elektronickú komunikačnú tabuľku s viacerými výstupmi. Obsahuje software s niekoľkými stovkami kreslených symbolov, ktoré sú rozdelené do kategórii (ovocie, zelenina, jedlo, šport, domáce zvieratá.....). Ďalej obsahuje možnosť nahratia hlasových výstupov, MP3 prehrávač, vytvorenie fotoalbumu a pre nás najvýhodnejšia možnosť vložiť do komunikačnej tabuľky fotografie reálnych predmetov, aktivít klienta, denné situácie v ktorých sa klient vyskytuje. Rozdelili sme ich do kategórií a subkategórií. (napr. kategória: HYGIENA, subkategória: TOALETA, UMÝVADLO, VAŇA...). Pridali sme k tomu hlasový výstup – slová, či slovné spojenia, ktoré využívame pri bežnom styku s klientom, ktoré nahrala kontaktná osoba,

dôležitá pre klienta. Obrazovka komunikačnej tabuľky je dotyková, preto ak klient napr. stlačí fotografiu „počítač“, zvukový výstup povie slovo „počítač“. Je to pre klienta ucelený obraz situácie, ktorú chce prežiť a dáva tým okoliu najavo svoju potrebu.

Ako príklad sme vybrali ukážku z komunikačnej knižky MICHALA.

Základná obrazovka MICHAL

JEDLO	**HYGIENA**	**MOJA IZBA**	**ČINNOSTI**
VOĽNÉ AKTIVITY			

Michal má rozdelené základné okienko na 8 častí s možnosťou ďalšieho doplnenia. Dotyková, základná obrazovka obsahuje dôležité denné akcie, ktorých sa Michal pravidelne zúčastňuje. Nazývame ich kategórie: Jedlo, Hygiena, Moja izba, Činnosti, Voľné aktivity. Stlačením jednotlivých obrázkov sa ozve i hlasový výstup reprezentujúci danú kategóriu a otvorí ju.

Po stlačení kategórie HYGIENA: sa ozve hlasový výstup HYGIENA a roztvorí sa ďalšia podkategória

HYGIENA

ROZDELENIE KATEGÓRIE HYGIENA

				Späť
ZÁCHOD		**VAŇA**	**UMÝVADLO**	

Po otvorení kategórie Hygiena sa nám zjavili 3 podkategórie: Záchod, Vaňa, Umývadlo. Každý obrázok je po jeho stlačení opäť zastúpený hlasovým výstupom. Stlačením šípky Späť sa vrátime na základnú obrazovku s jednotlivými kategóriami.

Michal pracuje s tabuľkou už skoro rok. Za obrovský úspech pokladáme Michalovu schopnosť samostatnej práce s tabuľkou, schopnosť samostatne vyjadriť svoje potreby a pocity, nielen používať naučené odpovede na položené otázky. Postupne zvyšujeme náročnosť a dopĺňame fotografie na základe jeho potrieb.

S tabuľkou začali pracovať aj ďalší klienti zariadenia DSS Sibírka. Každý je však na inej úrovni komunikácie, motoriky atď., takže im je tabuľka individuálne prispôsobená. Veľmi dôležité je stanoviť si hranicu porozumenia reči u jednotlivých klientov a pri terapii začínať drobnými, jednoduchými krokmi, kým si nie sme istý pokrokom, úspechmi až potom prechádzať na zložitejšie veci. Sústrediť sa na dôležité časti dňa, situácie v ktorých sa klient pravidelne vyskytuje, prežíva ich a pozerať sa na ne s jeho uhlu pohľadu. Napr. ako klient sedí počas jedenia pri stole, ako vidí z okna, v akej polohe pracuje na rehabilitácii.... Týmto

spôsobom zaznamenávame jeho pohľad na veci, ktoré sa dejú okolo neho, snímame fotoaparátom pohľad na predmety jeho očami.

Náš pohľad stojaceho človeka je úplne iný ako človeka na vozíku, rešpektujme preto všetky individuálne potreby klienta a vráti sa nám to úspešnou, zrozumiteľnou „rečou“ klienta. Dostali sme možnosť vysloviť (elektronickou formou) nahlas pocity a myšlienky človeka, ktorý ich nevedel vyjadriť. Elektronická tabuľka je však len jednu z možností ako úspešne komunikovať. Hľadajme ďalšie možnosti komunikácie, ušime komunikačné knižky, tabuľky priamo na mieru človeka, ktorý má znevýhodnenie, aby nám mohol vyjadriť myslené a cítené. Pocit-myšlienka-hlas.

Mgr. Ivona Malinovská
logopedička - terapeutka
Domov sociálnych služieb Sibírka
Bratislava
E-mail: sibirska.vychova@gmail.com

Vytváranie vzťahu terapeuta a dieťaťa s autizmom v Snoezelen terapii a v terapii senzorickej integrácie

Ivana Lištiaková

ABSTRAKT

Príspevok poukazuje na multisenzorické prostredie Snoezelen terapie a terapie senzorickej integrácie, ktoré je pre dieťa s autizmom zaujímavé a motivujúce. Povzbudzuje ho v komunikácii a stáva sa tak prostriedkom nadviazania vzťahu terapeuta s klientom s poruchou autistického spektra. Autorka uvádza príklady z kvalitatívneho výskumu.

Kľúčové slová: *dôvera, vzťah, zmenené vnímanie, multisenzorické prostredie*

ABSTRACT

Creating relationship between a therapist and a child with autism in Snoezelen Therapy and Sensory Integration Therapy

The poster shows the multisensory environment of Snoezelen Therapy and Sensory Integration Therapy that is very interesting and motivating for a child with autism. It encourages him/her to communicate and therefore becomes a means of creating a relationship between a therapist and a child with autistic spectrum disorder. The author shows also examples from qualitative research.

Key words: *trust, relationship, changed perception, multisensory environment*

Budovanie vzťahu

Základom každého pozitívneho a pevného vzťahu je dôvera. Tá zvyčajne nevzniká náhle, ale postupne sa buduje z detailov, z malých zážitkov pravdivosti. V každodennom kontakte nám druhý človek dokazuje, že sa na neho môžeme spoľahnúť, že nás berie vážne. Cítime vzájomnú úctu a demonštrujeme ju svojím postojom a konaním. Dôvera sa vytvára v úprimnom rozhovore, vyplýva z rovnováhy v miere otvorenosti jeden voči druhému. Človek nadobúda pocit dôvery, ak cíti, že je akceptovaný ako osobnosť.

Keď človeku dôverujeme, cítime sa bezpečne. Keď sa cítime bezpečne, začíname človeku dôverovať.

Budovanie vzťahu je podporené, keď má dieťa priestor pre vlastný rast a nie je potláčané jeho jedinečné vnímanie reality.

Dieťa sa učí cez interakčné a transakčné procesy. Individuálne kognitívne zmeny sa podľa Kostruba (2008) dejú u dieťaťa vďaka interpsychickej konštrukcii nových štruktúr a ich interagovaniu s intrapsychickými štruktúrami.

Vzťah pedagóga/terapeuta a klienta, ktorý dieťaťu umožňuje v interakcii spoznávať a následne interpretovať nové informácie, začleňovať ich do vlastnej štruktúry poznania, je pre rozvoj dieťaťa najprínosnejší. Nedirektívne Snoezelen prostredie vytvára priestor pre dieťa k objavovaniu a konštruovaniu vlastných skúseností.

Orsmond et al. (2004) skúmali výskyt rovesníckych vzťahov adolescentov s autizmom. Zistili, že súvisí predovšetkým s ich osobnými charakteristikami (nižší vek, menšie poškodenie v oblasti sociálnych zručností). Na druhej strane participácia na spoločenských a rekreačných aktivitách súvisela nielen s individuálnymi predpokladmi (väčšia funkčná nezávislosť, menšie narušenie sociálnych zručností, vyššia úroveň internalizujúceho správania), ale ovplyvňovali ju aj charakteristiky prostredia (vyššia úroveň participácie matky na sociálnych a oddychových aktivitách, vyššia miera prijatých služieb, inklúzia v integrovanom školskom prostredí).

Prístup pedagógov a prostredie, ktoré pripravia, môže vo veľkej miere ovplyvniť schopnosť dieťaťa nadväzovať vzťahy a zapájať sa do aktivít.

Autizmus

Dieťa s autizmom vníma realitu iným spôsobom než väčšina ľudí, preto sa môže cítiť aj v bežných situáciách ohrozené. Každodenné činnosti nemajú automaticky význam tak, ako by sme očakávali, je potrebné ho dieťaťu sprostredkovať. Pohľad na svet je zmenený a pre rodičov a pedagógov je výzvou odhaliť štruktúru chápania dieťaťa a hľadať prieniky s vlastnou perspektívou. Bežnou praxou je učiť dieťa porozumieť prostredníctvom väčšej názornosti, alebo štrukturovaním činností. Týmto spôsobom približujeme jeho spôsob komunikácie tomu nášmu. Vtedy sme schopní, resp. ochotní s ním nadviazať vzťah – keď to

robí tak, ako my. Snažíme sa, aby bolo čo najviac schopné fungovať v bežných podmienkach, čo samozrejme pre život v spoločnosti potrebuje. Omnoho náročnejšie je však skúsiť nasledovať dieťa v jeho prejavoch a nebáť sa objavovať jedinečný (možno zvláštny) spôsob, akým konkrétne dieťa s autizmom reaguje na realitu tohto sveta, na podnety ktoré ho obklopujú na priestor, v ktorom sa má učiť, rozvíjať a podávať výkony.

Prostredie Snoezelen

Prostredie Snoezelen kopíruje atmosféru vnútromaternicového vývinu, navodzuje pocit bezpečia, v ktorom sa klient môže spokojne uvoľniť. Medzi primárne ciele Snoezelen terapie patrí relaxácia a stimulácia.

Prínos Snoezelen terapie pozostáva v poskytnutí nových podnetov, ktoré by sa ku klientovi inak nedostali. Kvalita terapeutického prostredia prispieva k spevneniu vzťahu medzi terapeutom a klientom (Lucká, Strašilová, 2011).

Ide o nedirektívnu terapiu, v ktorej má klient možnosť voľby. Dáva mu priestor, aby zachytil a spracoval podnety, ktoré sú aktuálne pre jeho vývin. Sám si tak vytvára a formuje novú skúsenosť. Terapeut je sprievodcom tohto procesu, facilituje priebeh a podporuje dieťa v objavovaní (Ponechalová, Lištiaková, 2010).

Snoezelen podporuje

Terapia senzorickej integrácie

Aby bol človek schopný efektívne fungovať vo svojom prostredí, jeho mozog potrebuje vydať príkaz na adaptívnu odpoveď. To je možné, keď sú informácie prichádzajúce z jednotlivých senzorických systémov dobre spracované a integrované. V terapii sa prísunom primeraných podnetov zabezpečuje vytváranie nových neurónových prepojení. Dôraz sa kladie najmä na vestibulárno-kinestetický systém (informácie o pohybe tela, udržiavanie rovnováhy), proprioceptívny systém (vnímanie vlastného tela) a taktilný (hmatový) systém a ich prepojenie s auditívnym a vizuálnym vnímaním.

Vhodnosť týchto terapeutických prístupov pre deti s autizmom

Pre deti s poruchou senzorickej integrácie, medzi ktoré môžu patriť aj deti s autizmom je veľmi dôležitý **zážitok úspechu.** Kvôli senzorickým problémom totiž nie sú schopné efektívne fungovať v prostredí a zažívajú viacnásobný stres, skúsenosť opakovaného zlyhávania a ohrozenia. A to preto, že informácie, ktoré k nim prichádzajú sú nepresné, málo prepojené a spôsobujú chaos vo vnímaní a následne aj v správaní. Porucha senzorickej integrácie im spôsobuje problémy v každodennom živote. V terapeutickom prostredí a vďaka vnímavému prístupu pedagóga, má aj toto dieťa možnosť hry bez pocitu výsmechu alebo kritiky. V multisenzorickej miestnosti neexistuje nesprávny spôsob použitia pomôcok, prostredie a možnosti jeho využitia nepredstavujú hrozbu zlyhania.

Zaujímavá ponuka podnetov

Keď deťom ponúkneme niečo, čo ich zaujme, rýchlejšie sa staneme ich kamarátmi. To, čo našou ponukou komunikujeme, „vyslovujeme," je pre dieťa relevantné, preto má záujem sa s nami ďalej rozprávať, odpovedáme totiž na jeho potreby. Stávame sa dôležitým alebo aspoň pozornosti hodným partnerom.

Deti s autizmom často bežné hračky nezaujímajú. Rodičia hovoria: *„toto je ako také kráľovstvo pre nich. Ja neviem, aké hračky mu máme kúpiť, lebo jeho nič nebaví a tu by vydržal aj celý deň a hrá sa."* Relevantnou ponukou môže byť pre dieťa zaujímavý zvuk alebo farebné svetlo, či materiál. Snoezelen prostredie nám tak dáva jedinečnú šancu získať si aj deti s autizmom.

Porucha senzorickej modulácie

Zmenená citlivosť vnímania - hypersenzitivita (precitlivelosť) alebo hyposenzitivita (slabá citlivosť) na taktilné, vestibulárne, proprioceptívne, auditívne, vizuálne, či olfaktorické podnety sa objavuje u detí s autizmom. Poruchu senzorickej modulácie môžeme spozorovať prostredníctvom prejavov v správaní dieťaťa, napr.: vyrušujú ho zvuky, bojí sa hojdačiek, neznáša niektoré jedlá alebo oblečenie, alebo naopak vyhľadáva silné podnety, silno sa krúti, udiera do objektov, a pod. (Myles, Cook et al., 2005; Koomar et al., 2007).

Snoezelen miestnosť umožňuje nastaviť pre dieťa primeranú senzorickú diétu. Podnety sa dajú eliminovať, napr.: menej zrakových podnetov v tmavej miestnosti, koncentrácia na jeden zvuk. Podnety môžeme aj zosilňovať a prepájať, vytvoriť multisenzorické prostredie, ktoré

klienta stimuluje. Stimulácia vyvoláva odpoveď, vzbudzuje aktivitu. Eliminácia podnetov podporuje relaxáciu, upokojenie klienta.

Vďaka spresneniu, usporiadaniu a prepojeniu podnetov, začnú mať vnemy pre dieťa význam. Nie sú už len zhlukom nepresných informácií, ale stanú sa využiteľnými nástrojmi fungovania v realite.

Dieťaťu sú cielene ponúkané podnety, ktorými sa potrebujú nasýtiť jeho senzorické systémy, aby mohli lepšie fungovať a organizmus bol schopný adaptívnej odpovede (Ayres, 2005).

Z výskumu

Maroš má desať rokov, diagnózu autizmus a mentálne postihnutie. Nenadväzuje očný kontakt a nereaguje na zavolanie menom. Nehovorí, ale vydáva hlasné zvuky, výkriky. Rád počúva svoj hlas a jeho ozvenu v miestnosti. Všetky objekty si dáva do úst. Na prvom stretnutí v miestnosti terapie senzorickej integrácie Maroš utekal po miestnosti, bral do rúk hračky a pomôcky, oblizol ich a hodil na zem, bežal k ďalšej pomôcke a postup sa opakoval. Terapeutka za ním pobehovala, no Maroš nemal záujem o kontakt, činnosť vždy zmenil. Terapeutka ho nasledovala v jeho voľbách a ponúkala mu pomôcky, o ktoré prejavil opakovaný záujem. Maroš si ich niekedy zobral aj z terapeutkiných rúk. Keď začal skákať na trampolíne, terapeutka k nemu pristúpila a skákala vedľa trampolíny spoločne s ním. Skákanie sprevádzala popevkom: „Maroš skáče, hop, hop, hop.“ Maroš sa začal smiať a intervaly skákania predlžoval, nemenil už činnosť tak často. O niekoľko týždňov sa nechal chytiť za ruky a pri skákaní sa pozeral na terapeutku. Smial sa. Maroš si zvykol zobrať loptu, poskákal na trampolíne a hodil loptu na zem. Terapeutka loptu zdvihla: „Maroš, chyť loptu, hop.“ Maroš loptu najprv nechytil. Po niekoľkých pokusoch začal loptu chytať a pozeral sa pri tom na terapeutku. Loptu potom hodil na zem a bežal preč. Po niekoľkých stretnutiach na vyzvanie hádzal loptu terapeutke, udržiaval očný kontakt a smial sa.

Literatúra:

AYRES, A. J. 2005. *Sensory Integration and the Child. Understanding hidden sensory challanges*. Revised and updated by Pediatric Therpay Network. Los Angeles, California : 2005, Western Psychological Services. 211 s. ISBN 978-0-87424-437-3.

LUCKÁ, Z. – STRAŠILOVÁ, J. 2011. Snoezelen v podmienkach domova sociálnych služieb na Slovensku. In KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). 2011. *VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká*. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0. s. 38-42.

KOOMAR, J. et al. 2007. *Answers to Questions Teachers Ask about Sensory Integration*. 3. vydanie. Arlington, Texas : Future Horizons, 2007. 63 s. ISBN 1-932565-46-9.

KOSTRUB, D. 2008. *Dieťa/žiak/študent – učivo – učiteľ, didaktický alebo bermudský trojuholník?* Prešov : Rokus, 2008. 169 s. ISBN 978-80-89055-87-6.

MYLES, B. - COOK, K. et al. 2005. *Asperger Syndrome and Sensory Issues*. Autism Asperger Publishing Co, Kansas, 2005. ISBN 0-9672514-7-8.

ORSMOND, G. I. – KRAUSS, M. W. – SELTZER, M. M. 2004. Peer Relationships and Social and Recreational Activities Amond Adolescents and Adults with Autism. In *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 2004, roč. 34, č. 3, s. 245-256.

PONECHALOVÁ, D. – LIŠTIAKOVÁ, I. 2010. *Snoezelen : Pre deti a mladých ľudí s poruchou autistického spektra*. Bratislava : Autistické centrum Andreas, ISBN 978-80-970549-8-4.

Mgr. Ivana Lištiaková, PhD.
liečebná pedagogička
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky, Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave, Račianska 59, 813 34 Bratislava
E-mail: ivana.listiakova@gmail.com

Vzťahové väzby a komponenty expresívnych terapií v edukačnom procese

Katarína Majzlanová

ABSTRAKT

Prezentácia skúseností a výskumov pri uplatňovaní expresívnych terapií v školských zariadeniach - u nadaných detí, detí zo sociálne znevýhodneného prostredia, so špecifickými edukačnými potrebami, s problémami v správaní, pri emocionálnych problémoch.

Kľúčové slová: *Expresívne terapie, edukačný proces, výskum v oblasti expresívnych terapií, emocionálna narušenosť , sociálne znevýhodnené dieťa, problémy v správaní*

ABSTRACT

Relationship and bond components of expressive therapies in the educational process

Presentation of research and experience in the application of expressive therapy in schools for gifted children, children from socially disadvantaged backgrounds with special educational needs, behaviour problems, with emotional problems.

Keywords: *Expressive therapy, educational process, research of expressive therapy, emotional disruption, socially disadvantaged children, behaviour problems*

1. Expresívne terapeutické prístupy

Expresívna terapia vychádza z medzinárodne akceptovaného konceptu, ktorá sa vyjadruje ako špecifické (väčšinou umelecké) médium, zahrňujúce predovšetkým arteterapiu, biblioterapiu, dramatoterapiu, psychomotorickú terapiu, muzikoterapiu, terapiu hrou a ergoterapiu. V širšom poňatí je sem zaraďovaná aj psychomelodráma, psychogymnastika, pessoterapia, hippoterapia,... (M. Valenta, P. Svoboda, 2009).

Tzv. umelecké terapie, ktoré tvoria integrálnu súčasť terapeuticko – formatívnych psychologických, liečebnopedagogických, špeciálnopedagogických prístupov je možné definovať ako zámerné, cieľavedomé a systematické pôsobenie cez vnímanie, tvorbu

a zážitok na postihnutých, narušených, zdravotne alebo inak ohrozených jednotlivcov s cieľom dosiahnuť isté zmeny v správaní, v prežívaní, získať schopnosti riešiť, resp. aj vyrovnať sa s určitými situáciami, problémami.

Intermodálny charakter expresívnych terapií umožňuje vzájomné prelínanie a striedanie aktivít (využívanie prvkov) alebo paralelné, synchrónne uplatnenie dvoch alebo viacerých prístupov.

V kontexte s uvedenými pojmami sa vynára **otázka vzťahových väzieb** medzi rozsahom a obsahom odborného „materiálu", pravidiel, kritérií a prístupov vo viacerých rovinách - vo vzťahu terapeut a klient, protagonista a klienti, terapeutická intervencia verzus edukačný proces.

Prezentácia skúseností a výskumov pri uplatňovaní expresívnych terapií v školských i mimoškolských zariadeniach a inštitúciách môže prispieť k sprehľadneniu vzťahových väzieb, presahov a kompetencií v tejto oblasti, a tým aj k lepšej vzájomnej komunikácii a spolupráci.

1.1 Výskum uplatnenia expresívnych terapeutických prístupov u detí so symptómami emocionálneho a sociálneho narušenia

Terapeutické stretnutia (dramatoterapia a biblioterapia) sme realizovali so skupinou chlapcov vo veku 12 – 14 rokov, u ktorých sa prejavovali poruchy v oblasti sociálnej interakcie a komunikácie, agresívne správanie,..

Cieľom stretnutí (15), bolo sebapoznávanie, ventilovanie vlastných pocitov, získavanie korektívnych zážitkov zo sebaprejavenia sa, sebarealizácie, zlepšenie orientácie vo vlastných pocitoch a v reakciách i reakciách ostatných členov skupiny, vytvorenie podpornej klímy.

V úvode stretnutí sme zaradili hry na nadviazanie kontaktu, uvoľnenie, odbúranie napätia, aktivizáciu obrazotvornosti.

Hlavnú časť dramatoterapeutických stretnutí tvorila práca s príbehom - využili sme rozprávku H. CH. Andersena Cínový vojačik.

V prvej fáze hlavnej časti sme uplatňovali:

- *neverbálne techniky* - sochy cínových vojakov, hru zrkadlá (hromadné i vo dvojiciach) na znázornenie činnosti hlavných postáv v príbehu, pantomímu, etudy na dej rozprávky),...

- *typologickú charakterizáciu postáv* v rozprávke, hľadanie motívov ich správania, prerozprávanie príbehu, hromadnú improvizáciu deja, projektívnu techniku s obrázkom cínového vojaka (vyjadrenie jeho pocitov v určitých "pozíciách").

Druhá fáza obsahovala:

- *dotváranie príbehu* deťmi - ktokoľvek mohol pri prehrávaní prerušiť dej a navrhnúť jeho zmenu, resp. správania a konania postáv,

- *tvorba nových verzií príbehov* písomnou formou pomocou schémy:

  Kto je hlavná postava?

  Čo chce dosiahnuť?

  Prekážka

  Ako ju prekonať (kto môže pomôcť)?

  Záver príbehu

Tretia fáza obsahovala:

- *prehrávanie príbehov* (v priebehu stretnutí sa vystriedal príbeh každého dieťaťa),

- *výmenu rolí, dotváranie deja,* zameranie hry na určité dôležité oblasti pre dieťa,

- *diskusiu a reflexie hráčov* (uskutočňovali sa medzi prehrávanými časťami príbehu).

Záver stretnutí obsahoval relaxačné a uvoľňovacie cvičenia, testy na „meranie“ nálady, rituálne hry - Na telefón, Kto som,...

Popis niektorých charakteristík postáv na základe vytvorených príbehov deťmi:

Hlavná postava:	*Konflikty v príbehoch:*
Vojačik (5 x)	silný - slabý
Kráľ, princ (3x)	dobrý - zlý
Batman (2x)	závislý - vystrašený
Fantomas	boj dobra so zlom
Malý chlapec	spravodlivosť - nespravodlivosť
Pes	láska (mať rád) - nenávisť
Tiger	pomsta - odpustenie
Had	pomoc - nedôvera
Kúzelník	odvaha - strach
Policajt	únik - ochrana

Problémy:

Chýbanie časti tela, agresia, obrana (útok) voči násiliu, strach z ľudí, z nových situácií, potreba pomoci, potreba bezpečia, nedôvera k sebe samému, k iným ľuďom, neistota, nerozhodnosť.

Dotvárané i novoutvorené príbehy *sme analyzovali z nasledovných hľadísk* (modifikácia techniky tvorby príbehov podľa M. Lahad, 1992):

B - hodnoty a postoje

A - afektívne prejavy

S - sociálne momenty

I - predstavivosť

C - kognitívny prístup

Ph - fyzická stratégia

Id - identifikácia (kladná + / záporná -).

Výsledky BASIC (Ph, Id) pri práci s príbehom a s obrázkom:

Stretnutie	**B**	**A**	**S**	**I**	**C**	**Ph**	**Id**
2	3	12	2	4	8	6	+4/-6
7	6	22	18	9	12	9	+5/-14
15	7	9	22	14	20	11	+8/-4

Čísla v tabuľke informujú o tom, koľkokrát sa daný prvok u chlapcov v príbehu vyskytol:

Vyjadrovanie hodnôt a postojov **(B**) v príbehoch postupne "narastalo" - spočiatku deti nevedeli jasne formulovať svoje postoje.

Afektivita (A) kulminovala na 7. stretnutí (zmeny nálad, útočenie "postáv", náhle vybočenie z deja,...) - deti sa po prvých stretnutiach prejavili svoje city, neskôr táto potreba poklesla.

Sociálne situácie **(S),** ich voľné vyjadrenie a projekcia postupne narastali ("nie je to príjemné, ak niekoho odmietajú, nútia k niečomu, všetci mu chceli pomôcť",...).

Podobný posun je badateľný ***v predstavivosti*** **(I),** čo sa odrazilo na celkovej obsahovej i formálnej úrovni príbehov.

Kognitívne faktory **(C)** - súvislosti, nové pohľady dosiahli vrchol na 20. stretnutí, spočiatku tieto faktory viac-menej **absentovali.**

Prvok *fyzickej aktivity* (Ph) mal v príbehoch mierny vzostup ("Batman priletel na pomoc, vojak sa skryl za skriňu, bolo potrebné ho zmlátiť,...").

Kladná *identifikácia* (Id) s postavami bola najvyššia na 15. stretnutí ("Batman pomáhal slabším, tak to má byť, ...") a záporná na 7. stretnutí (" lev zaútočil a to nemal urobiť,...")

1.2 Výskum uplatnenia expresívnych terapeutických prístupov u sociálne znevýhodnených detí

Cieľom výskumu bolo zistiť, či je možné u detí zo sociálne znevýhodneného prostredia pomocou uplatňovania expresívnych terapeutických prístupov rozvíjať spoluprácu, tvorivosť, vytrvalosť.

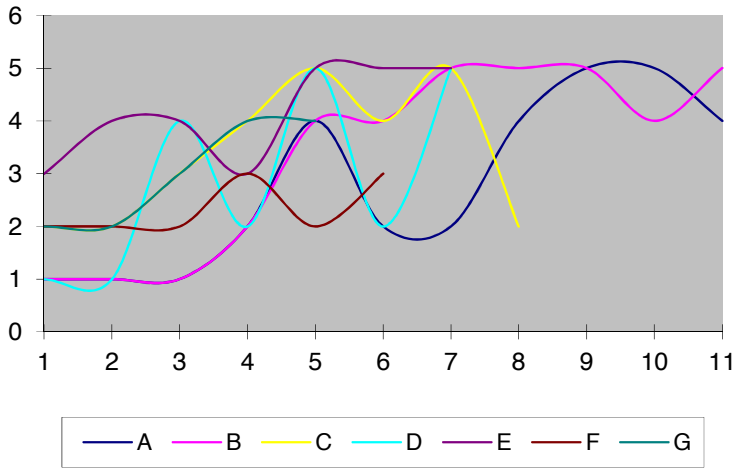
Výskum sme uskutočnili so skupinou siedmych detí z prvého a druhého ročníka základnej školy (3. chlapci a 3 dievčatá), ktoré pochádzali zo sociálne znevýhodneného prostredia. V rámci terapeutických stretnutí sme využívali dramatoterapiu a prvky arteterapie, muzikoterapie, psychomotorickej a činnostnej terapie.

Výskumné metódy:

1. Technika pozorovania s využitím škál na posúdenie správania detí v priebehu realizácie terapeutických stretnutí.

2. Dotazník pre pedagógov o správaní sa detí v škole pred a po realizácii terapeutických stretnutí.

Výsledky výskumu

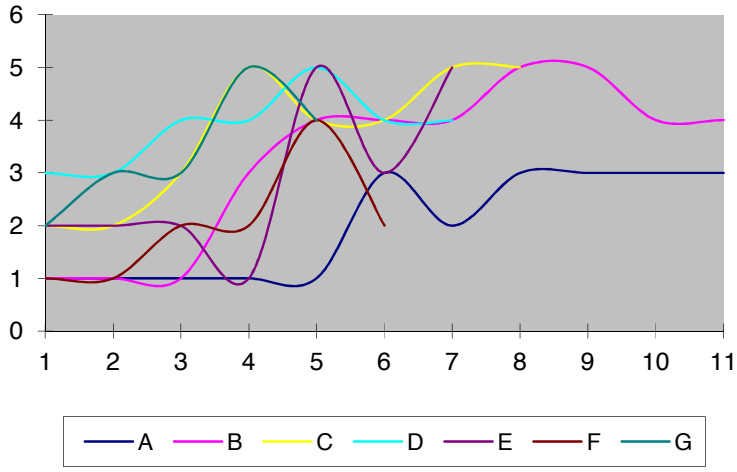


Graf 1 Spolupráca detí počas stretnutia

Graf vyjadruje stúpajúcu tendenciu daného javu. Deti sa postupne samé zapájali do činností, ich spolupráca bola spontánnejšia, menej závislá od pridelených úloh alebo návodov k hre.

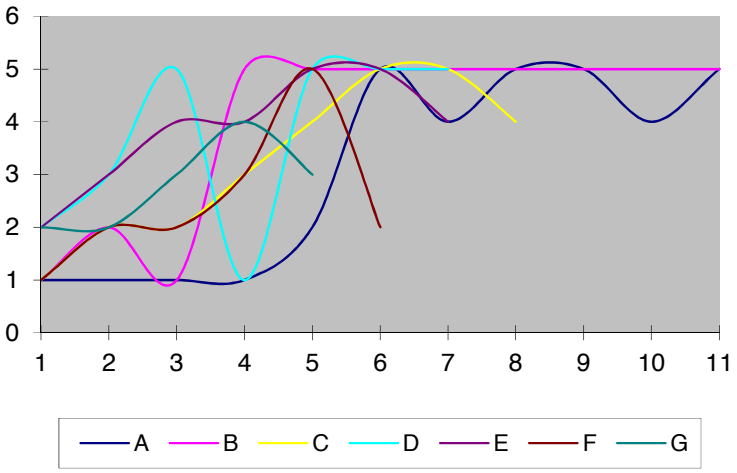
Graf 2 Tvorivosť

Posun v oblasti tvorivosti sa prejavil pri slovnej produkcii, pri hrách a zhotovovaní



„prduktov“. Obľúbená boli výtvarné a pracovné aktivity v kombinácii s počúvaním hudby.

Graf 3 Vytrvalosť



Spočiatku sa činnosti častejšie striedali, stretnutia mali pevnejšiu štruktúru. V záverečných stretnutiach deti boli vytrvalejšie, sústredenejšie, k čomu ich motivoval nielen samotný priebeh stretnutí, ale aj výsledok v podobe produktu – výsledku ich činnosti.

2.Tabuľka 1 Spolupráca detí podľa pedagógov

		pred výskumom	po výskume
Dieťa	**A**	3	3
	B	2	3
	C	3	1
	D	2	3
	E	4	4
	F	3	3
	G	3	3

stále - veľmi často - často - občas - nikdy

5 4 3 2 1

Tabuľka 2 Tvorivosť detí podľa pedagógov

		pred výskumom	po výskume
Dieťa	**A**	3	2
	B	2	2
	C	3	1
	D	3	3
	E	3	3
	F	3	3

	G	3	2

stále - veľmi často - často - občas - nikdy

5 4 3 2 1

Tabuľka 3 Vytrvalosť pri práci u detí podľa pedagógov

		pred výskumom	po výskume
Dieťa	**A**	4	4
	B	3	4
	C	4	2
	D	2	3
	E	3	3
	F	4	4
	G	3	3

stále - veľmi často - často - občas - nikdy

5 4 3 2 1

Závery:

Na základe výsledkov výskumu možno konštatovať, že v priebehu terapeutickej intervencie v rámci uplatnenia expresívnych terapií, došlo u detí vo väčšine prípadov k pozitívnym zmenám v ich správaní. Ich trvácnosť, stabilita bola evidentnejšia, početnejšia počas realizácie

stretnutí. - V školskom prostredí zrejme výraznejšie pôsobili rôznorodejšie vplyvy (plnenie úloh v škole, domáce prostredie, príprava na vyučovanie,...).

Osvedčili sa rituálne hry na začiatku a konci stretnutí dramatické a pohybové hry na uvoľnenie a odreagovanie napätia, na koncentráciu pozornosti. Z expresívnych terapeutických prístupov sa najviac osvedčila dramatoterapia, psychomotorická terapia, prvky arteterapie a muzikoterapie a činnostnej terapie (biblioterapeutické techniky ako napr. práca s príbehom, čítanie, písanie listu deti zo znevýhodneného prostredia nezaujali, čo môže korešpondovať aj s ich neúspechmi v škole).Veľa pozornosti bolo potrebné venovať na každom stretnutí nadviazaniu kontaktu, odreagovaniu napätia, motivácii a povzbudeniu detí do činností.

1.4 Výskum uplatnenia expresívnych terapeutických prístupov u nadaných detí s problémovým správaním

Cieľom výskumu bolo zistiť možnosti pôsobenia dramatoterapeutickej intervencie na korekciu problémového správania, pokles neuroticizmu a nárast tvorivosti u nadaných detí.

Metódy výskumu

1. Dotazník pre pedagógov na posúdenie správania detí pred a po ukončení dramatoterapeutickej intervencie s kvantitatívnym vyjadrením správania, zobrazeným do bodovej škály od 0 – 5 bodov.

2. Test B – J. E. P. I. – štandardizovaný dotazník na meranie skóre N (neuroticizmu) sme aplikovali u všetkých detí výskumnej vzorky pred a po dramatoterapeutickej intervencii (retest).

3. Torranceho figurálny test tvorivosti – kruhy na skúmanie zložky originalita pred a po dramatoterapeutickej intervencii.

Výskumná vzorka

Dramatoterapeutickú intervenciu sme realizovali s deťmi, ktoré navštevovali triedu pre nadané deti. Výskumnú vzorku tvorilo 8 detí vo veku od 9 – 10 rokov. U dvoch dievčat a jedného chlapca sa prejavovalo vysoké skóre neuroticizmu so psychosomatickými prejavmi. U troch chlapcov učiteľky zaznamenali agresívne správanie. U jedného chlapca a dievčaťa sa

prejavovali miernejšie problémy v správaní (upozorňovanie na seba, nesústredenosť, utiahnutosť,...).

Priebeh a realizácia dramatoterapeutickej intervencie

Po nadviazaní prvých kontaktov a po získaní základných informácii o deťoch sme si pripravili dramatoterapeutický program.

V úvode stretnutí sme využívali prevažne *neverbálne techniky* s cieľom odreagovania napätia a sústredenia sa na ďalšie dramatické aktivity (výchovné etudy s nácvikovým charakterom s vyjadrením emócií, etudy so zvratom deja,...).

Hry s maskami poskytovali zážitky v hraniciach novej identity a dodávajú odvahu meniť zaužívané modely správania.

V rolových hrách si deti vyskúšali rôzne modely správania a sociálnych zručností.

Improvizácie boli zamerané na orientáciu sa v bežných situáciách. Podobný účel plnila situačná pantomíma.

Bábková hra podnecovala imagináciu a projekciu problémov a skúseností do hry. Prostredníctvom *dramatizácie* sme u detí rozvíjali komunikačné schopnosti a sociálnu interakciu, prostredníctvom improvizácie sme sa zamerali na rozvoj tvorivosti a riešenie problémových situácií.

Využívali sme aj *prácu s príbehom*, kde sa prehrávali fiktívne situácie (napríklad - V púšti, Lietadlo v hmle), situácie zo života (Oslava narodenín, Výlet so školou) i podľa literárnej predlohy.

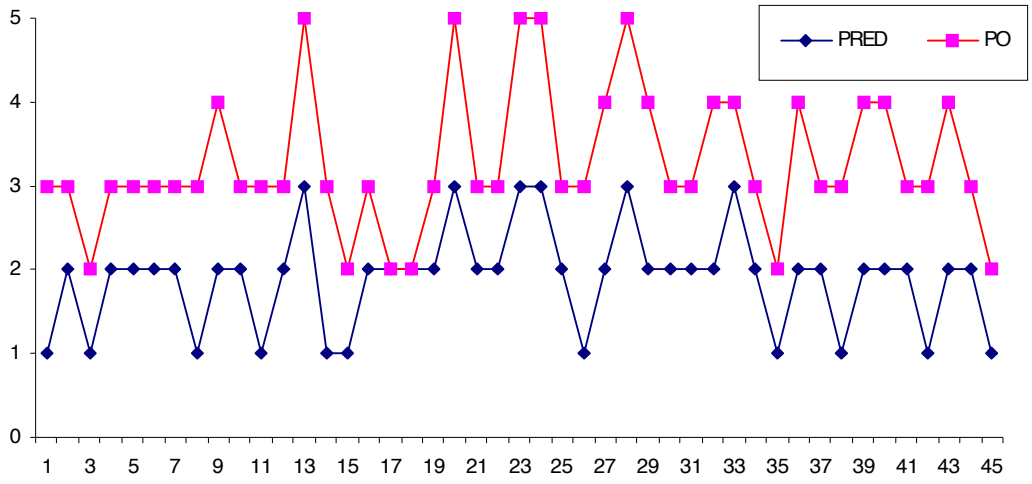
Playback divadlo – v rámci tejto techniky pracujeme s príbehmi na základe literárnej predlohy, prerozprávaním vlastného sna, zážitkov a skúseností, ktoré deti v úlohe hercov interpretujú, vyjadrujú dramatickými prostriedkami. V krátkých improvizačních formách a vystúpeniach sme využívali etudy, pantomímu a rolovú imprvizáciu.

Divadlo Fórum - je jednou z divadelných techník divadla utláčaných Augusta Boala (1992). Základnou myšlienkou je pochopenie problému, pohľad na vec z inej perspektívy. *Témou divadla fórum* najčastejšie boli sociálne problémy a vzťahové problémy.

V *rámci psychodramatických cvičení* sme častejšie využívali techniky – dialóg s hudbou a predstavivosť ako prípravu na uvolnenie a sústredenie sa na ďalšie aktivity. Psychodramatické hry boli zamerané na uvolnenie napätia, rozvoj fantázie a emocionality.

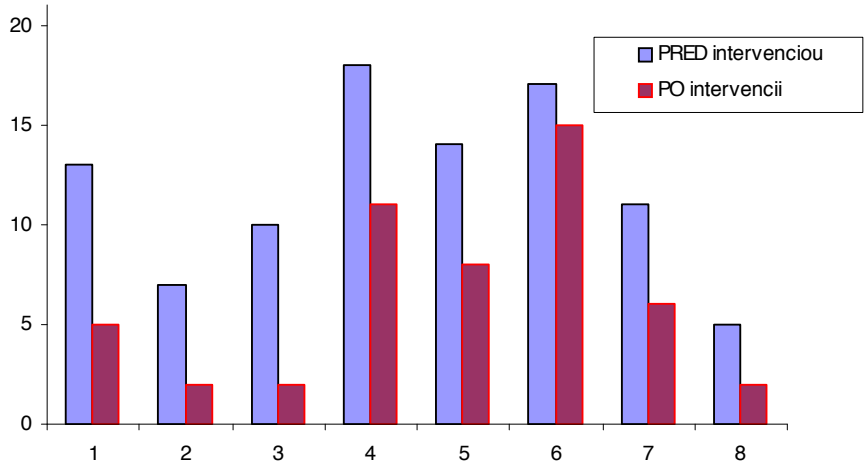
Cieľom *dramatoterapeutickej intervencie* bolo zamerať sa na uvolnenie intrapsychického napätia, rozvíjanie schopnosti sebavyjadrenia, zlepšenie úrovne vzájomnej komunikácie v skupine, vyvolanie pozitívnej interakcie, rozvíjanie empatie, schopnosti vyjadriť svoje pocity, názory, rozvíjanie pozitívneho cítenia a prežívania, spolupatričnosti, pozitívnej akceptácie v skupine.

Graf 4 Zistené hodnoty správania sa detí podľa pedagógov



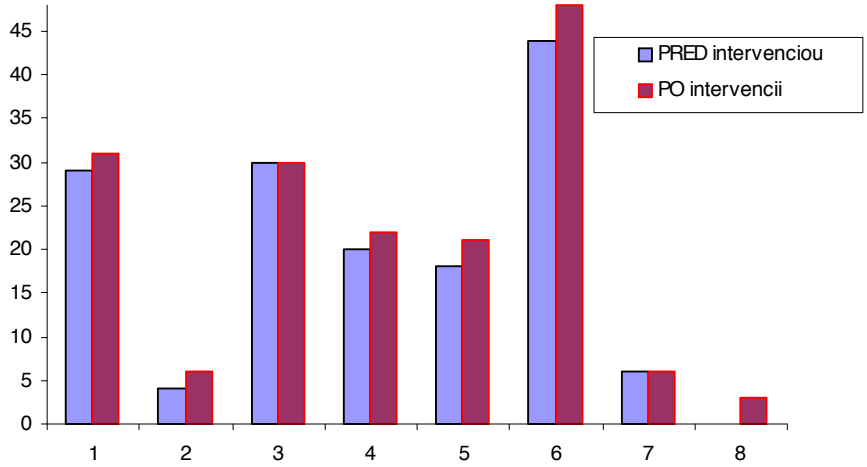
Graf poukazuje na kvantitatívne vyjadrenie sledovaných vlastností po dramatoterapeutickej intervencii, ktoré bolo takmer u všetkých sledovaných vlastností na vyššej úrovni ako pred ňou, teda aj priemerná hodnota sledovaného znaku je vyššia v realizovanom výbere po dramatoterapeuickej intervenci.

Graf č.5 Hodnoty u detí podľa B-JEPI dotazníka



Skóre neuroticizmu B-JEPI je po dramatoterapeutickej intervencii u všetkých respondentov na nižšej úrovni ako pred jej začiatkom, teda aj priemerná hodnota sledovaného znaku je nižšia v realizovanom výbere po intervenci.

Graf č. 6 Zistené hodnoty v testoch originality



Skóre originality po dramatoterapeutickej intervenci bolo u všetkých respondentov na vyššej, alebo rovnakej úrovni ako pred dramatoterapeutickou intervenciou a teda aj priemerná hodnota sledovaného znaku je vyššia v realizovanom výbere po intervenci.

Závery

Okrem uvedených výsledkov, ktoré sa preukázali v pozitívnych zmenách v správaní, neurotických prejavov a nárastu tvorivosti u detí, pozitívne zmeny po dramatoterapeutickej intervencii v správaní detí zaznamenali pedagógovia a školský psychológ aj mimo školskej triedy - v školskom klube a v blízkom okolí školy.

Výskum poukázal na to, že expresívna dramatická činnosť, hrové aktivity môžu byť u nadaných detí účinným preventívnym prostriedkom na vyrovnávanie tzv. vývinových disproporcií medzi emocionálnym, sociálnym a intelektovým vývinom nadaného dieťaťa. Práve tieto zvláštnosti neraz na základe neprimeraného správania môžu v kontakte s okolím vyvolávať neporozumenie a prekážky, ktoré môžu mať negatívny vplyv na celkové prospievanie dieťaťa.

Zhrnutie

• Okrem klasických foriem vyučovania súčasný vzdelávací systém umožňuje využívať aj **alternatívne formy a metódy práce**, medzi ktoré čoraz častejšie patria aj vyššie uvedené expresívne terapeutické prístupy.

• **Expresivita a výraz** sú znakmi a prostriedkami výchovy i terapie. Pokým edukačné ciele sú zamerané na zvládanie určitého výkonu a sú nástrojom vzdelávania žiaka, terapeutické ciele sú zamerané skôr na zážitok, prežívanie klienta.

• Dá sa povedať, že **terapia i edukácia** sú nástrojom diagnostiky i sebadiagnostiky v procese sebapoznávania, v oboch prípadoch by malo ísť o zámerný, cielený a systematický proces cez zážitok/experiment.

• V terapii okrem terapeutického prístupu je dôležité aj **terapeutické vedenie** od známeho k menej známemu, k experimentovaniu, k reflexii, sebapoznávaniu, sebaprejaveniu. Priebeh expresívnych terapií je vždy v závislosti od aktuálneho "stavu" klientov, dôraz sa kladie na proces, ktorého cieľom je vytvorenie bezpečného prostredia pre poznávanie a tvorivú činnosť. Čo sa týka terapie a procesu edukácie, aj v tu sa stretávame s určitými

presahmi či fúziami. Je to predovšetkým postupnost pri osvojovaní si vedomostí, zručností a návykov, vplyv pedagóga na klímu triedy, školy,…

• Súčasťou terapie je **terapeutický prístup**. Práca s niektorými klientmi (neistí, úzkostliví, hyperaktívni, s agresívnym správaním, s mentálnym alebo iným postihnutím, psychicky chorí, osoby s emocionálnymi problémami,...) si *vyžaduje okrem pevnejšej štruktúry a organizácie terapeutických stretnutí* spravidla väčšiu aktivitu terapeuta, priebežné *podnecovanie a stimulovanie* klientov počas jednotlivých činností. Rovnako aj edukácia integrovaných žiakov si vyžaduje špecifický cieľ, obsah, osobitné tempo i prístup.

• **Nadviazanie kontaktu s klientom**, vytvorenie atmosféry dôvery a porozumenia si vyžaduje jeho plnú akceptáciu terapeutom (momentálneho stavu, nálada, potreby). Klient si na základe ponúknutých možností pomocou terapeuta vytvára podmienky pre priebeh terapie, je účastníkom zmien, teda sa aktívne podieľa na plnení cieľov, ktoré terapeut v závislosti od klientových problémov stanovuje. Terapia je zameraná na rozvoj každého klienta so zohľadnením jeho schopností, daností, individuálnych zvláštností a potrieb.

Medzi kompetencie pedagóga v školskej praxi okrem vzdelávania patrí aj poradenstvo, sprevádzanie, pomoc a sociálna kontrola, čo v mnohom presahuje rámec tradičnej predstavy poslania pedagóga, jeho zodpovednosti za osvojenie učiva, kontroly alebo hodnotenia žiakov.

• K zásadným pravidlám terapie patria *určité* **obmedzenia v počte skupinového účastníkov stretnutia** (3 - 10 klientov v závislosti od veku a pohlavia a zloženia skupín). Pri heterogénnej skupine sa odporúča, aby boli aspoň *dvaja účastníci rovnakého pohlavia*. Rovnako aj *v zastúpení diagnóz* alebo problémov klientov je potrebná istá opatrnosť, aby boli aspoň z časti vyvážené (napríklad hypoaktívne a hyperaktívne, agresívne a anxiózne deti). Aj väčší vekový rozdiel účastníkov stretnutia (odporúča sa max. 1 - 2 rokov) a rozdiely v IQ medzi klientmi (podpriemer a ľahký nadpriemer) sa ukázali z hľadiska rozdielneho záujmu o činnosť veľmi významné (K. Majzlanová, 2004).

Je zjavné, že medzi terapiou a edukáciou existujú viaceré vzťahové väzby, paralely, či fúzie.

Možno iba súhlasiť s názorom českého vysokoškolského pedagóga Pavla Svobodu (2009 –1), ktorý uvádza, že je nevyhnuté, aby prelínanie a prepájanie expresívnych terapií s edukáciou bolo bežnou a osvedčenou praxou študentov vysokoškolských i neučiteľských odborov.

Poznanie týchto „vzájomných“ aspektov môžu byť významné v príprave budúcich učiteľov i terapeutov, napríklad aj pre dostatočnú prípravu terénu pre úspešné zvládnutie či už edukačného alebo terapeutického procesu.

Literatúra:

HORŇÁKOVÁ, MARTA. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava: Občianske združenie sociálna práca. 2007. ISBN 978-80185-28-3.

LAHAD, MOLLY. 1992. *Storimaking: an assesment method for coping with stress*. Six – piece storymaking and the basic Ph. In Jennigs, S. (edit.) Dramatherapy Theory and Practice 2. London: Routredge, 1992.

LAZAROVÁ, BOHUMÍRA. 2005. *Netradiční role učitele. O situacích, krize, a poradenství ve školní praxi*. Brno: Paido ISBN 80-7315-115-4.

LAZNIBATOVÁ JOLANA. *Problémy výchovy a vzdelávania nadaných detí*. Pedagogické revue,1- 2 Bratislava: 1996.

MAČIŠÁKOVÁ, VIERA. *Emocionálno – sociálne problémy nadaných detí na základnej škole*. In Majzlanová, Katarína a kol. Interdisciplinárne prístupy v špeciálnej edukácii. Bratislava: Humanitas, 1998. ISBN 80-968053-1-2.

MAJZLANOVÁ, KATARÍNA. 2001. *Komunikačný tréning učiteľov základnej školy*. In Majzlanová, Katarína a kol.: Liečebnopedagogická intervencia – niektoré možnosti u detí, mládeže a dospelých. Bratislava: Humanitas. ISBN 80-968053-5-5.

MAJZLANOVÁ, KATARÍNA. *Metódy dramatoterapie, dramatoterapia u detí s adaptačnými a emocionálnymi problémami*. In Majzlanová, Katarína a kol. Človek v centre liečebnopedagogickej starostlivosti. Zborník liečebná pedagogika 4-5, Bratislava: 2003. ISBN 80-89124-00-3.

MAJZLANOVÁ, KATARÍNA. 2004. *Dramatoterapia v liečebnej pedagogike*. Bratislava: Iris. ISBN 80-89018-65-3.

MAJZLANOVÁ, KATARÍNA. 2009. *Pedagogická terapia v edukačnom procese se*. In Majzlanová, Katarína – Strédl, Terézia (ed.: Albert Sándor). Uplatnenie pedagogickej terapie a dramatoterapie v procese edukácie. Komárno: UJS. ISBN 978-80-89234-80-6.

MAJZLANOVÁ, KATARÍNA. *Riešenie zaškolenia sociálne znevýhodnených detí*. [elektronický optický disk (CD ROM)] In Salutogenetická koncepcia zdravia v komplexnej starostlivosti o človeka. - Bratislava : Geotropos, 2006. - S. 92-100. - ISBN 80-9694238-1-1.

MITAŠÍKOVÁ, PETRA. *Liečebnopedagogické pozorovania v terapii hrou – formálne a obsahové podmienky*. In Revue liečebnej pedagogiky 10, 2011. Bratislava: ProLP – internetový časopis.

MÜLLER, OLDŘICH a kol. 2005. *Terapie v speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, PdF. ISBN 80-244-1075-3.

PETLÁK, ERICH. 2006. *Klíma školy a klíma triedy*. Bratislava: Iris. ISBN 80-89018-97-
PILARČÍKOVÁ-HÝBLOVÁ, S. 1997. *Biblioterapia*. 1. vyd. Liptovský Mikuláš: Vydané vlastným nákladom, 1997. 74 s.

SVOBODA, PAVEL. *Intermodiální charakter expresívních terapií*. 2009. In Valenta, M. a kol. Rukojeť dramaterapie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, PdF. ISBN 978-80-244-2274-9.

SZABOVÁ, M. 1998: *Náčrt psychomotorickej terapie*. 2. vyd. Bratislava: Pedagogická fakulta UK, 1998. 148 s. ISBN 80-88868-06-8.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. 2002. *Základy artetrapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 167 s. ISBN 80-7178-616-0.

ŠTÚROVÁ, J. - LABÁTH, V. a kol. 2001: *Riziková mládež*. 1. vyd. Praha: SLON, 2001. 160 s. ISBN 80-85850-66-4.

VALENTA, MILAN – SVOBODA, PAVEL. 2009. *Pojetí expresívně terapeutických přístupů u českých, slovenských, finských, řeckých a španělských vysokoškoláků (komparatívní šetření*. In Valenta, M. a kol. Rukojeť dramaterapie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, PdF. ISBN 978-80-244-2274-9.

VALENTA, MILAN – MÜLLER, OLDŘICH – POLÍNEK, MARTIN, DOMINIK. 2010. *Dramaterapiev instucionální výchově*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta ISBN 97880-44-2659-41.

WOLF, JOAN. *The Gifted and Talented*. HARING, NORRIS G. – McCORMICK, LINDA (edit.). 1990. *Exceptional Cildren and Youth*. Columbus: M. P. Company. ISBN 9-780675-211789.

Doc. PaedDr. Katarína Majzlanová, PhD.

vysokoškolská pedagogička

Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta,

Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky,

Katedra liečebnej pedagogiky

E-mail: majzlanova@gmail.com

Dieťa s oneskoreným vývinom reči v predškolskom veku (vychádzajúce z prípadovej štúdie)

Danuta Grzesiak-Witek

ABSTRAKT

Príspevok objasňuje terminologické zázemie týkajúce sa alálie a jej etiológie, ako aj spôsoby stratégie logopedickej terapie. Zároveň sa snaží (vy)riešiť dilemu, ktorej „čelia" rodičia dieťaťa s aláliou, týkajúcu sa problému začlenenia dieťaťa do predškolského zariadenia. Dieťa s oneskoreným rečovým vývinom potrebuje byť stimulované organizovaním reč rozvíjajúcich hier. Tu zohrávajú dôležitú úlohu skupinové aktivity, ktoré sú organizované v predškolskom vzdelávaní. Článok prezentuje typy hry, hier a cvičení, ktoré rozvíjajú reč.

Kľúčové slová: *Oneskorený vývin reči, alália, stimulácia reči*

Úvod

Významným ukazovateľom vo vývine reči (okrem iných) je aj zvládnutie rečového prejavu na primeranej úrovni vzhľadom na vek a prípadné zdravotné znevýhodnenie. Situácie, kedy sa dieťa nelíši od svojich rovesníkov (čo sa týka sociálnej komunikácie, správania sa a konania) je tiež pre rodiča informáciou, že všetko by malo byť vo vývine dieťaťa v norme. Samozrejme, v poradenstve sa stretávame aj s takými situáciami, kedy sa dieťa javí ako „bezproblémové" a rodič nepociťuje žiadne obavy, či potrebu konzultovať s odborníkom (napriek tomu, že pedagógovia upozorňujú na konkrétny problém). A v takýchto prípadoch sú rodičia nútení navštíviť odborníka, bohužiaľ častokrát až pri zaškolení do prvého ročníka.

V texte tohto príspevku sa zameriame na deti, u ktorých bol diagnostikovaný oneskorený vývin reči. Deti s oneskoreným vývinom reči začínajú rozprávať neskoršie. Majú výrazne menšiu slovnú zásobu v porovnaní so svojimi rovesníkmi (napriek tomu, že majú 3 – 4 roky, pozn.). Ich komunikácia je po formálnej i obsahovej stránke výrazne jednoduchšia. Je typická tým, že často krát rečovému prejavu dieťaťa rozumejú len najbližší komunikujúci, z našich skúseností ide najčastejšie o matku, starajúci sa o neho/ňu.

Starostlivosť o dieťa s oneskoreným vývinom reči

Logopedická starostlivosť o deti s oneskoreným vývinom reči môže byť realizovaná v domácom prostredí, v poradniach pedagogicko-psychologického poradenstva alebo v ambulanciách klinického logopéda. Používaná diferenciálna diagnostika (na)pomáha určiť mieru oneskorenia vo vývine reči a odhaľuje aj prípadné sekundárne znevýhodnenia. Po stanovení primárnej diagnózy, logopéd – diagnostik popisuje silné a slabé stránky v komunikácii s klientom. Žiadny z klientov, ktorému bol potvrdený oneskorený vývin reči nemusí mať rovnaké prejavy, napriek primárne stanovenej diagnóze.

V samotnej logopedickej diagnostike je nevyhnutné diferencovať aláliu od afázie, či sluchového znevýhodnenia. Primárne logopéd - diagnostik zisťuje príčiny poruchy vo vývine dieťaťa a v spolupráci s rodičom konkretizuje dosiahnutie vývinových medzníkov (napr. prvé slová, vetné konštrukcie, a pod.). V prípade, že dieťa v dvoch rokoch nepoužíva žiadne gestá, odmieta komunikovať, slovná zásoba neobsahuje 50 slov, netvorí dvojslovné spojenia, má výrazne lepšie porozumenie ako hovorenú reč, alebo má slabé porozumenie reči, alebo jeho reč je zrozumiteľná len pre blízkych (ako sme už v texte spomenuli), možno hovoriť o prediktoroch špecifického narušenia vývinu reči.

Ekvivalentom alálie (alebo dyfázie) ako špecifického vývinového narušenia reči je zaužívaný terminus technikus *specific language impairment (angl.)*. Ide o pojem, ktorý zastrešuje všetky vývinové poruchy reči u detí, u ktorých je typickým znakom vývinové oneskorenie komunikácie a rečového prejavu. V podstate ide o poruchu expresívnej a/alebo receptívnej zložky jazyka s priemerným výkonom v iných oblastiach, ako je napr. kognitívna oblasť, motorická oblasť a pod.

Špecifické vývinové narušenie reči v klasifikácii porúch reči

Termín "oneskorený vývin reči" sa v poľskej literatúre používa vtedy, ak bol v rečovom vývine dieťaťa pozorovaný konkrétny „nedostatok“ v samotnom rečovom prejave. A práve s týmto pojmom sa operuje len v období dieťaťa do troch rokov, alebo v prípade detí, kedy nie je možné jednoznačne diagnostikovať príčinu oneskorenia[2]. Pre deti, ktoré sú staršie ako

[2] Por. etapy rozwoju językowego: P. Łobacz, *Prawidłowy rozwój mowy dziecka*, [w:] *Podstawy neurologopedii*, pod red. T. Gałkowskiego, E. Szeląg i G. Jastrzębowskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005, s. 231- 268; A. Domagała, U. Mirecka, *Słuch fonemowy. Odkrywanie elementarnych jednostek systemu językowego*, „Logopedia” 2001, t.29, s.53-70.

tri roky sa jednoznačne využíva pojem špecifické vývinové narušenie reči s popisom jednotlivých príznakov v komunikácii a v rečovom prejave[3].

Alália (dysfázia) ako porucha reči má svoje „miesto“ v klasifikácii porúch reči. V klasickom triedení podľa Kaczmarek je zaraďovaná do skupiny porúch jazyka, ktoré sú spôsobené lokálnymi léziami mozgu. Tie zapríčiňujú, že klient sa nedokáže vyjadriť, komunikuje jednoducho, príp. vôbec nekomunikuje[4]. Na druhej strane, Irena Styczek špecifikuje túto poruchu jednoznačne ako endogénnu, ktorá vznikla v dôsledku oneskorenia funkcií mozgových štruktúr[5]. V poľskej logopedickej terminológii sa najčastejšie spomína kategória poruchy reči s poruchou vnímania v procese edukácie s dôrazom na zjavné problémy v oblasti fonematického uvedomovania. Práve oslabenie v oblasti fonematického uvedomovania je primárnou príčinou v oneskorení/v oslabení, ktoré sa odzrkadľuje v oblasti vzdelávania a rozvíjania jazykových a komunikačných kompetencií[6].

Grazyna Jastrzębowska diferencuje tri skupiny klientov (detí) s "vývinovým oneskorením rečového prejavu": 1) deti s "fyziologickým" oneskorením vo vývine reči, ktoré nie je výsledkom žiadneho ochorenia a ani nemá patologický podklad; 2) deti s "nefyziologickým“ oneskorením vo vývine reči, ku ktorému sa pridružujú už aj iné poruchy, ale ešte nebola realizovaná diagnostika; 3) deti s oneskoreným vývinom reči, u ktorých bola potvrdená alália (vývinová dysfázia) alebo v poľskej odbornej terminológii označovaná ako tzv. SLI[7].

Hra s dieťaťom v predškolskom veku v logopedickej ambulancii

Vzhľadom k téme tohto príspevku je podstatné objasniť pojem zábava, potešenie v spojitosti s hrou, ktorá je v logopedickej terapii pomerne často používaná. Tento termín sa obyčajne vzťahuje na akúkoľvek činnosť, ktorú dieťa samostatne alebo v skupine vykonáva pre potešenie, bez ohľadu na konečný výsledok. Hrá sa voľne, bez nátlaku z vonkajšieho okolia, s pravidlami, ktoré pozná len samotné dieťa. Aspekty hry je vhodné využiť aj počas pobytu dieťaťa - klienta v logopedickej poradni. Logopéd môže použiť v hre animovaný

[3] G. Jastrzębowska, 2000, *Istota i klasyfikacje opóźnień w rozwoju mowy – przegląd stanowisk,* „Logopedia” 2000, t. 28, s. 69-85.
[4] L. Kaczmarek, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin 1977, Wydawnictwo Lubelskie, s.238-249.
[5] I. Styczek, *Logopedia*, Warszawa, PWN, s.250-254.
[6] S. Grabias, *Mowa i jej zaburzenia*, „Logopedia” 2000, t.28.
[7] G. Jastrzębowska, *Opóźnienie rozwoju mowy*, [w:] *Podstawy neurologopedii*, pod red. T. Gałkowskiego, E. Szeląg i G. Jastrzębowskiej, Opole 2005, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 367-368.

predmet, s ktorým bude nadväzovať kontakt s klientom[8], alebo jednoduché figúrky, bábiky, predmety k samotnému procesu hrania sa. Jednoduchým motívom k hre môže byť prečítanie rozprávky[9], či prerozprávanie jednoduchého príbehu. Počas zámerne cielenej hry sa dieťa učí bez toho, aby si túto skutočnosť uvedomovalo, a zároveň je tak podporovaný celkový rozvoj dieťaťa z hľadiska ich potenciálu a príležitostí.

Hrové činnosti zastávajú významné miesto v predškolskom vzdelávaní. V materskej škole, Brzezinska tvrdí, dieťa má možnosť rozvíjať svoje kompetencie. Autorka uvádza konkrétne skutočnosti: v oblasti sociálnych kompetencií dieťa dokáže nadviazať kontakt s iným dieťaťom; vyjadriť svoj názor, požiadavku v skupine; prijať pravidlá skupiny, udržiavať kontakty a nadväzovať ďalšie; identifikovať potreby iného dieťaťa, a pod.[10]

Popis problému

V prípadovej štúdii je popisované je 4-ročná klientka, ktorá absolvovala vyšetrenie na Logopedickej klinike pre diagnostiku a terapiu reči. Všetky odborné vyšetrenia absolvovala v prítomnosti matky. Klientka bola doporučená školským logopédom na komplexnú diagnostiku.

Nakoľko komunikácia s klientkou bola výrazne problematická, postupne absolvovala psychologické, neurologické a audiologické vyšetrenie. Tie boli zamerané na (ne)potvrdenie prítomnosti sekundárnej poruchy, prípadne viacerých pridružených porúch. Zo záverov komplexných vyšetrení bol potvrdený primeraný intelekt vzhľadom na vek klientky, s výraznými problémami v nadviazaní kontaktu a komunikácie (schopnosť porozumenia reči) s vyšetrujúcimi lekármi. Okrem toho boli u klientky boli zistené problémy s dýchaním, s prehĺtaním, s napodobňovaním reči komunikujúceho a celkové oslabenie slovnej zásoby (týkalo sa to najmä aktívnej slovnej zásoby).

Samostatný prejav klientky je jednoduchý, používa otvorené slabiky, niekoľko izolovaných jednoslabičných slov. Vety netvorí. Prvé slová boli matkou zaznamená v troch rokoch. Na základe výsledkov logopedickej diagnostiky bola klientka zaradená do skupiny detí s oneskoreným vývinom reči s bližšie nezistenou etiológiou. Predpokladom pre oneskorenie

[8] B. Kovaćova, *Terapia s bábkou*, Bratislava 2012, Wydawnictwo Musica Liturgica, s. 152-153.
[9] E. Hurlock, *Rozwój dziecka*, Warszawa 1985, s. 425.
[10] A. I. Brzezińska, *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 320.

reči bolo spomalené individuálne pracovné tempo, nesprávny rytmus v rečovom prejave a nižšia schopnosť porozumenia v komunikácii s viacerými osobami.

Priebeh logopedickej terapie

Základom terapie reči bola hra, ktorej zámerom bolo spontánne napodobňovanie logopéda dieťaťom. Išlo o hry, ktorými sa logopéd snažil zintenzívniť napodobovanie dieťaťa v komunikácii s inými deťmi a dospelými. Príkladom bola hra zrkadlo. Klientka stvárňovala zrkadlo a jej úlohou bolo sledovať a snažiť sa zopakovať jednotlivé činnosti po logopédovi. Zvyčajne išlo o artikulačné cvičenia, ako je fúkanie, vytváranie zvukov, hlások a pod.; taktiež boli využívané cvičenia na celkové zlepšenie spolupráce jazyka, pier a sánky. Počas napodobňovania boli využívané pohyby jazyka vertikálnym a horizontálnym smerom, pohyby na podporu a rozvoj svalov pier.

Ďalšou hrou bola hra na farmu. Na veľkej farme žilo veľa druhov zvierat. Klientka spolu s logopédom ich privolávali špecifickými zvolaniami, na ktoré použili jazyk zvierat. Na bližšie objasnenie fungovania hry: ak klientka chcela privolať mačku musela na ňu volať mňau-mňau; na psa hav-hav a pod. V prípade, že na zviera, na ktoré klientka ukázala, zavolala správne mohla si ho vziať na vlastnú farmu. Nakoľko vyjadrovacie schopnosti klientky boli obmedzené, logopéd využíval rôzne izolované slabiky na privolávanie ďalších zvierat. Napríklad ko-ko (sliepka), mu-mu (krava), ka-ka (kačka), hu-hu (kôň) atď. Taktiež klientka dostala možnosť vymyslieť privolávanie ďalších zvierat z farmy (v tejto hre bola úspešná a v rečovom prejave úspešne napredovala). Táto hra bola kombinovaná s pohybovými aktivitami. Logopéd spolu s klientkou napodobňovali pohyb vybraných zvierat (poskakovanie, točenie sa, preskakovanie, kráčanie, behanie, ...).

Ďalšími činnosťami v logopedickej intervencii boli aktivity zamerané na akustické diferencovanie zvukov, neskôr slabík a slov. Počas týchto aktivít boli využívané jednoduché hudobné nástroje.

V logopedickej intervencii boli využívané aj hry na rozvoj jemnej motoriky, vizuomotorickej koordinácie a grafomotoriky. Spomenieme aspoň niektoré z nich, napr. stavba pyramídy z rozlične veľkých drevených kociek, navliekanie korálok, vkladanie menších predmetov s cieľom dokončiť obrázok, skladanie puzzle atď. Na začiatku boli aktivity zamerané na posudzovanie vlastností predmetov, neskôr sa logopéd zameriaval na určovanie a fixovanie

základných farieb a ich odtieňov; na diferencovanie tvarov ... Súčasťou aktivít bolo používanie aj veľkých formátov papiera, na ktorých boli znázornené rozličné figúry obrazcov ľudí, zvierat, predmetov. Úlohou klientky bolo vybrať si ľubovolný obrazec a obtiahnuť ho po línii (išlo o aktivity na podporu vnímania figúry a pozadia, pozn.).

Taktiež boli využívané hry s knihou. V začiatkoch boli používané knihy-reporelá, ktoré obsahovali len ilustrácie (zamerané na oblasť zvierat, predmetov dennej potreby, hračky, dopravu), neskôr to boli knihy ktoré okrem ilustrácii mali aj text. Ilustrácie boli zvyčajne jasné (farby, lesk), aby zaujali klientku. Väčšina popisu obrázkov bola koncipovaná tak, aby aktivizovala klientku k rečovému prejavu. Jej úlohou bolo odpovedať na otázky typu: *Ako sa toto volá? Kde býva? Kto je tam? Kde je?* Boli používané knihy, v ktorých si klientka opakovane fixovala pomenovávanie každodenných činností ako: jedenie, pitie, umývanie, spanie, hranie sa, obliekanie atď. Kováćová tvrdí, že použitie knihy napomáha klientom učiť sa komunikovať, učiť sa počúvať, rozvíjať si pamäť a získavať informácie o dianí okolo seba.[11]

Knihy a zaujímavé ilustrácie v nich boli ďalšou z možností ako uľahčiť klientke proces opakovania a fixovania slov, pomenovávania objektov, činností, hľadania vzťahov a príčin, rozvíjať aktívnu slovnú zásobu a obohacovať pasívnu slovnú zásobu o nové pojmy, kategórie, tematické oblasti. Neskôr boli ilustrácie zamieňané za tzv. autentické, reálne predmety, ktoré boli využívané počas tematických hier.

V logopedickej intervencii bola využívaná metodika „Chcem čítať“. Bola zameraná na rozvoj kognitívnych funkcií (konkrétne išlo o podporu a rozvoj v oblasti vnímania, myslenia, pamäte, chápania príčin a následkov) [12]. V metodike sa striedajú cvičenia na podporu analýzy a syntézy so zábavnými aktivitami (puzzle, navrhujeme oblečenie pre bábiku, vytváranie vzorov na látku atď.) [13]. Postupne sa klientka sa naučila identifikovať prvé slabiky v slovách, na základe analytických a sekvenčných cvičení. Klientka motivovaná prvými úspechmi a správnym identifikovaním slabík na stránkach svojej prvej knihy „Chcem čítať“ sa

[11] B. Kováćova: *Vývinovo orientovaná biblioterapia vo včasnej intervencii*, [w:] *Včasná intervencia orientovaná na rodinu*, pod red. M. Horňakovej, Bratislava 2010, Wydawnictwo Uniwersytetu Comenius, s. 180-199.
[12] Metoda symultaniczno-sekwencyjna oparta została na badaniach neuropsychologicznych i na doświadczeniach terapeutycznych J. Cieszyńskiej. Opiera się na wiedzy odnośnie sekwencyjnych zdolności lewej półkuli i symultanicznych sposobów przetwarzania bodźców werbalnych prawej półkuli.
[13] Zob. przykłady ćwiczeń ogólnorozwojowych: J. Cieszyńska, *Nauka czytania krok po kroku. Jak przeciwdziałać dysleksji*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2001.

dožadovala úloh aj domov (odôvodňovala svoju požiadavku tým, že chce ukázať všetkým, čo dokáže). Logopéd túto metodiku využil aj z toho dôvodu, že sa využíva aj pri práci s klientmi, u ktorých je predpoklad špecifickej vývinovej poruchy čítania – dyslexie[14].

Vďaka tejto metodike klientka správne pochopila proces analýzy a syntézy slov v procese písania, či čítania[15]. Tento progres bol v logopedickej intervencii považovaný za významný pre celkové zaškolenie klientky do základnej školy bežného typu.

V ďalších hrách (ako napr. V dome) sa klientka naučila vytvárať jednoduché vety. Základom tejto hry bolo vytvárať jednoduchú vetu v schéme: podmet + prísudok, napr. „Lala spí. Lala sa hrá. Lala je.“ Nakoľko klientka navštevovala materskú školu, postupne sa do viet „dostávali“ aj činnosti z jej pobytu medzi rovesníkmi. Pedagógovia tvrdili, že klientka sa snažila jednoduchými vetami ovplyvniť aj konanie svojich rovesníkov, napr. „Ty tam. Poď piť“[16]. Klientka objavila v používaní hovoreného jazyka „čaro“. Každý progres v komunikácii ju motivoval k čoraz väčším pokrokom.

Tematické hry (Doma. U lekára. V obchode.), ktoré boli na odporúčanie logopéda súčasťou aktivít v materskej škole, podporovali u klientky rozvoj jazykových kompetencií. Klientka v hrách kombinovala slová, čím vytvárala čoraz viacej schém vetných konštrukcií. Prostredníctvom nich postupne zvládla formulovať svoje želanie, protest, či potrebu.

Záver

V terapii reči u dieťaťa s oneskoreným vývinom reči zohráva dôležitú úlohu logopéd. Vzhľadom k obmedzenému času a priestoru v ambulancii logopéda zohráva vzájomná spolupráca logopéda s rodičmi a školou významný podiel v progrese rečového prejavu klienta/klientky. Je preto dôležité, aby používané stratégie k podpore rečového vývinu boli v rozličných prostrediach (ambulancia, detská izba, trieda v materskej škole) používané rovnako a opakovane v rozličných modifikáciách. Výsledky spoločného konania (logopéd-rodič-pedagóg) majú v prospech samotného klientka vplyv na úspešný priebeh terapie. Celkovo v terapii je nevyhnutné mať zadefinovaný problém, využívať veľké množstvo opakovaní, využívať modifikácie už prebratých hier, využívať pozitívnu motiváciu a to

[14] J. Cieszyńska, *Kocham czytać. Seria logopedyczna*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2005.
[15] J. Cieszyńska, *Kocham czytać. Seria logopedyczna*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2005.
[16] Údaje sú uvádzané pedagógmi materskej školy, ktorú klientka navštevuje.

v prostredí, ktoré je spolupracujúce a ústretové k vzájomnej kooperácii v prospech samotného dieťaťa.

Základom kooperujúcej intervencie sú hry (popísané v texte príspevku), ktoré napomáhajú prekonávať ťažkosti vyplývajúce z oneskoreného vývinu reči, či špecifického narušenia reči. Okrem hier na podporu rečového vývinu je nevyhnutné integrovať aj cvičenia na podporu hrubej a jemnej motoriky, grafomotoriky, vizuomotoriky, na podporu vizuálnych a akustických funkcií atď.

Literatúra:

CIESZYŃSKA J., *Kocham czytać*. Seria logopedyczna, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2005, ISBN 83-89434-22-9

CIESZYŃSKA J., *Kocham uczyć czytać. Poradnik dla rodziców i nauczycieli, Wydawnictwo Edukacyjne*, Kraków 2006, ISBN 83-89434-13-X.

CIESZYŃSKA J., KORENDO M., *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka. Od noworodka do 6 roku życia*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2007, ISBN 978-83-89434-19-7.

CIESZYŃSKA J., *Nauka czytania krok po kroku. Jak przeciwdziałać dysleksji*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2001, ISBN 83-7271-094-5.

DOMAGAŁA A., MIRECKA U., *Słuch fonemowy. Odkrywanie elementarnych jednostek* systemu *językowego*, „Logopedia" 2001, t.29, s.53-70, ISBN 0459-6935.

GRABIAS S., *Mowa i jej zaburzenia*, „Logopedia" 2000, t.28, ISSN 0495-6935.

HURLOCK E. B., *Rozwój dziecka*, PWN, Warszawa 1985, ISBN 83-01-06139-1.

JASTRZĘBOWSKA G., *Istota i klasyfikacje opóźnień w rozwoju mowy – przegląd stanowisk*, „Logopedia" 2000, t. 28, s. 69-85, ISSN 0495-6935.

JASTRZĘBOWSKA G., *Opóźnienie rozwoju mowy*, [w:] *Podstawy neurologopedii*, pod red. T. Gałkowskiego, E. Szeląg i G. Jastrzębowskiej, Opole 2005, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 367-368, ISBN 83-7395-151-2.

JASTRZĘBOWSKA G., PELC-PĘKLA O., *Diagnoza i terapia opóźnionego rozwoju mowy*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, pod red. T. Gałkowskiego i G. Jastrzębowskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2001, s. 670-686, ISBN 83-87635-31-6.

JASTRZĘBOWSKA G., *SLI: specyficzne upośledzenie rozwoju języka*, [w:] *Człowiek wobec ograniczeń*, red. G. Jastrzębowska, Z. Tarkowski, Lublin 2002.

KACZMAREK L., *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin 1977, Wydawnictwo Lubelskie, s.238-249, ISBN 83-222-0439-6.

KOVAĆOVA, B., *Terapia s bábkou. Teoretické východiská a vyskumné zistenia*, Bratislava, Musica Liturgica, 2012.

KOVAĆOVA, B., *Vývinovo orientovaná biblioterapia vo včasnej intervencii*. [w:] *Včasná intervencia orientovaná na rodinu*, red. M. Horňáková, Bratislava, 2010, Wydawnictwo Univerzitet Comenius, s. 180-199.

LEONARD L. B., *Children with specific language impairment*, London 2000.

ŁOBACZ P., *Prawidłowy rozwój mowy dziecka*, [w:] *Podstawy neurologopedii*, pod red. T. Gałkowskiego, E. Szeląg i G. Jastrzębowskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005, s. 231- 268, ISBN 83-7395-151-2.

MAURER A., *Zabawy z rymami. Kształtowanie się świadomości fonologicznej u dzieci przedszkolnych*, t. 1, Wydawnictwo Impuls, Kraków 1997.

Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa, pod red. A. I. Brzezińskiej, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, ISBN 9788360083833.

SAWA B., *Dzieci z zaburzeniami mowy*, WSiP, Warszawa 1990, ISBN 83-02-04122-X.

STYCZEK I., *Logopedia*, Warszawa, PWN.

TARKOWSKI Z, JURKIEWICZ C., *Rozwijanie mowy dziecka. Program terapeutyczno-stymulacyjny*, Lublin 1993.

ZALESKI T., *Obwodowe mechanizmy mowy*, [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, pod red. T. Gałkowskiego, Z. Tarkowskiego, Z. Zaleskiego, Lublin 1993.

Dr. Danuta Grzesiak-Witek, PhD.

Wydział Zamiejscowy Nauk o Społeczeństwie

Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II

Instytut Pedagogiki

Katedra Pedagogiki Specjalnej

Preklad:

Doc. PaedDr. Barbora Kováčová, PhD.

Ľudia s postihnutím na javisku - skúsenosť s prípravou a prezentovaním predstavenia:„ Prečolebo“ Divadla Dúhadlo (deti s Downovým syndrómom, ich súrodenci, kamaráti) – úspechy, pády a riziká.

Lucia Kralovičová

ABSTRAKT

Divadlo Dúhadlo pracuje dramatickými a dramatoterapeutickými metódami s deťmi s Downovým syndrómom už siedmy rok. Príspevok prináša pohľad na to, čím tento divadelný súbor prechádzal a čo všetko sa naučil pri naštudovaní ich posledného predstavenia „Cirkus Prečolebo,“ a to od vzniku myšlienky až k premiére predstavenia v Divadle Aréna v Bratislave. Je tu odhalené aj to, čo divák na javisku nevidí: práca, starosti, obavy, riziká, omyly, skrátka všetko to, čo ostáva zväčša skryté v zákulisí.

***Kľúčové slová**: Predstavenie „Cirkus Prečolebo“, vznik predstavenia, proces a produkt tvorby, prezentácia, festivaly a súťažné prehliadky*

ABSTRACT

People with handicap on the stage – experience with preparing and presentation of performance „Circus Precolebo“ of Theater Duhadlo (children with Down syndrome, their siblings and friends) – successes, falling downs, risks. Theater Duhadlo has been working through drama therapy with children with Down syndrome for 7 years. The contribution brings the view, how this ensemble works and what everything children have learned during working out this last performance „Circus Precolebo“ from the birth of idea towards performance premiere in Theater Arena in Bratislava. It brings to light, what spectator can not see on the stage: hardworking, sorrows, apprehension, risk, mistakes and everything what is usually hidden behind the coulisses.

***Key words:** performance “Circus Precolebo”, creation of performance, process and product creation, presentation, festivals and competitions*

Cirkus Prečolebo, premiéra v Divadle Aréna, Bratislava

Divadlo Dúhadlo pri Občianskom združení UP–Down syndrom v súčasnosti žije svoj siedmy rok. Pred dvoma rokmi ste mali možnosť na tejto konferenčnej pôde vidieť predstavenie *„Kozliatka maličké“* a dnes sme pred vás predstúpili s predstavením *„Cirkus Prečolebo“*. Toto predstavenie od vzniku jeho myšlienky, námetu, realizácie až po dnes po jeho derniéru znamenalo totiž pre naše divadlo asi najväčší posun. Je to predstavenie, v ktorom sme od začiatku chceli, aby prinieslo istú výpoveď jednak cez divadelné prostriedky a samozrejme prostredníctvom našich detí - „malých hercov“, ktorí vzhľadom na ich špecifiká a danosti najmä zmysel pre improvizáciu, radosť, nadšenie, zmysel pre prekvapenia, robia naše predstavenia výnimočným. Ako o nás pekne píše Radana Vizárová v štvrťročníku o amatérskom divadle a umeleckom prednese Javisku (1/2012): „Z iniciatívy môjho otca Damiana Vizára vznikol divadelný súbor pre deti s Downovým syndrómom s názvom Dúhadlo. Nebolo to preto, že by veril v ich výnimočnosť, ale preto, že veril v ich prirodzenosť. A tak sa stala prirodzenosť výnimočnou práve pre toto divadlo, kde sa nácviky, generálky a premiéry stávajú vždy novým predstavením. Pre iných hercov je improvizácia ťažkou skúškou, tu je samozrejmosťou, je vždy vítanou a dáva sa jej priestor“.

Predstaveniu *„Cirkus Prečolebo“* sme dali všetci kus svojho života, bolo to predstavenie, kde sme sa prvý raz pokúsili, aby deti nepôsobili na javisku iba ako skupina, či masa, ale aj ako jednotlivci, aby samostatne použili svoj hlas, pohyb, mimiku. Je to predstavenie autorské, kde

sme sa od začiatku snažili zaoberať otázkou „Prečo“, ktorá sprevádza každého, kto sa stretáva s ťažkosťami, s postihnutím, s utrpením. Dovoľujem si tvrdiť, že rodičia detí s postihnutím, teda naši rodičia, si túto otázku položili nie raz ... Na tomto predstavení sa do veľkej miery podieľali rodičia detí. Boli napríklad nahrávať rodičovské hlasy (ktoré odznejú na začiatku a na konci predstavenia) v štúdiu, ďalej sa podieľali na tvorbe kulís a rekvizít, vodili deti na skúšky, ktoré boli najmä v čase pred premiérou skutočne náročné. A držali nám palce, podporovali, motivovali deti a niekedy ich i „uplácali“.

Inšpiráciou pre vybratie témy predstavenia „*Cirkus Prečolebo*“ bol pre mňa silný príbeh krátkeho filmu Butterfly Circus v preklade Motýlí Cirkus (scénar: Joshua Weigel, Rebekach Weigel, réžia: Joshua Weigel). Principál Motýlieho Cirkusu navštívi bežný cirkus tej doby, kde ľudí s postihnutím ukazovali a vystavovali ich ako atrakcie. Tento principál sa dokázal vo svojom Motýľom cirkuse na týchto ľudí pozrieť inými očami, videl to, čo dokážu, to, čo je možné a dokázal, aby sa samotní títo ľudia pozreli na seba inými očami, aby uverili v svoje možnosti. Dal im ponuku ísť do jeho Motýlieho Cirkusu, kde spoločne spravili bravúrne predstavenie, pri ktorom diváci cítili namiesto zdesenia, výsmechu a ľútosti - obdiv, radosť a nádej.

Premiéra predstavenia *„Cirkus Prečolebo“* bola naplánovaná na piate výročie založenia Občianskeho Združenia Up–Down syndrom (toto združenie vzniklo v roku 2007 s cieľom podpory a pomoci ľuďom s Downovým syndrómom a s iným mentálnym a telesným postihnutím najmä v sociálnej oblasti, pričom prioritnou je oblasť vzdelávania a zamestnávania) a prebiehala skutočne vo „veľkom štýle“. Svoj priestor nám poskytlo bratislavské Divadlo Aréna. Ako hosť na predstavení bola vtedajšia premiérka Slovenskej republiky Iveta Radičová, riaditeľ divadla Aréna Juraj Kukura a samozrejme ďalší hostia, priatelia a známi. Týmto sa samozrejme nechceme chváliť. Spomíname to najmä preto, že tým sme sa my, ako tvorcovia dostali pod veľký tlak. Cítili sme ohromnú zodpovednosť vyjsť na javisko nie s besiedkou, ale so skutočným divadelným predstavením.

Na tomto mieste sa chceme s vami podeliť so skúsenosťou, **aké to môže mať úskalia, keď sa do popredia v dramatickej či dramatoterapeutickej práci dostáva výkon.** Ako uvádza Šicková (2000) „ ... umelecký artefakt či vytvorenie umeleckého produktu (v našom prípade predstavenia) v arteterapii nie je dôležitý, rozhodujúci je proces tvorby, ktorý je integrujúcim činiteľom v prevencii a v terapii“.

Spomínaný tlak z premiéry a z očakávaní spôsobil, že sme odrazu považovali náš umelecký produkt – predstavenie - za veľmi dôležité. Z rolí dramatoterapeutov sme sa dostali do rolí režisérov zodpovedných za svoje dielo. A v našich očiach sa deti zrazu premenili na hercov a občas sme skutočne zabudli na to, že sú deťmi. To znamená, že sme možno priveľa skúšali, priveľa kričali, boli sme skrátka nervózni. Postavenie výkonu pred proces skutočne prináša so sebou veľké riziko. Treba s takýmto postupovaním narábať opatrne a voliť ho v čase, keď veríme, že klienti tento posun zvládnu. Ale vždy je to riziko. Podľa Majzlánovej (2011) je vhodné ak deti spočiatku hrajú divadlo blízkym a známym osobám a až neskôr pred neznámymi ľuďmi – obecenstvom. Predstavenia slúžia aj na vylepšenie samotného hrania, sústredenia sa, zbavenia sa neistoty. Deti sa naučia nevystupovať z role počas hrania a sústrediť sa na dej, improvizovať aj v neočakávaných situáciách. Chceme tiež upozorniť, že vystupovanie pred veľkým publikom nie je vhodné a prínosné pre každého klienta. Najmä pre ľudí s autistickými črtami, s autizmom a s úzkosťou je veľkou výzvou už len prezentácia pred malým, blízkym publikom, ktoré tvoria rodičia či kamaráti. Ako sa vraví, netreba za každú cenu“ tlačiť na pílu“. Niekedy však my chceme viac, ako nám zverené osoby chcú či môžu. A toto sa od terapeutických cieľov vzďaľuje, hoci na druhej strane sa to približuje cieľom integračným či inkluzívnym. Premiéru na veľkom javisku sme zvládli nakoniec úspešne a opäť sme o kúsok divadelne podrástli.

Ďalším posunom v našom divadle bolo to, že sme si dali za cieľ odohrať predstavenie viac ako jeden krát. Dovtedy sme totiž hrali predstavenie vždy v deň premiéry a potom už nič. Len *„Kozliatka maličké“* sme hrali ešte jeden krát na minuloročnej konferencii - ako sme už uvádzali. No nelenili sme a od septembra 2011 sme si naplánovali hrať predstavenie „Cirkus Prečolebo“ pred obecenstvom jeden raz za šesť týždňov. No keď sme odohrali takto dve predstavenia, prišli sme na to, že sme nezvolili dobrú cestu. Zistili sme, že stále len skúšame, organizujeme a celé naše stretnutia sa začali niesť v duchu príprav na to ďalšie predstavenie. Zrazu sme videli, že pre deti to nemá až taký efekt, boli unavené, trochu unudené i keď na predstavení vždy podali požadovaný výkon. A tak sme sa rozhodli do tohto cieľa neprísť. Frekvenciu hrania predstavenia sme výrazne znížili. Predstavenie sme hrali ešte pri príležitosti osláv 90-teho výročia založenie Špeciálnej základnej školy na Karpatskej ulici v Bratislave a na dvoch súťažných prehliadkach a festivaloch. A práve účasť na týchto podujatiach boli poslednou novou etapou v našom divadle, do ktorej sme sa dostali.

Proces našich stretnutí v rámci Divadla Dúhadlo bol opäť postavený na čisto cieľoch dramatickej výchovy a dramatoterapeutickej práce. Popri tom sme sa však rozhodli ešte zúčastniť **súťažného *„Festivalu Damiana Vizára -*** *Festival ľudí s mentálnym postihnutím, ľudí so skúsenosťou so psychickým ochorením, ich priaznivcov a pracovníkov s nimi“*. Prvý raz nás sledovala odborná porota a bola to skúsenosť veľmi milá a povzbudzujúca. Preto sme sa rozhodli prihlásiť na súťažnú prehliadku, ktorú organizuje Národné osvetové centrum ***„Zlatá Priadka“*.** Je to jedna z viacerých súťažných prehliadok určených amatérskym súborom, ktoré Národné osvetové centrum organizuje, a je to skutočne dobrým, umelecky profesionálnym priestorom, kde sa dá jednak s dramatickým umením prezentovať a jednak získavať nové podnety, výzvy a skúsenosti.

Celý názov tejto prehliadky je: **Celoštátna postupová súťaž a prehliadka detskej dramatickej tvorivosti ZLATÁ PRIADKA ŠAĽA 2012 v rámci 90. ročníka súťaží slovenských divadelných súborov Scénická žatva 2012. Pre lepšiu predstavu ponúkame nasledujúcu základnú charakteristiku súťažnej prehliadky Zlatá priadka 2012, ktorú spracovala Štefková v propozíciách.**

Zlatá priadka – Šaľa 2012 je celoštátna postupová súťaž (trojstupňová – regionálna, krajská, celoštátna) a prehliadka. Prezentujú sa v nej výsledky dobrovoľnej záujmovej činnosti žiakov na školách. Samotnej účasti na prehliadke predchádza systematická práca pedagógov s talentovanými deťmi a mládežou v rámci výchovno-vzdelávacieho procesu. Na pôde zdravej súťaživosti rozvíja talent, nadanie a odbornosť mladých ľudí v čase vyučovacieho a mimo vyučovacieho procesu. Súťaž je dobrovoľnou činnosťou detí a žiakov, napomáha rozvíjať ich záujmy a nadanie.

Poslanie súťaže a prehliadky

Zlatá priadka 2012 ako celoštátna postupová súťaž a prehliadka súborov a sólistov divadla hraného deťmi (činoherného, bábkového, hudobno-dramatického, pohybového a pantomimického, dramatickej hry detí) je najvyššou prezentáciou kolektívov a jednotlivcov v oblasti detskej dramatickej tvorivosti. **Predstavuje a konfrontuje uplatňovanie rôznych štýlov práce s deťmi v integrácii majoritných a minoritných skupín (zdravotne**

postihnutých, národnostných a pod.), vytvára priestor na vzájomnú inšpiráciu, vzdelávanie a výmenu skúseností umelecko-pedagogického vedenia detských súborov. Stretávajú sa v nej najlepšie súbory zo Slovenska. Pedagógovia aj súťažiaci majú možnosť pracovať v dielňach, kde získavajú nové skúsenosti a poznatky z oblasti detského divadla. Súťaž umožňuje pedagogickým zamestnancom využívať poznatky zo súťaže na skvalitnenie výchovno - vzdelávacieho procesu.

Štruktúra súťaže

Súťaž je viacstupňová, môže sa jej zúčastniť každý neprofesionálny záujemca a neprofesionálne kolektívy, ktoré inscenujú literárne a autorské texty.

Súťaž sa rozdeľuje na:

a) súťaž jednotlivcov – žiaci 1. až 9. ročníka základných škôl a I. V. ročníka osemročných gymnázií (vo veku od 6 do 15 rokov, vrátane). V scénickej miniatúre účinkuje jeden sólista, ktorý môže spolupracovať s dvomi resp. tromi pomocníkmi, dvojica alebo trojica účinkujúcich, časový limit je určený do 15 minút.

b) súťaž kolektívov (súborov) – žiaci 1. až 9. ročníka základných škôl a I. V. ročníka osemročných gymnázií (vo veku od 6 do 15 rokov, vrátane).

Organizačné zabezpečenie a riadenie súťaže

Súťaž je organizovaná na niekoľkých úrovniach.

1) Základné regionálne stupne organizujú kultúrne a osvetové zariadenia.

2) Krajské stupne organizujú vybrané regionálne, krajské osvetové strediská

Propozície (podmienky súťaže, organizácia, prihlášky a pod.) uvedených divadelných súťaží a prehliadok sú zverejnené na internetovej stránke: http://www.nocka.sk/divadlo. Sú to tieto prehliadky, ktorých ak splnia podmienky, sa samozrejme môžu zúčastniť aj dramatické zoskupenia ľudí s postihnutím, ktorých je v súčasnosti stále viac.

Celoštátna postupová súťaž a prehliadka amatérskych divadelných súborov dospelých **EXIT 2012 – LEVOČA**.

Celoštátna postupová súťažná prehliadka divadla mladých **Tlmačské činohranie 2012**,

Celoštátna postupová súťaž a prehliadka divadla dospelých hrajúcich pre deti **Divadlo a deti**.

S predstavením „Cirkus Prečolebo“ sme sa zúčastnili bratislavského krajského kola súťažnej prehliadky Zlatá priadka pod názvom Stretnutie s malou Táliou, ktorá sa konala 21. -22.3.2012 v Senci. Prehliadka bola dvojdňová, pretože sa prihlásilo veľa súborov. Po prvýkrát niektoré z detí nášho súboru prespávali bez rodičov, po prvý krát sa zúčastnili prehliadky iných divadiel. Len pre lepšiu predstavu: v prvý deň prehliadky sme videli 8 predstavení a v druhý deň okrem toho, že sme hrali, sme videli asi 7 predstavení a slávnostné vyhlásenie výsledkov. Naše deti naozaj videli všetky súbory, alebo väčšinu, sedeli v prvom rade v sále a naozaj pozorne sledovali pódium. Najskôr sme sa báli, že deti nevydržia sledovať ostatné súbory, no priznávam, vydržať pozorne sledovať sme mali problém my dospelí! Naozaj nás naši „divadelníci“ prekvapili a prekvapili aj odbornú porotu, ktorá okrem hodnotenia robí aj rozbor všetkých predstavení, na ktorých sa môžu všetci tvorcovia zúčastniť. Je to veľmi užitočné a prácu divadelných kolektívov to posúva dopredu. Nie, hlavnú cenu sme nezískali, ale získali sme cenu za využitie scénických prvkov ako sú činky, had, rekvizity a pod. No získali sme oveľa viac ako cenu, získali sme vieru a istotu, že môžeme byť rovnocennými partnermi iným detským súborom a kolektívom, dokonca aj kolektívom zo Základných umeleckých škôl. Okrem našich detí boli na tejto prehliadke aj herci s mentálnym postihnutím z Domova sociálnych služieb a zariadenia Podporovaného bývania Merema Modra - Harmónia, divadelný súbor Meremáci – Snehuláci. Tento súbor si odniesol 2. miesto v kategórii divadlo dospelých hrajúcich pre deti pri neudelení 1. miesta.

Na záver niečo z uverejnenej kritiky Martina Petericha v časopise Javisko 2 – 3/2012:

„Pred vyše piatimi rokmi Damianovi Vizárovi napadlo založiť divadlo pre deti s Downovým syndrómom. Málo o nich vieme, použijúc básnika Lorcu – „sú to problémy ukryté za vysokými stenami". A predsa sa niečo dá: vyjsť na svetlo. Najprv možno besiedka pre rodičov, potom pre priateľov, a zrazu dielko dokráča, nie prvý raz až na krajskú prehliadku. Vidieť a byť videný platí nielen v doprave, ale aj tu. Na začiatku sú sudičky, plač dieťaťa s kardinálnou otázkou "Prečo?... v záverečnom finále zaznie smutná, nie však patetická odpoveď na túto otázku - „ Lebo..!"

Literatúra:

MAJZLANOVÁ, K. 2011. Uplatnenie dramatoterapie u ľudí s postihnutím. In Majzlanová, Katarína a kol.2011. *Súčasná dramatoterapia: prístupy, výzvy*. Bratislava :FLINGUA 2011. s. 93-99 ISBN 978-80-89328-56-7.

PETERICH, M. 2012. Od Senca po Senicu, teda dve krajské, alebo: Slovensko má talent. In *Javisko: štrťročník o amatérskom divadle a umeleckom prednese*. Roč.44, č.2-3, 2012, Bratislava : Národné osvetové centrum ISDS – ISSN0323 – 2883.

ŠICKOVÁ- FABRICI, J.2002. *Základy arteterapie*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.

ŠTEFKOVÁ, Alexandra. Propozície Zlatá priadka – Šaľa 2012 [online]. Dostupné na internete: <http://www.nocka.sk/divadlo/detska-dramaticka-tvorivost/propozicie/2012/info>.

VIZÁROVÁ, R. Cirkus Prečolebo, či ako to mentálne postihnuté deti majú jasné. In *Javisko: štrťročník o amatérskom divadle a umeleckom prednese*. Roč.44, č.1, 2012, Bratislava : Národné osvetové centrum ISDS-ISSN 0323 – 2883.

Mgr .art. Lucia Kralovičová,
liečebná pedagogička - (vedúca divadelného súboru Divadlo Dúhadlo)
UP-Down syndrom
Gercenova1
85101Bratislava
Slovensko

E-mail: kralucana@gmail.com

Výmenný obrázkovo komunikačný systém u detí s poruchou autistického spektra

Katarína Mravíková, Petra Vraňáková

ABSTRAKT

Článok sa zaoberá alternatívnou augmentatívnou komunikáciou aplikovanou u dieťaťa s autizmom. Forma komunikácie, akou je výmenný obrázkovo komunikačný systém (VOKS) zohľadňuje práve špecifické problémy komunikácie klientov s autizmom, jej úskalia a problémy s nadväzovaním sociálnych vzťahov.

Kľúčové slová: *VOKS- výmenný obrázkovo komunikačný systém, komunikácia dieťaťa s PAS- poruchou autistického spektra, terapeutický proces, terapeutický vzťah*

Komunikácia je výmena informácií medzi jedincami formou spoločného systému znakov. Ide o dorozumievanie sa, získavanie informácií, ale aj vyjadrenie seba samého. Práve touto výmenou sa človek stáva sociálnym tvorom. Už preklad latinského *communicare* – deliť sa, zverovať sa vytvára predpoklad, že pri komunikácii ide o vzťah. Vzťah dvoch alebo viacerých jedincov, medzi ktorými navzájom prebieha výmena.

Poruchy autistického spektra (PAS) inak pomenované aj pervazívne vývinové poruchy narúšajú vývin dieťaťa vo viacerých oblastiach. Jednou z narušených oblastí je práve komunikácia. Do triády problémových oblastí patria okrem komunikácie aj sociálne interakcie a predstavivosť (imaginácia). V rámci tohto spektra sa stretávame s rôznou úrovňou jazykových schopností a teda aj komunikácie. Niektoré deti nerozprávajú vôbec, iné musia byť silne motivované a prejav ďalšej skupiny je takmer v norme.

Tam, kde chýba účinná forma komunikácie dochádza k zbytočnej frustrácii a poruchám správania. E. Schopler píše, že „deti, ktoré nemôžu účinne komunikovať, majú problémy, chcú na seba upútať primeranú pozornosť, a preto volia také správanie, ktoré pozornosť dospelého zaručene priláka“ (Schopler, 1999, s.57).

U detí s PAS sa využívajú rôzne alternatívne a augmentatívne formy komunikácie. Za posledné tri desaťročia, v ktorých sa alternatívna augmentatívna komunikácia (AAK)

intenzívne rozvíjala, bol vyvinutý celý rad alternatívnych a augmentatívnych komunikačných stratégií a taktiež veľký počet komunikačných pomôcok. Ako sa rozširovali služby AAK, hľadali sa stále vhodnejšie a efektívnejšie prístupy, ktoré ako tvrdí Romančík (1999), by na jednej strane vyhovovali čo najväčšiemu počtu klientov, ktoré by však na strane druhej v maximálnej miere saturovali ich špecifické potreby. K tomu, aby dieťa rozumelo a rešpektovalo pokyny druhých ľudí, je podľa Čadilovej (2008) potrebné, aby sa pri komunikácii používali kľúčové slová alebo jednoduché vety, v ktorých sa dieťa vie orientovať, slová a vety „prehrávať" gestami a mimikou a komunikáciu dopĺňať vizuálnymi podnetmi.

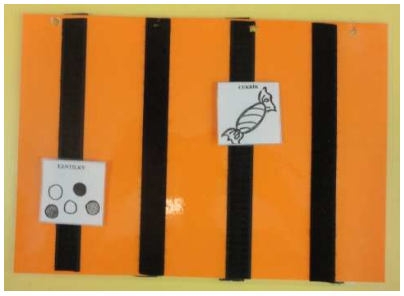
Výmenný obrázkový komunikačný systém ďalej len VOKS je určený pre všetky vekové kategórie, kde sa vyskytuje problém s funkčnou komunikáciou. Na české pomery ho metodicky upravila a prispôsobila PhDr. Margita Knapcová (2009). Teoreticky systém vychádza z princípov metódy The Picture Exchange Communication System – PECS (Bondy, Frost, 1994 in Knapcová, 2009, s.8).

Hlavné ciele VOKS sú:

- funkčná komunikácia,
- augmentatívna (doplnková) komunikácia,
- rozvoj mentálnych funkcií (diferenciácia, pamäť, pozornosť, kognícia..),
- vytváranie vzťahu medzi komunikačným partnerom a dieťaťom,
- samostatnosť dieťaťa.

VOKS má výhodu v tom, že vytvára situácie, kde dochádza k silnej motivácii dieťaťa komunikovať. Oproti iným komunikačným systémom sa líši v tom, že na kartičku sa neukazuje, ale kartičkový systém sa vymieňa. Dochádza tu k výmene a tým aj udržaniu očného kontaktu a nadviazaniu vzťahu medzi komunikujúcimi osobami. Takto sa okrem komunikácie budujú aj sociálne vzťahy komunikujúceho so svojim okolím. Systém VOKS vychádza z aktuálnych túžob a prianí dieťaťa, ktoré sú spočiatku materiálne. Metóda VOKS sa usiluje o to, aby bol klient aktívny hneď od začiatku nácviku komunikácie. K tomu pomáhajú efektívne a účelné odmeny. Vhodné odmeny sa zisťujú dôsledným pozorovaním

klienta. Zistí sa čo rád konzumuje, s čím rád manipuluje, potom sa zo získaného zoznamu vhodných potravín a odmien prevedie riadený výber, ktorého výsledkom je hodnotová hierarchia klienta v oblasti potravín a predmetov.



Komunikačná tabuľka so symbolom primárnej odmeny

Nácvik výmeny (kartička so symbolom za reálnu odmenu)

Od začiatku dbáme na vytváranie komunikačnej situácie vo vzťahu. Práve vytvorenie a posilnenie vzťahovej kompetencie je u detí s PAS dôležitou úlohou. Ako píše Horňáková (1999, s. 85) „ znakom správneho vzťahu je to, že vedie k posilneniu sebakompetencie klienta (schopnosti postarať sa o seba v maximálnej možnej miere), ako aj výchovnej kompetencie jeho najbližších (rodičov, súrodencov, partnerov..).“ A práve tieto atribúty VOKS rozvíja a stavia na nich. Bez vytvorenia a posilňovania vzájomného vzťahu niet spolupráce pri akejkoľvek intervencii. Našou víziou do budúcna je odovzdávanie komunikačných zručností blízkym ľudom človeka s PAS a realizovať proces terapie v kooperácii rodič dieťa terapeut.

Pri používaní tejto metódy dbáme na podporenie očného či fyzického kontaktu medzi komunikujúcimi a na splnenie žiadosti dieťaťa. Na nácvik tejto metodiky sú okrem dieťaťa potrebné dve osoby: komunikačný partner (komunikuje a riadi nácvik) a asistent (pomáha a navádza). Aby sa dieťa neviazalo na jedného komunikačného partnera, odporúča sa striedanie týchto rolí a v neskoršej fáze aj zapojenie ďalších osôb do týchto rolí. Pre komunikačného partnera je dôležité dodržanie verbálnych pokynov a výziev. Tie sú eliminované kvôli možným echoláliám a vytvoreniu závislosti na pokynoch zo strany komunikačného partnera.

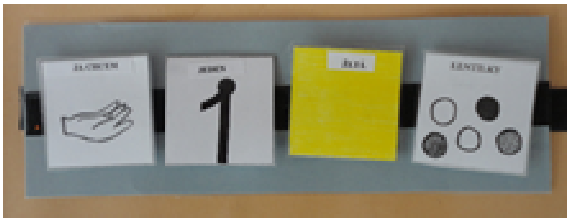
Asistent komunikačného partnera stojí za dieťaťom a pomáha mu osvojiť si začiatočné kroky tohto komunikačného systému. Aby nedošlo k spoliehaniu sa dieťaťa na pomoc, postupne sa od fyzického nabádania a vedenia upúšťa. Dieťa sa stáva v komunikácii čoraz samostatnejšie.

Tým rastie jeho motivácia komunikovať ďalej. Zároveň sa zvyšuje nezávislosť dieťaťa, posilňuje sa jeho sebakompetencia, rastie autonómia, zmierňuje sa frustrácia a následná agresivita dieťaťa z neschopnosti jeho okolia porozumieť mu.

Výhody metódy VOKS :

1. rýchlo osvojiteľný,
2. vysoko motivujúci,
3. dieťa je iniciátorom komunikácie,
4. uplatňovaný vo viacerých prostrediach dieťaťa,
5. redukujúci nežiaduce správanie dieťaťa.

Schopler (1999) uvádza, že ľudia s vývinovou poruchou potrebujú pri komunikácii vizuálnu podporu. Ak nevidia predmet, ktorý slovo označuje, obtiažne si toto slovo vybavujú. A práve toto VOKS zohľadňuje. Pozitívom tejto metodiky je, že dieťa môže vďaka vizualizovaným symbolom slov, žiadať aj o to, čo nevidí. Naučí sa žiadať čo chce a nie čo práve vidí. Postupne pri žiadaní môže svoju požiadavku rozšíriť o ďalšie atribúty ako je počet, farba, tvar...



Vetný prúžok so žiadosťou obohatenou o viaceré atribúty

Každá komunikácia je podnecovaná vytvorením vzťahu a naopak každý vzťah je založený na komunikácii. Straussová, Knotková (2011) uvádzajú, že pokiaľ má vzťah zostať fungujúcim vzťahom, je potreba využívať komunikáciu. Podľa Horňákovej (1999) sa terapeutický vzťah vyznačuje:

- blízkosťou a zdieľaním s klientom,
- dôverou v pozitívnu zmenu a optimizmom,
- trpezlivosťou,

- akceptovaním človeka takého aký je, aj s jeho aktuálnymi možnosťami,
- pochopením človeka v jeho túžbach, potrebách, rolách a skúsenostiach.

VOKS poskytuje možnosť žiadať a zároveň zdieľať. Komunikačný partner sa nezaobíde bez optimizmu a viery v pozitívne zmeny. Spolu s asistentom by mali byť vyzbrojení vysokou dávkou trpezlivosti. Svojim individuálnym prístupom k dieťaťu zohľadňujú jeho tempo a taktiež miesto, čas aj formu výučby jednotlivých lekcií komunikácie. A napokon je to práve veľká túžba komunikačného partnera a asistenta porozumieť dieťaťu, jeho požiadavkám či potrebám vyjadrených vo vzájomnej komunikácii. Dôležité je vytvoriť pre dieťa priestor na sabavyjadrenie a na porozumenie svojmu okoliu. Pretože dieťa stojí v centre pozornosti tejto metodiky.

Nikto nie je kompetentnejší vychovávať svoje dieťa ako jeho rodičia, ktorí ho majú radi a ktorí s ním trávia toľko času, koľko by si nemohol dovoliť žiadny odborník. Kým však rodičia nebudú vidieť, že liečebný pedagóg sa usiluje pochopiť ich situáciu bez zdvihnutého prsta, len ťažko budú môcť prijať dobre mienené rady. Rovnako je dôležitá aj dobrá spolupráca medzi odborníkmi ktorí pracujú s dieťaťom. Je to reálne len vtedy a len tam, kde sú stanovené jasné kompetencie a kde je určená zodpovednosť za presne určené úlohy. Rôznorodé vnímanie klienta odborníkmi prispieva k väčšej možnosti ponuky pomoci. Samozrejmosťou naďalej ostáva vzťah, ktorý je potrebné nadviazať, formovať ho a starať sa oň tak, aby malo dieťa pri kooperácii pocit bezpečia, radosti a pohody. To znamená realizovať terapeutické stretnutia v pravidelných intervaloch, s jasnou štruktúrou, s centrom pozornosti na dieťa, ktoré sa potrebuje zorientovať, vyjadriť a naplniť svoje potreby, túžby, priania.

Som aký som, a to je to, čo ponúkam klientovi, dieťaťu so špeciálnymi potrebami. Nemôžem mu vopred nič zaručiť, ale môžem mu sľúbiť, že svoju prácu a svoje poslanie urobím s láskou, sústredene a trpezlivo. Urobím všetko preto, aby si uvedomil seba samého, svoje bytie a pristupoval k sebe vnímajúc svoje chcenia. Nič mu nevnucujem, dávam mu možnosť ponuky a výberu.

Literatúra:

ČADILOVÁ, V.- ŽAMPACHOVÁ, Z.: Strukturované učení- vzdělávaní dětí s autizmem a jinými vývojovými poruchami. Praha: Portál 2008. ISBN 978-80-7367-4755.

HORŇÁKOVÁ, M.: Nebyť normálny je normálne. In: Lechta, V. (ed.): Transdisciplinárne aspekty inkluzívnej pedagogiky. Bratislava: EMITplus 2010. ISBN 978-80-970623-2-3. s. 107-112.

HORŇÁKOVÁ, M.: Liečebná pedagogika. Bratislava: SVORNOSŤ 1999. ISBN 80-8046-126-0.

KNAPCOVÁ, M.: Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků 2009. ISBN 978-80-86856-63-6.

ROMANČÍK, C.: Alternatívna a augmentatívna komunikácia. Bratislava: Andreas 1999.

SCHOPLER, E.: Príbehy dětí s autismem a příbuznými poruchami vývoje. Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-202-5.

STRAUSSOVÁ, R. – KNOTKOVÁ, M.: Průvodce dětí s poruchou autistického spektra. Praha: Portál 2011. ISBN 978-80-262-002-4.

PaedDr. Katarína Mravíková
liečebná pedagogička
MŠ Iljušinova
Bratislava
E-mail: katarina.mravikova@gmail.com
Mgr. Petra Vraňáková
liečebná pedagogička
MŠ Iljušinova
Bratislava
E-mail: pvranakova@gmail.com

Autizmus doma alebo ako budovať vzťah s autistickým dieťaťom, ktoré vzťah (zdanlivo) nepotrebuje

Mária MAGÁTOVÁ

ABSTRAKT

Autizmus – typy, prejavy, oblasť vzťahov. Vytváranie, budovanie a udržiavanie vzťahu s dieťaťom s diagnózou autizmus v interakcii dieťa a najbližší príbuzní. Je možný vzťah s dieťaťom, ktoré vzťahy odmieta? Forma a prostriedky na zvládanie agresivity, útočnosti, úzkosti a fóbií a iných neprimeraných reakcií autistického dieťaťa v kontakte s okolím. Predchádzanie nežiadúcim a rušivým prejavom správania dieťaťa jeho aktivizovaním, zamestnávaním, vytvorením denného režimu a komunikačného systému.

Kľúčové slová: *Autizmus, vytváranie vzťahu, odmietanie vzťahu, ambivalencia vo vzťahu s autistickým dieťaťom, možnosti korekcie negatívnych prejavov – agresivita, úzkosť, fóbie, denný režim, komunikačný systém.*

ABSTRACT

Having Autism at home or How to build a relationship with an autistic child that (supposingly) does not need a relationship

Autism - types, symptoms and relationships. How to create, build and maintain a relationship with a child with autism. Is it possible to build a relationship with a child who refuses it? Forms and means of coping with aggressive tendencies, anxieties, phobias, and other inappropriate behaviour of children with autism, when interacting with their surroundings. Prevention of unwanted and disruptive behaviour in children with autism by mobilizing, recruiting, and creating a daily routine and communication system.

Keywords: *Autism, Creating a relationship, rejecting a relationship, ambivalence in relation to children with autism, possibility of correcting negative behaviour - aggression, anxiety, phobias, daily routines, communication systems.*

AUTIZMUS

O autizme sa toho v odbornej literatúre píše veľa. Na tomto mieste sa však pokúsim priblížiť túto problematiku očami matky (pestúnskej matky autistického dieťaťa) a súčasne liečebnej pedagogičky.

Vieme, že autizmus je multifaktoriálne podmienený stav osobnosti dieťaťa (človeka), ktorý však ešte i teraz nemá jasne definovanú etiológiu a presné príčiny vzniku. Hoci teórií o príčinách vzniku je viac, žiadna z nich dostatočne nevysvetľuje, prečo sa autizmus objaví u daného dieťaťa.

Podstatou autizmu je jeho **pervazívnosť** (preniká celou osobnosťou, všetkými funkčnými oblasťami) a **širokospektrálnosť v prejavoch**. Škála prejavov autizmu je tak široká, že sa v poslednej dobe odporúča využívať pojem Poruchy autistického spektra (PAS) a nielen Pervazívne vývinové poruchy (PVP). V základnej charakteristike autizmu však i naďalej platí, že ide o rôzny stupeň narušenia v troch základných oblastiach (triáda postihnutia): oblasť komunikácie a reči, oblasť sociálnej interakcie a nadväzovania vzťahov a tiež porucha v oblasti myslenia, imaginácie, fantázie a hry. Uvedené ťažkosti v jednotlivých oblastiach sú ďalej ešte doprevádzané obmedzeným okruhom záujmov, neúčelným repetitívnym (stereotypným) správaním a mnohými zdanlivo nezmyselnými rituálmi, fóbiami, úzkosťami a niekedy i agresívnym, deštruktívnym správaním na jednej strane, alebo pasivitou, extrémnou utiahnutosťou a hypobúliou na druhej strane. Konkrétne prejavy u jednotlivých detí sa natoľko líšia, že len ťažko možno nájsť na svete dvoch „rovnakých“ autistov.

Pri autizme je dôležité uvedomiť si, že:

● Autizmus je celoživotné postihnutie, ktoré sa prejavuje už od raného detstva.

● Typické príznaky nastupujú do 3. roku veku.

● Spektrum príznakov je široké, mení sa ich skladba aj intenzita.

● Autizmus môžu sprevádzať aj iné postihnutia: epileptické záchvaty, zmyslové a telesné postihnutia.

● 75 % ľudí s autizmom má zároveň rôznu hĺbku mentálnej retardácie.

● 50 % autistov aktívne nerozpráva.

● Ľudia s autizmom môžu vynikať v niektorých činnostiach, sú to však činnosti, ktoré nevedia v reálnom živote primerane využiť.

Najbežnejšie formy autizmu sú: **klasický detský autizmus** (infantilný, Kannerov), kde sú veľmi výrazné prejavy odchýlok vo vývine, vo všetkých troch oblastiach triády. Na opačnej strane spektra stojí **Aspergerov syndróm**, pri ktorom ide o ľudí, ktorí sú vysoko funkční, sú i schopní samostatného života, len sú v medziľudských kontaktoch veľmi zvláštni. Majú vyhranené záujmy, intelekt v norme alebo sú nadpriemerne inteligentní. Sú to tzv. vedátorské typy. Ale tiež majú v bežnom sociálnom prostredí výrazné problémy. Často majú fóbie z rôznych, nepochopiteľných vecí. Medzi týmito dvoma formami je celá škála iných foriem autizmu, ktoré majú jednotlivé príznaky rôzne prekombinované a ich jednotlivé prejavy nie sú jasne vyhranené a menia sa vekom a vývinom. (http://lesk.cas.sk/clanok/8412/moje-dieta-je-autista.html).

Prejavy autizmu sú charakterizované obmedzenými, stereotypne sa opakujúcimi spôsobmi správania, záujmami a aktivitami, tendenciami k rigidite a rutinnému správaniu v každodennom živote. Môže sa vyskytnúť špecifická príchylnosť k neobvyklým, nie mäkkým predmetom, najmä v ranom detstve. Často sa vyskytujú pohybové stereotýpie (trepotanie rukami pred očami, poskakovanie, pobehovanie), bežný je tiež špecifický záujem o nefunkčné prvky predmetov. Môže sa vyskytovať tiež odpor k zmenám v obvyklých činnostiach. V rámci komunikácie, ide často o jednostrannú komunikáciu, kedy dieťa odpoveď nezaujíma, alebo dieťa používa reč najmä, keď ide o napĺňanie jeho potrieb, alebo ak dieťa nekomunikuje vôbec, tak svoje požiadavky vyjadruje pomocou ruky inej osoby. Ak je dieťa verbálne, tak často opakuje slová (echolálie), alebo neustále hovorí o tej istej téme. Pri kontakte s ľuďmi nemáva očný kontakt, alebo je očný kontakt neprirodzený. Aktivity nevyžadujúce sociálne cítenie vykonáva veľmi rýchlo a pohotovo. Pri manipulácii s predmetmi dieťa často tieto veci točí, pozoruje z rôznych uhlov, alebo vkladá do úst, oblizuje ich. Autistické dieťa máva ťažkosti s rozoznaním a pochopením myšlienok, emócií, túžob a zámerov iných ľudí, ale aj svojich, preto často nie je schopné svoje reakcie prispôsobiť požiadavkám iných ľudí.

Okrem týchto špecifických diagnostických rysov sa u autistických detí často vyskytuje mnoho iných **nešpecifických problémov**, ako sú strachy /fóbie/, poruchy spánku a prijímania potravy, záchvaty zúrivosti a agresivita. Dosť časté je tiež sebadeštrukčné správanie, zvlášť

keď je pridružená ťažšia mentálna retardácia. Väčšine autistických detí chýba spontánnosť, iniciatíva a tvorivosť pre organizovanie ich voľného času, majú problémy s koncepčnosťou pri rozhodovaní sa v práci, aj keď ich schopnosti na samotné úlohy stačia. Významne a podstatne býva narušená aj oblasť empatie a schopnosť vcítenia sa do potrieb iných ľudí. Celkovo dieťa pôsobí veľmi egocentricky a energicky trvá najmä na plnení svojich potrieb a očakávaní. Nemá rado čakanie, obmedzenia, zákazy, príkazy a iné verbálne inštrukcie. U autistických detí sa často vyskytuje istá miera hypersenzitivity na určité vonkajšie podnety a stimuly (svetelné, tepelné, taktilné ai.), deti veľmi citlivo a silne vnímajú tieto podnety, často až bolestivo, rušivo a nepríjemne. Špecifický prejav deficitov, charakteristických pre autizmus, sa mení s vekom detí. Deficity pokračujú aj v priebehu dospelosti s problémami v socializácii, komunikácii a v záujmoch (ttp://www.andreas.sk/index.php?www=autizmus).

Bežnou a významnou súčasťou autistických porúch býva práve **narušenie v oblasti sociálnej interakcie a najmä vo vytváraní a budovaní vzťahov**. O autistických deťoch sa často hovorí, že sú sociálne dyslektické – nevedia „čítať“, čo sa deje v sociálnej situácii, nerozumejú bežným a všedným sociálnym javom, nechápu vzťahovým väzbám a prepojeniam, cielenej i náhodnej komunikácii s inými ľuďmi. Nevedia adekvátne a spontánne (za)reagovať, keď sa im niekto prihovorí, nevedia/nechcú alebo nemajú ako odpovedať na otázky. V sociálnych situáciách sú zmätené a neorientujú sa v tom, čo sa od nich očakáva. Často reagujú nevhodne (nečakanými výkrikmi a zvukmi, alebo nezmyselným smiechom), ak sa im prihovorí neznámy človek na ulici. Vzťahy s cudzími ľuďmi sú pre autistické deti nepodstatné a často sú príčinou zmätku a nepochopenia. Nevedia opätovať úsmev, či očný kontakt.

Relatívne často sa však vyskytujú aj **problémy vo vzťahoch s blízkymi ľuďmi** – s najbližšími vzťahovými osobami. Odchýlky v týchto „bazálnych“ vzťahoch mávajú rôzne formy a prejavy. Sú autistické deti, ktoré sú vo vzťahu k najbližším „zdravo túlivé“, rady sa maznajú, túlia, objímajú, bozkávajú a srdečne opätujú lásku a vzťah k svojim rodičom. Na druhej strane sú aj deti, ktoré sa navonok prejavujú rovnako (svojich rodičov objímajú, často si na nich líhajú a pôsobia akoby sa túlili), ale ich motiváciou nie je príjemný pocit zo vzťahu a rodičovskej lásky, ale iné, pre dieťa fascinujúce vnímanie a zvláštny senzitívny zážitok pri kontakte s pokožkou iného človeka, s jeho vôňou, či pachom. Iná skupina autistických detí má zase vzťahy dezinhibované, chaotické, nestabilné a ambivalentné.

Opačným prípadom sú deti, ktoré vyhľadávajú vzťahy, ale robia to neadekvátnym spôsobom – iné deti, či ľudí až „prenasledujú“, kontaktujú ich fyzicky – dotýkajú sa ich, prílišne zameriavajú na nich očný kontakt. Tieto deti –často nehovoriace- chcú nadväzovať vzťahy a kontakty, ale keďže nevedia, ako na to, robia to sociálne nevhodným spôsobom. Ďalšiu kategóriu detí s autizmom tvoria tie, ktoré vzťahy s ľuďmi (či už blízkymi, či s neznámymi) akoby nepotrebujú, nevyhľadávajú ich, dokonca ich ignorujú. Ľudí okolo seba akceptujú a „potrebujú“ len vtedy, keď im môžu pomôcť naplniť ich potrebu, či očakávania. V iných situáciách druhého človeka nekontaktujú, pri odídení rodiča z miestnosti neplačú, nepýtajú sa za ním, rodič im viditeľne nechýba, po jeho návrate nereagujú radosťou, úsmevom, či šťastným zvítaním.

Nech sa dieťa nachádza v akejkoľvek vyššie uvedenej skupine vzťahových a interakčných problémov, vždy je to v prvom rade dieťa, ktoré **vzťah potrebuje**, hoci to navonok častokrát pôsobí inak. Preto je nesmierne dôležité tieto deti **do vzťahov „vťahovať“**, pomáhať im vzťahy prijímať a učiť ich vzťahom rozumieť a vo vzťahoch zotrvať. Tieto úlohy sú veľmi náročné a často i ťažko splniteľné.

VYTVÁRANIE, BUDOVANIE A UDRŽIAVANIE VZŤAHU

Príznakov autizmu je mnoho, mávajú rôznu intenzitu a často sa menia. Jedným zo základných a podstatných problémov však zostáva práve **problematické nadväzovanie vzťahov s ľuďmi v okolí autistického dieťaťa**. Nech by dieťa pôsobilo akokoľvek „bežne“, intaktne a v prejavoch relatívne štandardne (lebo aj také sú niektoré autistické deti), akonáhle má zásadný problém v získavaní vzťahov a celkovo v existencii vo vzťahoch, vždy ide o závažnú poruchu ovplyvňujúcu mnoho zložiek života tohto dieťaťa. Nakoľko vzťah je práve to, čo nás zaraďuje do malej, či väčšej spoločnosti, čo nás začleňuje medzi ľudí, čo nás napĺňa, posilňuje a pomáha nám rásť. Dr. Krejčírová, česká klinická psychologička, skúsená diagnostička porúch autistického spektra, sa k tomu vyjadrila nasledovne:

„Jadrom autizmu a jeho hlavným diagnostickým kritériom nie je vonkajšie atypické správanie, pretože pri autizme ide najmä o poruchu sociálneho porozumenia a nadväzovania vzťahov a interakcií – a to je u ľudí s autizmom problém celoživotný. Ľudia s PAS nerozumejú dobre druhým ľuďom, ich motívom; tomu, čo se deje medzi nimi a v nich, nechápu teda významu sociálnej situácie a nie sú schopní intuitívne – prirodzene reagovať adekvátnym

spôsobom. I keď vonkajšie správanie pri cielenej práci už nie je nápadné a človek má mnoho reakcií dobre nacvičených a na prvý pohľad na ňom teda „nič" nevidíme, v bližšom vzťahu socioemočnú poruchu vycítime."

Autistické deti tiež vzťah potrebujú, hoci ho často odmietajú. **Ako však „ponúknuť" vzťah dieťaťu, ktoré ho odmieta, nechce a ignoruje** tak, aby to nebolo násilné a neprirodzené? Ako ľúbiť dieťa, ktoré city nevie opätovať? Ako ho naučiť lásku a vzťah prijímať? Ako sa vyrovnať s touto „jednostrannosťou" vo vzťahu k najbližšiemu človeku (dieťa k matke vs. matka k dieťaťu)? V terapeutickej praxi, počas poradenských sedení to nie je také náročné, keďže vieme, že terapeutický vzťah je vzťah založený najmä na akceptácii, prijatí, pochopení, supporte, podpore, stimulácii a korekcii. V tomto smere by liečebný pedagóg zrejme vedel pôsobiť tak, ako je to potrebné. Avšak v každodennom, nepretržitom kontakte s blízkym dieťaťom (v našom prípade s pestúnskym dieťaťom), ktoré vzťah odmieta, neguje a na náklonnosť a kontakt reaguje odťahovaním, ignoráciou, nezáujmom príp. útekom, či útokom, to nie je až také jednoduché, akoby sa na prvý pohľad mohlo zdať.

Ale aj v tejto situácii si musíme zachovať triezvy pohľad na vec a určitú mieru profesionality liečebného pedagóga (ktorú učíme i našich najbližších) - **vzťah CIELENE budovať** a vedome na ňom pracovať. Nakoľko bez vzťahu – pripútania - náklonnosti by náš život s nám zvereným dieťaťom nemal ten správny rozmer, ani pre nás, ani pre nášho pestúnskeho syna. Súčasťou našej každodennej práce s ním je teda i „**terapia vzťahom**" založená na rovnakých premisách, ako je to v prípade klasického **terapeutického vzťahu** (vzťah terapeut vs. klient - akceptácia, prijatie, pochopenie, support, podpora a stimulácia), ale aj a najmä **vzťah úprimnej náklonnosti a vytrvalej, trpezlivej lásky** (vzťah rodič vs. dieťa), ktorý je charakteristický akceptujúcim a nenásilným a správne načasovaným objatím, pritúlením vo chvíľach, keď je dieťa na tento druh kontaktu vyladené, sebadarovaním a bezpodmienečnou láskou v každej chvíli dňa.

Veľmi dôležitou súčasťou **budovania vzťahu** musí byť nielen **práca s dieťaťom** a jeho plné prijatie rodičom napriek všetkému, ale aj **práca na sebe samom**, práca so svojimi pocitmi, ktoré v nás odmietanie vyvoláva, ich spracovanie a následné prijatie. „Sebaošetrovanie" a podpora zvonka, hľadanie pomoci a možností relaxu v čase, keď nás pocity odmietania preťažujú a zavaľujú, psychohygiena a niekedy i fyzické vzdialenie sa - „vypnutie". Toto všetko je nevyhnutné preto, aby sme mohli dieťa milovať i napriek tomu, že láska nebude

opätovaná, teda že nebude opätovaná očakávaným spôsobom; aby sme mohli dieťaťu dať všetko, čo potrebuje i napriek tomu, že sme boli pred chvíľou dieťaťom bití, či inak napadnutí. A toto všetko treba naučiť aj ostatných členov najbližšieho okolia autistického dieťaťa, aby i okolie mohlo byť podporou a oporou pre dieťa, ktoré vie ľúbiť iba „iným spôsobom". Osobitnú pozornosť treba venovať i **práci so súrodencami dieťaťa** s autizmom, ktorí sú rovnako atakovaní a vzhľadom k vývinu a veku ešte nemajú také racionálne povedomie, aby chápali útoky a „atypické prejavy vzťahu" od svojho súrodenca s autizmom. Všetky uvedené spôsoby napomáhajú vzťah s dieťaťom nielen vytvoriť, ale i udržať a udržiavať. Nemenej dôležitou súčasťou, podporujúcou pozitívne väzby, interakcie a vzťahy autistického dieťaťa a jeho najbližšieho okolia je i **postupné odbúravanie negatívnych prejavov** v správaní dieťaťa, jeho „socializovanie" a začleňovanie do komunity blízkych i vzdialenejších osôb.

MOŽNOSTI KOREKCIE NEGATÍVNYCH PREJAVOV

Zmiernenie a korigovanie sociálne neadekvátnych prejavov dieťaťa, ale aj zvyšovanie jeho schopnosti porozumenia vzťahom a situáciám napomáha nielen dieťaťu žiť kvalitnejší a zrozumiteľnejší život, ale súčasne i jeho najbližšiemu okoliu, ktoré nie je vystavované neustálemu napätiu a tlaku z agresívnych a deštrukčných tendencií dieťaťa. V tomto cyklickom vzťahu všetko so všetkým navzájom súvisí: ak je autistické dieťa „v pohode", má čím viac skorigované negatívne prejavy v správaní, lepšie rozumie situáciám, komunikuje a má vyplnený čas riadenou a štruktúrovanou činnosťou, tak aj jeho okolie zažíva menej pocitov frustrácií, sklamaní a bolesti a je pripravenejšie odovzdávať lásku, vzťah a primeranejšie interakcie.

Preto treba najviac času pri práci a v každodennom živote s autistickým dieťaťom venovať spôsobom, ktoré napomáhajú zvládať jeho agresivitu, útočnosť, deštruktivitu, ale aj extrémnu utiahnutosť, pasivitu, úzkostnosť a fóbie a iné neprimerané reakcie v kontakte s okolím. Korigovať a predchádzať nežiadúcim a rušivým prejavom správania dieťaťa sa významnou mierou darí najmä **aktivizovaním autistického dieťaťa, jeho zamestnávaním, štrukturalizáciou a vizualizácia prostredia a času, vytvorením denného režimu a komunikačného systému**.

Ako doplnkové metódy na dosiahnutie želaných foriem správania, ale aj relaxácie, oddychu, vypĺňania voľného času významne pôsobia rôzne **liečebnopedagogické intervencie** a interakčné prístupy – terapia hrou, muzikoterapia, arteterapia, ergoterapia, psychomotorická terapia, relaxácia, ale aj rôzne formy zooterapie (canisterapia, hipoterapia, terapia s delfínmi ai.).

EFEKTÍVNE INTERVENCIE U DETÍ S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Práca s autistickými deťmi je najmä v úvode veľmi náročná, nakoľko deti odmietajú spolupracovať, nerozumejú inštrukciám, ignorujú zadanie, sú negativistické, plačú, odmietajú predkladaný materiál – zhadzujú a zahadzujú pomôcky na zem a celkovo nemajú záujem o spoluprácu. Mnohí rodičia sú v tomto období zúfalí, nahnevaní, majú pocity vlastnej neschopnosti, sú bezradní a frustrovaní – nevedia, ako pokračovať, aby dosiahli aspoň minimálny záujem dieťaťa a mohli ho rozvíjať, zamestnať a aktivizovať a tým sekundárne zmierniť negatívne prejavy v správaní. Nakoľko je to práve **cielené aktivizovanie autistického dieťaťa**, ktoré prináša najlepšie výsledky a zmeny v správaní a autistických prejavoch.

Žiadna z terapií nie je stopercentná a nerobí zázraky na počkanie, ale trpezlivosťou, dôslednosťou a vytrvalosťou možno dosiahnuť viditeľný efekt v správaní dieťaťa. Dovtedy **pasívne a hypobulické dieťa** prestane byť uzavreté len vo svojom svete, pomaly začne využívať očný kontakt, úsmev a komunikovať pomocou komunikačných kariet a piktogramov. Naopak **hyperaktívne a deštruktívne dieťa**, ktoré kedysi len kričalo, pobehovalo, poskakovalo a hádzalo predmetmi, sa po zavedení štruktúry a vizualizácie do jeho života, upokojí, ochotnejšie spolupracuje, začne chápať a prijímať zmeny v priebehu a čase, zažíva pocit úspechu a naplnenia zo zmysluplnejšej činnosti, prestáva kričať a komunikuje adekvátnejším spôsobom. Kateřina Thorová vo svojej obsažnej publikácii o Poruchách autistického spektra píše, „že najlepšie výsledky prinášajú štruktúrované vzdelácacie programy, kombinácia rôznych behaviorálnych techník a využívanie vizuálnych informácií (skôr ako verbálnych inštrukcií; Thorová, 2006, s. 381).“ Aktívne **využívanie behaviorálnych techník**, **pedagogickej a terapeutickej empatie a vzťahu** tvorí základ kvalitnej a cielenej pomoci dieťaťu.

Efektívna pomoc je dlhodobý proces, ktorý umožní dieťaťu, aby využilo svoje vrodené schopnosti a danosti. Je však vysoko pravdepodobné, že bez cieleného terapeutického a vzdelávacieho procesu by si dieťa určité schopnosti a skúsenosti nikdy neosvojilo (Thorová, 2006). V súčasnej dobe je už veľmi dobre prepracovaných viacero techník a presných postupov práce s deťmi s autizmom. Medzi najznámejšie patrí napr. **TEACCH program** /Treatment and Education of autistic and Communication Handicapped Children – Liečenie a vzdelávanie detí s autizmom a iným komunikačným hendikepom/, ktorý využíva metodiky fyzickej štruktúry, vizuálnej podpory, zaistenie predvídateľnosti, štruktúrovanú prácu pedagóga a prácu s motiváciou na dosiahnutie pozitívnych zmien vo vnímaní, chápaní a v správaní autistického dieťaťa (Schoppler, 1972). Ďalšou často využívanou a efektívnou metódou je **ABAterapia** (od Ivaara Lowaasa), ktorá využíva behaviorálne techniky, pozitívne odmeňovanie (systematicky sa posilňujú chcené vzorce správania), fyzické a verbálne individuálne vedenie a podrobný rozbor a zaznamenávanie prejavov správania (Thorová, 2006).

Nám sa v domácej praxi osvedčili jednotlivé techniky vybrané z vyššie uvedených modelov. Vybrané prvky sú poprepájané tak, aby tvorili usporiadaný a eklektický prístup k dieťaťu vytvorený presne na základe jeho potrieb a jeho individuálnych možností a daností, **šitý na mieru pre dané dieťa**. Za najefektívnejšie metodiky považujeme: štrukturalizáciu a vizualizáciu prostredia, činnosti a času; vytvorenie denného, týždenného vizuálneho režimu, štruktúrované učenie a hry, rôzne cielené nácviky a tréningy zamerané na komunikačný rozvoj, na rozvoj a posilňovanie vzťahu a sociálnych interakcií, nácvik voľnej hry a činnosti, nácvik sebaobslužných činností, nácvik jemnej, hrubej motoriky, grafomotoriky, koordinácie oko-ruka ai. Jednotlivé formy len heslovite zhrniem, nakoľko ich podrobný opis presahuje rozsah tohto príspevku.

Štrukturalizácia a vizualizácia prostredia, činnosti a času zjednodušene vlastne znamená, že dieťaťu približujeme a adaptujeme prostredie, činnosť a čas natoľko, aby boli tieto atribúty preňho zrozumiteľnejšie, aby ich vedelo ľahšie odlíšiť a čo najlepšie využiť pre dosiahnutie svojho (i nášho) cieľa bez hnevu, kriku, frustrácie a iných negatívnych prejavov v správaní. V praxi to znamená, že dieťaťu jasne označíme a **vymedzíme prostredie** podľa toho, na čo je určené (priestor na prácu, priestor na jedenie, na hranie, spanie atď.). Dané miesto prehľadne označíme jednoznačným obrázkom (piktogramom) a cielene zariadime primeraným, len

na danú činnosť určeným vybavením, pričom sa snažíme, aby prostredie nebolo presýtené rušivými farbami, a inými podnetmi a predmetmi (napr. pri práci za stolíkom by dieťa nemalo mať pred sebou okno, pretože by mu mohla pozornosť utekať nežiadaným smerom). Podobným spôsobom dieťaťu **vymedzujeme aj činnosti**, ktoré na daných miestach vykonáva použitím obrázkov znázorňujúcich priebeh jednotlivých činností (procesuálne schémy). Tieto vizuálne schémy dieťaťu uľahčujú chápať postupnosť krokov, ktoré nasledujú, zautomatizovať si ich a napokon i efektívne a bez schém využívať. **Štrukturalizácia času** taktiež využíva vizuálne karty a piktogramy vo forme predmetových, obrázkových, kreslených, či písaných **denných alebo týždenných „rozvrhov"** (režimov). Dieťaťu tým vlastne vizualizujeme tak abstraktnú veličinu, akou je čas, čím sa preňho stáva čas konkrétnejším, prestaviteľnejším a jasnejším. Dieťa následne lepšie chápe plynutie času a ľahšie sa prispôsobuje zmenám (keďže odpor k zmenám, rigidita a uľpievavosť je u autistických detí veľmi častý problém). *„Vizualizáciou možno tiež kompenzovať ďalší z primárnych problémov ľudí s autizmom – neschopnosť plánovania a organizácie činnosti,"* (Jánošíková, 2004).

Štruktúrované učenie a hry využívajú, podobne ako je to uvedené vyššie, vnesenie jasných pravidiel, sprehľadnenie postupností a jednoznačné usporiadanie prostredia na dosiahnutie logickosti a poriadku, pocitu istoty a bezpečia, namiesto zmätku, chaosu a neistoty, ktoré autistické deti často vnímajú v novom, nejasnom prostredí, či situáciách. Pocity bezpečia a istoty umožnia deťom s autizmom lepšie akceptovať a následne i učiť sa nové úlohy a pomáhajú im tiež lepšie zvládať situácie a udalosti, ktoré sú nepredvídateľné a súčasne správať sa adaptabilnejšie a sebaorganizovanejšie (Thorová, 2006). Štruktúrované úlohy zahŕňajú veľkú paletu cvičení, zadaní, úloh a nácvikov od najjednoduchších foriem - priraďovania, triedenia, kategorizovania (dieťa napríklad priraďuje rovnaký obrázok k rovnakému, triedi rôzne predmety podľa farieb, počtu a pod.) až po zložitejšie nácviky rôznych oblastí, napr. jemnej motoriky, sebaobslužných činností a praktických zručností (navliekanie, prevliekanie, vkladanie, zapínanie zipsu, gombíkov, šnurovanie ai.). Všetky úlohy a cvičenia možno využívať nielen v súvislosti s primárnym cieľom (aktivizovať dieťa, vypĺňať mu efektívne čas, znižovať výskyt nežaidúceho správania), ale aj so sekundárnym zámerom (naučiť dieťa novým schopnostiach a zručnostiam) a využiť ich na nácvik komunikácie, matematických schopností, rozvoja slovnej zásoby, symbolickej hry, na nácvik

sebaobslužných činností, jemnej motoriky, grafomotoriky, koordinácie oko-ruka, ale aj samostatného rozhodovania, samostatného výberu atď).

Každá z činností v **štruktúrovanom učení** má veľký význam i vzhľadom k budúcnosti dieťaťa, hoci by sa na prvý pohľad mohlo zdať, že dieťa len mechanicky opakuje určité aktivity. V skutočnosti však dieťa získava pracovné návyky, má aktívne vyplnený pracovný čas (keďže autistické deti často majú problém s vyplnením voľného času), cvičí si trpezlivosť pri výkone určitej práce, pozornosť na danú činnosť, mentálne zreje zapájaním a prepájaním nových informácií a skúseností, učí sa generalizovať a prenášať naučené do reálneho života. Tým sa dieťa stáva samostatnejším, sebestačnejším a menej závislým od najbližšieho okolia. A súčasne štruktúrované techniky prinášajú dieťaťu upokojenie, preladenie a naplnenie potreby po určitej miere rigidity a zachovania stálosti, keďže v týchto zamestnaniach ide o presne určené a jasne dané postupy, ktoré zabezpečujú pocit istoty, očakávateľnosti a predpovedateľnosti a nevyvolávajú zmätok z nepoznaného a nepredvídateľného.

Komunikačný tréning a stratégie – alebo nácvik alternatívnej a augmentatívnej komunikácie (AAK) sa využíva najmä u autistických detí, ktoré sú nehovoriace, alebo ich rečový vývin je v nižšom veku významne nedostatočný na optimálnu komunikáciu. Patrí sem nácvik znakov, používanie piktogramov, symbolov, písania, čítania a slov. Ucelený a prepracovaný spôsob je napríklad VOKS (Výmenný obrázkovo-komunikačný systém). Týmto spôsobom sa dieťa učí komunikovať inak, ako je to u detí so štandardným vývinom (ktoré začínajú pomenovávaním obrázkov, predmetov, vecí a javov). Autistické dieťa v systéme VOKS začína nácvik komunikácie žiadosťou – vyjadrením svojej potreby, pomocou ukazovania predmetov (hrnček-pitie), alebo pri vyššej úrovni ukazovaním predmetov na obrázkoch (obrázok hrnčeka; Thorová 2006). Dieťa sa rozvíjaním komunikácie učí nielen dosiahnuť to, čo potrebuje, ale postupne aj vyjadriť svoje zážitky, vnemy a pocity (napr. bolesť, smútok), klásť otázky, aby sa lepšie zorientovalo atď. A súčasne sa naučí vyjadrovať svoje potreby, želania, očakávania inak, ako neefektívnym a neadekvátnym krikom, hnevom, nepokojom, rozladením a inými negatívnymi formami správania. Pri nácvikoch verbálnych zručností sa nikdy nekladie hlavný dôraz na reč, ale na rozvoj komunikácie celkovo.

Pri **verbálnej komunikácii s autistickým dieťaťom** treba vždy dodržiavať určité zásady a pravidlá, ktoré mu uľahčia chápať zmysel hovorenej reči a najmä jej obsah. Treba používať

jednoduché vety, výzvy začínajúce oslovením – menom dieťaťa, krátke spojenia a jasné pokyny, „nezaobalené“ do mnohých slov (nesprávne: „Mohol by si mi, prosím, podať tieto modré topánky, aby som ich vložila do skrine?, správne: „Martinko, topánky!“). Pri vzájomnej komunikácii je dôležité, aby dieťa fixovalo svojho komunikačného partnera, pozeralo mu na tvár (očný kontakt), pretože tak je pravdepodobnejšie, že dieťa bude vnímať aj obsah hovoreného a nebude selektovať preňho nepodstatné informácie. I pri nácviku komunikácie musí platiť, že by mala byť prepojená a vizualizovaná s konkrétnymi súvislosťami napríklad pomocou obrázkov, či reálnych situácií (komunikácia s vizuálnou podporou). Nakoľko deti s autizmom majú častý problém s prijímaním informácií sluchovým kanálom, je vhodné podporiť ho aj vizuálnym stimulom. Rovnako je pre autistické deti

typické, že majú veľmi konkrétne myslenie a silnú fixáciu spojitosti medzi príčinou a následkom vždy v priamom vzťahu ku konkrétnemu prostrediu („toto tu a teraz“; D. Jánošíková) .

Z vlastnej skúsenosti môžeme potvrdiť, že uvedené spôsoby práce s deťmi s autizmom sa javia ako vysoko účinné a preto by v intervencii mali zaujímať dominantné postavenie a hlavnú úlohu. Efektívne ich totiž možno využívať nielen ku korekcii a zlepšovaniu deficitov, ale aj k zmierňovaniu a redukcii problémového správania, ktoré pervazívne vývinové poruchy so sebou prinášajú (Thorová, 2006). Dr. Thorová však upozorňuje, že: *„**nesmieme zabúdať, že pred sebou nemáme autistu, ale dieťa s autizmom**. Deti s poruchou autistického spektra síce spájajú určité ťažkosti, i napriek tomu však dieťa ostáva dieťaťom. **Potrebuje lásku, bezpečie, prijatie.** Potrebuje hru, interakciu, odpočinok, voľný čas a možnosť voľby. Potrebuje odmenu i pochvalu (i keď ju napr. neocení okamžite).“* Thorová, 2006, s. 383).

Literatúra:

JÁNOŠÍKOVÁ, D. 2004. *Záznam z prednášok*. Bratislava Trnavská Univerzita v Trnave.

THOROVÁ, K. 2006. *Poruchy autistického spektra*. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7

http://www.andreas.sk/index.php?www=autizmus

http://lesk.cas.sk/clanok/8412/moje-dieta-je-autista.html

PaedDr. Mária Magátová

profesionálny rodič, liečebná pedagogička

DeD a DSS, Rontgenova 6, Bratislava

E-mail: magi.mary@gmail.com

Sociálne špecifiká hry u detí s poruchou autistického spektra a ich vplyv na kvalitu terapeutického vzťahu – skúsenosti s praxe z Domova sociálnych služieb prof. K. Matulaya

Katarína Hollá, Jana Čajágiová

ABSTRAKT

Sociálne deficity prítomné pri poruchách autistického spektra (PAS) z veľkej časti ovplyvňujú možnosti zaradenia dieťaťa do vhodného predškolského zariadenia a rovesníckeho kolektívu. Domov sociálnych služieb prof. K. Matulaya, ako špecializované zariadenie pre detí s PAS, ponúka štruktúrované učenie a napredovanie vo vývine, ale možnosti sociálneho učenia vytvára najmä rodina a blízke okolie. V Domove sociálnych služieb prof. K. Matulaya v rámci komplexnej starostlivosti o dieťa s PAS vytvárame podmienky sociálneho učenia prostredníctvom hry a následnej priamej alebo nepriamej integrácie do rovesníckeho kolektívu. V príspevku priblížime možnosti stimulácie hry prostredníctvom cielených hrových aktivít ako aj videa. Zameriame sa na očakávania a limity vyplývajúce zo sociálnych deficitov u detí s PAS, ktoré majú významný vplyv na kvalitu vzťahov medzi terapeutmi, rodinou a okolím.

Kľúčové slová: *poruchy autistického spektra, hra, terapeutický vzťah*

ABSTRACT

Social specifics of Play regarding children with Autistic Spectrum Disorders and their influence on quality of the therapeutical relationship – practical experiences from the Home of Social services of prof. K. Matulay

Social deficits, present at autistic spektrum disorders /ASD/, in major part influence the possibilities of a child´s integration into appropriate preschool institution as well as to a group of mates. Home of social services of prof. K. Matulay as a specialized institution for children with ASD offers structural education and progress in development, but opportunities for social education provide above all families and their close environment. In Home of social services of prof. K. Matulay within the bounds of complex care of children with ASD we

create conditions for social education through play and the following direct or undirect integration into the group of mates. We shall present possibilities of play stimulation through aimed play activities and also by video. We shall focus on expectations and limitations following from social deficits of children with ASD, which have a great impact on quality of relationships among therapist, family and their environment.

Key words: *Autistic spectrum disorders, play, therapeutical relationship*

V našom príspevku sa budeme zaoberať vzťahom v terapeutickom procese, ktorý je tvorený terapeutom, rodičom a dieťaťom s poruchou autistického spektra (PAS).

I. DIEŤA S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Terapeutický vzťah s dieťaťom s PAS je postavený na dôvere a emóciách, ktoré ovplyvňuje prítomná triáda deficitov. Lorna Wing popísala triádu poškodenia u detí s autizmom v oblastiach sociálnej interakcie, komunikácie a predstavivosť, vnímania a myslenia. V súčasnej dobe označované pojmom - pervazívna vývinová porucha, ktorá je zaradená v Medzinárodnej klasifikácii chorôb, 10. revízia – a zahŕňa nielen detský autizmus. V praxi sa stretávame s označením funkčnosti autizmu – vysokofunkčný a nízkofunkčný autizmus. PAS sa často vyskytujú s mentálnou retardáciou.

TRIÁDA POŠKODENIA:

Sociálne interakcie:

- narušená kvalita očného kontaktu, narušená neverbalita – gestá, postoj, mimika, spoločná pozornosť;
- problém s emocionálnou empatiou;
- problematické fungovanie s rovesníkmi - ak sa dieťa nevie hrať, nemá rovesníkom čo ponúknuť a tí o neho strácajú záujem – nedobrovoľná izolácia;
- nevie zdieľať hru s hrovým partnerom.

Komunikácia:

- oneskorený vývin reči alebo reč chýba, neprimerané sociálne používanie reči;

- výrazne postihnutá schopnosť iniciovať alebo udržať konverzáciu;
- prítomné echolálie, stereotýpie, špecifická intonácia, minimálne používanie giest;
- alternatívna komunikácia – využívaná na zmiernenie deficitov dieťaťa s PAS;
- dieťa, ktoré zlyháva v komunikácii – verbálnej a neverbálnej, nie je schopné druhému dieťaťu priblížiť svoj svet, zostáva vo svojom svete.

Spôsob myslenia a fantázia:

- výrazné zaujatie jednou alebo viacerými činnosťami, ktoré sú abnormálne intenzitou alebo predmetom záujmu;
- obsahom hry býva príbeh z rozprávky alebo reklama;
- nevie rozvíjať scenár hry a vlastnú fantáziu;
- dieťa uľpieva na stereotypoch, vytvára rutiny;
- dieťa má problém s vnútornou motiváciou ku hre, hra je „nariadená“ na dennom režime;
- nevie čo má s hračkami a predmetmi robiť;
- dieťa zlyháva v imitačných schopnostiach, využíva vizuálnu pamäť;
- je pohltené vlastnou emotivitou a fantazijnými predstavami odtrhnutými od reality.

Kvalita hry u dieťaťa s poruchou autistického spektra:

- rôzny spôsob hry sa vyskytuje aj u zdravých detí – rozdiel je v miere zaujatia, neodkloniteľnosti, uľpievavosti, stereotypnosti a častosti opakovania;
- kvalita a vývin hry je výrazne ovplyvnený sociálnymi a komunikačnými deficitmi a zároveň aj stupňom mentálneho postihnutia;
- vyskytuje sa problém nezáujmu o „normálne“ hračky prípadne je odlišný spôsob manipulácie s hračkou;
- rozdiel je v spôsobe hry u jedného dieťaťa – aktívna hra verzus relaxácia.

ŠPECIFIKÁ HRY U DIEŤAŤA S PAS

V procese vývinu aj dieťa s PAS prechádza rôznymi vývinovými štádiami hry, ktoré sa prelínajú a jednotlivé prvky hry pretrvávajú aj v iných etapách vývinu. Cieľom terapeutického vstupu je posúvať dieťa ďalej, ale súčasne v čase relaxu rešpektovať jeho potrebu hry na nižšej vývinovej úrovni.

Jednotlivé obdobia neuvádzame v kontexte vývinového veku, ale popisujeme kvalitu hry v štyroch vývinových obdobiach vychádzajúc z našich skúseností.

1. **obdobie**

- senzomotorická výrazne stereotypná hra,
- orálna explorácia hračiek a predmetov až stimulácia,
- manipulatívna hra,
- výrazná preferencia zmyslov – zrak, chuť, sluch,
- veľmi obľúbené hojdačky, točenie, kolotoče,
- dotykové hry,
- sociálne izolovaná hra.

Význam stimulácie hry v tomto období:

- uvedomenie si seba a svojho okolia, poznávanie okolia, dostatočné zmyslové skúsenosti (rytmus, spev, vibrácie, reč, čuch, chuť, tlak, pohyb, zrak),
- skúmanie prostredníctvom úst,
- používame mäkké hračky, piesok, fazuľa, voda, látky, hojdačky, kreslá, zvukové hračky, dotykové hry.

2. **obdobie**

- pretrváva výrazne stereotypná hra,

- dominantne motorická – behanie, jazdenie...,
- objavuje sa manipulácia s predmetmi – explorácia predmetov,
- deti sú schopné hrať sa funkčne len s jedným predmetom/hračkou,
- sociálne izolovaná hra – výnimkou sú motorické hry,
- objavujú sa prvé náznaky imitácie.

Význam stimulácie hry v tomto období:

- vytvárame priestor na motorické aktivity,
- ponúkame hry s kockami – dieťa ovláda a vníma priestor,
- dieťa nie je schopné samostatne sa hrať (nefunguje „choď sa hrať"...) – nutná intervencia dospelého.

3. obdobie

- pretrváva stereotypná hra, ale s malými obmenami,
- objavuje sa konštrukčná hra,
- dieťa v hre kombinuje hračky,
- paralelná hra s rovnakým materiálom – hra na „hromádke",
- dieťa imituje, sleduje, všíma si,
- kooperačná spoločná hra – naučená.

Význam stimulácie hry v tomto období:

- stimulácia imitácie,
- učí sa riešiť problémy – konštrukčné hry,
- symbolická hra – obsahom sú rozprávky alebo dennodenné činnosti,

- imitácia skutočného života – dieťa s PAS je schopné vložiť do hry iba tie sekvecie, s ktorými má reálne skúsenosti. Nie je schopné zaradiť do hry prvky postavené na fantázii a predstavivosti.

4. obdobie

- objavujú sa hry s pravidlami, ktoré musia byť jasné a viditeľné,
- pretrváva radosť zo spoločnosti iných detí pri hre – menej sa hrá izolovane,
- symbolická hra má rigidný scenár, nevie zapojiť fantáziu,
- v súťaživých hrách nerozumie - víťaz a porazený,
- v hre sa objavuje kreslenie – vychádzajúce zo záujmov dieťaťa.

Význam stimulácie hry v tomto období:

- fyzická hra a hry s pravidlami,
- symbolická hra – postavená na skúsenosti dieťaťa s PAS.

METÓDA STIMULÁCIE HRY PROSTREDNÍCTVOM VIDEA

Metódou sme sa inšpirovali v Čechách na odbornej konferencii o autizme. Pri stimulácii sa využíva notebook, ktorý je umiestnený v herni pri dieťati, na ktorom sa prehrávajú sekvencie hry. Dieťa sleduje obrazovku počítača a paralelne sa hrá.

Pri stimulácii:

- využívame vlastné hračky dieťaťa,
- sú uložené zvlášť v krabici, nie medzi ostatnými hračkami,
- na videozázname vidieť iba ruky, ktoré manipulujú s hračkou,
- pri nahrávke minimalizujeme verbálne komentovanie hry,
- nahrávku je možné nahrať spomalene - prípadne ju počas hry zastavovať.

Význam stimulácie hry prostredníctvom videa (podľa prednášok R. Štraussovej):

1. nácvik sebauvedomenia, sebapoznania

- dieťa s PAS vníma to, čo vidí, ale seba zrakom nedokáže vnímať,
- videozáznam predstaví dieťa v kontexte situácie,

2. nácvik samotnej hry

- dieťa sa naučí s čím sa hrať = inšpirácia,
- dieťa sa naučí ako sa hrať = scenár,
- dieťa sa posúva do ďalších vývinových štádií hry = kontinuita.

II. RODIČ DIEŤAŤA S PAS

Terapeutický vzťah zo strany rodiča je ovplyvnený fázou prijatia diagnózy svojho dieťaťa, očakávaniami od terapie, prioritami a celkovým výchovným štýlom.

III. TERAPEUT DIEŤAŤA S PAS

Terapeut prináša do vzťahu svoje vedomosti, zručnosti a schopnosti a svoju osobnosť (temperament, emocionalita a pod).

Kvalita vzťahu je výsledkom:

- poznania dieťaťa a schopnosti terapeuta ukotviť toto poznanie do reality dieťaťa (adekvátna ponuka aktivít...),
- poznania rodiča a vzájomného porozumenia a vyladenia očakávaní a priorít (musí brať do úvahy časovú os vývinu vzťahu),
- poznania seba samého - naladenie, nastavenie, očakávania a priority, emócie,
- práce na sebe - vzdelávanie, výcviky, supervízia, vlastná terapia.

PREČO VSTUPUJEME DO HRY DIEŤAŤA S PAS?

- sú to deti a je to pre nich prirodzené,
- vývinovo ich posúvame na vyššiu úroveň,
- majú väčšiu šancu pridať sa k rovesníkom,
- nadobúdajú nové skúsenosti,
- vedieme ich k zmysluplnému tráveniu voľného času,
- zlepšujeme ich komunikačné schopnosti,
- to nabúrava stereotypnú prácu,
- nás to baví ☺.

Vychádzajúc z našich dennodenných skúseností, kvalitu terapeutického vzťahu ovplyvňujú deficity dieťaťa, jeho sociálne prostredie a naša motivácia vstupovať do hry dieťaťa.

Domov sociálnych služieb prof. K. Matulaya (DSSpKM) má 89 klientov na ambulantnom, týždennom a celoročnom pobyte. V tomto roku oslavuje 30. výročie vzniku.

Od 15. februára 2012 vzniklo v rámci DSSpKM špecializované zariadenie pre ľudí s pervazívnou vývinovou poruchou. V 3 skupinách (3-10 r., 10-18 r., nad 18 r.) je 17 klientov. Ďalší klienti s autizmom sú zaradení v iných výchovných skupinách, kde sa rešpektujú ich špecifiká.

Súčasťou DSSpKM je Regionálne diagnosticko-poradenské centrum pre osoby s autizmom a inými vývinovými porucham, ktoré slúži pre ľudí, ktorí nie sú klientmi nášho zariadenia.

Katarína Hollá, Mgr.
liečebná pedagogička
Domov sociálnych služieb prof. K. Matulaya, Lipského 13, Bratislava
E-mail: autisti@dsspkm.sk
Jana Čajágiová, Mgr.
psychologička
Domov sociálnych služieb prof. K. Matulaya, Lipského 13, Bratislava
E-mail: autisti@dsspkm.sk

PROBLEMATIKA DOSPELÝCH

Vzťah z pohľadu klienta a odborníka

Jana Pružinská

ABSTRAKT

Autorka sa zamýšľa nad pomáhajúcim vzťahom medzi odborníkom a klientom nielen z pohľadu rôznych teoretických smerov, ale do popredia dáva aj očakávania a potreby klienta od tohto vzťahu. Rogers formuloval svoju predstavu o nevyhnutných a pritom postačujúcich podmienkach psychoterapeutickej osobnostnej zmeny. Schopnosť empatického porozumenia vnútorného zážitkového sveta klienta a komunikovanie tohto porozumenia klientovi sa objavila na prvom mieste vo výskume, ktorý uskutočnil Rogers z audio záznamov psychoterapeutických sedení predstaviteľov rôznych psychoterapeutických smerov. Autorka postuluje, že psychologické bezpečie a voľnosť vo vzťahu umožňuje klientovi, aby uspokojil svoje potreby vo vzťahu. Týmto pomáhajúci vzťah nadobúda aj kvalitu flexibility, ktorá je potrebná k udržaniu klienta v popredí pozornosti odborníka.

Kľúčové slová: *terapeutický/poradenský vzťah, očakávania klienta, empatia, kongruencia, bezpodmienečne pozitívne prijímanie, zámer poradcu, dôvera v potenciál klienta*

ABSTRACT

Relationship from the View of Client and Professional.

The author works on the helping relationship between professional and client not only from the point of view of different theoretical approaches but also from the perspective of client, his/her expectations and needs. Rogers presented his theory on basic and sufficient conditions of therapeutical personality change. The ability of empathic understanding of client inner experiential world was put on first place in the research done by Rogers. He analyzed audio records of therapeutical sessions with clients led by psychotherapists of different theoretical orientation. The author thinks that psychological safety and freedom experienced by client in the relationship with professional allows him/her to satisfy important needs. Thus helping relationship becomes flexible what enables to the professional being focused on the client.

***Key words**: therapeutical relationship, client expectations, empathy, congruency, unconditional positive regards, trust in client potential*

Odpradávna sprevádza ľudstvo snaha pomáhať druhým. Tak ako sa menila predstava o pomoci, menil sa aj spôsob pomáhania. V modernej dobe sa objavuje potreba porozumieť účinným faktorom v práci s druhými ľuďmi, pretože pomoc sa stáva cielenou a odpovede na nastolené otázky ju majú zmeniť na účinnú pomoc. Každý odborník, ktorý pracuje s klientom, si zámerne a vedome alebo podvedome utvára pohľad na jeho osobnosť - pracuje, vedome alebo podvedome, aj s vlastnou teóriou osobnosti. Táto mu umožňuje porozumieť genéze osobnosti, a tiež etiológii osobných problémov. Z pohľadu na osobnosť klienta a etiológie problémov vyplýva spôsob ako pomôcť klientovi, ako s ním pracovať. V niektorých prístupoch k práci s klientom sa spolieha na prácu s overenými metódami, technikami, či návodom ako postupovať v konkrétnom prípade. V iných sa pracuje bez nich, základným nástrojom v práci s klientom je vzťah.

Východiskom pre prácu s klientom v humanistickom prístupe je fenomenologický prístup k osobnosti (Drapela, 1997). Existencializmus ako základ fenomenologických úvah o človeku, odmieta akékoľvek očakávania o tom, ako by mali ľudia žiť. Ľudia majú intencionalitu - zameranosť, sú schopní narábať s predstavami o tom, ako by mala vyzerať budúcnosť. Tento pohľad je odlišný od behaviorizmu alebo psychodynamických teórií, ktoré zdôrazňujú, že život v prítomnosti je ovplyvnený minulosťou. Existencializmus zdôrazňuje, že je to naša interpretácia minulosti, na čom záleží. To, ako ju interpretujeme a ako sa správame smerom k budúcnosti, dáva význam nášmu životu. V dôsledku toho, ľudia sú schopní prostredníctvom osobnej slobody utvárať a určovať sami seba. Osobnosť a sociálne štruktúry sú produktom volieb, ktoré uskutočnili slobodní ľudia. Avšak naše správanie hodnotí naše okolie. A tak začíname prijímať obmedzenia vyplývajúce zo sociálnych očakávaní, ktoré súvisia s tým, čo robíme a kým sme. Prijatie tzv. podmienok ocenenia je motivované naplnením našej potreby byť prijímaný osobami dôležitými v našom živote.

Humanistický prúd v psychoterapii ponúka človeku možnosť žiť v súlade so sebou a pocit sebanaplnenia z uskutočnenia možností driemajúcich v podobe vnútorného potenciálu. Do popredia sa dostáva jednotlivec s odlišnosťami od všetkých ostatných ľudí okolo seba. Porozumenie prirodzeným vnútorným vývinovým silám človeka, aktualizačnej a sebaaktualizačnej tendencii, súvisí s odlišným pohľadom na človeka ako aj odlišnou

etiológiou jeho problémov. Carl Rogers (1978; 1984; 1980; 1997), zakladateľ prístupu zameraného na človeka (Person Centered Approach – PCA) veril, že práca s druhým človekom sa má uberať smerom, ktorý umožní, aby sa jeho aktualizačná tendencia dostala do pohybu a rozvíjala človeka spôsobom, ktorý je pre neho najprirodzenejší. Výsledkom snaženia má byť človek, ktorý je sebestačný v zvládaní rôznym spôsobom náročných situácií v živote. Mohli by sme povedať, že je to cieľ, ktorý si praje dosiahnuť v práci s klientom každý pracovník.

V teórii PCA je pohľad na človeka optimistický. Každý človek prichádza na svet s potenciálom pre konštruktívny rast. Vývinové sily sú zamerané pozitívne. Problémy v živote človeka nastávajú, ak sa tieto sily stretávajú s prekážkami, ktoré bránia prirodzenému rastu.

Vzťah ako nástroj v práci s klientom

V štyridsiatych rokoch 20. storočia Rogers formuloval svoje hypotézy o účinných faktoroch v procese práce s klientom (Rogers, 1959; Meador, Rogers,1984). Rogers zo začiatku neašpiroval na vedecké vysvetľovanie mechanizmov účinku empatického porozumenia klienta, bezpodmienečného pozitívneho prijímania a kongruencie terapeuta na proces práce s klientom. Bol ohromený z toho, že sa mu práca s klientmi darí oveľa viacej, ak si dovolí chápať druhého človeka, ak ho akceptuje, ak dôveruje svojmu prežívaniu, je pri nich sám sebou. Veril osobnej skúsenosti z terapeutického zážitku ako dôveryhodnému zdroju údajov.

Obviňovania z nevedeckosti ho neskôr vyprovokovali k tomu, že začal výskumne overovať základné tézy svojej práce s klientom, ktorá sa medzitým začala formovať ako nový prístup v práci s človekom (Rogers, C. R.,1959; 1980). Výsledkom bolo zistenie, že kongruentnosť, empatické porozumenie a nehodnotiaci prístup ku klientovi v podobe bezpodmienečného a pozitívneho prijímania boli tie postoje terapeuta, ktoré klient vnímal ako pomáhajúce. Klientom najmenej pomáhala terapeutova interpretácia (Rogers, 1980).

Cieľom výskumu, ktorý Rogers (1978; Rogers, in Cohen, 2008) uskutočnil so šiestimi skúsenými terapeutmi odlišných psychoterapeutických orientácií bolo zistiť, čo považujú za najúčinnejší faktor pomoci vo svojej práci s klientom. Takmer všetci uviedli v zozname účinných faktorov terapeutickej zmeny empatiu. Jej zastúpenie vo vzťahu s klientom bolo však u jednotlivých terapeutov kolísavé. Z uskutočnenej analýzy Rogers vyvodil nasledovný záver. Klienti vnímali svojich terapeutov ako pomáhajúcich podľa miery, ako ich dokázali

pochopiť, prejavovať o nich záujem, rešpektovať ich s ich vlastnými hodnotami a cieľmi. Dôležitejšie sú postoje a prežívanie poradcu ako jeho teoretická orientácia, metódy a techniky práce. To, čo má pre klienta význam, je spôsob ako vníma postoje poradcu a tieto vnemy sú rozhodujúce.

Jeho prístup ku klientovi sa od ostatných líšil aj tým, že silu nehľadal v terapeutovi, ale v klientovi a v tom, ako ju uvoľniť v prospech osobnostného rastu klienta. Spoliehal sa na vrodené, individuálne smerovanie k rastu, zdraviu a adaptácii. Zmyslom terapie je umožniť klientovi rast a rozvoj, odstraňovať prekážky, aby mohol opäť napredovať.

V PCA je nástrojom pomoci klientovi vzťah, ktorý umožňuje klientovi, aby sa prežíval vo svojej prirodzenosti. Výsledkom práce je uskutočnenie toho, čím je klient vo svojom potenciáli.

Prístup zameraný na človeka (PCA) sa rozvíjal opačným smerom ako väčšina z existujúcich, t.j. od praxe k teórii, bez počiatočných ambícií objaviť niečo nové, zaujímavé.

Vzťah klient – terapeut/poradca

Základná hypotéza prístupu zameraného na človeka znie:

„Ľudia majú v sebe obrovské zdroje pre pochopenie samých seba a pre zmenu svojich self-konceptov, základných postojov a sebausmerňujúceho správania; tieto zdroje môžeme aktivizovať v určitej klíme facilitatívnych psychologických postojov“ (Rogers, 1997).

Svoje názory na kvalitu a charakteristiky tohto vzťahu Rogers po prvýkrát ucelene podal v práci „Nevyhnutné a postačujúce podmienky terapeutickej osobnostnej zmeny“, ktorá vyvolala búrlivú diskusiu medzi odborníkmi a podnietila výskum v tejto oblasti.

Pod psychoterapeutickou zmenou a konštruktívnou zmenou osobnosti rozumel zmenu v osobnostnej štruktúre jedinca na povrchovejších, ale aj hĺbkových úrovniach, ktorá by smerovala k väčšej integrácii, menším vnútorným konfliktom a väčšej energii využiteľnejšej pre efektívnejšie žitie. Zmenu nezrelých foriem správania k zrelším formám (Rogers, 1959). K tomu, aby sa objavila zmena osobnosti v procese psychoterapie, je treba splniť šesť základných podmienok (Broadley, 1990):

1. prítomnosť klienta, ktorý je zraniteľný a úzkostný;
2. klient musí byť schopný vstúpiť s terapeutom do psychologického kontaktu;
3. postoj kongruencie u terapeuta (transparentný, neberie na seba masku, rolu, nepoužíva techniku);
4. terapeut zaujíma voči klientovi postoj ničím nepodmieneného pozitívneho prijímania;
5. terapeut je voči klientovi empatický;
6. klient musí do určitej miery vnímať tieto tri postoje terapeuta.

Kongruencia

To, čo viacej diferencuje PCA a iné prístupy v práci s klientom je kongruencia. Kongruencia znamená utvoriť vzťah s klientom úprimne a čestne, takže sme v tomto vzťahu plne prítomní. Aby terapeut mohol byť voči druhému hlboko empatický a autentický, musí ho najprv prijať. Kongruencia terapeuta umožňuje klientovi prežívať voči nemu dôveru. Terapeut v stave kongruencie je schopný uvedomovať si pocity, ktoré v ňom klient vyvoláva a prejaviť mu ich (Tolan, 2006). Kongruentný terapeut zostáva sám sebou aj v tom, čo sa nepovažuje v psychoterapii za ideálne. Dokáže si uvedomiť neúspechy v práci s klientom.

Bezpodmienečne pozitívne prijímanie

Carl Rogers (1959) hovorí o bezpodmienečne pozitívnom prijímaní klienta nasledovné: terapeut prežíva bezpodmienečne pozitívne prijímanie klienta do tej miery, ako dokáže prežívať hrejivú akceptáciu každej stránky klientovho zážitku. Znamená to, že nestanovuje podmienky, za akých klienta akceptuje. Je dôležité rozlišovať medzi zážitkom a vonkajším správaním, t.j. medzi pocitmi, myšlienkami, fantáziami, túžbami klienta na jednej strane a jeho aktuálnym správaním na druhej strane.

Bezpodmienečne znamená, že akceptujeme jeho zážitok. Klient musí pociťovať slobodu v tom zmysle, že pri nás môže cítiť čokoľvek. Mal by cítiť, že sme otvorení voči jeho zážitkom a nebudeme ich hodnotiť. Čo je zdrojom takého postoja u terapeuta? Je to kvalita jeho vlastnej sebeakceptácie a sebaúcty.

Pre mnohých terapeutov je náročné klienta nehodnotiť." (Vymětal, Rezková, 2001).

Facilitatívny postoj bezpodmienečne pozitívneho prijímania klienta nebol integrovaný do iných poradenských či terapeutických modelov (Freiová, in Merry, 2004) a je hlavnou charakteristikou PCA.

Empatia

Z troch hlavných charakteristík, ktoré Rogers (1961) pokladal za podstatné v terapeutickom vzťahu, je to empatia, ktorá vzbudzuje najviac pozornosti a vyvoláva rôzne diskusie. Tiež je najčastejšie mylne chápaná a spájaná so súcitom a identifikáciou. Môžeme s niekým prežívať súcit či dokonca ľútosť. Súcit nie je vždy sprevádzaný porozumením. Môžeme súcitiť s niekým bez toho, aby sme chápali jeho emocionálnu realitu. Vieme, že tento človek sa nachádza v ťažkostiach, a cítime, že by sme spolu s ním chceli niesť jeho bremeno, prípadne ho nejako zmierniť. K identifikácii dochádza vtedy, keď rozpoznávame pocity iného človeka alebo situáciu, v ktorej sa nachádza, pretože sme tiež niečo podobné zažili. Máme sklon byť presvedčení o tom, že tento človek musí cítiť to isté, čo sme vtedy cítili my. Identifikácia rušivo ovplyvňuje našu schopnosť byť empatický, pretože neprežívame presné porozumenie toho, ako si klient sám uvedomuje svoje zážitky.

Špecifickou kvalitou empatie je to, že nám umožňuje vstúpiť do súkromného, emocionálneho sveta druhého človeka ako keby sme boli ním. Pritom nestrácame vlastnosť „ako keby“ (Leijssen, 1990).

Tri základné facilitatívne postoje terapeuta – kongruencia, bezvýhradné pozitívne prijímanie klienta a empatické pochopenie klienta, boli predmetom veľkej diskusie v odborných kruhoch. Zároveň boli skúmané vo viacerých výskumoch, aby sa preukázala ich platnosť (Patterson, in: Prochaska, Norcross, 1999). Fred Zimring (1991) vo vzťahu ku kritike Rogersových názorov na prácu s človekom, oveľa neskôr pomenoval netušený rozdiel medzi ľahkosťou pochopenia základných konceptov Rogersovej práce a vysokou náročnosťou na schopnosť terapeuta vykonávať terapiu zameranú na klienta.

V prípade kongruencie Howard a Orlinsky (in Merry, 2004) zistili, že z 20 štúdií týkajúcich sa terapeutovej kongruencie dve tretiny preukázali signifikantný vzťah medzi kongruenciou a výsledkami terapie.

Rogers tvrdil, že ak tieto podmienky existujú dostatočne dlhý čas, potom nastáva konštruktívna zmena osobnosti. Preto sú teda nevyhnutné a postačujúce podmienky. Svoju úlohu pri úspechu alebo neúspechu terapie zohrávajú ešte také faktory, ako presvedčenie klienta o účinnosti terapie, množstvo času stráveného v terapii, schopnosť klienta efektívne sa v tomto vzťahu správať, t.j. vedieť využiť to, čo mu ponúka.

Vzťah PCA v súčasnosti

V dôsledku neustáleho rozvoja PCA pribudli ďalšie dva prvky, ktoré prispievajú k profilovaniu PCA vzťahu. Je to zámer poradcu/terapeuta a dôvera v potenciál klienta, ktoré sa v súčasnosti považujú za jedinečné znaky PCA.

Zámer poradcu/terapeuta

Pri práci s klientom chápeme tento prvok ako osobnú predstavu terapeuta/poradcu o tom, ako pomáhať klientovi. Zámerom terapeutov/poradcov s orientáciou PCA je pochopiť klienta, akceptovať výroky klienta ako platné pre neho, nie platné pre terapeuta/poradcu alebo všeobecne platné. Ide o vytváranie priestoru vo vzťahu s klientom, v ktorom klient s terapeutom/poradcom môže zdieľať osobne významné zážitky. Fenomenologický svet klienta je v pomáhajúcom vzťahu dôležitejší ako vnútorný zážitkový svet terapeuta/poradcu (Cohen, 1994). V PCA je to vnemové pole klienta, ktoré vytvára kontext pre rozvoj vzťahu a kontext, v ktorom sa hodnotia reakcie terapeuta/poradcu - pochopenie a prejavenie pochopenia významu klientovi, akceptácia výrokov klienta ako platných pre neho, s cieľom budovať náhľad na seba a preberanie zodpovednosti za seba.

Dôvera v potenciál klienta

Výrazný dôraz sa kladie na vytváranie vzťahu s klientom, prostredníctvom ktorého klient dokáže uvoľňovať vnútorný rastový potenciál. Ani terapeut/poradca ani klient na začiatku stretnutí nemajú predstavu, akým smerom klient bude rásť. Terapeut/poradca verí vnútornej konštruktívnej sile a jej pozitívnemu zameraniu. Aby sa očakávania poradcu nestali obmedzením rastu klienta, poradca prenecháva klientovi priestor, v ktorom sa môže pohybovať rôznymi smermi, pričom zastáva otvorený postoj voči tomuto dianiu. Neusmerňuje ho, ale skôr ho sprevádza a podporuje na ceste sebaobjavovania.

V rámci prístupu zameraného na človeka pretrváva vedomie toho, že je potrebné uplatňovať

také prístupy k ľuďom, ktoré sú založené na rovnosti a dôvere. V týchto prístupoch je klient rovnocenným partnerom v priebehu celej terapie, nie je len pasívnym príjemcom „odbornosti" terapeuta. V tomto modeli je moc vo vzťahu rovnomerne rozložená. Terapeut je spoločníkom klienta a sprevádza ho na jeho ceste do vnútorného sveta. Samotný pojem „na človeka zameraný" vyjadruje mieru kontroly a zodpovednosti klienta za proces terapie.

Výskumné zistenia o vzťahu

Zaujímavým zistením autorky sú výsledky z práce s účastníkmi workshopu o efektívnych nástrojoch v práci sociálneho pracovníka (Pružinská, 2001). Účastníci z rozvinutejších krajín v Európe (Nemecko, Veľká Británia, Luxemburg, Rakúsko, Fínsko) sa spoliehali podstatne viacej na existujúce siete sociálnych služieb, materiálu a finančnú podporu, komunitnú prácu, sociálnu kontrolu, navodzovanie behaviorálnej zmeny prostredníctvom nácviku a udávania vzoru, metódy komunikácie s klientom. Účastníci z východnej časti Európy (Rusko, Bulharsko, Rumunsko) sa spoliehali na kvalitu vzťahu s klientom, v ktorej zdôrazňovali empatické porozumenie klienta, rešpektovanie jeho osoby, nedirektivitu. Mohli by sme z toho vyvodiť záver, že to, čo klientovi môžeme vždy ponúknuť, je vzťah, v ktorom ho rešpektujeme a tak mu umožňujeme rásť.

Vo výskume (Pružinská, 2009) realizovanom na vzorke pracovníkov Úradov práce, sociálnych vecí a rodiny (N=461) sa zisťovala prítomnosť prvkov PCA v práci s klientom. Sociálni pracovníci boli najviac orientovaní na prístup PCA v oblasti, ktorú sme nazvali zámer poradcu (32,05%). Podľa súčasných názorov (Cohen, 1994), je to najvýznamnejší ukazovateľ PCA orientácie. Skrýva sa za ním osobná teória a filozofia práce sociálneho pracovníka. Ide o to, na čo sa spoliehajú sociálni pracovníci v práci s klientom.

Druhým najčastejšie prejavovaným prvkom PCA v práci sociálnych pracovníkov na ÚPSVaR je empatia (23,76%). Úlohou empatického porozumenia je pomôcť terapeutovi v jeho úsilí pochopiť vnútorný zážitkový svet klienta, pretože klient hľadá sám seba (Brodley, 1986). Empatické porozumenie je základnou požiadavkou viacerých poradenských systémov (Rogers, 1978; Brodley, 1986).

Spomedzi piatich sledovaných prvkov PCA v práci sociálnych pracovníkov sa kongruencia umiestnila na treťom mieste s 17,24% podielom na celkovom objeme PCA odpovedí. Prítomnosť kongruencie sociálneho pracovníka pre klienta má hodnotu v tom, že sa dozvedá

o účinkoch svojho správania na druhú osobu. Stáva sa vedomým a následne kompetentným, pretože sa môže rozhodnúť niečo urobiť so svojim správaním. Význam pre sociálneho pracovníka spočíva v hodnote prežívania vlastnej osoby ako kompetentnej (Moorman, 2008).

Bezpodmienečne pozitívne prijímanie (BPP). Odpovede respondentov umiestnili BPP na štvrté miesto a jeho podiel na PCA prvkoch uplatňovaných sociálnymi pracovníkmi na ÚPSVaR predstavuje 14,05%. Uvedený údaj naznačuje klesajúcu tendenciu v aplikácii prvkov PCA do procesu práce s klientom. Súvisí to aj s väčšou náročnosťou pri zaujímaní nehodnotiaceho postoja ku klientovi.

Dôvera v potenciál klientov (DPK). V celkovom poradí PCA sa umiestnila na poslednom mieste s 12,90% podielom.

Záverom tejto analýzy môžeme konštatovať, že sociálni pracovníci využívajú všetky skúmané prvky PCA, avšak ich zastúpenie je rozdielne. Najviac sa k PCA približujú v povahe cieľov, ktoré si pri práci s klientom stanovujú. Početná skupina pracuje s empatickým prístupom ku klientovi. V ich práci sa už zriedkavejšie stretneme s prejavmi kongruencie, vnútorná istota sociálneho pracovníka je ohrozená a posilnenie prichádza v podobe rolového správania, ktoré nemôže nikto spochybňovať. S tým súvisí aj málo prejavov nehodnotiacich postojov ku klientovi. Prevládajú hodnotiace postoje a s tým súvisí aj nízka dôvera vo vnútorné schopnosti klienta zvládnuť nepriaznivú životnú situáciu. Z uvedeného vyplýva, že sociálni pracovníci pracujú za klienta, hoci pre neho. Neuvedomujú si pritom skutočnosť, že tým berú aj zodpovednosť za výsledky tejto práce. PCA prístup pracuje v smere preberania zodpovednosti za seba.

Vzťah očami klienta

Čo čakávajú klienti od odborníka? Na vzorke N = 45 mladých ľudí vo veku od 19 do 23 rokov (M=8; Ž=37) sme zisťovali, ako by sa mal k nim správať odborník, s ktorým by pracovali na riešení svojho problému. Očakávali by empatické porozumenie ich situácie, aby ich vypočul, prípadne im pomohol povedať to, čo potrebujú. Mal by byť dôveryhodný a diskrétny, priateľský a neformálny, navodzujúci príjemnú atmosféru. Dôležitým je pre nich, aby ich neodsudzoval, za to, že majú problém alebo sa niečoho dopustili.

Samozrejme by sa mal vyznať v tom, čo robí a mal by mať dobrú prax. Komunikovať by mal

zrozumiteľne pre klienta, nevyvyšovať sa nad klienta. Mal by sa dostatočne zaujímať o osobu klienta a nemal by byť neosobný. Viacerí by očakávali len usmernenie zo strany odborníka, ale riešenie by chceli nájsť sami, iní by očakávali, že im poskytne dobré riešenie ich situácie. Nemal by klienta nútiť, robiť niečo, čo nechce.

Napriek odlišnostiam vo výpovediach mladých ľudí, môžeme rozpoznať potrebu byť ľudsky prijatý a pracovať na svojom probléme v priateľskej, neformálnej atmosfére.

Záver

Tak, ako odborník má svoju predstavu o účinnej pomoci a spôsobe práce s klientom, tak aj klient ju vždy nosí so sebou, keď prichádza za ním. Zachytiť a porozumieť tejto predstave je prvým prejavom záujmu odborníka o klienta. Je prejavom ochoty orientovať sa vo vnútornom zážitkovom svete klienta. Odborník okrem svojich poznatkov, ktoré vlastní, zručností, ktorými disponuje, by mal byť ešte vnútorne presvedčený o tom, že to, čo a ako, robí v práci s klientom, je prospešné. Inak bude neistý sám sebou a nedôveryhodným v očiach klienta.

Literatúra:

BROADLEY, B.T. 1986. Client:Centered Therapy –What Is It? What Is It Not? http://world.std.com/~mbr2/whatscct.html, [on line] 23.9.2008.

BROADLEY, B.T.. 1990. Theory of Person-Centered Approach. Prednášky v rámci výcviku Learning/Training Programme in Client-Centered Approach , 18.10.1990, Tatranská Štrba.

COHEN, J. 1994. *Empathy Toward Client Perception of Therapist Intent: Evaluating One´s Person-Centeredness*. http://world.std.com/~mbr2/cct.evaluating.html ,[on line] 23.9.2008.

DRAPELA. V. 1997 *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-134-7.

LEIJSSEN, M.1990 On Focusing and the Necessary Conditions of Therapeutic Personality.

Change. In: Lietaer, G., Rombauts, J.,Van Balen, R. *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties*. Leuven: University Press,1990. ISBN 90 6186 364 3.

MEADOR, B.D.,ROGERS, C.R. 1984. *Person-Centered Therapy*. In: Corsini, R.J. et al.:

Current psychotherapies. 3rd ed., Peacock Publ., 1984. ISBN 80-233-0153-5.

MERRY, T. 2004 *Naučte sa byť poradcom*. Bratislava: Ikar, 2004. ISBN 80-551-0768-8.

MOORMAN, J. 2008 *The Person Centered Approach to Conflict Transformation*. http://www.alanturner.co.uk/papers/conflict.html , [on line] 23.9.2008.

PRUŽINSKÁ, J. 2010. *Prístup sociálneho pracovníka ku klientovi z pohľadu teórie a praxe*. In: Zborník *Rizika sociální práce***.** Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-086-3.

PRUŽINSKÁ, J. 2001. *Effective tools in work of social workers*. In: Danube-conference : Managing conflicts in social work. - Vienna : IFSW, 2001. (CD ROM), s. 6.

ROGERS, C.R. 1959. *A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships asDeveloped in the Client-Centered Framework*. In: Koch, S. (ed.): Psychology: A Study of a Science. Study I. Conceptual and Systematic. Vol. 3. New York: McGraw-Hill, 1959.

ROGERS, C. R. 1999. *O osobnej moci*. Modra: Persona, 1999. ISBN 80-967980-1-4.

ROGERS, C.R. 1997. *Spôsob bytia*. Modra: IRO, 1997. ISBN 80-967832-0-3.

ROGERS, C. R. 1978. *On Empathy*. Videonahrávka. Súkromný archív.

ROGERS, C.R. 1980. *Struggle for Selfacceptance*. Videonahrávka. American and Guidance Association, 1980.

PROCHASKA, J.O., NORCROSS, J.C.1999. *Psychoterapeutické systémy. Průřez teoriemi*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-766-4.

ZIMRING, F. 1991. *Person-Centered Therapy*. In: Corsini, R. (ed.): Five Therapists and a Client. New York: Peacock, 1991.

TOLAN, J. 2006. *Na osobu zaměřený přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-146-8.

VYMĚTAL, J., REZKOVÁ, V. 2001. *Rogersovský prístup k dospělým a dětem*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-561-X.

PhDr. Jana Pružinská, PhD.

vysokoškolská pedagogička

Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky

Katedra sociálnej práce

E-mail: pruzinska@fedu.uniba.sk

Zvláštne vzťahové nároky v pomáhajúcich profesiách

Zlata Šramová

Hranica vo vzťahu medzi dvoma ľuďmi umožňuje odlíšiť, čo je mojou záležitosťou a čo je záležitosťou druhého. Každý z účastníkov vzťahu, môže rozdelenie kompetencií vnímať odlišne. V pomáhajúcom vzťahu je dôležitá hlavne psychická hranica. Životné záujmy a potreby okolia nemôžeme zobrať doslova, na úkor nerešpektovania osobných záujmov, lebo by sme tým ohrozili seba aj klienta (niekedy aj na živote).

Procesorientovaná psychoterapia definuje hranicu ako predel medzi primárnym a sekundárnym procesom.

Primárny proces predstavuje všetko, s čím sa identifikujeme, čo viac či menej prijímame do svojho života. *Sekundárny proces* je to čo sa nám deje, čo je mimo nás a s čím sa ťažko identifikujeme, hoci je to našou súčasťou (to čo nazýva C.G. Jung tieňom).

Osobná hranica nás upozorňuje na prechod medzi týmito procesmi.

Vytváranie základov autonómie

Z vývinového hľadiska jedinca začína dieťa v priebehu druhého a tretieho roku života prvé kroky k autonómii. Druhým zlomovým krokom je obdobie puberty a dospievania. Toto obdobie je spojené aj s rozpúšťaním hraníc – láska k druhému pohlaviu. Podobne partnerský vzťah ruší osobné hranice (sme jedna duša, jedno telo), neskôr rodičovstvo, materstvo. Vývin človeka od detstva do staroby smeruje k väčšej oddelenosti, samostatnosti až samote. K stavu, keď sa človek dokáže radovať zo života sám, aj bez druhého.

Pripravenosť zdravotníkov ku komunikácii s klientmi

Väčšina empirických štúdii zaoberajúcimi sa komunikačnými zručnosťami poskytovateľov starostlivosti potvrdzuje nedostatočnú pripravenosť. Menej než 10% zo 4000 kandidátov Kráľovskej akadémie praktických lekárov pomocou videozáznamov demonštruje pravý záujem o svojich pacientov. Sestry strávia malú časť pracovnej doby s klientmi. Špatenková (2009) píše, že v priemere je to 1,4 min.

Hranice pri pomáhaní

Problémom pri pomáhajúcich profesiách je splývanie, keď pracovník berie záležitosti klienta takmer za svoje vlastné (ubytovanie klienta). Trpí tým celý proces pomáhania pomáhajúceho (strata súkromia). Je dôležité uhájiť svoju hranicu proti manipulácii zo strany klienta (byť na telefóne nepretržite). Jednou z foriem, ako si uchovať hranice je trénovať zdravú asertivitu.

Splývanie

Môže nastať, ak potrebujem, aby ma klient potreboval, aby som sa necítila sama. Musíme rozlišovať medzi súcitom a empatiou. Pri súcite sa stotožníme s druhou stranou. Môžeme stratiť hranice a byť zaplavení úzkosťou, strachom, pobúrením z toho, čo sa deje druhému človeku (kým on potrebuje napr. pochopenie). Pri empatii zachytávame položenie druhej strany, ale zostávame sami sebou (pomáhame, ako si to vyžaduje situácia, nie naše emočné potreby)

Príklad: Klientka opakovane liečená pre závislosti – alkohol, mäkké drogy, prerušila školu, nepracuje, pre opakované hospitalizácie na psychiatrii sa uvažuje o invalidizácii. Matka odmieta mať s ňou niečo spoločné, „je dospelá, nech sa o seba stará“. Ošetrujúca lekárka, slobodná, bezdetná, nechápe postoj matky a príjme klientku vo svojom byte. Opakujú sa scenáre z minulosti a lekárka je bezmocná. V zdravotníctve a sociálnych službách sa pomáhajúce profesie stretávajú s veľmi ťažkými osudmi klientov.

Na detských oddeleniach – týranie detí, rozvrátené rodiny, podvýživa detí...

Na oddeleniach pre dospelých – trvalé následky po úrazoch, nehodách, ťažkých diagnózach.

V domovoch pre seniorov, v liečebniach pre dlhodobo chorých (LDCH) – s utrpením vyplývajúcim so straty sebestačnosti, osamotenia, blízkosti smrti. Trávime dni s „ťažkými klientmi“, na ktorých sa mnohí ani nedokážu dívať.

To, čo vysiluje - je súcit. Súcit, v ktorom je skrytá obava o seba: „Ako by som sa cítila ja, keby sa mne alebo mojim blízkym stalo to, či ono? Čo je to za svet, keď sa dejú takéto veci?“

Chránený priestor

Pomáhame klientovi tým, že mu otvárame priestor pre uvedomenie si situácie a toho ako ju prežíva (otvárame priestor pre prežitie ťažkých citov – hnev, smútok, strach, bolesť). Emočným sýtením je naša pozornosť (utešovanie, povzbudzovanie). Skôr či neskôr príde otázka: Čo ďalej? To je signál, že klient sa vracia do reality. Môžeme jeho pozornosť nasmerovať k nejakej činnosti, plánu, cieľu. Takéto pomáhanie nie je obeťou, emočne tak nevyčerpáva a skôr nabíja a zakotvuje obe strany.

Hranica ako „ochrana“

Niektorí jedinci si vytvoria nepriedušné hranice (v niektorom vzťahu alebo všeobecne), hlavne aby nebol ohrozený ich vnútorný režim. Našou úlohou je zistiť, čo je dôvodom uzavretia. Napr. rodina vo vzťahu k svojmu chorému (urobia z neho dieťa), alebo vo vzťahu k seniorom (nebudú ho navštevovať, aby neboli konfrontovaní s ich zovňajškom, bezmocnosťou, samotou, no aj s vlastnými pocitmi viny – napr. že nezvládli danú situáciu).

Pomáhajúce profesie si uľavujú – cynickými rozhovormi, vecným sústredením sa len na praktickú stránku pomoci

Príklad: „Istý kňaz rozprával, ako na svojich kurzoch vyžaduje, aby sa lekári postavili k lôžku ťažko chorého /napr. na JIS/, bez toho, aby niečo robili. Len tam stáli, pri posteli pacienta. Pre všetkých to bola veľká záťaž. Niektorí dokonca omdlievali, pričom v obvyklej klinickej praxi sú v takýchto situáciách pri lôžku pacienta bežne – no vtedy vždy niečo s pacientom robia“.

Ochrana hraníc

Psychológia používa v situáciách ochrany pred manipuláciou pojem *asertivita*. Ekvivalentom by mohlo byť slovo sebapresadenie. K asertívnym zručnostiam patrí umenie dať najavo svoje požiadavky a trvať na nich, nebáť sa nesúhlasiť, nehanbiť sa o niečo požiadať, umenie vyjadriť kompliment. „Máš právo sám posudzovať svoje vlastné myšlienky a emócie a byť za ne a ich dôsledky sám zodpovedný“ (Kopřiva, 2011).

Spirituálne hodnoty – pasívny a aktívny postoj. Cieľom je obnoviť kontakt so sebou, s vlastným cítením, čo sa premietne do väčšej vnímavosti voči klientom pri aplikácii profesionálnych hodnôt a postojov.

Povinnosti opatrujúceho

Každý kto na seba prevezme povinnosť opatrovateľa, terapeuta, musí zároveň rešpektovať skutočnosť, že táto činnosť je spojená s niektorými záväzkami a povinnosťami. Ako opatrovateľ, terapeut/ka musíte byť ochotní vziať na seba telesné, psychické a zákonné povinnosti spojené s poskytovaním starostlivosti. Ak sa dostanete do situácie, kedy telesne alebo citovo nie ste schopní poskytovať riadnu starostlivosť, je namieste, aby ste zvážili alternatívy osobného poskytovania starostlivosti a vyžiadali si pomoc s týmto rozhodnutím.

Signály rázcestia

- Trvale sa „utrhávate“ pri maličkostiach?
- Ste dlhodobo podráždený?
- Zriedkavo sa smejete?
- Cítite sa trvalo unavený alebo v napätí?
- Dupete, kričíte, máte záchvaty plaču?
- Strácate vzťah, cit alebo dobrú vôľu voči zverencovi?
- Trvalo ho obviňujete z toho, že vďaka nemu ste sa ocitli v tejto situácii, v izolácii?
- Odmietate vychádzať von, aby ste sa nevzdialili „svojim povinnostiam“.

V okamihu, keď nemôžete ďalej, tak poviete:

“Prehlasujem, že toto je moja hranica, nie som už schopný/á opatrovateľskú prácu, terapeutickú prácu ďalej robiť“.

Buďte k sebe úprimní, a pokiaľ ste dosiahli túto hranicu, zastavte sa. Pátrajte po alternatívach, vyžiadajte si pomoc od kvalifikovaných profesionálov a zostaňte pokojní, pretože ste urobili správnu vec.

Etické zásady

Žiadny etický kódex nehovorí čo robiť, ak sa nám niektorú požiadavku nedarí naplniť. (Napr. cítim hnev pri požiadavkách seniora, ktorý bol „bacharom“ vo väzení, cítim averziu, voči niektorej etnickej skupine....)

Pomáhajúci je pripravený kedykoľvek vnímať a akceptovať svoju nedokonalosť, slabosť a zraniteľnosť, ktorú pomáhajúci vyjavuje a pomocou sebareflexie a supervízie napomáha vývoju k lepšiemu stavu, než je súčasný.

Nestačí si vypočuť prednášku, prečítať knihu, treba pracovať s vlastným cítením.

PaedDr. Zlata Šramová
liečebná pedagogička, psychoterapeutka
E-mail: sramova.s@zoznam.sk

Vzťah medzi pomáhajúcim pracovníkom a klientom v kontexte terapeuticko-výchovnej pomoci

Pavol Janoško

ABSTRAKT

Príspevok sa zaoberá jednotlivými špecifikami vzťahu ako nosného nástroja terapeuticko-výchovnej intervencie. Upriamuje pozornosť na oboch aktérov tohto procesu: tak pomáhajúceho pracovníka ako aj klienta, pričom skúma paralely v ich intrapsychickom prežívaní a interaktívnom konaní.

Kľúčové slová: *vzťah, terapeuticko-výchovná intervencia*

ABSTRACT

The paper deals with the specifics of relationship as a tool supporting therapeutic-educational intervention. Draws attention to the two actors in the process: helping worker and client, and explores parallels in their intrapsychic survival and interactive action.

Key words: *relationship, therapeutic-educational intervention*

Úvod

Osobnosť človeka môžeme charakterizovať ako špecifický otvorený systém, zložený zo vzájomne sa ovplyvňujúcich biologických, psychologických a sociálnych aspektov, pričom optimálny vývin je podľa Vágnerovej (2004, s. 29) daný „*individuálne variabilnou dispozičnou zložkou a komplexom najrôznejších vonkajších vplyvov a situácií, ktoré prispievajú k vzniku určitej skúsenosti*“. Napredovanie, resp. rozvoj človeka ako sociálnej bytosti je úzko spojený so sociálnymi interakciami. Učíme sa a rastieme na základe vzťahov s inými ľuďmi; skrze vzťah sa stávame plne človekom (Buber, 1995 in Šiffelová, 2011). Dôležitým znakom osobnosti je jedinečnosť. Horňáková (2007, s. 101) popisuje človeka ako „*sebautvárajúce sa bytie, ktoré smeruje k integrite a naplneniu svojho individuálnemu významu*“. V kontexte týchto poznatkov, je možné hovoriť o každom človeku ako o osobitej, špecifickým spôsobom sa rozvíjajúcej a potenciálne autonómnej ľudskej bytosti.

Vplyv raných traumatických udalostí

Ak aktuálne (rané) vývinové potreby a možnosti človeka nie sú napĺňané a vhodne saturované, dochádza k vnútornému zmätku, hromadeniu negatívnych pocitov a kognitívnym disonanciám. Čím traumatickejšie boli/sú určité skúsenosti, tým hlbší je ich vnútorný dopad na osobnosť človeka – jeho správanie, prežívanie, pociťovanie a vnímanie seba, iných, ale aj života. Podľa Satirovej a Banmena (1982 in Smith, 2009) je fungovanie a realizovanie sa človeka vo svete výsledkom toho, akým spôsobom svet a svoje miesto v ňom vníma. Uvedení autori tiež zdôrazňujú, že tento **postoj k svetu** je významne **podmienený životnými okolnosťami a vzťahmi z minulosti**, ktoré formovali základy nášho budúceho života. To, ako zvládame (vnímame) rôzne životné udalosti, nie je vecou náhody, ale v čase vybudovaným systémom reagovania (špecifickej adaptácie) vzhľadom k prežitej skúsenosti.

Nie je možné vyhnúť sa zraňujúcim situáciám, ktoré život prináša. Kľúčový význam majú v ranom veku zážitky/vplyvy prežité v primárnej i širšej rodine a spôsob ich spracovania. Dieťa si v procese vývinu na základe životných skúseností vytvára presvedčenia o sebe, iných, svete. Ak napr. zažilo nepochopenie a neprijatie matkou, môže si vytvoriť presvedčenie, že nie je hodné lásky. Ak bol otec nebezpečný, môže sa u neho vytvoriť strach z kontaktu s inými ľuďmi a prejavovať k nim značnú nedôveru, pričom môže cítiť spochybnenie aj voči sebe samému.

Akákoľvek forma zneužívania/traumy má hlboký dopad na osobnosť dieťaťa a kvalitu jeho života. Následky sú rôzne a odrážajú sa vo všetkých dimenziách osobnosti – v telesnej, psychickej i sociálnej rovine (Rothschild, 2007).

Rola verzus individualita človeka

Roly, ktoré človek v priebehu života preberá: rola otca - syna, šéfa - podriadeného, pomáhajúceho pracovníka - klienta, obyčajne implikujú formu nadriadenosti alebo podriadenosti, tzv. „*dominantno-submisivný model vzťahov*“ (Banmen, 2009). Takýto model často zastiera jedinečnosť a osobitosť jednotlivých ľudí, ba často potláča ich vnútorné zdroje a znižuje sebaúctu. Klient môže byť vnímaný ako chorý, bezmocný, zlý, bláznivý, nekompetentný a pod.; naopak pomáhajúci je ten zdravý, dobrý, schopný... Tieto nálepky

odvádzajú pozornosť od skutočnej identity. Rola sa stáva identitou, na úkor individuality človeka (tamtiež, 2009).

Vo vzťahu medzi pomáhajúcim pracovníkom a klientom je potrebné rozlišovať medzi rolou a definíciou človeka, inak hrozí, že jedinečnosť klienta bude prehliadnutá a tým budú ohraničené aj jeho špecifické zdroje. V „*organickom modele vzťahov*“ podľa V. Satirovej (Banmen, Gerberová, Gomoriová, 2005) je pohľad na vzťah posunutý z pólu dominancie a submisivity k rovnosti: človek je rovný človeku (pre porovnanie viď Tab. 1.). „*...rodíme sa vnútorne rovnocenní. Otázka sebaúcty teda nie je, či ju máme, ale akým spôsobom ju prejavujeme. Sebaúcta je našou nedeliteľnou súčasťou a snaží sa o svoje rozpoznanie, uznanie a ocenenie*.“ (Satir a kol., 1991, s. 19).

Tab. 1: *Hierarchický verzus organický model vzťahov* (Banmen, Gerberová, Gomoriová, 2005):

Hierarchický, tzv. dominantno-submisívny model vzťahov	**Organický model vzťahov**
Ľudia si nie sú rovní (v hodnote)	Ľudia sú si rovní (v hodnote)
Ľudia buď dominujú, alebo sú podriadení jeden druhému	Vzťah existuje medzi dvoma rovnocennými ľuďmi
Rola a status sa zamieňajú s identitou, rozdiel sa stiera	Roly a status sú zreteľne oddelené od identity
Roly znamenajú nadradenosť a moc alebo	Roly znamenajú funkciu v konkrétnom

status podriadenosti a bezmocnosti	vzťahu a v určitom období
Existuje superiorita a submisivita	Rovnosť sa prejavuje v rovnosti ľudí, v prijímaní rovnakosti a odlišnosti
Ľudia majú moc jeden nad druhým, ale cítia izoláciu, strach, hnev, nedôveru, ...necítia sa komfortne	Ľudia cítia lásku, rešpekt k druhým, slobodu prejavu a ocenenie

Prístup ku klientovi v liečebnej pedagogike je založený na úcte ku klientovi a nazeraní na neho „*ako na spolutvorcu, partnera, nositeľa vzťahu, hodnôt a budúcich možností*“ (Horňáková, 2007, s. 7). Je kompetentnou osobou, schopnou žiť svoj život a riešiť svoje problémy; inými slovami má „*potenciál k rastu a k majstrovskému zvládaniu vlastného života*“ (Innes, 2009, s. 69).

Vzťah v kontexte terapeuticko-výchovnej pomoci

To ako pomáhajúci pracovník vníma klienta, určuje povahu i kvalitu terapeuticko-výchovného prístupu a vzťahu (podľa Lum, 2009). Vzťah je nosným nástrojom terapie. Táto vzájomná interakcia, ako popisuje Horňáková (2003, s. 36) „*podporuje identitu a integritu indivídua – t.j. jeho schopnosť orientovať sa, rozumieť sebe a svojmu prostrediu, prežívať zmysluplnosť svojho bytia, byť rezistentný voči záťaži, prijímať adekvátny hodnotový systém a vzťahy*“.

Desiatky rokov výskumu konzistentne poukazujú na skutočnosť, že faktory súvisiace so vzťahom korelujú z výsledkom terapie viac ako špecializované liečebné techniky (Castenguay a kol., 1996, in Schwartz, Flowers, 2012). Šiffelová (2011) prirovnáva vzťah k „špeciálnemu prostrediu“, ktoré umožňuje klientovi zažiť plnosť seba samého. Podľa Yaloma (2004) je vzťah hlboko ľudským stretnutím medzi dvoma ľuďmi. Terapeut je v tomto procese pozorovateľom klienta, no zároveň on sám vstupuje do jeho života a je týmto stretnutím ovplyvňovaný a menený.

Cieľmi terapeuticko-výchovného pôsobenia v pomáhajúcom vzťahu sú:

- zmeny v prežívaní klienta: na úrovni pocitov, ale aj kognitívneho nastavenia, sebaobrazu a vnímania sveta,
- podpora pozitívnych zdrojov klienta, napr. zodpovednosti, schopnosti správne sa rozhodovať atď.,
- zmeny na úrovni zvládania životných situácií, napr. schopnosť zvládať záťažové situácie/stres, schopnosť orientovať sa v zložitých životných situáciách,
- prepájanie intrapsychickým a interpersonálnych procesov,
- podpora schopnosti žiť zmysluplný život, prekážky vnímať ako výzvy a pod.

Naplnenie uvedených cieľov si vyžaduje nielen dostatočné odborné zručnosti s vedením procesu a použitím rôznych terapeuticko-výchovných nástrojov, ale predovšetkým osobnostnú zrelosť pomáhajúceho. V terapeuticko-výchovnom procese dochádza k mnohým situáciám, ktoré preverujú ako na tom pomáhajúci pracovník vo vzťahu sám k sebe je, akou mierou je schopný zvládnuť, resp. nezvládnuť rôzne situácie. Napr.:

- ak ho rodič dieťaťa s ktorým pracuje obviní, že mu „kazí vzťah k vlastnému synovi“, môže sa na rodiča nahnevať a dať mu nejaké adekvátne poučenie, alebo môže vidieť za jeho slovami prirodzenú túžbu rodiča po blízkom vzťahu so synom a pozvať ho k vzájomnej spolupráci,
- ak bol klient obeťou zneužívania a pomáhajúci pracovník sa ocitol v minulosti v podobnej situácii a nemá toto svoje zranenie ošetrené/spracované, môže to v ňom vyvolať podobnú úzkosť a bezradnosť. V klientovi môže vyvolať dojem, že mu nie je možné pomôcť. Ak má však dané zranenie ošetrené, môže podporiť klientovu nádej, že zmena je možná a napomôcť k zmierneniu/transformácií prežívanej bolesti.

Je teda zrejmé, že pomáhajúci sa na klienta vždy díva aj cez svoje vlastné skúsenosti z raného detstva, alebo minulých zážitkov. Podľa Kopřivu, 1997 (in Horňáková, 2007) si môže dokonca na pomáhajúcom vzťahu budovať vlastnú sebaúctu, vnímať seba samého silnejším, lepším, skutočnejším..

Vzťah s pomáhajúcim môže pre klienta teda predstavovať určité „riziko“, že nebude pochopený, vypočutý, že ho pomáhajúci odborník nedokáže dostatočne podporiť na ceste k naplneniu svojich prianí a túžob. Zaujímavú skutočnosť v tejto súvislosti poznamenáva Horňáková (2007, s. 11, podľa Specka, 1991), ktorá upozorňuje, že „*viac ako výchovné činnosti, vychováva to,* ***čo sa deje popri nich****, práve to* ***nepripravené,*** *často* ***náhodné****, čo súvisí so vzťahmi a postojmi*“. To teda akým vzťah zaujímame k druhému človeku je odrazom samotného vzťahu k sebe, nášho intrapsychického prežívania a interaktívneho konania/zvládania.

Záver

Vzťah môže život človeka obohatiť, zachrániť alebo predĺžiť, vo veľkej miere skvalitniť. Môže však tiež prispieť k ešte väčšej otupenosti a vnútornej deštrukcii osobnosti. Týka sa to každého vzťahu, no medzi pomáhajúcim a klientom ide o obzvlášť dôležitú tému.

„*Príroda rýchlo mizne, vrátane „prírody“, ktorá je obsiahnutá v samotnom žití života – v spontánnosti, citoch, kontakte s telom, v odovzdaní sa*“ (Kopřiva, 2011, s. 17). Terapeuticko-výchovný vzťah oživuje túto prírodu tak v pomáhajúcom ako aj v klientovi, pôsobí transformačne na oboch aktérov tohto procesu.

Literatúra:

BANMEN, J., GERBEROVÁ, J., GOMORIOVÁ, M. 2005. *Model rastu. Za hranice rodinné terapie. Virginia Satirová*. Brno : Cesta, 303 s. ISBN 80-7295-071-1.

BANMEN, J. 2009. Model růstu včera a dnes. In BANMEN, J. (ed.). 2009. *Transformační systemická terapie*. Ostrava : IVS ČR, s. 25-42. ISBN 978-80-254-4976-9.

HORŇÁKOVÁ, M. 2003. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava : Občianske združenie Sociálna práca, vyd. 1., 144 s. ISBN 80-968927-6-2.

HORŇÁKOVÁ, M. 2007. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2007, vyd. 2., 176 s. ISBN 978-80-89185-28-3.

INNES, M. 2009. Terapeuticky orientovaný vzdělávací proces. In BANMEN, J. (ed.). 2009. *Transformační systemická terapie*. Ostrava : IVS ČR, s. 69-94. ISBN 978-80-254-4976-9.

KOPŘIVA, K. 2011. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-7367-9224.

LUM, W. 2009. Terapeutova osobnost v procesu terapie. In BANMEN, J. (ed.). 2009. *Transformační systemická terapie*. Ostrava : IVS ČR, s. 203-218. ISBN 978-80-254-4976-9.

ROTHSCHILD, B. 2007. *Pamäť tela. Psychofyziológia a liečenie traumy*. Košice : Pro Familia, o. z., 213 s. ISBN 978-80-967964-5-8.

SATIR, V. a kol. 1991. *The Satir Model: Family therapy and beyond*. Palo Alto, CA : Science & Behavior Books.

SMITH, S. 2009. Transformace osobnosti a terapeutická praxe. In BANMEN, J. (ed.). 2009. *Transformační systemická terapie*. Ostrava : IVS ČR, s. 185-202. ISBN 978-80-254-4976-9.

SCHWARTZ, B., FLOWERS, J.V. 2012. *Jak selhat jako terapeut*. Praha : Portál, 2012, s. 53. ISBN 978-80-262-0074-1.

ŠIFELOVÁ, D. 2011. Vztah ako základní aspekt bytí s člověkem. In ŠPÁNIKOVÁ, J. (ed.) 2011. *Emócie v čase krízy*. Zborník zo IV. Česko-Slovenského sympózia v prístupe zameranom na človeka s medzinárodnou účasťou. Bratislava : UK, s. 35-38. ISBN: 978-80-223-3069-5.

VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhajíci profese*. Praha : Portál, 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

YALOM, I.D. 2004. *Láska a její kat*. Praha : Portál, 304 s., Podľa originálu: Love's executioner, ISBN 80-7178-955-0.

Mgr. Pavol Janoško, PhD.
liečebný pedagóg/vysokoškolský pedagóg
Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta
Inštitút Juraja Páleša, Katedra liečebnej pedagogiky
Bottova 15, 054 01 Levoča
E-mail: pavol.janosko@ku.sk

Profesionálny vzťah v sociálnej práci a jeho princípy (hodnoty)

Peter Brnula

ABSTRAKT

Autor sa v príspevku zameriava na tému rozvoja a formovania vzťahu medzi sociálnym pracovníkom a jeho klientom v historickom kontexte. Na základe historického výskumu definuje vnímanie vzťahu v teórii sociálnej práce v jednotlivých časových etapách sociálnej práce. Záver príspevku je venovaný súčasnému poňatiu vzťahu medzi sociálnym pracovníkom a klientom v sociálnej práci a perspektívam jeho vnímania.

Kľúčové slová: *Vzťah. Sociálna práca. Hodnoty. Princípy.*

ABSTRACT

Professional Relationship in Social Work. Profesional Relationship and its principles (values)

The author in this contribution focuses on the development and shaping of the relationship between social workers and their clients in a historical context. Based on historical research defines recive relationship in the theory of Social Work in different time periods of Social Work. The conclusion of the contribution is devoted to the current conception of the relationship between social workers and clients in Social Work and the prospects of its perception.

Key words: *Relationship. Social Work. Values. Principles.*

Úvod

Začiatky sociálnej práce dávame do súvisu s pomocou práve prostredníctvom osobnej, príležitostnej, dobročinnej a na báze dobrovoľnosti realizovanej aktivity (Payne, 2005) pomáhajúceho a človeka, ktorému (v prospech koho) táto aktivita bola nasmerovaná.

Naproti týmto na dobrovoľnej báze stojacim činnostiam stojí už sociálna práca v jej počiatkoch, ako ju definuje Pierson (2011). Podľa neho sociálna práca začala ako misia v mestách, v ktorej sa kládol dôraz na vzťah pracovníka s jednotlivcami, s takým cieľom, aby

viedla k pochopeniu požiadaviek a prežívania (u týchto ľudí) a na druhej strane vystupuje pracovník ako morálny „poradca“ na podporu zodpovedného správania sa ľudí. Čiže okrem samotnej pomoci je základnou úlohou sociálnej práce vplývať na ľudí, aby viedli morálne zodpovedný život.

Počiatky sociálnej práce sú jasne zakorenené vo vzťahu pomáhajúceho a človeka, ktorému je táto pomoc poskytovaná ako základ pre pomoc samotnú. Zároveň toto zakorenenie sa stále v tomto období nesie v paternalistickej orientácii. Tú vhodným spôsobom definuje Reamer (in Nečasová, M. 2003, s. 33) v rámci pomoci organizovanej na báze priateľských návštev[17], v ktorých sa snažili sociálni pracovníci vylepšiť mravný profil ľudí, s ktorými pracovali takým spôsobom, aby žili cnostne a boli užitoční pre spoločnosť. Zásada paternalizmu sa prejavila najmä v tom, že tým, ktorí zišli z cesty, bolo nutné ukázať novú cestu resp. cestu návratu k spoločnosťou akceptovanému správaniu a konaniu.

Sociálnu prácu na území dnešného Slovenska formovalo viacero vplyvov. Zásadný vplyv na formovanie sociálnej práci v Európe (aj na území dnešného Slovenska) ako takej mal rozvoj formalizovanej a profesionalizovanej pomoci vo Veľkej Británii a Spojených štátoch amerických, ako aj v Nemecku.

Počiatky sociálnej práce v západnom svete

Vyššie vymenované krajiny môžeme považovať za kolísku sociálnej práce v jej súčasnom poňatí.

Pierson (2011) označuje za predchodcov sociálnych pracovníkov a sociálnej práce samotnej, pracovníkov a činnosti, ktoré boli vykonávané v tieni tzv. chudobinských zákonov.

Prvú polovicu 19. storočia v Anglicku nazýva činnosťou strednej vrstvy v prospech opory/opatery núdznym prostredníctvom dobrovoľných združení, ktorých činnosť je vnímaná ako dôsledok nezodpovednosti osoby, ktorá bola nepredvídavá a nepredpokladala, že bude pomoc potrebovať.

Za tvorcu myšlienky nového spôsobu (neskoršie prijatej po celej Veľkej Británii a USA) pomoci ľuďom v núdzi je považovaný *Thomas Chalmers*. Novotná a Schimmerlingová

[17] O nich píšeme nižšie.

(1992) konštatujú, že poukazoval na potrebu skúmať jednotlivé prípady núdze a biedy individuálne. Pomoc týmto prípadom má byť poskytnutá až po zvážení životnej situácie konkrétneho jedinca. Pierson (2011) uvádza, že jeho model starostlivosti návštev v rodine prijalo neskoršie *Združenie charitatívnych organizácií (Charity Organisation Society* – ďalej len *COS)*. Chalmers bol podľa neho človek, ktorý veľmi hlboko uvažoval o chudobe a chudobných ľuďoch a zároveň o tom, ako má vyzerať harmonická robotnícka komunita. Ako výsledok jeho úvah vznikla v roku 1819 farnosť v meste Glasgow s názvom „Farnosť sv. Jána“, v ktorej sa realizovala pomoc prostredníctvom práve Chalmerovho systému pomoci.

COS sa pokúsilo zjednodušiť systém pomoci a prijalo Chalmersov, realizovaný v Glasgowe za svoj. Práve v systéme práce COS je možné identifikovať pôvod prípadovej práce, ktorú priniesla sociálna práca. Howe (2009) uvádza, že cieľom COS bolo jednoducho zredukovanie chudoby.

V roku 1877 vzniká už v Spojených štátoch amerických na základe britského modelu Združenie charitatívnych organizácií v Buffalo. Podľa Levickej (2002) hlavnými cieľmi americkej COS bola potreba vedenia čo najúplnejších záznamov o sociálnom prípade, potreba evidenciu centralizovať a zamerať sa na „priateľské návštevy“ v domácnostiach.

Jednou z prvých pracovníčok v americkej COS bola aj Mary Richmnond. Tá už v roku 1899 prináša svoju prvú knihu. Tú nazvala *Priateľské návštevy chudobných (Friendly Visiting Among the Poor)* a v nej definuje priateľskú návštevu nasledovne: „priateľská návšteva znamená dozvedieť sa intímne a priebežné znalosti o rodine, zároveň vytvára zdieľanie s chudobnou rodinou v jej radostiach, bolestiach, názoroch, pocitoch a pohľade na život. Návštevník, ktorí dosiahne tohto pri návšteve, je veľmi nepravdepodobné, že sa pomýli alebo dopustí hrubej chyby pri poskytovaní pomoci tej ktorej rodine“ (Richmond, 1899, s. 69). Pod pojmom priateľské návštevy je možné identifikovať počiatky dnes nazývanej prípadovej práce. Zároveň ako je z definície možné vidieť, základom pre pomoc malo byť „zdieľanie s chudobnou rodinou“, čo môžeme považovať za základ vzťahu v profesionálne poňatom pomáhaní prostredníctvom začínajúcej sociálnej práce.

V rovnakom období činnosť COS v USA, ale najmä zo začiatku vo Veľkej Británii bola už kritizovaná. Kritici COS nesúhlasili tak úplne s tým, čo robila a zasadzovali sa o iný spôsob práce v prospech ľudí v núdzi. Od roku 1890 definitívne stráca v sociálnej práci COS svoju

dominanciu a postupne sa začína šíriť nový spôsob práce[18]. Tento spôsob práce prináša Hnutie Osídlenia (sídla) (The Settlement house movement).

Howe (2009) hovorí, že toto hnutie reprezentuje prvú verziu absolútne sociologicky inšpirovanej praxe. Samozrejme, ich učenie vychádzalo z myšlienok COS. Snažili sa nájsť nový spôsob pomoci, ktorý by sa realizoval iným spôsobom. Základom bolo, že dobrovoľníci (rovnako ako v COS) sa budú musieť usadiť a žiť medzi adresátmi pomoci, teda medzi najchudobnejšími a znevýhodnenými ľuďmi priamo v komunitách, v ktorej majú pôsobiť. Pomoc nemá byť poskytovaná prostredníctvom finančnej alebo materiálnej podpory, ale spôsobom vedenia (sprevádzania) a vzdelávania. Išlo skutočne o nový spôsob a revolučné myslenie na tú dobu.

Pôvodným autorom tejto myšlienky bol *Edward Denison (1840 – 1870)*. Bol absolventom Oxfordu a ako prvý sa v skutočnosti aj usadil v roku 1860 v Stepney medzi chudobnými. Tvrdil, že na to, aby bola pomoc účinná je potrebné nadviazať veľmi osobné vzťahy medzi pomáhajúcim a tým, komu je pomoc poskytovaná. Opätovne v historickom vývoji sociálnej práce je naďalej kladený dôraz na vzťah ako základ pre pomoc. Denison zároveň vyznával pravidlo, že je účinnejšie ľudí učiť ako im dať peniaze alebo jedlo. Začal stavať školu, platiť učiteľov, učil ľudí podnikaniu, zakladal spolky robotníkov a učil ich svojpomoci, no a v neposlednom rade im poskytoval rady. Do dejín sa však ako prvý stály „dom osídlenia" („settlement house") zapísal dom založený *Samuelom* a *Henriettou Barnettovými*[19] v roku 1884 nazvaný Toynbee Hall, ktorý je funkčný dodnes.

Už v druhej dekáde dvadsiateho storočia prichádza Richmondová s publikáciou Sociálna diagnóza (1917), ktorou položila základy tzv. *diagnostickej školy*. Tú postavila najmä na medicínskom modely: „vyšetrenie – diagnóza – plán terapie – sociálne liečenie" (Szabó, 1999). Szabó (1999) spracoval veľmi dobrú analýzu Richmondovej Sociálnej diagnózy. Podľa neho nebola Richmondová výsostne ovplyvnená len medicínou, ale aj troma ďalšími faktormi.

Ako prvý uvádza faktor predchádzajúcej skúsenosti v COS ako paternalistickej pomoci, podporného charakteru v asymetrickom vzťahu pracovníka a klienta, ktorý sa odráža aj tomto

[18] Rozbehnutý už samozrejme skôr.
[19] Barnett bol členom COS, ktorý ako prvý začal s jeho kritikou už v roku 1870 (Pierson, 2011).

diele. Preto už v tomto období tzv. diagnostickej školy je vzťah pomáhajúceho a tomu komu je pomoc poskytovaná vnímaná z pozície odborníka/experta a klienta (v súčasnom označení, v dobovej terminológii: sociálneho prípadu).

Ako druhý faktor uvádza vplyv rozvinutej sociálnoprávnej ochrany detí začiatkom 20. storočia (vznik Úradu pre rodinu) a rozvíjajúcej sa ambulantnej psychologickej starostlivosti (práca s „mladistvými psychopatmi“). Toto rovnako podporovalo asymetrický vzťah v sociálnej práci vyznávaný diagnostickou školou (importované z oblasti sociálnoprávnej ochrany a psychológie).

Tretím faktorom, ktorý vplýval na Richmondovú bola aj psychiatria. V nej (psychiatrii) ovplyvnil Richmondovú najmä Adolf Meyer, ktorý rozbehol v USA sociálnu prácu na psychiatriách. Samozrejme tiež v asymetrickom typu vzťahu. Takýmto spôsobom je v diagnostickej škole sociálnej práce jasne zakorenený expertný pomáhajúci vzťah.

Rozvoj sociálnej práce v domácom prostredí

Celkovo obdobie do roku 1900 môžeme v domácom prostredí charakterizovať ako obdobie, v ktorom vznikali zákonné opatrenia v Uhorsku v oblasti riešenia sociálnych problémov. Tieto zákony však rozvíjajúcu sa sociálnu prácu dostávali do podoby viac administratívneho výkonu (formuláre pre chudinských otcov, rozhodovanie o pridelení podpory a pod.), čo viedlo k potláčaniu budovania vzťahu s prípadmi/klientmi/užívateľmi služieb sociálnej práce. Takto bola Uhorská sociálna práca ovplyvnená skôr nemeckým modelom rozvoja sociálnej práce a tiež aj samotný vývoj sociálneho zákonodarstva išiel súbežne s nemeckým.

Vzťahy medzi predchodcami sociálnych pracovníkov a ich prípadov (dnešných klientov) podľa Pikovej (2001) boli budované tiež prostredníctvom spolkov ako tomu bolo v západnom svete. Na území Uhorska pôsobil tzv. „Spolok dobročinných žien“. Ten realizoval pomoc núdznym prostredníctvom dobrovoľníčiek z radov strednej a vyššej vrstvy. Cieľom tohto spolku bolo najmä potlačenie chudoby, ktorú už v prvom roku svojej činnosti realizoval prostredníctvom podpory chudobných. Aj v rámci činností tohto spolku bola pomoc vnímaná núdznymi skôr v podobe predchodcu sociálneho pracovníka ako svojho „radcu“. To znamená, že musel existovať vzťah medzi núdznym a dobrovoľníčkou na to, aby táto pomoc bola účinná. Tento zavedený spôsob vnímania pomoci prostredníctvom vzťahu sa menil

legislatívou, ktorá zdôrazňovala viac administratívno-právny prístup k pomoci[20]. Zákony však stále hovorili o nutnosti individuálneho prístupu v posudzovaní prípadu. Zároveň Piková (2001) konštatuje, že za neúspech liberálnych zákonov v sociálnej oblasti, snažiacich sa o decentralizáciu starostlivosti môže nielen nedostatok zdrojov na ich realizáciu, ale aj absencia profesionálov – sociálnych pracovníkov, ktorí by ich boli vedeli realizovať v praxi.

Istý obrat v domácej tradícii v prospech zdôrazňovania vzťahu nastal až v roku 1909, po praktických skúsenostiach v práci s chudobnými.

V uvedenom roku vychádza pre Poručníkov chudobných *Sprievodca pre obvodných Poručníkov detí a chudobných (Útmutató a kerületi szegény – és gyermekgyámok részére)*. Autorom tejto rukoväte bol *Sándor Hanvai*. V tomto diele autor navrhuje, aby miesto poručníkov bol používaný názov patróni (najmä s ohľadom na výkon činností súvisiacich s deťmi). Od nich sa však očakáva nielen súcit s prípadmi, ale aj prosociálnosť a životné skúsenosti patróna, aby dokázal rozoznať tých, ktorí sú skutočne na pomoc odkázaní od tých, ktorí pomoc nepotrebujú. Táto kniha je akoby skutočným manuálom, v ktorom autor jasne a zrozumiteľne po krokoch dáva patrónom, poručníkom návod na prácu. Veľkú dôležitosť pripisuje aj spôsobu rozhovoru a kladeniu otázok prípadom podľa amerického vzoru. Po prvý raz sa však veľký prízvuk okrem kontroly kladie na povinnosť poručníkov byť s prípadmi vo vzťahu a poskytovať im poradenstvo. Zároveň zavádza metódy priateľských návštev (friendly visiting) podľa Richmondovej do uhorskej praxe. Záver knihy je o zadefinovaní tej skupiny, ktorá si zaslúži pomoc. Nimi sú len tí, ktorí sú jej skutočne, reálne hodní (z objektívnych dôvodov).

Ako je vidieť vývoj domácej tradície sociálnej práce do konca druhej dekády 20. storočia je pomerne porovnateľný s vývojom v západnom svete.

Po diagnostickej škole Mary Richmondovej do teórie sociálnej práce prichádzali aj ďalšie. Ako prvé po diagnostickej škole sa objavili teórie v sociálnej práci označované ako psychodynamické perspektívy. Podľa Howeho (2009) tieto priniesli aj nové slová do slovníka sociálnej práce, a to: id, ego, superego, voľné asociácie a pod. Pierson (2011) dodáva, že tiež priniesli popis významu vzťahu medzi pracovníkom a prípadom tak ako tomu bolo v samotnej psychoanalýze a z nej sa kreujúcich teórií.

[20] Viac viď: Brnula, 2012.

V tridsiatych rokoch 20. storočia sa objavuje tzv. funkčná škola ako teória sociálnej práce. Tá sa vzďaľuje diagnostickému modelu (ako aj psychodynamickej perspektíve) a zameriava sa na súčasnosť a vzťah medzi pomáhajúcim a tým, komu je pomoc poskytovaná. Ten (ktorému je pomoc poskytovaná) v tejto škole už nie je pacient resp. prípad, ale ako klient, ktorý využíva služby sociálneho pracovníka[21]. Ten prostredníctvom sebaexplorácie a sebaaktivizácie vedie k pozitívnej zmene v živote klienta[22].

Funkčná škola sociálnej práce pretrvala dlhé obdobie. V päťdesiatych rokoch 20. storočia sa objavuje prevratné dielo o vzťahu v sociálnej práci napísané F. Biestekom.

Felix P. Biestek a jeho publikácia o vzťahu. Prevrat v sociálnej práci

V roku 1957 vydáva svoju knihu *Felix P. Biestek (1912 - 1994)*, ktorý bol profesorom sociálnej práce na School of Social Work, Loyola University Chicago. Zaoberal sa vzťahom sociálneho pracovníka a klienta v prípadovej sociálnej práci. Podľa neho „je vzťah dušou prípadovej sociálnej práce. Zároveň oživuje samotný proces, diagnostiku a liečbu v prípadovej sociálnej práci.

Sociálni pracovníci podľa neho už od dôb Mary Richmondovej[23] hovorili o význame vzťahu so svojim klientom, ale boli nezrozumiteľný pri vysvetľovaní čo to vlastne ten vzťah s klientom je“ (Biestek, 1957, s. V-VI).

Toto bolo hlavným motívom tejto knihy, to znamená, popísať vývoj vzťahu v sociálnej práci a následne ho aj definovať. Musíme konštatovať, že sa to autorovi aj podarilo. Dodnes patrí k tým, ktorý je citovaný v oblasti vzťahu sociálneho pracovníka a klienta a dokonca navrhol aj princípy pre efektívnu prácu s klientom, ktoré sú často v súčasnosti označované za etické princípy resp. hodnoty vo vzťahu. Podľa Mojžíšovej (2005, s. 48) sa ďalší autori pokúsili preformulovať Biestekove princípy v neskoršom období, už však s ohľadom na prácu so skupinou alebo komunitou. Nečasová a Banks (in: Nečasová, 2001) konštatujú, že témou etických princípov pri práci s klientmi sa zaoberajú v teórii sociálnej práce viacerí autori, avšak ide vo väčšine prípadov o modifikáciu pôvodných Biestekových princípov.

Biestek (1957) spracoval historický vývoj vzťahu klienta a sociálneho pracovníka.

[21] Čo je významný posun vo vnímaní.
[22] Bližšie viď: Brnula, 2012.
[23] Ako to dokumentujeme vyššie.

Píše, že termín „vzťah“ bol po prvý raz použitý Virginou Robinsonovou v roku 1930. Skoršie označenie bolo „priateľstvo“, ktoré vystriedalo vzťah v pôvodnej charitatívnej práci. Išlo predsa o priateľské návštevy chudobných v počiatkoch sociálnej práce. Následne po profesionalizácii bol tento termín vystriedaný termínom „kontakt“, ale dlho sa neudržal a bol zamenený, pretože označoval a evokoval niečo statické, čo vzťah isto nebol. Tento termín kontakt zamieňa termín „sympatia“, ktorý vyjadroval zameranie sa na emocionálne zložky komunikácie s klientom, ktorý bol nahradený pojmom „empatia“. Pri ňom sa zdalo, že vyjadruje realistickejšie zdieľanie v pocitoch klientov (vplyv práve Carla Rogersa – pozn. autora). V americkej sociálnej práci sa však najdlhšie udržal termín „raport“ zapožičaný z psychológie a z psychiatrie „transferencia“. Na základe tohto prehľadu Biestek odporúča používať termín vzťah. Ten vníma ako „dynamickú interakciu postojov a emócií medzi sociálnym pracovníkom a klientom s cieľom pomôcť dosiahnuť lepšie prispôsobenie medzi ním a jeho prosredím“ (Biestek, 1957, s. 12). Vzťah vníma ako najpodstatnejšiu zložku v práci s klientom.

Ako už vyššie uvádzame navrhuje princípy vzťahu sociálneho pracovníka a klienta. Sú nimi:

1. *Individualizácia* – potreby klienta majú byť považované za individuálne. Doslovne Biestek (1957, s. 25) hovorí, že je to „poznanie a pochopenie každého klienta a jeho jedinečných kvalít a z toho plynúcej potreby využitia rozdielnych metód pomoci k lepšej náprave problému klienta“. Dnes tomuto v mnohých teoretických smeroch hovoríme zjednodušene uznanie jedinečnosti klienta a rešpektovanie individuálneho prístupu ku každému klientovi.
2. *Vyjadrovanie pocitov (účelné vyjadrovanie pocitov)* – je vlastne uznanie klientovi, že „musí mať možnosť vyjadrovať svoje pocity, a najmä negatívne. Sociálny pracovník počúva, neodsudzuje, a ani neodrádza od týchto výrokov svojich pocitov klienta, skôr by ich mal stimulovať a podporovať, pretože sú užitočné“ Biestek, 1957, s. 35).
3. *Kontrolovaná emočná zaangažovanosť* – obsahuje citlivosť na pocity klienta, pochopenie ich významu a vhodnú reakciu na ne. Jednoducho povedané zahŕňa „citlivosť – pochopenie – odpoveď“ (Biestek, 1957, s. 50).
4. *Akceptácia (prijatie)* – vnímať klienta takého aký je[24] pričom je potrebné vnímať jeho silné aj slabé stránky. Prijatie – akceptácia však neznamená „súhlas s klientovými

[24] Viď text v oddieli o Rogersovi a jeho základných pojmoch.

deviantnými postojmi alebo správaním, predmetom prijatia nie je schválenie „dobrého“, ale prijatie reality teda „reálneho“ (Biestek, 1957, s. 72).

5. *Nekritický nehodnotiaci postoj* – sociálna práca je založená na pochopení a prijatí klieta, čo vylučuje jej hodnotenie samotného klienta (Biestek, 1957).
6. *Sebaurčenie* – je praktickým určením klientovho práva a potreby na vlastnú slobodu pri rozhodovaní v procese riešenia problému (Biestek, 1957, s. 103).
7. *Diskrétnosť* – je ochrana informácií, ktoré majú byť utajené a týkajú sa klienta a boli obsahom profesionálneho vzťahu klietna a sociálneho pracovníka (Biestek, 1957, s. 121).

Princípy, ktoré naformuloval Biestek sú stále platnými. V sociálnej práci ich považujeme za dôležité pri procese práce s klientom (tak ako už je aj hore uvedené) z hľadiska efektivity práce s klientom tak aj v oblasti profesijnej etiky a hodnôt profesie[25].

Perlman[26] v roku 1979 vydáva publikáciu venujúcu sa tiež profesionálnemu vzťahu sociálneho pracovníka a klienta, podobne ako Biestek.

V nej uvádza, že skúsení klinici, psychológovia, odborní sociálni pracovníci, psychiatri uvádzajú ako žiaduce nasledovné atribúty vzťahu (dokonca doslovne ich označujú ako nevyhnutné): teplo vzťahu (vrúcnosť), prijatie, empatiu, zameranie vzťahu na poskytovanie starostlivosti (caring-concern) a nefalšovanosť (genuineness). Každý z týchto atribútov sú zmysluplné a majú hodnoty pre samotnú pomoc (s. 54 – 55).

Zároveň hovorí, že profesionálny vzťah je vytváraný za dohodnutým účelom. Je časovo viazaný (trvá istý dohodnutý čas), je najmä pre klienta, jeho potreby majú byť centrom vzťahu (odvoláva sa na príklad v psychoterapii – Rogersov klientom centrovaný vzťah). Vzťah v sociálnej práci je podľa nej často úradným vzťahom (nesie znaky úradného vzťahu) a nakoniec, ale nie v neposlednej rade hovorí, že je to vzťah kontrolovaný.

Vzťah ako hodnota v sociálnej práci

[25] Bližšie: Brnula, 2012.

[26] Helen Perlman predstaviteľka funkčnej školy sociálnej práce, bola zakladateľkou a priekopníčkou teórie, ktorá sa ***zaoberala racionálnymi stratégiami riešenia problémov. Tento dostal názov „*Na riešenie problémov zameraný model“*1957.***

Na základe uvedeného môžeme konštatovať, že vzťah ku klientovi v pomáhajúcich profesiách a teda aj v sociálnej práci tvorí podstatnú zložku samotného povolania. Vzťahu samotnému pritom rozumieme ako interpersonálnemu vzťahu medzi pracovníkom a klientom, ktorý je „uvoľnený, nenútený, dobrovoľný vzťah vzájomnej dôvery“ (Koščo a kol. , 1987, s. 78). Je nesporné, že profesionálny vzťah medzi sociálnym pracovníkom a klientom je pre samotnú kvalitu práce veľmi dôležitý a podstatný.

Vzťah v sociálnej práci sa vyznačuje rovnosťou medzi pracovníkom a klientom ako vzťah človeka k človeku. I keď sociálny pracovník je svojim spôsobom „mocný“ pretože má kompetencie na to, aby vykonával napr. zásahy, kontroloval a pod..

Moc mu je pridelená inštitúciou, v ktorej vykonáva svoju prácu (to je ten znak úradnosti vo vzťahu podľa Perlmanovej). Vstup do života klienta môže byť pozitívny aj negatívny (napr. priznanie/nepriznanie nároku), čím sa vlastne hneď od začiatku formuje ich vzťah buď pozitívnym alebo negatívnym smerom. Guggenbühl-Craig (2007) doslovne hovorí, že v sociálnej práci je často potrebné jednať proti vôli klienta samotného, prijať konkrétne také opatrenia, ktoré sú v rozpore s vôľou klienta. Pričom v tejto podobe prirovnáva sociálnu prácu k inkvizícii v jej prapôvodnom zmysle ako organizácia spravodlivo zmýšľajúcich[27]. Podľa Géringovej (2011) moc vo vzťahu patrí k niektorým pomáhajúcim profesiám viac, niektorým menej. Ako je vidieť v sociálnej práci patrí viac. Géringová (tamtiež) rozlišuje moc *reálnu* t.j. inštitucionálne pridelenú moc a tiež *pociťovanú*. Polaritu k moci podľa Géringovej (2011) tvorí *bezmoc*, ktorá je spojená so strachom zo straty kontroly a vlastného postavenia pomáhajúceho.

Kopřiva (1999, s. 28) upozorňuje, že mnoho príslušníkov pomáhajúcich profesií má vzťah s klientom neosobný a nadradený.

Vzťah pracovníka a klienta odráža hodnoty profesie aj pracovníka samotného. Už po Biestekovi, Pumphrey uskutočnila jednu z prvých kategorizácií základných hodnôt sociálnej práce podľa Kataríny Levickej (2011). Podľa nej rozdelila hodnoty do troch skupín. Prvá skupina kládla dôraz na vzťah hodnôt profesie a všeobecné hodnoty, druhá skupina hodnôt bola orientovaná na vnímanie vlastných hodnôt sociálnou prácou a tretia skupina hodnôt vyzdvihovala práve vzťah sociálneho pracovníka s jednotlivcami a špecifickými

[27] Viac : Guggenbühl- Craig, A., 2007.

skupinami. Je viditeľné, že vzťah v sociálnej práci predstavuje hodnotu profesie. Banksová (2006) hovorí o etike starostlivosti, ktorej základom je práve vzťah poskytujúci starostlivosť a v ňom prítomné emocionálne reakcie. Tie sú práve kľúčovými prvkami uvedenej etiky[28]. Aj z týchto dôvodov v praxi sociálnej práce nie je možné vo vzťahu odopierať najmä ľudskú dôstojnosť a slobodné rozhodovanie sa človeka, klienta.

To však prináša aj vyžadovanie prebrania zodpovednosti samotným klientom za seba, svoj život a svoju životnú situáciu. Zo strany sociálneho pracovníka je potrebné vnímať klienta v jeho celistvosti a nie len jednu konkrétnu situáciu z jeho života.

Literatúra:

BIESTEK, F. P. 1957. *The Casework Relationship*. Chicago : Loyola University Press, 1957. 149 p.

BANKS, S. 2006. *Ethics and Values in Social Work*. Basingstoke : Palgrave Macmillan, 2006. 218 p. 0-333-80313-2.

BRNULA, P. 2012. *SOCIÁLNA PRÁCA. Dejiny, teórie a metódy*. Bratislava : Iris, 2012. ISBN 978-80-89256-91-4.

GÉRINGOVÁ, J. 2011. *Pomáhajíci profese. Tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha : Triton, 2011. 198 s. ISBN 978-80-7387-394-3.

GUGGENBÜHL-CRAIG, A. 2007. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha : Portál, 2007. 120 s. ISBN 978-80-7367-302-4.

HOWE, D. 2009. *A Brief Introduction to Social Work Theory*. New York : Palgrave Macmillan, 2009. 224 p. ISBN 978-0-230-23312-6.

KOPŘIVA, K. 1999. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha : Portál, 1999. 147 s. ISBN 80-7178-318-8.

KOŠČO, J. et al. 1987. *Poradenská psychológia*. Bratislava : SPN, 1987. 448 s. 067-371-87.

[28] Bližšie: Banks, S., 2006, s. 58-63

LEVICKÁ, J. 2002. *Metódy sociálnej práce*. Trnava : VeV, 2002. 122 s. ISBN 80-89074-38-3.

LEVICKÁ, K. 2011. *Interiorizácia profesijných etických princípov u študentov sociálnej práce*. Dizertačná práca. Trnava : FZaSP TU v Trnave, 2011. 106 s.

MOJŽÍŠOVÁ, A. 2005. *Teorie a metody sociální práce*. České Budějovice : ZSF JCU, 2005.

NEČASOVÁ, M. 2001. *Úvod do filozofie a etiky v socální práci*. Brno : Masarykova univerzita FSS, Brno 2001 98 s. ISBN 80-210-2673-1.

NEČASOVÁ, M. 2003. s. 21-49 *Profesní etika*, v: Matoušek, O. a kol.: Metody a řízení sociální práce. PRAHA: Portál, 2003 384 s. ISBN 80-7178-548-2.

NOVOTNÁ, V. – SCHIMMERLINGOVÁ, V. 1992. *Sociální práce, její vývoj a metodické postupy*, Praha: Univerzita Karlova Praha 1992. 128 s. ISBN 80-7066-483-5.

PAYNE, M. 2005. *The Origins of Social Work. Continuity and Change*. Basingstoke, 2005. 306 p. ISBN 0-333-73791-1.

PIERSON, J. 2011. *Understanding Social Work. History and Context*. New York : Open University Press. 2011. 250 p. ISBN 978-033523795-1.

PERLMAN, H. 1979. *Relationship. The Heart of Helping People*. Chicago : Universtiy of Chicago Press, 1979. 246 p.

PIK, K. 2001. *A szociális munka története Magyarországon (1817 – 1990)*. Budapest : A Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület és az ELTE Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék könyvsorozata, 2001. 370 o., ISBN 963 00 8873 8.

RICHMOND, M. 1899. *Friendly Visitng among the Poor. A Handbook for Charity Workers*. 1. st. ed., New York : The MacMillan Company, 1899.

RICHMOND, M. 1917. *Social diagnosis,* New York/London : The Free press 1965. p. 511 – (1st. free press paperback edition) originally published by Russell Sage Foundation in 1917.

SZABÓ, L. 1999. *A szociális esetmunka kialakulása és elméleti hátterei*. Budapest : A Szociális Munka Alapítvány. 1999. 145 o. ISSN 1216-5670.

PhDr. Peter Brnula, PhD.

sociálny pracovník/vysokoškolský pedagóg

Katedra sociálnej práce ÚSŠaLP PdF UK v Bratislave

Šoltésovej 4 811 09 Bratislava

E-mail: *brnula@fedu.uniba.sk*

Kvalita vzťahovej väzby a jej odraz v procese arteterapie

Zuzana Šiserová

ABSTRAKT

Príspevok sa zameriava na problematiku vzťahovej väzby, jednotlivé typy vzťahovej väzby v detstve a ich vplyv na fungovania človeka v dospelosti. Približuje vplyv narušenej vzťahovej väzby na terapeutický proces. Popisuje prepojenie vzťahovej väzby a schopnosti mentalizácie a vymedzuje možnosti podpory tejto schopnosti v procese arteterapie. Príspevok sa tiež zaoberá účinnými faktormi a možnosťami arteterapie pri narušenej vzťahovej väzbe klienta.

Kľúčové slová: *vzťahová väzba, arteterapia, mentalizácia, vnútorné pracovné modely*

ABSTRACT

Quality of attachment and its reflection in the process of art therapy

This research is aimed at the issues of attachment, the different types of attachment created during childhood and its impact on human during adulthood. It explains the influence of disturbed attachment created during childhood and its impact on human during adulthood. It explains the influence onto the therapeutic process. It describes the relation attachment created during childhood and its impact on human during adulthood. It explains the influence and ability of mentalization. It outlines the possibilities of support of these abilities in the process of art therapy. This research also focuses on the effective factors and possibilities of art therapy used during the relational attachment disturbance.

Keywords: *attachment, art therapy, mentalization, inner working models*

U dieťaťa sa v období do troch rokov života vyvíja pripútavacie a exploračné správanie. Dieťa používa vzťahovú osobu ako bezpečný prístav, či bezpečnú základňu, z ktorej môže vyrážať poznávať svet a do ktorej sa vracia, aby sa upokojilo. Po treťom roku života pri zdravom vývine dieťaťa aktivovateľnosť jeho pripútavacieho správania klesá. Takýto zdravý vývin však nedokáže svojmu dieťaťu poskytnúť asi tretina rodičov (Hašto, 2006).

Ľudí s narušenou vzťahovou väzbou je preto mnoho. V literatúre sa stretávame s etiológiou 43-50% (Nosková, 2011). Ak zoberieme do úvahy výhradne zmiešanú klinickú populáciu, zisťujeme, že až 88% psychiatrických pacientov má neisté pripútanie, čo naznačuje, že psychické poruchy sú takmer vždy spojené so vzorcom neistej vzťahovej väzby (Trokanová, 2010).

Teóriu vzťahovej väzby a jej vplyvu na neskoršie fungovanie človeka vo vzťahoch prepracoval vo svojich prácach Bowlby. Bowlbyho teóriu na Slovensku dlhoročne prezentuje vo svojich odborných príspevkoch a publikáciách Jozef Hašto (2006). Teória, ktorá má korene v evolučnej biológii, psychoanalýze, fyziológii, etológii, systémovej teórii, predpokladá, že dieťa si v období do troch rokov, na základe vzťahovej väzby, resp. správania opatrujúcej osoby vytvára vnútorné pracovné modely, ktoré nie sú prístupné vedomiu, existujú v implicitnej pamäti. Tieto vnútorné pracovné modely majú ďalej tendenciu pretrvávať a ďalej ovplyvňujú utváranie nových vzťahov.

Typ vzťahovej väzby u človeka potom určuje model seba a druhých, teda to, aký má človek obraz o sebe a očakávania vo vzťahu s druhými. Predurčuje schopnosť človeka utvárať si zdravé vzťahy v dospelosti a vyhýbať sa patologickým, destabilizujúcim vzťahom. Ako spracováva informácie, týkajúce sa jeho self a interpersonálnych stresorov. Podmieňuje schopnosť človeka vyrovnávať sa zo záťažou, čiže jeho vnútornú stabilitu, či zraniteľnosť. Zároveň vplýva na mentalizačnú schopnosť človeka, čiže schopnosť vcítiť sa, reflektovať a reagovať na prežívanie druhého, ako aj na vlastné prežívanie. Zažitá vzťahová väzba významnou mierou ovplyvňuje to, ako sa bude správať k svojmu dieťaťu. To naznačuje generačnú podmienenosť vzťahovej väzby.

Bezpečná vzťahová väzba, ktorá je predpokladom zdravého vývinu, je charakterizovaná dostatočnou a spoľahlivou rodičovskou emočnou a aktívnou oporou. V prvých rokoch ju poskytuje najmä matka, ktorá je pri nadväzovaní bezpečnej vzťahovej väzby jemnocitná, pri interakciách s dieťaťom láskyplná, primerane reagujúca na signály dieťaťa, utešujúca, upokojujúca, chrániaca. Deti s bezpečnou vzťahovou väzbou sú veselé, kreatívne, kooperatívne, prispôsobivé, celkovo obľúbené. **Neistá – ambivalentná vzťahová väzba** je charakterizovaná čiastočnou dostupnosťou matky. Dieťa sa môže na matku spoľahnúť len občas. Žije v neistote, kedy bude pre neho matka dostupná a kedy nie. Vytvára sa u neho strach z odlúčenia, ktorý sa prejavuje prílišnou naviazanosťou „lepením sa“ na matku. Dieťa

sa okoliu javí ako napäté, impulzívne, bezmocné, pasívne, s nízkou frustračnou toleranciou. **Neistá – vyhýbavá väzba** je charakterizovaná neustálym odmietaním dieťaťa. V praxi sa tento typ vzťahovej väzby často vytvára u týraných a zneužívaných detí a detí z detských domovov. Dieťa očakáva od rodičov len odmietnutie, preto sa zrieka náklonnosti a pomoci. Deti s týmto typom väzby sa prejavujú ako hostilné, môžu mať antisociálne prejavy v správaní a v nadmernej miere bažia po sebauplatnení. **Dezorganizovaná vzťahová väzba** je charakterizovaná sťahovaním sa rodiča z komunikácie s dieťaťom. Rodič je často sám traumatizovaný, nemá spracovanú psychotraumu v dôsledku čoho sa u neho prejavujú náhle stavy agresivity, úzkosti, ustrnutia, môže dochádzať aj k týraniu dieťaťa. Dieťa sa správa v prítomnosti rodiča dezorganizovane, dezorientovane, ustrnuto, v jeho prejave sú prítomné stereotýpie (Hašto, 2005).

Ako píše Nosková (2011) výskumy zistili, že 80 % detí z rizikových rodín si vytvorilo najnevýhodnejšiu neistú – vyhýbavú (úzkostnú, chaotickú) väzbu. Za rizikové rodiny sú považované rodiny, kde sa vyskytuje chudoba, rodičia trpiaci závislosťou, zanedbávajúci, týrajúci rodičia, domáce násilie, rodičia, ktorí sami prežili v detstve zlé zaobchádzanie, depresia a iné psychiatrické problémy v rodine. Autorka ďalej konkretizuje situácie, ktoré sú príčinami narušenia formujúcej sa citovej väzby v praxi:

- zanedbávanie;
- telesné, psychické a sexuálne týranie;
- bolestivé a nediagnostikované zranenie alebo choroba;
- náhle odlúčenie od opatrovateľa;
- prenatálne poškodenie alkoholom, drogami, podvýživou;
- inštitucionálna starostlivosť;
- striedanie náhradných rodín;
- patologická a nedostatočná starostlivosť v detstve;
- matka sa vzdá dieťaťa, predčasný pôrod.

U väčších detí sa narušená vzťahová väzba môže prejavovať symptómami ako povrchná zábavnosť, vyhýbanie sa očnému kontaktu, dôverné správanie k cudzím ľuďom, chýbajúca prítulnosť, ničenie vecí, ubližovanie zvieratám, záchvaty agresivity, zaostávanie v učení, nedostatok priateľov, nevyvinuté svedomie, poruchy príjmu potravy, nerozumie následkom svojho správania, kradnutie, klamstvá, hry s ohňom, nezvyčajné správanie, sexuálne prejavy správania (Nosková, 2011).

Dôsledky narušenej vzťahovej väzby sa prejavujú aj v dospelom veku. V detstve klasifikovaný typ bezpečný/istý sa v dospelosti označuje autonómny/slobodný, neistý - vyhýbavý typ ako znehodnocujúci/dištancovaný (dismissive), neistý - ambivalentný typ ako zapletený/zaujatý (preoccupied), tiež sa v tomto prípade hovorí o úzkostnom (anxious) type (Trokanová, 2010).

K základnej typológii vzťahovej väzby v detstve je možné prisúdiť prejavy fungovania v dospelosti (Hašto, 2006; Bírešová, Košťan, 2011):

- *Bezpečné pripútanie - slobodná vzťahová väzba* – v dospelosti pozitívny sebaobraz, presvedčenie, že je človek hodný lásky, s pozitívnymi očakávaniami, že ho druhí vo všeobecnosti akceptujú. Voľné a koherentné rozprávanie o zážitkoch s pripútaním, o vlastnom prežívaní, o strate a smútku.

- *Neistá, vyhýbavá vzťahová väzba - dištancovaný, odmietavý, znehodnocujúci* – v dospelosti pozitívny sebaobraz, viera, že je hodný lásky, s negatívnymi očakávaniami, že druhí budú požadovační, lipnúci a závislí. Nepripisovanie veľkému významu medziľudským vzťahom a emočným väzbám, bagatelizácia bolestivých výchovných metód.

- *Neistá, ambivalentná vzťahová väzba – zapletený, zaujatý, úzkostný, ustarostený* – v dospelosti negatívny obraz o sebe, verí, že nie je hodný lásky, pozitívne hodnotenie druhých, ich pozitívnych vlastností, sily a nezávislosti.

- *Neistá, dezorganizovaná vzťahová väzba – s nevyriešenou traumou/smútkom* – v dospelosti nesúvislé a prerušované myšlienkové pochody, problém odlíšiť medzi fantáziou a realitou. Negatívny obraz o sebe, skepticizmus, či možno druhým dôverovať, že budú milujúci a dostupní.

Celkovo najväčšie riziko vzniku psychických porúch, problémového správania a rozvinutia sociálne neprispôsobivej osobnosti je pri narušenom type vzťahovej väzby, neistého pripútania (Nosková, 2011). Aj prax ukazuje, že u pacientov s duševnými poruchami sa častejšie vyskytuje neisté pripútanie. Ambivalentná vzťahová väzba sa objavuje často pri úzkostných poruchách. Vyhýbavá vzťahová väzba sa objavuje často pri schizofréniách. Dezorganizovaná vzťahová väzba pri poruchách osobnosti (Hašto, 2006).

Za vznikom duševných porúch je najčastejšie pôsobenie kombinácie hereditárnych dispozícií a vplyvov prostredia. Ako píše Hašto (2006) výskumy dokazujú, že popri heredite zostáva veľký priestor pre vplyvy prostredia, či životných skúseností. Vplyvy prostredia môžu popri heredite pôsobiť ako protektívne aj ako rizikové faktory. Významným protektívnym faktorom, ktorý je podľa autora zdrojom odolnosti, resiliencie a salutogenézy, je práve zážitok stabilného dobrého vzťahu aspoň s jednou osobou, ktorá človeka miluje a o ktorú sa možno oprieť.

K uvedenému prispieva aj klinická skúsenosť, ktorá dokazuje, že tzv. malé „t“ traumatické zážitky, ktoré sú dôsledkom chronického emočného zanedbávania sú vo všeobecnosti omnoho odolnejšie voči terapii a náročnejšie sa spracovávajú ako izolované tzv. „T“ veľké traumatické zážitky (Karaszová, 2010).

V bežnom fungovaní môže mať narušená vzťahová väzba u človeka vplyv na jeho schopnosť vyrovnať sa so záťažou a väčšími či menšími stresormi. Pod vplyvom menších foriem záťaže môže u človeka dochádzať k neprimeraným formám správania v dôsledku nízkej odolnosti na záťaž. Pod vplyvom nadmernej záťaže môže dochádzať ku dekompenzácii, ktorá môže byť spúšťačom psychického ochorenia.

Vplyv narušenej vzťahovej väzby na terapeutický proces

Všeobecnými dôsledkami, ktoré stoja v popredí narušenej vzťahovej väzby je nedôvera vo vzťahu k druhým ľuďom a negatívny obraz o sebe. Naopak ľudia s bezpečnou vzťahovou väzbou dokážu dôverovať druhým a veria, že ich potreby sú dôležité (Nosková, 2011). Z primárneho nadstavenia klienta s narušenou vzťahovou väzbou bude vyplývať nedôverčivý postoj voči terapeutovi. Narušená vzťahová väzba sa môže dostať do popredia terapeutického vzťahu už pri úvodných stretnutiach. Klient môže prichádzať s neistotou, odporom, tenziou. Môže prichádzať na stretnutia neskoro, prípadne ich rušiť.

Narušená vzťahová väzba ovplyvňuje sebaobraz klienta, mieru sebaklamu, nereálnych očakávaní a naivity. Tie sa môžu podľa Noskovej (2011) v praxi prejavovať:

- Neschopnosťou odhadnúť následky správania vlastného alebo cudzieho.
- Očakávaním vývoja udalostí podľa vlastnej predstavy, hoci situácia sa objektívne vyvíja inak.
- Neschopnosťou nadhľadu - vidieť sa a vnímať sa v živote reálne (ak nevidím problém, nemám čo riešiť).
- Neschopnosťou hovoriť o sebe, o svojich pocitoch a prežívaní (keď o svojich pocitoch neviem hovoriť, nedám ich najavo, nerozumiem sám sebe a iní mi nerozumejú, som neustále nespokojný a frustrovaný).
- Neschopnosťou zmeniť svoje reakcie (necítim potrebnú motiváciu, dôvod meniť sa).

Uvedené prejavy pochopiteľne sťažujú prácu s klientom, najmä ak chýba počiatočná motivácia k zmene a motivácia k práci s vlastným prežívaním. Z prejavov možno odvodiť nasledovné terapeutické ciele:

- Postupné uvedomovanie si vlastného prežívania, ako aj prežívania druhých ľudí, hlbšie porozumenie sebe aj druhým, podporovanie procesu mentalizácie.
- Budovať hranice a vedieť odlíšiť medzi vlastnými prianiami, predstavami a očakávaniami a reálnym vývojom situácie, medzi subjektívnym a objektívnym. Prehĺbiť kontakt s realitou.
- Podporovať schopnosť nadhľadu, uvedomenie si a prijatie aktuálnej životnej situácie, s akceptovaním minulosti (smútok, bolesť), kontaktom s prítomnosťou (byť tu a teraz), víziou budúcnosti (túžby a priania).
- Podporovať a posilňovať schopnosť vnímať svoje pocity a prežívanie a dokázať ich vyjadriť, prejaviť.
- Podporovať motiváciu k zmene, ktorá je príležitosťou k autosanácii, k úľave od demonštrujúcich sa symptómov, cestou k vnútornému rastu a osobnostnému zreniu.

Vzťahová väzba a schopnosť mentalizácie

Uvedené ciele súvisia s rozvíjaním schopnosti mentalizácie, ktorá sa stáva kľúčovým pojmom pri porozumení problematike narušenej vzťahovej väzby, možnostiam a cieľom pri jej intervencii.

Mentalizovanie definuje Bírešová, Košťan (2011, s.22) ako „uvedomovanie si vlastných a cudzích emócií, túžob, presvedčení, postojov vo vzťahu k správaniu a porozumenie ich významu“. Autori ďalej popisujú mentalizovanie ako proces, ktorý sa vyskytuje prevažne mimo našej vedomej kontroly, ako odpoveď na nespočetné množstvo udalostí, ktoré sa okolo nás dejú. Z veľkej časti ide o intuitívnu, rýchlu emocionálnu reakciu. Ide o proces, ktorý je príbuzný empatii v jej širšom chápaní. Pojmy sa navzájom prekrývajú, no nejde o synonymá.

Mentalizovať znamená najmä byť v kontakte s tým, čo si myslíme, cítime, po čom túžime a hádať, čo si myslia a cítia druhí ľudia, aké majú úmysly. Zároveň interpretovať správanie, dávať nášmu správaniu aj správaniu druhých zmysel. Pre optimálny vývoj cerebrálnych štruktúr podporujúcich mentalizáciu je nevyhnutná bezpečná vzťahová väzba (Trokanová, 2010).

Trokanová (2010) upozorňuje, že narušenie vzťahovej väzby nielenže zakladá maladaptívne vzorce pripútania, ale tiež podkopáva množstvo schopností vitálne dôležitých pre normálny sociálny vývin. Jedinec totiž potrebuje symbolický reprezentačný systém duševných stavov na to, aby bol schopný na ich základe interpretovať vlastné správanie aj správanie druhých.

Schopnosť mentalizovania preto významne súvisí s kvalitou vzťahovej väzby. Mentalizáciu podporuje bezpečná vzťahová väzba zahŕňajúca dostupnosť, vnímavosť a reagovanie na potreby dieťaťa, dostatočné telesné upokojenie. Naopak narušená vzťahová väzba narúša inhibuje mentalizovanie, čo má slúžiť ako obrana pred skutočnými nežičlivými zámermi druhých (Bírešová, Košťan, 2011).

Ako píše Hašto (2010) mentalizácia voči druhým aj voči sebe má svoju explicitnú aj implicitnú stránku. Na implicitnej rovine je prežívaná ako telesný pocit, tendencia k správaniu, emócia či fantázia. Na explicitnej úrovni sa prejavuje schopnosťou verbalizácie príslušných emócií. Navyše zahŕňa aj časovú dimenziu, čiže situácie, zážitky v minulosti aj predpokladanej budúcnosti.

Slabá schopnosť mentalizácie sa u klientov môže prejavovať váhavosťou pozrieť sa na zámery iných, aj na svoje, prílišnou istotou o myšlienkach a pocitoch iných, viac hovoria o všeobecných vonkajších faktoroch (vláda, soc. prostredie), vysvetľovaním vlastného správania diagnózou, nachádzaním chýb na druhých a obviňovaním iných. Mimoriadne slabé mentalizovanie sa môže prejavovať aktívnym vyhýbaním (mení predmet rozhovoru), otvorenou hostilitou, neverbálnymi reakciami (začne telefonovať) (Bírešová, Košťan, 2011).

Mentalizácia by mala byť ohniskom pre terapeutické intervencie (Trokanová, 2010). Významným spôsobom môže byť podporovaná aj v rámci arteterapie. Arteterapeutická intervencia môže podporovať proces mentalizácie klienta tým, že ho:

- prostredníctvom symbolizácie a explorácie prežívania vo výtvarnom vyjadrení podnecuje k reflexii vlastného prežívania a tiež záujmu a reflexii prežívania druhých ľudí,
- v rámci procesu výtvarnej tvorby, stimuluje jeho otvorenosť k novým pohľadom,
- prostredníctvom externalizácie a integrácie dáva priestor na zvládnutie a spracovanie ambivalentného prežívania, toleranciu negatívnych afektov,
- rehabilituje sebaobraz klienta a vedie ho k pozitívnejšiemu vnímaniu seba a druhých.

Účinné faktory a možnosti arteterapie pri narušenej vzťahovej väzbe

Účinné faktory arteterapie pri narušenej vzťahovej väzbe klienta je možné popísať na základe vymedzenia účinných prostriedkov arteterapie nemeckej autorky Ingrid Riedelovej (in Grohol, 2009). Spomínaná autorka medzi ne radí terapeutický vzťah, proces tvorby, proces symbolizácie, proces rozhovoru a interpretácie.

Narušenú vzťahovú väzbu možno modifikovať novou pozitívnou životnou skúsenosťou vo vzťahu, ktorou môže byť samotný **terapeutický vzťah**. Môže sa rozvinúť zrelšia metakognitívna regulácia, mentalizácia. Osobnosť terapeuta pomáha spracovávať dysfunkčné vnútorné modely a skúsenosti z minulosti, ktoré sú spojené s negatívnymi emóciami. Terapeut podnecuje vývin metakognitívnej roviny. Terapeutizujúco tu pôsobia postupy ako empatia, dôvera, akceptácia, kongruencia, zážitky bezpečia, dobré pracovné spojenectvo, korektívna skúsenosť, holding, containing (Hašto, 2006).

Klient s narušenou vzťahovou väzbou nemusí byť schopný skutočnej dôvery vo vzťahu, pretože pre dôverný vzťah nemá vybudovaný základný vnútorný pracovný model. Práve terapeutický, liečebnopedagogický vzťah môže pomôcť nadobudnúť novú vnútornú korektívnu skúsenosť. Dá sa preto chápať ako hlavný nástroj liečby. Zo strany arteterapeuta preto prístup ku klientovi s narušenou vzťahovou väzbou stojí v centre pozornosti, vyznačuje sa predovšetkým snahou o empatické porozumenie klienta, jeho akceptáciu a pri zachovaní kongruencie. V procese arteterapie sa prejavuje dôsledným reflektovaním potrieb klienta a následným reagovaním.

Podľa Grohola (2009, s. 210) je terapeutický vzťah v arteterapii „nosným substrátom, v ktorom sa zmena odohráva, je katalyzovaná a registrovaná." Autor ho výstižne pripodobňuje k ihrisku, kde sa zmena odohráva, ale ktoré je aj samotným účinným faktorom terapeutickej zmeny. Arteterapeutický vzťah je špecifický prítomnosťou tretieho a to výtvarného produktu. Výtvarný produkt umožňuje špecifický typ prenosu, ktorý sa v odbornej literatúre nazýva lateralizovaný prenos, alebo prenos obetného baránka.

Slavík (2003) vníma lateralizovaný prenos v arteterapii ako možnosť odkloniť klasický prenos klientových konfliktov z minulosti na osobu terapeuta a zviesť ho bokom do výtvarného artefaktu. Terapeut tak nemusí vystupovať v dvojitej roly. Tzv. „mŕtve metafory" sa môžu vynoriť z pacientovho dynamického nevedomia bez toho, aby terapeut slúžil ako matrica pre ich oživenie. U klienta dochádza k posunu a aktu pochopenia, keď zisťuje svoju podobnosť medzi zobrazenou figúrou a svojou minulou životnou situáciou. Súčasťou tohto procesu môže byť regres, v ktorom klient emočne prežíva staré konflikty a prežité zranenia. Reálny výtvarný produkt zároveň udržuje zmysel pre realitu klienta, umožňuje pohybovať sa v žiaducom priestore medzi regresom a korekciou, dovoľuje mu sa v zážitku vrátiť naspäť do reality. Týmto spôsobom môže nastať u klienta akt porozumenia sprevádzaný úľavou a vyhasínaním patologických symptómov.

Zvlášť významný je popísaný proces lateralizovaného prenosu, ktorý umožňuje arteteterapia u klientov s narušenou, neistou vzťahovou väzbou, pretože chráni dôveru klienta v osobu terapeuta a pocit bezpečia v terapeutickom vzťahu. Zároveň je pravdepodobné, že liečivý proces nebude natoľko závislý od schopnosti terapeuta pracovať s verbálnou formou prenosu.

Samotný **proces tvorby** má liečivý potenciál, ktorý je založený najmä na koncepte sublimácie. Pri výtvarnej tvorbe sa aktivuje tvorivý potenciál klienta, ktorý môže ďalej uplatňovať vo svojom živote mimo terapie, pomáha budovať jeho sebadôveru a nezávislosť, čo sú žiadané ciele u klientov s neistou vzťahovou väzbou. Výtvarné znázornenie tiež vytvára priestor pre zmaterializovanie a externalizáciu problému. Charakter práce s výtvarným artefaktom umožňuje klientovi získať odstup od problému a následne mu preto uľahčuje jeho verbalizáciu (Grohol, 2009). Neistá vzťahová väzba sa prejavuje v zníženej schopnosti reflektovať vlastné prežívanie a prijať jeho ambivaletnosť. Výtvarné znázorňovanie pomáha k zjednocovaniu protikladov a prekonaniu jednostrannosti (cez doplnkové farby, formy atd.). významným spôsobom preto môže prispieť k procesu integrácie.

V arteterapii dochádza k **procesu symbolizácie**, k vyjadreniu emocionálneho prežívania, vnútorných konfliktov, odrazu vzťahov k druhým, ktoré získavajú vizuálnu podobu symbolov. Mnohokrát ide o neprijateľný obsah, ktorý sa pod ochranou symbolov stáva akceptovateľným, pretože chráni klienta pred priamou konfrontáciou s vyjadreným obsahom. Zároveň však umožňuje klientovi spracovávať vyjadrený obsah na úrovni, ktorá je pre neho zvládnuteľná. Klient sa môže na prijateľnej úrovni kontaktovať s vlastným prežívaním, s pocitmi, ktoré má voči druhým ako aj s prežívaním ostatných. Dochádza k jeho lepšiemu spracovaniu. Významným spôsobom môže podporovať žiadaný proces mentalizácie, čo je jedným zo hlavných cieľov terapeutickej práce pri neistej vzťahovej väzbe.

Proces mentalizácie je podporovaný rozhovorom po dokončení výtvarného diela. **Rozhovor a interpretácia diela** môže tiež byť podporovaná skupinou. V procese rozhovoru u klientov s neistou vzťahovou väzbou je potrebné rešpektovať naznačenú kompetenciu vlastnej regulácie klienta spracovávať vyjadrený obsah na úrovni, ktorá je pre neho zvládnuteľná. Arteterapeut je voči tejto autoregulácii klienta vnímavý, otázkami a vlastnými interpretáciami fokusuje na obsahy, ktoré je klient (a terapeut) pripravený spracovať. Pri práci so skupinou by mal mať arteterapeut v tomto zmysle pod kontrolou skupinový proces a vhodným spôsobom usmerňovať otázky a interpretácie členov skupiny a v prípade potreby zmierňovať ich dopad na klienta.

Proces rozhovoru a interpretácie je saturovaný empatickou prijímajúcou atmosférou, vlastným popisom a výpoveďou klienta o vzniku výtvarného produktu a o tom, čo to pre neho znamená,

doplňujúcimi otázkami, pozorovaniami, asociáciami a interpretáciami terapeuta a skupiny, umožňujúcich presah do životného príbehu a problémov v ňom (Grohol, 2009).

Prostredníctvom naznačených účinných faktorov môže pri aplikácii cielene indikovanej arteterapeutickej intervencii u klienta s narušenou vzťahovou väzbou dochádzať ku kompenzácii jej dôsledkov. Arteterapia naviac môže napĺňať ciele reziliencie, pomáhať objavovať a posilňovať vnútorné zdroje klienta, podporovať jeho autosanačné mechanizmy. Aj v rámci arteterapie je možné budovať sanačný terapeutický vzťah, ktorý môže klientovi sprostredkovať zážitok bezpečia a vytvoriť mu tak priestor pre obnovenie kontaktu so sebou, dotýkať sa svojho vnútorného sveta a poznávať jeho zákutia.

Literatúra:

BÍREŠOVÁ, B, KOŠŤAN, R. 2011. Mentalizovanie a rozšírená empatia ako základ pre individuálny vývin jedinca. In *Mosty k rodine. Časopis o sociálnej práci s rodinou. Vzťahová väzba*. Ročník 2, 2011, s. 22-24. ISSN 1338-2713.

GROHOL, M. 2009. *Arteterapia v psychiatrii. Písomná práca k špecializačnej skúške z psychiatrie*. Bratislava: Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. Fakulta

zdravotníckych a špecializačných štúdií. 2009. HAŠTO, J. 2010. Správanie senzitívnej matky /rodiča/, náhradného rodiča a mentalizačnáschopnosť - význam pre prevenciu a liečbu. In *Prenatálne dieťa*, ročník 3, 2010 ,c. 1, str.134-

138. ISSN 1337-7744.

HAŠTO, J. 2006. Vzťahová väzba, pripútavacie správanie a psychiatria – psychoterapia. In *Psychiatrie*, roč. 10, č. 1, 2006. ISSN 1211-7579.

HAŠTO, J. 2005. *Vzťahová väzba: ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vyd. F, Pro mente sana, s.r.o., 2005. ISBN 80-88952-28-X.

NOSKOVÁ, J. 2011. Vplyv citovej väzby na vývin mozgu dieťaťa. In *Mosty k rodine. Časopis o sociálnej práci s rodinou. Vzťahová väzba*. Ročník 2, 2011, s. 14-20. ISSN 1338-2713.

KARASZOVÁ, K. 2010. Psychotraumatológia a vzťahová väzba: Ako uniesť dobré pocity. In *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*, 17, 2010, č.1, str. 80-83. ISSN 1335-423X.

SLAVÍK, J. 2003. Přenos a jeho lateralizace v arteterapii. In *Arteterapie - téma: Deprese*, *časopis České arteterapeutické asociace*, č. 3, roč. 2003, s. 20-27. ISSN 1214-4460.

TROKANOVÁ, Z. 2010. Hraničná porucha osobnosti a mentalizácia. 2010. In *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*, 17, 2010, č. 3, s. 178-185. ISSN 1335-423X.

Mgr. Zuzana Šiserová, PhD.
liečebná pedagogička
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky
Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta
Šoltésovej 4, 811 08 Bratislava

E-mail: zuzana@siserova.sk

Vzťah v pomáhajúcich profesiách z pohľadu študentov špeciálnej pedagogiky na Univerzite Palackého v Olomouci

Petra Křížkovská, Jana Olejníčková, Petra Tomalová

ABSTRAKT

Príspevok „Vzťah v pomáhajúcich profesiách z pohľadu študentov špeciálnej pedagogiky na UP v Olomouci“ približuje pohľad študentov špeciálnej pedagogiky na človeka s postihnutím. Výskum sleduje meniaci sa pohľad študentov v priebehu štúdia na problematiku práce a vzťahu v pomáhajúcich profesiách, vyplývajúci z ich skúseností a vedomostí. Jedná sa predovšetkým o zamyslenie sa nad otázkou: „Čo a kto ovplyvňuje postoje študentov a na čo je potrebné sa zamerať v rámci vzdelávania budúcich pracovníkov v pomáhajúcich profesiách?“

***Kľúčové slová**: pomáhajúca profesia, špeciálna pedagogika, vzťah*

Riešiteľský tím

Petra Křížkovská, Mgr.

Študentka 3. ročníka doktorandského študijného programu, odbor Špeciálna pedagogika. Profilácia: logopédia, psychopédia, špeciálnopedagogická andragogika a gerontagogika Prax: lektor kurzu celoživotného vzdelávania pre osoby s mentálnym postihnutím; asistent v kurze Aktívne sociálne učenie; pracovník školského poradenského zariadenia. Lektor predmetu: Základy špeciálnej pedagogiky, Špeciálnopedagogická andragogika, Psychopédia, Facilitačné a stimulačné techniky.

Jana Olejníčková, Mgr.

Študentka 3. ročníka doktorandského študijného programu, odbor Špeciálna pedagogika. Profilácia: dramaterapia s klientmi s neurotickou poruchou, expresívne terapie, terapeutické techniky v špeciálnej pedagogike

Prax: dramaterapia u klientov s neurotickou poruchou na otvorenom oddelení Kliniky psychiatrie Fakultnej nemocnice Olomouc; špeciálny pedagóg v Stredisku výchovnej prevencie Resocia, Přerov; lektor pre Občianske združenie za dôstojnú starobu, Praha.

Lektor predmetu: Dramaterapia, Terapeutické techniky, Špeciálna pedagogika, Komunikácia s ľuďmi s mentálnym postihnutím.

Petra Tomalová, Mgr.

Študentka 3. ročníka doktorandského študijného programu, odbor Špeciálna pedagogika. Profilácia: kvalita života pracovníkov v pomáhajúcich profesiách, sociálne služby, vzácne choroby, expresívne terapie.

Prax: teatroterapia u osôb bez prístrešia, poradkyňa Národnej rady osôb so zdravotným postihnutím ČR, fundraisingová asistentka Spoločnosti pre mukopolysacharidózu. Lektor predmetu: Terapeutické techniky, Dramika, Sociálne služby, Komplexné služby pre osoby so zdravotným postihnutím, Základy špeciálnej pedagogiky.

Uvedenie do problematiky, predmet a ciele šetrenia

Predmetom nášho šetrenia sú údaje získané prostredníctvom dotazníkov, rozhovorov a pozorovaní u študentov špeciálnej pedagogiky na UP v Olomouci v priebehu ich štúdia, ktoré sa týkajú meniaceho sa pohľadu na človeka s postihnutím.

Šetrenie, týkajúce sa daného príspevku, prebiehalo v období od septembra 2011 do septembra 2012.

Cieľom riešiteľov bolo získanie informácií o postojoch a zmenách vo vnímaní ľudí s postihnutím vyplývajúcich z odborných - teoretických a praktických informácií, ako aj skúseností študentov prvých, tretích a piatych ročníkov. Ďalším cieľom bolo zmapovanie možností lektorov a pedagógov z Ústavu špeciálnopedagogických štúdií na Pedagogickej fakulte Univerzity Palackého, ako tieto postoje u študentov ovplyvniť.

Premisou bolo presvedčenie, že sa názory študentov v jednotlivých rokoch štúdia markantne líšia.

Uvedené informácie tvoria užší a všeobecnejší rámec informácií a podkladov získaných počas jedného roka. Úmyslom je pokračovať v šetrení do roku 2015, kedy prvé ročníky tohto šetrenia budú už v piatom, teda poslednom ročníku štúdia, a môže následne dôjsť k väčšej komparácii ich vývoja názorov a postojov (de facto – či a ako sa sami zmenili vo vzťahu

k ľuďom s postihnutím).

Výskumný súbor, metodológia

Výskumný súbor tvorilo celkom 128 študentov nasledujúcich odborov: Špeciálna pedagogika - dramaterapia, Špeciálna pedagogika - ortokomunikácia, Špeciálna pedagogika predškolského veku, Logopédia, Špeciálnopedagogická andragogika a Špeciálna pedagogika pre 1. a 2. stupeň základných škôl. Z prvých ročníkov sa šetrenia zúčastnilo - 56 študentov (≈ 44 %), z tretích ročníkov 38 študentov (≈ 30 %) a z piatych ročníkov 34 študentov (≈ 26 %). Riešitelia si zámerne vybrali prvý, tretí a piaty ročník, vzhľadom k motivácii k štúdiu v prvom ročníku a motivácii k práci s človekom s postihnutím v treťom ročníku bakalárskeho stupňa štúdia a v piatom ročníku magisterského (resp. druhom ročníku nadväzujúceho magisterského) štúdia. Údaje boli získavané zo zúčastneného pozorovania, z rozhovorov a dotazníkov.

Dotazníkové šetrenie obsahovalo otázky (*uvádzame otázky, ktoré sa týkajú iba danej problematiky a zamerania príspevku*):

1. Otázka: Kto je človek s postihnutím?
2. Otázka: Kto je človek bez postihnutia?

Dotazníkové šetrenie bolo primárne zamerané na študentov prvých ročníkov. V rámci výučby bola so študentmi vedená diskusia reflektujúca odpovede dotazníkového šetrenia. Informácie o vnímaní, praktických skúsenostiach a postojoch, boli získavané od študentov tretieho a piateho ročníka prostredníctvom pološtruktúrovaného rozhovoru.

Otázky, ktoré boli kladené v rámci pološtruktúrovaného rozhovoru *(opäť výber otázok týkajúcich sa tejto oblasti):*

- Ako vnímate človeka s postihnutím?
- Aké sú Vaše skúsenosti z praxe?

Celé vyšetrovanie bolo realizované paralelne vo všetkých ročníkoch a informácie boli

získavané priebežne v rámci výučby predmetov Špeciálna pedagogika, Terapeutické techniky a Dramaterapia. Samotná metodológia vyšetrovania sa riadi metódou prostého zoznamu a samostatnej deskripcie - v tejto fáze nedochádza ešte k využitiu metód kvalitatívneho výskumu (napr. metóda zakotvenej teórie).

Deskripcia výskumného zistenia, komentáre, interpretácie

Študenti **prvých ročníkov**, u ktorých sa výskumníci zamerali predovšetkým na charakteristiku osoby s postihnutím a bez postihnutia, najčastejšie odpovedali (*zoradené podľa najčastejšie sa objavujúcich odpovedí*):

- potrebuje pomoc druhého človeka; nie sú samostatní,
- nevie sa o seba postarať,
- nemôžu žiť naplno,
- človeka s postihnutím rozpoznáme podľa kompenzačnej pomôcky,
- s človekom s postihnutím sa stretávame v nejakej inštitúcii, ako sú domovy pre osoby s postihnutím, centrá pomoci hendikepovaným apod.,
- človek s postihnutím je často vystavovaný nepríjemným situáciám v živote,
- ľudia s postihnutím sú veselší a bezstarostnejší; ľudia s postihnutím sú priateľskejší,
- mentálne postihnutý človek je hlučný,
- správajú sa detinsky,
- nemajú také možnosti ako zdraví ľudia,
- sú veľmi dôverčiví a nemajú hranice,
- nemajú toľko možností na vzdelanie,
- sú viac zneužiteľní,
- sú finančne závislí na druhých a dávkach od štátu,

- často "zanedbaný" vzhľad, neupravení,
- človek s postihnutím má viac zdravotných problémov,
- na prvý pohľad vyzerajú "inak",
- majú často nižšie sebavedomie,
- sú veľmi impulzívni a nekontrolujú svoje emócie a správanie,
- nemajú "občianky",
- nemajú kamarátov medzi "svojimi" ani medzi zdravými,
- verejnosť k nim často zaujíma odmietavý postoj, či naopak "až moc vrelý",
- sú to lietajúci ľudia (*pozn. autoriek - lietajúci ľudia = chodiaci ľudia - projekt v Českej republike*),
- človek s postihnutím horšie nadväzuje milostné vzťahy,
- sú to ľudia, ktorí potrebujú našu špeciálnopedagogickú pomoc,
- človek s poruchou autistického spektra je uzavretý do seba a občas agresívny. *Komentár:*

Na základe výpovedí bolo poznať istú neuchopiteľnosť tejto témy, študenti si občas aj sami vo svojich výpovediach o človeku s postihnutím protirečili, napr. v jednej vete jeden z respondentov napísal, že človek s postihnutím má väčšiu tendenciu k samovražedným sklonom a zároveň, že niekedy ľudia s postihnutím bývajú šťastnejší ako ľudia bez postihnutia. V prvom ročníku študenti volili často formu deskripcie a vonkajšieho popisu človeka s postihnutím a vnímali ho ako osobu, ktorá potrebuje pomoc. Objavila sa tiež častá stigmatizácia a etiketovanie či priraďovanie určitých vlastností. U prvých ročníkov bola položená v závere prieskumu kontrolná otázka: "*Kto z Vás pozná osobne človeka s postihnutím*?" Z 56 študentov uviedlo 6 (≈ 11 %), že majú v blízkom okolí človeka s postihnutím, 22 (≈ 39 %) študentov uviedlo, že sa s nimi stretli v rámci praxe na strednej škole (jednalo sa o pedagogické, sociálne a zdravotnícke odbory) a 28 (50 %) študentov uviedlo, že sa osobne so žiadnym človekom s postihnutím nestretli. Môžeme sa domnievať,

že vyššie uvedené informácie súvisia s neznalosťou ľudí s rôznym postihnutím. Zaujímavosť môžeme vidieť tiež v tom, že študentom nebola bližšie špecifikovaná otázka - o aký druh postihnutia sa jedná (či sa jedná o človeka s mentálnym, sluchovým, zrakovým, kombinovaným, či iným postihnutím). Môžeme uviesť príklady veľmi schopných ľudí v politike, oblasti filmu a hudby, pracovníkov na VŠ a ďalších odborníkov, ktorí majú nejaký druh postihnutia, a nedomnievame sa, že by sa napr. správali detinsky alebo neboli schopní sa o seba postarať. Preto môžeme usudzovať, že dané postoje sú ovplyvnené práve neznalosťou, neinformovanosťou, neoverením si daných skutočností a istými predsudkami či stereotypmi v spoločnosti. Dôležitý fakt tu môžu predstavovať aj médiá - akým spôsobom poukazujú na ľudí s postihnutím - de facto, podľa dvoch hlavných štýlov prezentácie v kontraste - tragédia verzus hrdina. U nás sa v poslednej dobe objavila i "urážlivá kampaň" ľudí s postihnutím, ako ľudí, ktorí zneužívajú poskytovanie sociálnych dávok, s čím súvisia i vládne škrty v podpore osôb so zdravotným postihnutím (zníženie príspevku na starostlivosť - PnP, zrušenie súbehu PnP a rodičovského príspevku, zmena systému týkajúca sa poskytovania príspevkov na kompenzačné pomôcky, zníženie príspevku na mobilitu, a pod.). V týchto podmienkach stále ešte pretrváva silná tendencia ku konformite.

Študenti **tretích ročníkov** sa v rozhovoroch o osobách s postihnutím často líšili v závislosti od vlastnej praxe, ktorá je daná odborovo. Väčšina študentov prezentovala názory, ktoré boli skôr teoretické a získané z prednášok či seminárov. Pri diskusiách so študentmi často prevládal pohľad na človeka s postihnutím skrze "diagnostiku", než pohľad holistický.

Objavovali sa viac-menej podobné odpovede, ktoré študentov rozdelili na dva prúdy:

1. prúd (17 študentov - 45%): podobné a pretrvávajúce názory ako u študentov prvých ročníkov - človek s postihnutím je osoba:

- ktorá má svoje individuálne potreby a treba s ňou intenzívne pracovať,
- ktorá potrebuje pomoc a je často závislá a odkázaná na druhých,
- ktorá využíva systém sociálnych služieb,
- ktorá má nižšie vzdelanie a horšie sa uplatňuje na pracovnom trhu,
- ktorá má menšiu možnosť viesť bežný život,
- je handicapovaný v…

Komentár:

Zaujímavosťou pre nás bolo, že študenti uvádzali takmer identické odpovede, ktoré sa líšili len v drobných nuanciách. Z danej skupiny 6 (35 %) študentov uviedlo, že na základe svojej skúsenosti z praxe (už pred štátnymi záverečnými skúškami) vie, že s klientelou špeciálnej pedagogiky pracovať nechce. Nemali dobré skúsenosti z praxe a mali pocit, že by prácu s človekom s postihnutím nezvládli. U ostatných sa objavila pozícia pripomínajúca tzv. *syndróm pomáhajúcich*.

2. prúd (21 študentov – 55 %): potreby ľudí s postihnutím prirovnávajú k svojim potrebám, otázka je pre nich neuchopiteľná - vo vnímaní rozdielov a delenie ONI / MY.

Komentár:

Vyššie uvedený postoj zaujali predovšetkým študenti z odboru Špeciálna pedagogika - dramaterapia a Špeciálna pedagogika - ortokomunikácia - domnievame sa, že je to dané oveľa väčšími skúsenosťami z praxe (16 študentov už pracovalo na čiastočné úväzky alebo ako dobrovoľníci, či osobní asistenti u ľudí s postihnutím (prevažne mentálnym). Snažili sa vysvetliť, že sú ľudia s postihnutím rôzni a nejde ich globalizovať ako skupinu, a že dokážu popísať konkrétneho človeka a zvláštnosti, ktoré sú dané jeho znevýhodnením. Objavovali sa veľmi prekvapujúce názory – napr.: samotní zamestnanci a pracovníci v oblasti špeciálnopedagogickej často stigmatizujú klientov - oslovovanie klientov zdrobneninami ich mien, časté tykanie klientom, ktorým je viac ako 50 rokov, robenie vecí za nich - nízka podpora v ich samostatnosti, apod. Mnoho študentov uviedlo, že pri svojich praxiach zistilo, že medziodborová prepojenosť je na malej úrovni a komunikácia v tejto oblasti často výrazne zaostáva.

V **piatom ročníku** niektorí študenti reagovali na otázku: "*kto je človek s postihnutím, a kto je človek bez postihnutia*", ako na nezmyselnú, že ide predovšetkým o osobu, ktorú najprv musím spoznať a potom k nej pridávať nejaké charakteristiky, všetko ostatné sú domnienky. Pre niektorých študentov bola táto otázka až úsmevná a nezodpovedateľná. Títo študenti mali za sebou už niekoľko praxí a takmer 68 % z nich boli už zamestnaní v odbore špeciálnej pedagogiky či sociálnej práce. Prax im poskytla množstvo poznatkov nielen o živote človeka s postihnutím, ale aj o kontrastoch v teórii a praxi a náhľad na vlastné schopnosti a obmedzenia v priamej práci s klientom. Zaujímavé bolo zistenie, že takmer 50 % respondentov, ktorí už pôsobili v praxi, sa prispôsobili systému, v ktorom pracovali, bez toho, aby s ním plne súhlasili. Narážali sme na problémy, ktoré sú pre nich, ako pracovníkov v sociálnej službe, nezmeniteľné, ako je napríklad počet klientov na jedného pracovníka

a s tým spojené zabezpečovanie potrieb, nerovnomerné rozloženie pracovného času na priamu a nepriamu prácu s klientmi, kvalita danej služby - väčšinou daná finančnými problémami v organizácii - týkajúca sa nedostatku špeciálneho vybavenia a pomôcok, problematika umiestnenia zariadenia - na okraji dediny bez možností širšieho kontaktu s bežným prostredím, finančné ohodnotenie pracovníkov v pomáhajúcich profesiách, problematika individuálneho plánovania - sny a želania klientov v kontraste s možnosťami služieb a pod.

So 74 % študentov piateho ročníka bolo už možné hodnotiť súčasnú situáciu vo vzťahu k človeku s postihnutím a vlastnú aktivitu (skúsenosť). Študenti piatych ročníkov mali na prednáškach väčšiu potrebu rozoberať príklady z praxe a porovnávať ich s vlastnými zážitkami z praxe.

Komentár:

Piaty ročník, podľa našich predpokladov, prešiel z emotívneho vnímania k racionálnemu. Často sa v diskusiách objavoval fenomén - práca môže byť poslaním, ale stále je to len práca. Dokázali hovoriť o problematike - ako svojho uplatnenia na trhu práce a finančného ohodnotenia, tak o budúcnosti ľudí s postihnutím v danom zariadení. Veľakrát sa objavoval pojem individuálneho plánovania či plánovania zameraného na človeka. Kriticky dokázali hovoriť o problematike veľkokapacitných zariadení a s tým spojenou nižšou kvalitou života klientov (predovšetkým v pomeroch zamestnanci X klienti). Veľa študentov sa prikláňa k názoru, že vo svojej profesii chcú byť skôr sprievodcom a asistentom človeka s postihnutím a nie jeho riadiacim a určujúcim prvkom. Dokázali si uvedomovať mantinely, ktoré sú právne dané legislatívou našej republiky, poukazovali na sťažené podmienky uplatnenia ľudí s postihnutím na trhu práce, aj keď existuje už mnoho agentúr podporovaného zamestnávania. Ďalej študenti poukazovali na problematiku pozitívnej diskriminácie – v zmysle podceňovania a „zneschopňovania“ ľudí s postihnutím zo strany pracovníkov v pomáhajúcich profesiách. Zaujímavosťou pre nás bolo, že nachádzali aj veľa negatív, ktoré však mali potrebu riešiť a diskutovať - myslíme tým "*keď je niečo zle, ako to urobiť lepšie, ako to zmeniť*". Bola tu cítiť snaha mladej generácie špeciálnych pedagógov či prípadných pracovníkov v sociálnych službách zmeniť zabehnuté stereotypy a mantinely, ktoré sú podľa ich názoru zastarané. Prekvapujúce boli názory typu: "*Ako chceme meniť pohľad celej verejnosti na jednotlivých ľudí s postihnutím, keď nevieme zmeniť ani to málo v konkrétnej organizácii ...*" Bol tu cítiť badateľný rozdiel vo vnímaní: pozitívny prístup ku klientovi,

negatívny prístup k inštitúciám, organizáciám, systému - dochádzalo k častému globalizovaniu problematiky. Všeobecne - väčšina názorov a pohľadov smerovala ku komplexnému pohľadu na človeka s postihnutím a na potrebu úzkej spolupráce s ním a jeho rodinou pri saturovaní jeho potrieb. Z ďalšieho pozorovania sa zistilo, že nie vždy študijné výsledky sú úmerné praktických skúsenostiam a nadhľadom, ktorý odbor špeciálna pedagogika potrebuje. Takmer 35 % (12) študentov, ktorí na hodinách špeciálnej pedagogiky boli aktívni a veľmi skúsene dokázali diskutovať s vyučujúcim, nemalo dobré študijné výsledky pri testoch z danej problematiky. Daným zistením nekonáme žiadne závery, len stojí za zmienku, či idú teoretické poznatky ruka v ruke s praktickými a či je dôležitá ich vyváženosť. Ako lektori a riešitelia v jednej osobe sa zamýšľame nad otázkou, na koľko sme boli objektívni pri vyhodnocovaní rozhovorov so študentmi, konkrétne so skupinou študentov. V priebehu rozhovorov sme pozitívne reagovali na postoje, názory a reakcie konkrétnych študentov a tým pádom mohli ostatní študenti prispôsobovať svoje výpovede našej predstave. Narážame tu na problematiku role, ktorú sme v danú chvíľu zastávali, a to hodnotiteľa, na ktorého názoru sú závislé výsledky študentov.

Priemerne 15% študentov nejavilo vo výuke markantný záujem sa zapájať do debaty a neprinášali žiadne príklady z vlastnej praxe ani postrehy. Môžeme sa tu zamýšľať nad potrebou dôvery v skupinu, pocitom ostychu a trápnosti hovoriť o sebe a svojich skúsenostiach pred skupinou. Na druhú stranu ide o budúcich pracovníkov, ktorí majú kontakt s ľuďmi na dennom poriadku a je potrebné s nimi komunikovať a oznamovať svoje postoje a postrehy.

Záver

Vzťahy, pohľady a vnímanie ľudí s postihnutím sa počas rokov štúdia mení v závislosti na získavaní teoretických vedomostí a skúseností z praxe. V rámci šetrenia výskumníci v konzultácii s ďalšími odborníkmi zistili, že v prvých ročníkoch sú študenti často ovplyvnení emocionálne, ešte nemajú vedomosti a skúsenosti, aby danú problematiku dokázali uchopiť. Vo vyšších ročníkoch prevažuje znateľne racionálne zmýšľanie. Samozrejme, dobre vedená prax je pre študentov nevyhnutným zdrojom informácií, ktoré ich môžu pripraviť na ich profesiu.

„My a Oni“

Častým javom, ktorý sa pri odpovediach objavoval, predovšetkým u nižších ročníkov, bolo rozlíšenie my zdraví a oni postihnutí. Tí druhí, ktorí sú iní a my sme tí, ktorí im pomôžeme. Viedli sme diskusie o tom, ako s týmto javom pracovať. Študenti sú v začiatkoch štúdia často ovplyvniteľní názorom autorít z praxe. Nachádzame dôležitosť nielen v tom, čo za informácie odovzdávame, ale tiež v tom, ako my sami vnímame človeka s postihnutím a ako prezentujeme túto otázku. Veľmi záleží na osobnosti vyučujúceho i jeho prax a schopnosť ju uchopiť a efektívne odovzdať. V tomto konkrétnom prípade záleží na "sile slova" - zo slov, ktorými sa vyjadrujeme o druhých, sa ľahko stávajú nálepky, ktoré konzervujú stav vecí, človeka zaraďujú do škatuliek, ktoré bránia akejkoľvek zmene.

Ak sa domnievame, že sa vzťah k ľuďom s postihnutím mení počas rokov štúdia aj vďaka pedagógom a odborníkom v praxi, mali by sme sa sami zamyslieť, či oblasť špeciálnej pedagogiky podávame študentom ako možnosť utvoriť si názor vlastným poznaním alebo podsúvame im vlastné názory (niekedy i negatívne skúsenosti). Je pravdou, že pri výučbe sa nevyhneme terminológii a odbornému výkladu, ktorý však môže byť často už zastaraný a pejoratívny, často viazaný priamo na lekárske diagnózy, ktoré už samé o sebe stigmatizujú človeka s postihnutím bez toho, aby zohľadňovali jeho individualitu. Pedagógovia tu majú veľkú možnosť ovplyvniť postoje a názory študentov. Ovplyvňovanie v tomto prípade neznamená vnucovať vlastný názor, ale prebudiť v študentovi nadhľad, triezvy postoj, sebavedomie a konštruktívnu kritiku ku špeciálnopedagogickej práci.

„Manažéri života“ je pracovný pojem, ktorý je reakciou na otázku, akým spôsobom my lektori a vyučujúci, prezentujeme človeka s postihnutím a prácu s ním. Ak prezentujeme problematiku práce s človekom s postihnutím ako manažérsku a nie prvoplánovo pomáhajúcu, môže sa pohľad študenta posunúť do iných dimenzií. Pomoc vyjadruje často aktivitu jedného človeka (pracovníka), na ktorom je klient závislý (smerom k potrebnému). Ak nahliadneme však na klienta ako na človeka, ktorý si platí službu a my sme tí, ktorí kreatívne spravujú jeho čas, náplň života, potreby môžeme sa čiastočne vyhnúť tendencii budúceho "jáství" študentov, pracovníkov, obrazne povedané "ja zachraňujem teba nemohúceho a slabého, ktorý na to nestačíš ". Človek sa stáva klientom našej služby a my službu plníme svedomito ako kuchár, kaderníčka či cvičiteľ. Ak chceme, aby naša služba bola dobrá a mala dobré meno, rovnako ako dobrý kuchár, kaderník či cvičiteľ, musíme mať informácie o potrebách, chutiach, štýle našich zákazníkov - klientov (tých, ktorí primárne

určujú dopyt), ich obmedzeniach a možnostiach. Veríme, že týmto prístupom by bolo možné študentom sprostredkovať zdravý postoj ku klientele, s ktorou budú v budúcnosti pracovať.

V kolektíve ostatných lektorov sme sa tiež zhodli na dôležitom fakte, ktorý len ťažko svojím pôsobením môžeme ovplyvniť, a tým je prostredie, z ktorého študent prichádza. Rodinné zázemie, dostupnosť informácií, skúsenosti z okolia alebo vlastnej rodiny s človekom s postihnutím, to všetko má nenahraditeľný vplyv na vzťah a prácu študenta špeciálnej pedagogiky.

Vízia do budúcnosti

- Semináre pripravujúce a reflektujúce prax.

Aj keď študenti špeciálnej pedagogiky na UP v Olomouci majú veľké množstvo náčuvov a praxí, napriek tomu sú často nepripravení a nervózni pri blížiacom sa priamom kontakte s ľuďmi s postihnutím. Veríme, že podrobná príprava na prax so skúseným lektorom, by študentom nielen rozšírila obzory špeciálnopedagogickej problematiky, ale predovšetkým posilnila sebavedomie pred samotným vstupom do praxe.

Tiež sme toho názoru, že klient v špeciálnopedagogickej oblasti by nemal byť ani pozorovaným objektom ani tzv. "pokusným králikom" študenta v praxi. Práve z týchto dôvodov by študent mal na prax prichádzať pripravený s nejakou ponukou a schopnosťou načúvať klientovým požiadavkám a zhodnotiť vlastné schopnosti a kompetencie k tejto práci. Domnievame sa, že aj sústavná supervízia na praxiach by do výučby priniesla mnoho podnetov k ďalšiemu rozvoju. Rovnako tak reflektovanie praxe, ktoré s touto problematikou súvisia. Prebrať so študentmi úskalia, problémy, ktoré nastali a tiež to, čo sa im na praxi podarilo.

Daná vízia môže fungovať pri prepojení spolupráce vysokých škôl s odborníkmi a inštitúciami v praxi - ako (v rámci povinnej praxe počas štúdia) nastúpi študent do daného zariadenia, mal by byť oboznámený so zákazkou - s tým, aké bude jeho určenie a smerovanie a čo je cieľom praxe. Vidíme veľké rozdiely počas výučby špeciálnopedagogických predmetov - teoretické podklady a praktické zručnosti. Namiesto frontálneho odovzdávania informácií by mala výučba prebiehať skôr formou diskusie a riešenia konkrétnych príkladov - tu je možné sa zamyslieť nad zmenou akreditácie niektorých odborov.

K tomu, aby sme mohli zmeniť postoje spoločnosti k ľuďom s postihnutím, je potrebné zmeniť predovšetkým zmýšľanie u osôb bez postihnutia a zmýšľanie u ľudí s postihnutím (u dospelých aj u detí, na rovine ľudskej i občianskej, a to cielene - výchovou a vzdelaním, ako aj príležitostne - náhodne, tj. keď je to vhodné, vlastnými i verejnými silami a prostriedkami).

Poznámka: Podporené projektom SGS PdF_2012_038

Mgr. Petra Křížkovská,
študentka DSP UP Olomouc
Žižkovo nám. 5, 771 40 Olomouc
E-mail: Petra.Krizkovska@seznam.cz

Mgr. Jana Oleníčková,

študentka DSP UP Olomouc

Žižkovo nám. 5, 771 40 Olomouc

E-mail: jana.olejnickova@seznam.cz

Mgr. Petra Tomalová,

študentka DSP UP Olomouc

Žižkovo nám. 5, 771 40 Olomouc

E-mail: tomalova.petra@seznam.cz

Výhody a úskalia sieťovania pomáhajúcich profesionálov na poli sociálnej práce s rodinou

Kristína Baťová

ABSTRAKT

Práca sa zameriava na sieťovanie pomáhajúcich profesionálov na poli sociálnej práce s rodinou. Prináša polemiku o výhodách a úskaliach zapájania viacerých odborníkov pri zabezpečení komplexnej starostlivosti o sanovanú rodinu z pohľadu zloženia profesionálneho tímu, fázy vstupu ďalšieho odborníka do sanačného procesu, schopnosti a dôvery klienta v spoluprácu s multidisciplinárnym tímom a vplyvu kooperácie pomáhajúcich profesionálov na celkový výsledok sanácie dysfunkčných rodín.

Kľúčové slová: *Sieťovanie. Sprostredkovaná pomoc. Pomáhajúci profesionál. Klient.*

ABSTRACT

Benefits and Pitfalls of Helping Professionals Networking in the Field of Social Work with Families

The paper is focused on networking of helping professionals in the field of social work with families. It discusses about the benefits and pitfalls of several experts's involvement in providing of complex care for remediated families in terms of the professional team's composition, the phase of entry of another professional into the remediation process, the client's ability and belief in the cooperation with a multidisciplinary team and impact of the cooperation of helping professionals on the overall result of dysfunctional families's remediation.

Key words: *Networking. Mediated help. Helping proffesional. Client.*

Rola sociálneho pracovníka pri sieťovaní pomáhajúcich profesionálov pri sanácii dysfunkčných rodín

Sieťovanie pomáhajúcich profesionálov je vo všeobecnosti vnímané ako jedna z rolí, ktorú by mal sociálny pracovník pri svojej práci napĺňať. V lokalitách, kde pôsobíme, je sieťovanie

jedným z dôležitých nástrojov pomoci, na dosahovanie zmien. Ambíciou sieťovania pomáhajúcich odborníkov a služieb, ktoré sú klientovi poskytované, má svoj význam nielen z dôvodu výmeny skúseností, postupov práce s klientom a vyjasňovaní sí vzájommných očakávaní, ale aj koordinovania implementácie navrhnutých postupov a jednotnej cesty viacerých subjektov a profesionálov, ktorí sú v kontakte s klientom a určitým spôsobom ovplyvňujú jeho životnú situáciu. Sieťovaním pomoci sa znižuje riziko duplictného poskytovania služieb, ale vďaka nemu možno tiež predchádzať vytváraniu dier a slepých miest, ktoré sa pri nekomplementárnej práci viacerých relevantných subjektov často objavujú. Nejedná sa len o sumár rôznych opatrení, ale zosieťovaná pomoc by mala vytvárať synergický efekt, teda je potrebné, aby rôzna pomoc od rôznych odborníkov a inštitúcií fungovala vo vzájomnej kauzalite. Z perspektívy sociálnej práce tak ide o utváranie vzájomne efektívnej komunikácie medzi poskytovateľmi služieb, ich spoločné ovplyvňovanie, ktoré môže priespievať k zvyšovaniu účinnosti pomoci a zároveň eliminovať prípadné zneužívanie pomoci klientom.

Cieľom sprostredkovania pomoci a služieb je presne to, čo vyplýva z jeho názvu - sprostredkovať klientom prístup ku službám, ktoré zodpovedajú ich potrebám. Schopnosť naplniť tento cieľ však predpokladá, že existujú na jednej strane prijímatelia sociálnej pomoci, ktorí sa môžu pohybovať medzi službami, a na druhej strane sieť služieb, ktorá zaisťuje možnosť voľby. Reflexia súčasného stavu však ukazuje, že hodnotne fungujúci systém sprostredkovania pomoci je stále žiaľ len "hudbou budúcnosti" (Willam, 2009).

Za posledné tri roky sme realizovali dva výskumy, ktoré skúmali pohľad na spoluprácu viacerých odborníkov na poli práce s rodinou. Prvý z nich bol zameraný na pracovníkov akreditovaných subjektov na vykonávanie opatrení sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately a ich skúsenosti so sieťovaním služieb pri sanácii rodiny. Druhý bol rozšírený o pohľad pracovníkov oddelení sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately, úradov práce sociálnych vecí a rodiny v Bratislave. Zo zistených údajov môžeme vo všeobecnosti konštatovať, že nikto z pracovníkov, ktorí sa výskumu zúčastnili apriori nezamietal význam sieťovania, či sprostredkovania pomoci, pri jej praktickej realizácii sa však objavilo množstvo bariér a výhrad k jej skutočnej efektivite.

Čo teda znamená úspešná sprostredkovaná pomoc a aké sú možné negatívne vplyvy, ktoré vytvárajú bariéry pri sieťovaní pomáhajúcich odborníkov a sprostredkovaní služieb?

Odpoveď budeme hľadať z dvoch perspetív, a to z pohľadu sociálneho pracovníka a pohľadu klientskych rodín.

Pohľad sociálneho pracovníka na sprostredkovanie pomoci

Pri spolupráci subjektov pôsobiacich v oblasti sanácie rodín v zásade platila podmienka, že jej úroveň závisela od vôle spolupracovať tak na úrovni jednotlivých subjektov, ako aj osobnej zaangažovanosti, ktorá sa často odvíjala od predchádzajúcej skúsenosti a efektov, ktoré spolupráca priniesla, resp. nepriniesla. Niektoré neziskové organizácie majú dobre rozvinutú spoluprácu medzi organizáciami z vlastných radov, či už v podobe zdeľania skúseností a vzájomného obohacovania alebo distribúcie klientov v záujem pokračovania služby. Príležitosti na strane subjektov možno vidieť vo vysokej otvorenosti a ochote pre vzájomnú komunikáciu, veľkému dôrazu na profesionalitu poskytovaných služieb a snahe reflektovať aktuálne potreby svojich klientov. Objavili sa však aj opačné tendencie, kde si jednotlivé organizácie strážili svoje know-how kvôli ustátiu konkurenčného boja o chatrné finančné zdroje na poskytovanú službu. Charakter medzisektorovej spolupráce nie je možné paušalizovať. Záleží od nastavenia konkrétneho pracovníka a jeho ochoty "ťahať za rovnaký koniec", zdieľať svoje rozhodnutia a podieľať sa na spoločnom pláne práce s klientom. Bariéry môžeme identifikovať aj v nedostatku finančných a personálnych zdrojov, pretože sieťovanie si vyžaduje veľké množstvo energie. Limitujúco pre rozvoj sprostredkovania služieb pôsobí aj postrádanie zmyslu a užitočnosti nadväzujúcej spolupráce.

Sprostredkovanie paralelnej pomoci je pre sociálneho pracovníka "neistý podnik", preto ho často vypúšťajú zo svojho repetoáru nástrojov pomoci (Musil, 2012). Rezignácia má svoje korene v zlej alebo žiadnej skúsenosti a neistota výsledku, ktorú "posunutie" klienta k inému odborníkovi prináša.

V procese práce s rodinou boli do spolupráce zapájaní predovšetkým psychológ, špeciálny pedagóg, právnik, psychiater a sociálny kurátor. Väčšina sociálnych pracovníkov reflektovala spoluprácu viacerých odborníkov na jednom klientskom prípade ako pozitívnu. U všetkých opýtaných bol dôležitý fakt, že sociálny pracovník je ten, kto prípad vedie. Je stabilný pre klienta a do určitej miery je účastný na všetkej pomoci, ktorá je klientovi poskytovaná v rámci komplexného riešenia situácie. Rovnako zastávali názor, že ten kto ovplyvní celkový výsledok sanácie rodiny je sociálny pracovník, ktorý chodí do rodiny. Je manažérom prípadu

a klientovi „ordinuje“ potrebnú starostlivosť. Ostatní odborníci pomáhali v riešení problémov, ktoré spadali pod ich kompetenciu.

K psychológovi boli klienti distribuovaní najčastejšie počas získavania anamnestických údajov v priebehu diagnostického procesu. Psychologické posudky pomáhali vytvoriť celkový obraz o rodine, diagnostikovali oblasti, ktoré bolo treba zmeniť a tak urýchlili celkový proces. Okrem osobnostných profilov detí prinášali zároveň odporúčania pre ďalšie nasledovania terapie. Vďaka nim mali tiež sociálni pracovníci príležitosť pochopiť možnosti a limity klienta a upraviť si tak svoje očakávania. Obdobne možno charakterizovať aj spoluprácu so špeciálnym pedagógom, ktorý bol zapojený do procesu v prípade zisťovania príčin porúch učenia a neprospievania dieťaťa v škole.

Spolupráca s právnikom sa nadväzovala vždy podľa potreby v priebehu celého procesu. Pomoc spočívala okrem orientovaní sa v právach a povinnostiach klienta aj pri príprave na právny úkon, kedy bolo dobré vopred poznať riziká, ale aj všetky alternatívy, ktoré môže klient využiť.

Sociálny kurátor sa objavoval najmä v úvodných fázach spolupráce s rodinou, pri nadväzovaní kontaktov s rodinou, ale tiež v prípade problematických klientov, ktorí neboli motivovaní k spolupráci so sociálnym pracovníkom. Sociálny kurátor predstavuje pre klienta autoritu, ktorá má moc rozhodovať (najmä o rozhodnutí pre výchovné opatrenie alebo ústavnú starostlivosť dieťaťa). Medzi negatívne skúsenosti patrilo malá angažovanosť, resp. nezáujem o klienta, brzdenie procesu nežiaducimi zásahmi, nepochopenie „spolupráce“ a podnikanie krokov bez ich konzultovania so sociálnym pracovníkom, ktorý s rodinou spolupracoval. Klienti mali voči nemu dôveru, ktorá sa zrútila po zásahu kurátora, ktorej už sociálny pracovník nemohol zabrániť. Následkom toho bolo, že rodina už žiadnu pomoc neprijala.

Ako problematická sa javila spolupráca so psychiatrom, kde mali sociálni pracovníci opakovanú negatívnu skúsenosť. Išlo predovšetkým o zlé nastavenie medikácie u detí s ADHD. Užívanie zle nastavených psychofarmák spôsobovalo, že deti boli počas vyučovania ospalé, nedokázali sa sústrediť na vyučovací proces a s tým súviseli ďalšie problémy s ich neprospievaním. Rovnako sa užívanie liekov odrážalo na nadmernom zvyšovaní ich hmotnosti, deti boli pre svoju nadváhu terčom výsmechov spolužiakov a ich tradičnou obrannou reakciou bola agresivita voči spolužiakom. Sociálni pracovníci tiež poukazovali

na ťažkú komunikáciu so psychiatrami, ktorí sa cítili odborníkmi v danej oblasti a poukazovanie na negatívne dopady užívania predpísanej terapie vnímali veľmi osobne, vzťahovačne a nezrelo.

Respondenti sa vo všetkých odpovediach zhodli na tom, že pomáhajúci odborníci majú do procesu vstupovať postupne podľa potreby, potom ako rodina nadobudne určitú dôveru voči sociálnemu pracovníkovi. Zásadne odmietli vstup v úvodných fázach, čo by na klienta mohlo pôsobiť veľmi mätúco. Klient, podľa ich výpovedí, potrebuje vedieť, „kto je stabilný, kto pridaný“. Mnohonásobná prevaha pomáhajúcich odborníkov na začiatku sanácie by mohla na neho pôsobiť skôr zastrašujúco ako pomáhajúco. Prizvanie ďalšieho odborníka musí prísť vo vhodnom čase, pretože jeho pomoc môže prípad posunúť, ale aj úplne zničiť. Ako problematickú vidia tiež otázku dôvery. Klientské rodiny vo väčšine prípadov už vystriedali niekoľko odborníkov a distribúciu môžu vnímať ako ďalšiu cudziu osobu, ktorej majú rozprávať svoj životný príbeh.

Podstatou zistení v oblasti komplexnej starostlivosti o klienta zapojením spolupracujúcich odborníkov je vnímanie postavenia sociálneho pracovníka. Myslíme si, že spoločenské chápanie odbornosti a profesionality sociálneho pracovníka je stále diskutabilné. Podobný je aj pohľad iných vedných disciplín na sociálnu prácu ako „všehochuť“, ktorá sama o sebe je vedou len v určitých limitoch. Napriek tomu, všetci sociálni pracovníci, ktorí boli do výskumu zapojení, sa zhodli v presvedčení, že ten, kto ovplyvní celkový výsledok je sociálny pracovník, ktorý chodí do rodiny. Pre klienta predstavuje stabilný bod, popri ktorom mu je poskytovaná ostatná starostlivosť.

Pohľad klienta na sprostredkovanú pomoc

Z pohľadu klienta by sprostredkovanie pomoci malo ušetriť zdĺhavé hľadanie pomoci a zároveň umožniť klientovi, paralelnou pomocou ďalšieho odborníka, zvládnuť jeho poťiaže, ktoré blokovali riešenie jeho problému a klient vďaka tomu môže spoločne so sociálnym pracovníkom v riešení problému pokračovať (Musil, 2012).

Prijatie paralelnej pomoci ovplyvňuje aj spôsob, ako je klient o pristupujúcom profesionálovi informovaný, resp. či aj on sám može k tomuto rozhodnutiu prispieť a ovplyvniť ho. Ako vo všeobecnosti platí, pomoc je pre klienta tým prijateľnejšia a efektívnejšia, čim viac na nej

aktívne participuje. Inak povedané, práca sociálneho pracovníka by mal byť s klientom a nie len o klientovi.

V rámci realizovaného výskumu sme sa zamerali aj na spôsoby rozhodovania sociálnych pracovníkov úradov práce, sociálnych vecí a rodiny a akreditovaných subjektov. Rozdielnosť v pohľadom možno identifikovať vo váhe, ktorá je prikladaná samotnej vôli klienta a jeho vlastným rozhodnutiam. Pracovníci úradov práce kládli dôraz na rýchlosť svojich rozhodnutí, vlastnú zodpovednosť za prípad a znalosť legislavívy. Ich rozhodnutia ovplyvňovali v prvom rade rodinu a úspešnosť ich vykonateľnosti bola veľakrát založená na individuálnom prístupe.

Spôsob rozhodovacích procesov v prípade akreditovaných subjektov úzko súviselo s preferovanými hodnotami, a to akceptácia a rešpekt klienta. Dôraz kládli predovšetkým na poskytnutie maximálneho množstva informácií klientovi, vrátane informácií o možných dopadoch jeho rozhodnutí, avšak samotné rozhodnutie je vo väčšine prípadov ponechané na samotnom klientovi. Preberanie zodpovednosti vlastnými rozhodnutiami vnímali ako posilňovanie závislosti klienta na pracovníkovi a jeho znekompetetntňovaní. Vnášanie vlastných rozhodnutí pracovníka bola často považované za škodlivé pre klienta, lebo posilňuje v klientovi stratu dôvery vo vlastné zdroje. Za oveľa efektívnejšie považujú nechať klientovi dostatočný časový priestor, pretože keď si klient prejde cestu po vlastných, bude mať jeho rozhodnutie oveľa väčšiu hodnotu, akoby ho pracovník „hodil na chrbát a preniesol“. Sociálni pracovníci vo svojich výpovediach podčiarkujú akceptáciu klienta a jeho slobodných rozhodnutí. Ťažké rozhodnutia sa týkajú prípadov, kedy sa sociálny pracovník rozhoduje o prebratí iniciatívy za klienta, kedy akútnosť situácie nedáva priestor na rešpektovanie klientovho tempa, je potrebné konať rýchlo a nie je čas na to, aby sa klient „dával dokopy“. Takéto rozhodnutia sú ošetrované tímovou prácou na danom klientskom prípade, intravíziou alebo supervíziou. Váhu svojich rozhodnutí vnímajú tiež v situáciách vážneho ohrozenia dieťaťa, etických dilem, v prípade trestného konania klienta, ale tiež finančných výpomociach klientom.

Musil (2012) uvádza tri dôvody na strane klienta, ktoré môžu brániť pri sprostredkovaní paralelnej pomoci viacerých pomáhajúcich odborníkov. Sú nimi nedostatok porozumenia klienta pre účelnosť súbežnej pomoci, nedostatok jeho motivácie a zábrany klienta pri nadväzovaní kontaktu s ďalším pomáhajúcim profesionálom. Očakávania klienta pri vyhľadaní sociálneho pracovníka spočívajú predovšetkým v rýchlej a priamočiarej pomoci

a "komplikácie" s distribúciou k ďalšiemu odborníkovi do tohto jednoduchého scenáru nezapadajú. Často absentuje chápanie kauzality problému a tiež potreby holistického prístupu na jeho vyriešenie. Rovnako sa môže objaviť pochybnosť, či týmto krokom sa sociálny pracovník klienta nezbavuje.

K odmietaniu nadväzujúcej pomoci môže mať klient rôzne dôvody, preto je dôležitý aj rôzny spôsob stimulácie klienta (ak sa napríklad klient zdráha kvôli obavám z kontaktovania ďalšieho odborníka, sociálny pracovník ho môže doprevádzať; ak klient pochybuje o účelnosti nadväzujúcej služby, sociálny pracovník s ním môže hovoriť o možných efektoch a pod.) Z tohto pohľadu distribúcia klienta k ďalšiemu pomáhajúcemu profesionálovi by mala poskytovať klientovi pomoc, kontakty, spätnú väzbu a povzbudenie (Hrdá, 2006). Je potrebné zaistiť, aby klient dostal adekvátny priestor pre vlastné rozhodnutie a zároveň si bol vedomý toho, že jeho rozhodnutie bude rešpektované ako jedna z možností. Sprostredkovaná pomoc mu otvára príležitosti pre riešenie jeho problému, ale samotné rozhodnutie o jeho využití stojí na ňom. K úspešnému zavŕšeniu tohto procesu je samozrejme potrebné aj pozitívne nastavenie tretieho aktéra sprostredkovanej pomoci, teda pomáhajúce odborníka, ku ktorému je klient distribuovaný.

Význam komplexnej starostlivosti o klienta, zabezpečovaný spoluprácou viacerých odborníkov, ostáva nepopierateľný. Vďaka nemu môže práca s klientom napredovať rýchlejšie, pomáha dotvárať celkový obraz o rodine, jej možnostiach aj limitoch. Paralelná spolupráca viacerých odborníkov by však nemala byť ordinovaná „z princípu" zabezpečenia komplexnej starostlivosti. Pri distribúcii klienta treba brať do úvahy čas, kedy do procesu vstúpi spolupracujúci odborník a pripravenosť a otvorenosť klienta pre ďalšiu pomoc, ďalšie vzťahy a zmenu.

Literatúra:

HRDÁ, J. 2006. Osobná asistencia, poradenstvo a sprostredkovanie. Praha: APZP. (http://www.apzp.cz/publikace/hrda-j-osobni-asistence-poradenstvi-a-zprostredkovani-praha-apzp-2006.html)

MUSIL, L. 2012. Ako prekonávať problémy pri sprostredkovaní súbežnej pomoci pre klienta? Sociální práce/sociálna práca, 1/2012, s. 52-75.

WILLIAMS, V. 2008. Support brokerage. Dartington: Research in Pracitce for Adults.

Mgr. Kristína Baťová, PhD.
sociálna pracovníčka, vysokoškolská pedagogička
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky
Šoltésovej 4, Bratislava
E-mail: batova@fedu.uniba.sk

Gendrové aspekty vzťahu kolízneho opatrovníka a rodičov v procese rozvodu manželstva

Elena Ondrušková

ABSTRAKT

Pozícia kolízneho opatrovníka je zameraná na ochranu dieťaťa v konaní o rozvode manželov, rodičov. Profesionálne vzťahy kolízneho opatrovníka a rodičov, otca a matky, v zákonom jasne definovanej situácii sú ovplyvnené psychologickou náročnosťou tejto situácie. V príspevku sa venujeme genderovému hľadisku v analýze sociálnych konštrukcií otca a matky, ktoré hrajú úlohu u sociálnych pracovníkov/ pracovníčiek pri posudzovaní situácie v rozvodovej rodine, najmä porozvodovej starostlivosti. Rovnako podobu tohto vzťahu ovplyvňujú postoje klientov, predovšetkým otcov, ku kolíznemu opatrovníkovi, ktorým býva temer vždy žena. Kontextom je zmenená situácia po novele zákona o rodine, kde bola zavedená možnosť striedavej starostlivosti rodičov po rozvode. Diskutovať budeme o tom, ako tieto konštrukcie môžu ovplyvniť podobu profesionálneho vzťahu a aké sú možnosti zníženia rizika prenosu, resp. zaangažovaného vzťahu medzi profesionálom a klientom.

Kľúčové slová: *konanie o rozvode, sociálne konštrukcie rodičovstva, kolízny opatrovník, vzťahy klient- pracovník*

ABSTRACT

Gender related aspects in relationship between social worker as child´s legal guard and parents in divorce process

Position of child 'guardian is designed by the law to protect child in a parent´s (or partners separation) divorce proceeding and is usually accomplishedby the Body of Social Legal Protection and Social Curate. Professional relationships between legal guardian and parents in divorce are clearly defined by the Family Law however the whole situation is psychologically strongly demanded. In this paper weare presenting the theory, but also on the basis of its own survey gender social construction clients (father and mother), social workers in assessing the situation in the divorced family. We will analyse situation after the amendment of the family act, which was introduced the possibility of alternating care of

parents after divorce. Discussion will be associated with ways how these constructions can affect the quality of professional relationship and what are the possibilities to reduce the risk of transference or countertransference between professionals and clients.

Key words: *divorce process, social construction of parents, relationship, child guardian*

V príspevku venujeme pozornosť rizikám, ktoré pre vzťah kolízny opatrovník a klient/ klientka rozvodu, prináša nereflektovanie genderového aspektu narábania so sociálnymi konštrukciami v procese sociálnoprávnej ochrany dieťaťa a v procese sociálneho poradenstva. Zaujíma nás najmä vplyv sociálnych konštrukcií materstva a otcovstva (rodových stereotypov a predsudkov) na posudzovanie situácie v rozvodovej rodine a posudzovaní porozvodovej starostlivosti o dieťa. Ako teoretický interpretačný rámec používame feminizmus sociálnej konštrukcie, ktorý je založený na predpoklade sociálnej konštrukcie rodu, ktoré sa deje / utvára sa v systéme produkovaného a reprodukovaného rodového poriadku spoločnosti. V rámci tohto rodového poriadku sa utvárajú aj rodové identity (v rámci poštrukturalizmu sa používa skôr termín subjektivity), teda to, ako sa vnímame, prežívame a konáme ako muži a ženy. Naše prežívanie seba samého môže byť týmto poriadkom limitované, lebo ako individuálne subjekty sme disponovaní k rôznorodosti a individuálnosti. Ďalšie teoretické východiská predstavujú na prax orientované prístupy sociálnej práce, a to štrukturálne a antiopresívne prístupy. V rámci štrukturálnych prístupov sú sociálne problémy chápané aj ako dôsledok sociálnych noriem a pravidiel, ktoré udržujú hierarchie a reprodukuje sociálne nerovnosti. Napr. v rámci deľby prác v rodine sa kritizuje nerovnaké rozdelenie starostlivosti o deti a deľba domácich práce, ktoré znevýhodňuje ženy. Cieľom antiopresívnych (antidiskriminačných) prístupov je zase redukovať individuálnu a inštitucionálnu diskrimináciu založenú na pohlaví, postihnutí, sociálnej triede a sexuálnej orientácii. Pre tieto prístupy je dôležité, aby v rámci procesov pomoci a intervencií boli uznané práva na rešpektovanie individuálnosti a diverzity rodových identít, bolo zabránené diskriminácii a neboli akceptované a reprodukované opresívne presvedčenia, či konštrukcie.

Pozícia kolízneho opatrovníka v konaní o rozvode

Vzťah kolízneho opatrovníka a klientov v procese rozvodu manželstva je do veľkej miery definovaný jeho zákonne vymedzenou pozíciou. Podľa § 31 Zákona č. 36/2005 Z. z. o rodine v znení neskorších predpisov (2005), rodičia zastupujú maloleté dieťa pri právnych úkonoch,

na ktoré nie je spôsobilé. Žiadny z rodičov však nemôže zastupovať svoje maloleté dieťa, ak ide o právne úkony, pri ktorých by mohlo dôjsť k rozporu záujmov medzi ním a dieťaťom. V takomto prípade súd ustanoví maloletému dieťaťu kolízneho opatrovníka, ktorý ho bude v konaní alebo pri určitom právnom úkone zastupovať. Kolízny opatrovník je procesným opatrovníkom „ad hoc“, pre určité konkrétne konanie alebo pre určitý právny úkon, v tomto prípade pre konanie o rozvode manželstva rodičov. Uznesením súd určí rozsah práv a povinností kolíznemu opatrovníkovi tak, aby boli dostatočne a kontrolovateľne chránené záujmy maloletého dieťaťa.

Súd, po preskúmaní podmienok konania, po začiatku konania o rozvode ustanoví maloletému dieťaťu kolízneho opatrovníka uznesením. Kolízneho opatrovníka je potrebné ustanoviť niekedy aj pred začatím konania o rozvode manželstva rodičov, ak sa začalo konanie o vydaní predbežného opatrenia, ktorým súd dočasne upraví výchovné pomery maloletého dieťaťa. Spravidla za kolízneho opatrovníka ustanoví príslušní úrad práce, sociálnych vecí a rodiny (orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately) podľa miestnej príslušnosti maloletého dieťaťa, prípadne iných rozhodujúcich skutočností. Funkcia kolízneho opatrovníka orgánu SPOaSK zaniká, keď nadobudne právoplatnosť rozhodnutie súdu o úprave výkonu rodičovských práv a povinností.

Štát teda chráni záujmy dieťaťa pri rozvode manželstva rodičov prostredníctvom inštitútu kolízneho opatrovníka a rozhodnutiami súdu o starostlivosti o dieťa/ deti. Prostredníctvom týchto konaní a inštitútov dbá na to, aby bola aj po rozvode (prípadne odluke, separácii rodičov) zabezpečená čo najvhodnejšia výchova dieťaťa, aby boli vytvorené optimálne podmienky pre jeho vývin, čo najlepšie uspokojené jeho vývinové potreby a chránené jeho záujmy. Na potreby dieťaťa sa hľadí aj v kontexte Dohovoru o právach dieťaťa, ktorý SR ratifikovala v roku 1993 a v ňom sa zaviazala akceptovať záujem dieťaťa ako prvoradé hľadisko pri akýchkoľvek postupoch týkajúcich sa detí, či už vykonávaných súkromnými zariadeniami sociálnej starostlivosti, súdmi, správnymi alebo zákonodarnými orgánmi.

Zákonom č. 217/2010 Z. z., sa zmenil a doplnil Zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine. Zmena umožnila v rámci rozhodnutia o porozvodovej starostlivosti o maloleté deti zveriť detí do striedavej osobnej starostlivosti oboch rodičov. Podmienkou je, aby obidvaja rodičia boli spôsobilí dieťa vychovávať a mali o osobnú starostlivosť o dieťa záujem. Súd zvažuje

pri tomto zverení, či je v záujme dieťaťa a či vytvára lepšie podmienky pre zaistenie potrieb dieťaťa. A môže rozhodovať o striedavej starostlivosti, aj keď ju navrhuje len jeden z rodičov.

Novelizácia zákona o rodine, resp. zákonná podpora striedavej starostlivosti o deti rodičov po rozvode, do istej miery ovplyvnila výkon kolízneho opatrovníctva. Predovšetkým v prípade chýbajúcej dohody rodičov alebo využívania striedavej starostlivosti ako nástroja pokračujúceho konfliktu rodičov. V súvislosti s novelou vznikla potreba vytvoriť isté štandardy posudzovania optimálnej podoby striedavej starostlivosti vzhľadom na potreby detí rôznych vekových kategórií. Výkon kolízneho opatrovníctva po novelizácii Zákona o rodine z roku 2010 upravila Norma pre výkon funkcie kolízneho opatrovníka z februára 2012 (ďalej len norma). Norma uvádza odporúčania pre optimálnu podobu usporiadania rodičovskej starostlivosti po rozvode. Odporúča sa, aby v dohode boli popísané konkrétne činnosti a postupy, ako obaja rodičia zabezpečia toto optimálne fungovanie. Kolíznemu opatrovníkovi, resp. orgánu ochrany sa odporúča, aby spolu s rodičmi urobil presný časový a termínový prehľad „pobytových dní“ a presne dohodol spôsob „odovzdávania“ dieťaťa do opatery druhého rodiča.

K zabezpečeniu ochrany a prípadne aj pomoci deťom rozvodu sú vykonávané rôzne činnosti, ktoré vykonávajú aktéri z rôznych oblastí a sektorov. Orgán sociálnoprávnej ochrany a kurately v súlade so zákonom o rodine dohliada na to, aby v procese rozvodu (konaní o rozvode manželstva rodičov) neboli ohrozené podstatné záujmy a potreby maloletého dieťaťa. Vyjadruje sa k situácii dieťaťa/ detí, ktorých práva sú rozvodom ohrozené a dohliada na to, aby rozhodnutie o zverení do starostlivosti bolo urobené v najlepšom záujme dieťaťa. Táto ochrana je štátom zabezpečená pre každé maloleté dieťa a znamená, že tento orgán je právne najstabilnejším aktérom ochrany a pomoci dieťaťa rozvodu. V rámci výkonu kolízneho opatrovníctva môžu sociálni pracovníci spolupracovať s viacerými odborníkmi a inštitúciami.

Konštrukcie otca a matky a porozvodové rodičovstvo

V prípade sociálnej práce s rozvodovými rodičmi je, z hľadiska interpretačného rámca feminizmu sociálnej konštrukcie, významné reflektovať narábanie so sociálnymi konštrukciami otcovstva a materstva. V rámci výkonu kolízneho opatrovníctva je posudzovaná kvalita rodičovstva a posudzovaný a hodnotený je „výkon“ aktivít spojených

s atribútmi rodičovstva. Tak, ako možno charakterizovať dominujúce stereotypné predstavy o materstve a otcovstve, ktoré sa vzťahuje k fungujúcej rodine ako takej, existujú predstavy, ktoré sa vzťahujú na rozvodových rodičov. Tieto predstavy, konštrukcie potom ovplyvňujú konanie tak u klientov a klientiek ako i sociálnych pracovníčiek, ktoré s nimi prichádzajú do kontaktu v rámci výkonu kolízneho opatrovníctva.

Predmetom „kritiky u väčšiny feministických teoretičiek je najmä obraz a koncept materstva ako aj ideológia materstva, ktorá sa konštruuje v rámci patriarchálnej myšlienkovej schémy“ (Kiczková – Szapuová, 2011, s.209). Táto kritika sa týka predovšetkým spôsobu, ktorým sa materstvo stáva inštitúciou v patriarchálnom spoločenskom rámci. “Patriarchálna konštrukcia materstva a na nej postavená ideológia v sebe obsahuje tri dôležité formy redukcionizmu: ako skutočnú, pravú ženu definuje len takú ženu, ktorá sa stala, resp. stane sa matkou, a tým vlastne ženu redukuje na matku; matkou sa stáva tá žena, ktorá porodí dieťa, má teda status biologickej matky, čím sa rôzne formy materstva redukujú na biologické materstvo a nezohľadňuje sa možnosť sociálneho materstva; z faktu, že ženy rodia deti, sa odvodzuje primárna (niekedy až výlučná) zodpovednosť žien za ich starostlivosť a výchovu“ (s.211).

Táto ideológia je postavená na trojnásobnom redukcionizme: najprv sa žena redukuje na matku a zároveň sa materstvo redukuje na biologickú funkciu, pričom primárnu zodpovednosť za starostlivosť o deti nesú biologické matky. Z biologicky podmienenej reprodukčnej schopnosti žien táto ideológia vytvára mýtus, podľa ktorého (patriarchálnymi spoločenskými podmienkami skonštruované) materstvo je nevyhnutným a základným poslaním žien, je ich základnou, prirodzenou funkciou a zároveň i najvyšším cieľom a naplnením zmyslu ich životov.

Otcovstvo, a najmä porozvodové otcovstvo sa zase často redukuje na rolu otec – živiteľ alebo otec prispievateľ. Dudová (2007) skúmala konštrukcie týkajúce sa priamo porozvodovej rodiny a predovšetkým repertoáre otcovstva. Konštatuje, že otcovská rola je stále, aj napriek zvyšujúcej sa angažovanosti mužov v primárnej starostlivosti o deti a napriek zrejmej angažovanosti žien na pracovnom trhu, vo verejnom povedomí definovaná v prvom rade povinnosťou finančne zabezpečiť rodinu – otec je stále najmä živiteľ a matka opatrovateľka, prípadne spoluživiteľka. Túto normu akceptovali v jej výskume všetci dotazovaní muži a líšili sa medzi sebou len tým, do akej miery ju akceptovali a nakoľko sa podľa nej správali. Muži po rozvode, tento repertoár otcovstva, naplňovali veľmi rôznorodo, podľa ďalších faktorov,

ktoré sa týkali najmä rozvodových súvislostí, ale tiež dominoval repertoár živiteľ. Súčasne sa začína aj v rámci porozvodového otcovstva posilňovať aj repertoár otec opatrovateľ. Tento repertoár sa aj na Slovensku začína posilňovať aj v dôsledku novelizácie zákona o rodine z roku 2010, ktorá umožňuje v rámci konania o zverení rozhodnúť aj o striedavej osobnej starostlivosti oboch rodičov.

Existuje k dispozícii viacero výskumov v zahraničnej literatúre, ktoré sa zamerali na zisťovanie genderových sociálnych konštrukcií sociálnych pracovníkov/ pracovníčok, ale nie je veľa realizovaných výskumov v rámci nášho sociokultúrneho priestoru. Zo zistení dvoch výskumov, ktoré sa robili v Česku (Janebová, Černá, 2008) a na Slovensku (Ondrušková, 2009) možno dedukovať na sociálne konštrukcie matky a otca (aj) v rozvode. Pre ženu, matku boli konštruované atribúty: „emotívna, spolupracujúca, zodpovedná, hysterická a manipulatívna“ a „starostlivá, zvládne veľa, rozumie vzťahom, vie pofúkať boľačky“. Z hľadiska prístupu k riešeniu problémov: ženy riešia problémy a sú skôr poslušné voči profesionálovi. Čo sa týka konštrukcií atribútov u muža, otca boli to „nedôvera, agresivita, priamočiarosť, nepriznajú si chybu“ a alebo „vie rodinu zabezpečiť, pohrať sa, rozumie záujmom“ a z hľadiska prístupu k riešeniu problémov: „neriešia problémy, menšia zodpovednosť, sú skôr vzdorovití“.

Vzťahy klient/ klientka v rozvode a sociálny pracovník

Rozvodový klient/ klientka prichádzajú do kontaktu so sociálnou pracovníčkou[29] spravidla, keď rozvádzajúci sa manželia majú maloleté deti a súd zo zákona ustanoví príslušný úrad SPOaSK kolíznym opatrovníkom na čas konania rozvodu a úpravy vzťahov medzi deťmi a rodičmi po rozvode. V tomto čase, v závislosti od konkrétnej situácie v rodine a miery ohrozenia zabezpečenia potrieb a záujmov detí, prichádza klient/ klietka do kontaktu so sociálnou pracovníčkou minimálne raz a častejšie viackrát, opakovane.

Profesionálny vzťah medzi rodičmi a sociálnym pracovníkom, konkrétne kolíznym opatrovníkom je ovplyvnený viacerými faktormi. Je to jednak jeho zákonná pozícia, ktorá je formulovaná ako *dočasná a opatrovnícka*. Sociálnoprávnu pozíciu sme už opísali vyššie, ale z hľadiska vzťahového, resp. analýzy vzťahu a možných rizikových faktorov, situácií

[29]V texte uprednostňujeme uvádzanie pozície sociálny pracovník/ pracovníčka v ženskom rode, keďže 90%, na niektorých pracoviskách až 100%, zamestnancov oddelení sociálnoprávnej ochrany predstavujú ženy.

pre tento profesionálny vzťah, je zaujímavá práve jeho sociálno-psychologická pozícia. Kolízny opatrovník je zároveň predstaviteľom štátneho orgánu a inštitúcie, ktorej základná funkcia je kontrolovať a dohliadať, aby sa postupovalo v najlepšom záujme dieťaťa. Je to pozícia, ktorá je silne mocenská – kolízny opatrovník je predstaviteľ štátneho orgánu, ktorý môže zasahovať do situácie klienta a jeho vzťahov. Môže pomáhať ale i trestať. Ako píše Guggenbühl - Craig (2007, s.9) : za určitých okolností dáva zákon sociálnemu pracovníkovi možnosti presadzovať opatrenia, ktoré sa mu zdajú správne, aj proti vôli klienta". Van der Laan zase píše o „vmiešavaní sa" sociálnych pracovníkov do rodinných vzťahov v rámci zákonnej regulácie rodičovskej moci.

Je to typ kontrolujúceho vzťahu, v ktorom dáva pozícia sociálnemu pracovníkovi hodnotiť dosť osobné, citlivé atribúty týkajúce sa rodičovskej identity klienta. Van der Laan (1998) používa pre hodnotenie, charakteristiku tejto situácie Habermasove koncepty „systému" (tu právneho a inštitucionálneho poriadku) a "životného sveta" a píše o rizikách posudzovania situácie, ktorá sa nachádza na hranici týchto svetov. Hraničnosť situácie znamená aj nároky na zvládanie stretu očakávaní, pravidiel, noriem zo sveta systému: správnosť postupov v zmysle právnych noriem a sveta životného: napr. očakávanie porozumenia a podpory, rešpektovanie individuality a intimity.

Navyše v situácii, ktorá priam ponúka sociálneho pracovníka, aby bol obozretný voči rizikovým prejavom správania a odhalil prípadnú nekorektnosť až deštruktívnosť rodičovského konania. Rizikovou a ohrozujúcou pre vzťah klient – profesionál je relatívna nemožnosť postupovať podľa jasných štandardov, či už pri posudzovaní kvality vzájomných rodičovských vzťahov a komunikácie alebo posudzovaní vzťahov rodič – dieťa. Sociálny pracovník sa síce opiera o isté rámce normatívnosti, ale v tejto situácii sa ľahšie identifikuje a vyhodnocuje také správania, ktoré je výrazne mimo normy v negatívnom smere. Ľahšie dokáže identifikovať a posúdiť už deštruktívne správanie – napr. nadávanie na druhého rodiča a znevažovanie jeho rodičovských kompetencií, ako subtílne prejavenú nevraživosť a negatívny postoj voči druhému rodičovi, ktorý môže byť prejavom napr. aktuálne prebiehajúceho sporu o majetok.

Závery pre reflexiu a supervíziu

V príspevku sme zdôraznili význam prístupov, ktoré uplatňujú genderové hľadisko a reflektujú sociálne konštrukcie materstva a otcovstva. Tieto, podľa nás, umožňujú nahliadať na kvalitu a riziká profesionálneho vzťahu v procese ochrany dieťaťa rozvodu a pomoci rozvodovým rodičom. Zvlášť kritické a postmoderné prístupy, ktoré sú citlivé na narábanie s mocou v nevyvážených vzťahoch. Štrukturalisticky orientované prístupy a postupy pomáhajúcich profesionálov/ profesionáliek, sa viac zameriavajú na reflektovanie mocenských pozícií v rodine, ktorá odráža nerovnaké rodové rozdelenie moci v spoločnosti. Pre profesionálov z toho vyplýva potreba reflektovať negatívny vplyv kultúrnych hodnôt a očakávaní týkajúcich sa rodových pozícií v rodine, ktorých súčasťou je akceptovanie nerovnosti rozdelenia zodpovedností v rodine za výchovu detí a vedenie domácnosti.

Reflektovať, znamená pracovať kriticky so svojimi vlastnými predstavami a názormi, ale aj s tým, čo prinášajú do procesu pomoci a ochrany klienti/ klientky. Uvedomovať si sociálne tlaky, ktorým sú vystavení klienti, ktorí prechádzajú rozvodom a sú v rodičovských pozíciách, s ktorými sa spájajú isté stereotypné usudzovania. Rodovo citlivé prístupy v poradenstve terapii si priamo kladú za cieľ reflektovať negatívny vplyv kultúrnych hodnôt a očakávaní týkajúcich sa rodových pozícií v rodine. Znamená to byť citliví na vnútorné konflikty v rámci rodových identít rodičov rozvodu, s ktorými sa spájajú isté stereotypné usudzovania. Vzhľadom na ešte stále prevládajúci počet rozhodnutí o zverení dieťaťa po rozvode manželstva do osobnej starostlivosti matky, ktoré odráža naše kultúrne tradície, sú to napr. vnútorne konflikty matky, ktorá súhlasí so striedavou osobnou starostlivosťou a môže byť považovaná svojim okolím za nedostatočnú matku.

Iné typy konfliktov môžu prežívať otcovia rozvodu, ktorí sú citliví na narastajúci tlak na aktívne otcovstvo v spoločnosti (najmä vplyv lobingových združení za práva otcov), ale sami sa necítia na symetrickú osobnú starostlivosť o deti po rozvode. Jednou z okolností, ktorá môže prispievať k náročnosti zvládania situácie posudzovania rodičovstva u otcov rozvodu, môže byť fakt, že temer sto percent kolíznych opatrovníkov sú ženy, sociálne pracovníčky. Táto skutočnosť môže vytvoriť priestor pre vznik, v tejto situácii asi skôr negatívneho prenosu a protiprenosu, ktorý ovplyvňuje kvalitu profesionálneho vzťahu. Samozrejmou by mala byť možnosť vzťahovej supervízie u pracovníčok oddelenia sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately úradov práce sociálnych vecí a rodiny.

V práci s klientmi to znamená pre sociálne pracovníčky/ pracovníkov vytvoriť v rámci akceptujúceho vzťahu priestor pre vyjadrenie individuálnych predstáv a emócií týkajúcich sa usporiadania porozvodového rodičovstva či fungovania rodiny vôbec. Rovnako je dôležitá zo strany profesionála podpora individuálneho selfkonceptu rodiča a podpora konštruktívneho prejavenia moci, kontroly nad svojim rodičovským životom. V prístupe ku klientovi to znamená prezentovať otvorenosť diferencovaným životným stratégiám, ich individualizácii pri rešpektovaní základnej podmienky najlepšieho záujmu dieťaťa. Súčasťou uplatňovania genderového hľadiska pri riešení sociálnej situácie rodičov rozvodu je aj aktívne narušovanie dominujúcich rodových stereotypov a podporovanie alternatívnych konštrukcií otcovstva a materstva v profesionálnych i laických diskurzoch.

Literatúra:

DUDOVÁ, R. 2007. Rozvod a otcovstvo v České republice. *Sociologické studie, Sociological Studies,* 2007, 07:7, s. 20-40. Praha: Sociologický ústav AV ČR. ISBN 978-80-7330-124-8.

GUGGENBÜHL-CRAIG, A. 2007. *Nebezpečí moci v pomáhajúcich profesích*. Praha: Portál. Vyd. 1.,120 s. ISBN 978-80-7367-302-4.

JANEBOVÁ, R. – ČERNÁ, L. 2008. Konstrukce žen – klientek a mužů – klientů v praxi sociální práce. *Gender, rovné příležitosti, výzkum,* roč. 8, č. 2., 2008, s. 37-45.

KICZKOVÁ, Z. – SZAPUOVÁ, M. 2011. *Rodové štúdiá. Súčasné diskusie, problémy a perspektívy*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. 510 s. ISBN 978-80-223-2934-7.

Norma o vykonávaní funkcie kolízneho opatrovníka, č. 04/2012 z februára 2012. [online] Dostupné na:
http://www.upsvar.sk/buxus/docs/Plne_znenie_normy_o_koliznom_opatrovnikovi.pdf,
(citované 7.09.2012).

ONDRUŠKOVÁ, E. 2009. Laické teórie rodovej identity. Dizertačná práca. Bratislava: Filozofická fakulta Univerzity Komenského.

VAN DER LAAN, G. 1998. Otázky legitimace sociální práce. Boskovice: Nakladatelství Albert, Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity. Vyd. 1., 262 s. ISBN 80-85834-41-3.

Zákon 36/2005 Z. z. z 19. januára 2005 o *rodine* a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

PhDr. Elena Ondrušková, PhD.
psychologička, vedecko-výskumná pracovníčka
Centrum výskumu v sociálnej práci a liečebnej pedagogike
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského
v Bratislave
Račianska 59, 813 34 Bratislava
E-mail: eondruskova@fedu.uniba.sk

Pomoc kurátora v rodine verzus efektívnosť intervencie

(zo skúsenosti z Poľska)

Paweł Witek

ABSTRACT

Príspevok autora prezentuje možnosti práce kurátora v rodine s maloletými. Popisuje možnosti pedagogickej intervencie, ktoré vykonávajú kurátori, pedagógovia a psychológovia. Autor tvrdí, že súčasná škola je miesto preľudnenia a anonymity, najmä v školách s kolektívnymi komunitami, kde sa vyskytuje nekontrolované emocionálne poháňané správanie. Dôsledkom takýchto frustrácií a stresu je výskyt agresívneho správania sa mladých voči autoritám, čo sa odzrkadľuje aj v celkovom systéme rodiny.

Kľúčové slová: *rodina, kurátor (nariadený súdom), preventívne a edukačné opatrenia*

ABSTRACT

The family guardian (probation officer) meets many problems of the legal, methodological and organizational nature. The success of rehabilitative endeavors on the part of the guardian, first of all, depends on his/her professional qualifications supported by his/her features of character and his /her own initiative. The text depicts the importance of the family guardian's personality in the preventive and educational actions undertaken among the youth showing social maladjustment in the form of school rejection. The guardian deals mainly with the youth and for this reason the effectiveness of guardian's support provided in the area of solving the life problems of his/her charges depends on his/her personality, features of character, and determination.

Key words: *family, family guardian (probation officer), preventive and educational actions (measures).*

Úvod

Kurátor je odborníkom, ktorý zabezpečuje svojou intervenciou „korektný priebeh života v rodine", najmä vo vzťahu rodina – maloletý člen, ostatní členovia verzus maloletý člen. Funkcia kurátora je zvyčajne ustanovená súdom. V Poľsku je kurátor (alebo súdom nariadené opatrovníctvo) považovaný za sprostredkovateľa podpory jednotlivcov v prirodzenom prostredí, ako je rodina, škola, .. jeho kompetencie vyplývajú z legislatínych opatrení, ktoré sú

platné od 27. júla 2001 (Zákon o kurátoroch, ich možnostiach a kompetenciách vo vzťahu v rodine)[30] s účinnosťou od 1.1.2002.

V súvislosti s témou príspevku považujeme za nevhnutné popísať, čo všetko spadá do kompetencii kurátora, ktorý bol (prípadne ešte len bude) ustanovený súdom ako pomáhajúci odborník rodine s maloletým.

Súdny kurátor plní dôležitú úlohu v prevencii a eliminimácii antisociálneho správania sa, ktoré sa „vyskytlo" v konkrétnej rodine. Z etymologického hľadiska (z latinčiny) je kurátor tzv. strážcom, zabezpečovateľom poriadku[31]. Mnohé rodiny ich spočiatku vnímajú ako „dozorcov". Neskôr pochopia, že kurátor je predovšetkým poradcom, pomáhajúcim odborníkom, ktorý sa snaží v rámci prirodzeného prostredia pomôcť rodine a tým zabrániť, aby rodina bola rozdelená, napr. začlenením jedného z členov rodiny do výkonu trestu, či pobytom v reedukačnom zariadení. Mnohé deti, ktoré sú v rodinách s nariadeným súdnym dozorom, majú minimálne vzdelanie (častokrát neukončené základné vzdelanie), sú súčasťou „partií", ktoré preferujú antisociálne správanie, ako sú krádeže, násilie, fyzické útoky bez príčiny, fyzické i psychické ohrozovanie ľudí a pod.

Intervencia kurátora spočíva v tom, aby vysvetliť svojim klientom, že pomoc je vnímaná v kontexte celej rodiny. Klient, ako i ostatní členovia rodiny sú oboznamovaní s tým, kde sú hranice, ktoré sú alebo už nie sú akceptovateľné spoločnosťou. Prioritne kurátor nabáda a motivuje maloletých, aby sa zúčastňovali dochádzky v škole, príp. je nápomocný pri doučovaní v zameškanom učive, ktoré vzniklo záškolactvom maloletého alebo mladistvého[32].

Taktiež kurátor vystupuje ako komunikátor medzi školou, rodinou a žiakom. Žiak si musí uvedomiť, že svojou dlhodobou neprítomnosťou v škole musí prijať aj sankcie, ak sa chce opätovne vrátiť do vzdelávacieho procesu.

Samozrejme existujú rodiny, ktoré s kurátorom odmietajú spolupracovať, akceptujú či dokonca podporujú svojim školopovinným deťom záškolactvo, nezaujímajú sa o to, kde sa ich dieťa nachádza, kedy príde domov atď. V takýchto podmienkach je ohrozené samotné

[30] Ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych (Dz. U. z dnia 12. września 2001 r. Nr 98, poz. 1071; zm. Dz.U. z 2001 r. Nr 154, poz. 1787; Dz.U. z 2002 r. Nr 153, poz. 1271; Nr. 213, poz. 1802; Dz.U z 2003 r. Nr 228, poz. 2256).

[31] *Słownik języka polskiego*, pod red. S. Skorupko, H. Auderska, Z. Lempicka, Warszawa 1993, s. 328; *Słownik wyrazów obcych*, pod red. E. Sobal, Warszawa 1995, s. 623.

[32] D. GRZESIAK-WITEK, P. WITEK**,** *Agresja wśród uczniów a działalność pedagoga szkolnego w oparciu o badania własne*, [w:] Sociální, ekonomické, právní a bezpečnostní otázky současnosti, Praha 2010, s. 121-128.

dieťa. Povinnosťou kurátora je túto situáciu postúpiť k súdnemu riešeniu[33]. Zvyčajne je priebeh asi taký, že rodiny sú pozvané na súdne pojednávanie, kde sú im objasnené podmienky, ktoré vyplývajú zo zanedbávania výchovy a vzdelávania o maloletého člena rodiny.

Činnosť kurátora je koncipovaná tak, aby bola efektívnou pri formovaní osobnosti maloletého. Kurátori učia svojich maloletých klientov zodpovedať sa za svoje priestupky a zároveň, aby dokázali prijať sankcie za svoje antisociálne správanie sa. Je to spôsob vzdelávania, ktoré je kurátorom realizovaný priamo v rodine[34]. Kurátor zároveň hodnotí správanie sa jednotlivých členov rodiny, smeruje a koriguje ich reakcie na správanie sa voči maloletému a naopak. Učí ich stratégiám, ako si majú pomôcť a ako majú pomôcť svojmu synovi či dcére. Tento spôsob vzdelávania má za cieľ posilniť medziľudské vzťahy medzi členmi v rodine a naučiť ich vnímať každého jednotlivca ako individuálnu a jedinečnú bytosť, napriek jeho antisociálnemu správaniu sa.

Ku kompetenciám kurátora patrí aj pomoc pri vybavovaní sociálnych dávok, prídavkov, komunikácia so školou, komunikácia s centrami záujmovej činnosti a taktiež i komunikácia s organizáciami, s ktorými rodina spolupracuje, napríklad bola s nimi v kontakte kvôli potvrdenému antisocoálnemu správaniu sa ich maloletého dieťaťa. Zvyčajne ide o psychologicko-pedagogické poradňe, policajné odeelenia, diagnostické centrá, centrá reedukačnej starostlivosti, a pod.

Samotnú činnosť kurátora je možné rozdeliť do troch oblastí, ide o oblasť prevencie, oblasť činnosti, ktorá je vykonávaná na základe súdneho rozhodnutia a na oblasč priamej intervencie v rodine. Oblasť prevencie zahŕňa preventívne opatrenia, ku ktorým patrí dohľad nad starostlivosť o maloletého, ktorý bol napr. upozornený na opakované vymeškávanie hodín v škole, alebo sa vrátil z resocializačného centra. V tomto prípade ide o to, aby resocializácia maloletých alebo mladistvých bola úspešná a zároveň, aby bola monitorovaná ich potencionálna trestná činnosť. Ide o preventívne opatrenia v skúšobnej dobe bez súdneho nariadenia. V takýchto situáciách spolupracujú viacerí odborníci od pedagógov, školského psychológa (pedagóga), výchovného poradcu, odborníci, ktorí sa zaoberaju liečebou a terapiou patológie v správaní sa. Je to dohľad, ktorý nebol nariadený súdom, skôr ide o predbežné opatrenia sociálnych úradov z oddelenia starostlivosti o rodinu, o maloletých

[33] Z. OSTRIHANSKA, A. GRECZUSZKIN. *Praca z indywidualnym przypadkiem w nadzorze rodzinnego kuratora sądowego*, Lublin 2000, s. 9-12.

[34] D. Grzesiak-Witek, P. Witek, *Kurator rodzinny wobec negacji szkolnej podopiecznych*, [w:] *Pomoc rodzinie dysfunkcyjnej*, praca zbiorowa pod red. Barbary Kałdon, Stalowa Wola 2006, s. 356-371.

a pod.[35]. Základom je monitorovanie konkrétnych rodín, ktoré boli vyselektované na základe vopred stanovených kritérií[36].

Súčasťou druhej oblasti je zisťovanie a zbieranie aktuálnych informácii pre potencionálne ďalšie použitie v súdnom nariadení. Kurátor komunikuje nielen s maloletým alebo mladistvým klientom, ale s jeho rodinou, konfrontuje získané informácie od viacerých zdrojov. V prípade informácii o rodine musia byť zistené podrobné údaje týkajúce sa materiálneho a sociálneho zabezpečenia rodiny, podiel rodiny na voľnočasových aktivitách maloletého, vzťahy maloletého s rovesníkmi (uvedenie mien a vzťahov v ich rodinách), zdravotný stav maloletého ...

Poľsko ako štát proklamuje za hlavný cieľ - vzdelanie detí a mládeže s aktívnou podporou integrovania rôznych metód a aktivít na konkrétnych úrovniach a stupňoch vzdelávania sa s plnou účasťou miestnej samosprávy, v ktorej sa vzdelávacia inštitúcia nachádza.. z toho vyplýva, že každý, kto pracuje vo funkcii kurátora musí prijať vzdelávacie a resocializačné podmienky vyplývajúce z dokumentov, čím napomáha zabezpečovať hlavný cieľom ktorý je proklamovaný v Ústave Poľska.

Kurátorovi v činnosti napomáhajú aj vlastnosti ako sú: sociálna citlivosť pri riešení problému v rodine a rodiny a taktiež emocionálna inteligencia kurátora. Tie sú napomocnými pri riešení otázok týkajúcich sa rozličných foriem rodičovských obmedzení. Zákony týkajúce sa rodiny, starostlivosti o rodinu, starostlivosti o maloletých v rodine v Poľsku umožňujú rôzne formy rodičovských obmedzení. Najbežnejšie používanou formou je dohľad rodiny na základe súdneho príkazu. V takýchto prípadoch je kurátor zapojený vo všetkých záležitostiach týkajúcich sa vzdelávania dieťaťa vo vzťahu v príprave na vyučovanie, dochádzky do školy, v trávení voľného času, pod.[37].

V tejto rovine sa kurátor zameriava na existenciu konkrétnych vzťahov dieťaťa medzi jednotlivými členmi rodiny. Predpokladá sa, že ak do rodiny vstúpi kurátor, primárne boli dôvodom antisociálneho správania sa maloletého (člena rodiny) narušené sociálne vzťahy medzi členmi rodiny. Kurátor je tým, ktorý má byť základným predpokladom normalizácie vzťahov medzi rodičmi a deťmi v rodine. Musí dbať na to, že povinnosťou rodičov je dieťaťu

[35] Zob. A Strzembosz, *System sądowych środków ochrony dzieci i młodzieży przed niedostosowaniem społecznym*, Lublin 1985.

[36] Zob. A Strzembosz, *System sądowych środków ochrony dzieci i młodzieży przed niedostosowaniem społecznym*, Lublin 1985.

[37] P. Witek, *Wagary jako wynik niechęci szkolnej w kontekście dydaktyczno-wychowawczym* [w:] *Profilaktyka, resocjalizacja, rewalidacja pomocą rodzinie*, pod red. B. Kałdon, Stalowa Wola-Sandomierz 2007, s. 100-101.

zabezpečiť optimálne a psychické zdravie, taktiež zabezpečiť bezpečie a primeranú pohodu, všetko v súlade s verejným záujmom štátu.

Z výsledkov prieskumu

Prezentované výsledky vyplývajú zo štúdie, ktorá bola realizovaná na oddelení rodiny pre prácu s mladistvými Okresného súdu v Sandomierz. Interview sa zúčastnilo 16 kurátorov. Uvádzame **niekoľko informácii o intervencii kurátorov**, ktorí pracujú priamo v rodinách s moleletými. Prvotná informácia sa týka pohlavia respondentov – kurátorov (Tabuľka 1). Tohto výskumu sa zúčastnilo 16 kurátorov, zväčšej časti sú nimi ženy (81,25 %).

Tabuľka 1 **Pohlavie kurátorov**

	Kurator			
	Ž		M	
	N	%	N	%
počet	13	81,25	3	18,75
spolu	**13**	**81,25**	**3**	**18,75**

Legenda: N - počet
Ž - ženy
M - muži

K faktorov, ktoré priamo ovplyvňujú pôsobenie kurátora patria **jeho vedomosti z oblasti rozličných vedných disciplín**.

Tabuľka 2 **Vzdelanie kurátorov**

Aké máte ukončené najvyššie vzdelanie?	**Z odpovedí kurátorov**	
	N	**%**
Pedagogika	6	38
Sociológia	1	6
Psychológia	1	6
Právo	2	13
Resocializačná pedagogika	4	25
Iné	2	13
Spolu	**16**	**100**

Legenda: N - počet
% - percentuálne zhodnotenie údajov z pariálneho počtu

Tabuľka 2 poukazuje na skutočnosť, že väčšina kurátorov má pedagogické vzdelanie a druhým najčastejším vzdelaním je postagraduálne vzdelanie s ukončením špecializácie

zo psychológie, práva a sociológie. Odpovede, ktoré uvádzame vyplývajú z interview z kurátormi, ktorí pôsobia v regióne Sandomierz a sú súčasťou Okresného súdu v Sandomierz .

Kritérium pre výkon kurátora nie je spojený len so vzdelaním, ale aj s **ďalšou účasťou kurátorov na tréningoch, tvorivých dielňach, kongresoch**, na ktorých sú im prezentované najnovšie poznatky týkajúce sa zlepšenia individuálnych schopností a kompetencií vo funkcii kurátora (bližšie informácie uvádzame v Tabuľke 3).

Tabuľka 3 **Ďalšie vzdelávanie sa kurátorov**

Zúčastňujete sa ďalšieho vzdelávania, z dôvodu obohatenia svoci kompetencii vo funkcii kurátora?	**Z odpovedí kurátorov**	
	N	**%**
Áno, na všetkých školeniach	14	88
Áno, ale na vybraných školeniach	2	13
Nie, nezúčastňujem sa na žiadnych školeniach	0	0
Spolu	**16**	**100**

Legenda: N - počet
% - percentuálne zhodnotenie údajov z pariálneho počtu

Podstatná časť kurátorov (88 %) sa zúčastňuje na všetkých školenich a seminároch, ktoré organizuje Okresný súd v Sandomierz. Tieto školenia sú zároveň aj súčasťou individuálneho výcviku každého kurátora. Na základe výsledkov sú zaraďovaní k jednotlivým prípadom rodín (zohľadňuje sa obtiažnosť pri komunikácii s rodinou a vyhrotenie problému rodiny). Školenia majú zväčša informotívny charakter – poskytujú informácie o legislatívnych dokumentoch, o metódach a formách práce kurátora a taktiež sú popisované skúsenosti z jednotlivých rodín, kde boli poskytované rozličné formy pomoci. Semináre majú skôr interaktívny charakter, kurátori analyzujú konkrétne prípady, ktoré zároveň aj modelovo prehrávajú, akokeby rekonštruovali celý priebeh intervencie.

Ďalším faktorom, ktorý bola zisťovaná **miera účinnosti opatrení**, ktoré boli nariadené súdom a úlohou kurátorov ich bolo efektívne integrovať do konkrétnej rodiny (Tabuľka 4). Vychádzali sme z údajov od kurátorov, ktorí mali určiť priemerný čas pri riešení konkrétneho problému.

Tabuľka 4 **Účinnosť opatrení**

Ako dlho pôsobia opatrenia v rodine, ktorej	**Z odpovedí kurátorov**

pôsobíte vo funkcii kurátora?	**N**	**%**
Sporadicky	1	6
Do troch rokov	4	25
Do piatich rokov	7	44
Do osmych rokov	2	13
Viac ako desať rokov	2	13
Spolu	**16**	**100**

Legenda: N - počet
% - percentuálne zhodnotenie údajov z pariálneho počtu

Ďalším faktorom osobnosti kurátora je mať iný typ činnosti (zamestnania). Postupom času sa potvrdilo, že ak kurátor vykonáva aj iný typ činnosti, svoju kurátorsku činnosť viac kontroluje a netrpí tak syndrómom vyhorenia v porovnaní s tými kurátormi, ktorí inú činnosť nevykonávajú. Preto je iná činnosť podporovaná, zvyčajne ide o poradcu v poradniach, prednášateľov v rozličných inštitúciách alebo o trénerov rozličných kurzov. Údaje z Tabuľky 5 poukazujú na skutočnosť, že 63% kurátov sa venuje aj inej činnosti v rámci prevencie pred syndrómom vyhorenia. 31 % obvodných kurátorov nemá žiadnu inú činnosť, väčšinu času venujú kurátorstvu a jeden z kurátorov sa aktuálne pokúša pracovať len v pozícii kurátora (a do budúcnosti si žiadnu inú prácu nehľadá).

Tabuľka 5 **Iné zamestnanie kurátora**

Vykonávate aj inú činnosť ako funkciu kurátora?	**Z odpovedí kurátorov**	
	N	**%**
Áno	10	63
Nie	5	31
Aktuálne už nie	1	6
Spolu	**16**	100

Legenda: N - počet
% - percentuálne zhodnotenie údajov z pariálneho počtu

Ďalším faktorom je **zisťovanie dôvodov, prečo vykonávajú funkciu kurátora.** Funkcia kurátora je považovaná k najvyššie psychicky zaťažujúcim zamestnaniam v oblasti pomáhajúcich profesií (pozri napr. Vaska 2012; .Mydlíková – Gabura – Schavel, 2002 a i.).
V Tabuľke 6 sú uvádzané dôvody/odôvodnenia, ktoré uvádzajú kurátori, prečo vykonávajú toto zamestnanie.

Tabuľka 6 **Iné zamestnanie kurátora**

Čo Vás viedlo k tomu, aby ste začali pracovať ako	**Z odpovedí kurátorov**

súdny kurátor/súdna kurátorka?	N	%
Presvedčenia priateľov, iných kurátorov vykonávajúcich túto funkciu	0	0
Túžba získať aj iný príjem (finančne si prilepšiť)	0	0
Prestíž tejto funkcie, ktorú kurátor má v našich podmienkach	9	56
Potreba byť užitočný pre spoločnosť	2	13
Dokázať pomôcť blížnym	1	6
Mať prácu, ktorá má obohacuje a zároveň tak získať možnosť vzdelávať sa	3	19
Túžba pochopiť a vedieť pomôcť pri výskyte patologických prvkov v rodinách	1	6
Iné ako sú vyššie uvedené	0	0
Spolu	**16**	**100**

Legenda: N - počet
% - percentuálne zhodnotenie údajov z pariálneho počtu

Väčšina opýtaných kurátorov tvrdí, že si funkciu kurátora vybrali z prestíže, ktorú táto funkcia má v podmienkach (v Poľsku). Niet pochýb, že funkcia kurátora znamená nielen spoločenskú ale i profesijnú prestíž. Okresný súd v Sandomierz zamestnáva v oblasti riešenia problematických rodín 4 profesionálnych kurátorov, ktorí pracujú na plný úvazok a 16 kurátorov – úradníkov, ktorí si dopĺňajú svoje vzdelanie, aby mohli v budúcnosti nastúpiť do tejto funkcie. Ich čiastočný úväzok ich zároveň konfrontuje s realitou, ktorú táto funkcia obnáša. Mnohí z nich postupne, po čase odstúpia, lebo si uvedomujú, že pracovať s problémovou rodinou si žiada vysokú znalosť v oblasti riešenia problémov a konfliktov v rodine. Samozrejme sú aj takí, ktorí majú potrebu spoločnosti pomáhať, byť nápomocní a zároveň tak priniesť niečo nové (13 %). Stane sa, že prichádzajú odborníci so žiadosťou pracovať v pozícii dbrovoľníka – kurátora, bohužial takáto funkcia nie je odsúhlasená štátom. Odôvodnení je mnoho, a asi jeden z nahzávažnejších je fakt, že kurátor, či už na plný alebo čiastočný úväzok, je chránený štátom a môže si pri vykonávaní svojich povinnosti privolať aj policajtov. Dobrovoľník túto možnosť nemá, čím sa stáva viac ohrozeným pracovníkov. Samozrejme dôvodov je mnoho, uviedli sme len jeden z najčastejších ...

ZÁVER

Na záver je žiaduce poznamenať, že funkcia kurátora je len jedným z podstatných článkov v multidisciplinárnej pomoci, ktorá je štátom poskytovaná rodinám s problémovými maloletými deťmi. Kurátor je tou osobou, ktorý zlepšuje interakciu s okolím a zároveň napomáha k efektívnej komunikácii s užším a širším okolím, v ktorom rodina existuje.

Výsledkom je korekcia antosociálneho správania sa maloletého, nastolenie poriadku a vytvorenie konkrétnych pravidiel správania sa a konania s platnosťou do budúcnosti.
Prostredníctvom kurátorov sociálna neprispôsobilosť maloletých v rodinách postupne klesá, čím možno hovoriť o efektívnej pedagogickej intervencii v rodinách.

Literatúra:

GRZESIAK-WITEK D., WITEK P., Kurator rodzinny wobec negacji szkolnej podopiecznych, [w:] Pomoc rodzinie dysfunkcyjnej, praca zbiorowa pod red. Barbary Kałdon, Stalowa Wola 2006.

GRZESIAK-WITEK D, WITEK P., Agresja wśród uczniów a działalność pedagoga szkolnego w oparciu o badania własne, [w:] Sociální, ekonomické, právní a bezpečnostní otázky současnosti, Praha 2010.

MYDLIKOVÁ, E., GABURA, J., SCHAVEL, M. *Sociálne poradenstvo*, Bratislava, 2002, s. 66.

OSTRIHANSKA Z., GRECZUSZKIN A., *Praca z indywidualnym przypadkiem w nadzorze rodzinnego kuratora sądowego*, Lublin 2000.

PIASECKI K. (RED), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy z komentarzem*, Warszawa 2002, s. 446; J. Panowicz-Lipska, *Skutki prawne separacji*, Poznań 1991.

Słownik języka polskiego, pod red. S. Skorupko, H. Auderska, Z. Lempicka, Warszawa 1993, s. 328; *Słownik wyrazów obcych*, pod red. E. Sobal, Warszawa 1995.

SEWERYŃSKA A.M., *Uczeń z rodziny dysfunkcyjnej*, Warszawa 2004.

Ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych (Dz. U. z dnia 12. września 2001 r. Nr 98, poz. 1071; zm. Dz.U. z 2001 r. Nr 154, poz. 1787; Dz.U. z 2002 r. Nr 153, poz. 1271; Nr. 213, poz. 1802; Dz.U z 2003 r. Nr 228, poz. 2256).

VASKA, L., *Teoretické aspekty supervízie pre začinajucich sociálnych pracovníkov*, Bratislava 2012, s.175.

WITEK P., *Wagary jako wynik niechęci szkolnej w kontekście dydaktyczno-wychowawczym* [w:] *Profilaktyka, resocjalizacja, rewalidacja pomocą rodzinie*, pod red. B. Kałdon, Stalowa Wola-Sandomierz 2007.

Mgr. Pawel Witek
Naucitel akademicki, pedagogog resocializacyjny
Ul. W. Burka 17c, 27-600 Sandomierz, Polska

E-mail: dpwitek25@o2.pl

Preklad:

Doc. PaedDr. Barbora Kováčová, PhD.

Sociálna práca s rómskou komunitou s prihliadnutím na typológiu osobnosti

Jana Čillíková

ABSTRAKT

Postoje majoritného obyvateľstva i minoritných etník sú zakorenené v osobnosti jednotlivcov, ale sú formovateľné. Významným kritériom sú ich typologické prvky a hodnotové orientácie. Na ich formovaní sa podieľajú subjektívne i objektívne činitele a medzi určujúce prvky patrí typológia, ktorú uvádzajú Leary (ICL), Joseph Luft a Harry Ingham. Podľa nich si možno vysvetliť mnohé problémy, ktoré majú charakter rasovej nenávisti, resp. spolužitia a vzájomnej komunikácie. Teoretické poznatky domácich ale aj zahraničných odborníkov sa potvrdzujú v teréne, priamo v bezprostrednej blízkosti Rómov ako aj v skúsenostiach v praxi. Spoločenský záujem riešiť rómsku problematiku v komplexe problémov vyplýva z pripravených vládnych dokumentov a zo záujmov kompetentných inštitúcií.

Kľúčové slová: *Typológia osobnosti; postoje; rómske etnikum; vzťahy majority a etnika; pastorácia; vládne a európske zámery.*

ABSTRACT

Social work with the Roma community, taking into account the typology of personality

The attitudes of the majority population and minority ethnic groups are rooted in their individual personality, however they are still formable. The important criteria are their typological features and value systems. On their formation are involved subjective and objective factors and the most defining element is the typology, which state Leary (ICL) and Joseph Lufta and Harry Ingham. According to them it is possible to explain many of the problems that have the nature of racial hatred, respectively, coexistence and communicativeness. Theoretical knowledge of domestic and foreign experts is confirmed in the field, right in the immediate vicinity of the Roma as well as practical experience. Societal interest in solving Roma issues in the whole complex of problems resulting from government documents prepared and competent institutions of interest.

Key words: *Typology of personality, attitudes, Roma ethnicity, majority and ethnic relations, pastoral care, governmental and european objectives.*

Úvod

Vláda Slovenskej republiky vypracovala a pokúšala sa rôznymi programami riešiť exkludovanosť Rómov. Z odstupom času môžeme konštatovať, že nie s dostatočným úspechom. V súčasnosti pripravuje v spolupráci s Úradom splnomocnenca vlády pre rómsku komunitu 90 opatrení, ktoré následne zapracuje do legislatívy. Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny SR využíva realizáciou Národného projektu „Terénna sociálna práca v obci" prácu 860 terénnych sociálnych pracovníkov zapojených do projektu ako priamych vykonávateľov sociálnej pomoci rómskemu etniku. Sociálna práca s rómskou komunitou poskytovaná v ich prirodzenom prostredí je náročná na profesionalitu výkonu sociálneho pracovníka, jeho empatiu a osobnostný prístup k jedincovi a jeho rodine. Kvalita pomoci záleží vo veľkej miere od dobrej znalosti spôsobu života, správania sa rómskeho etnika, znalosti prostredia, v ktorom žije a vychováva potomstvo. Sociálny pracovník pri poskytovaní sociálnej pomoci sa stretáva s rôznymi typmi klientov. Musí adekvátne reagovať na správanie agresívneho ale aj mlčanlivého klienta. V našom príspevku rozoberáme sociálnu prácu z pohľadu typológie osobnosti, vzťahov majoritného a minoritného obyvateľstva, uvádzame príklady práce s rôznymi typmi klientov a záverečné odporúčania.

1. Learyho typológia

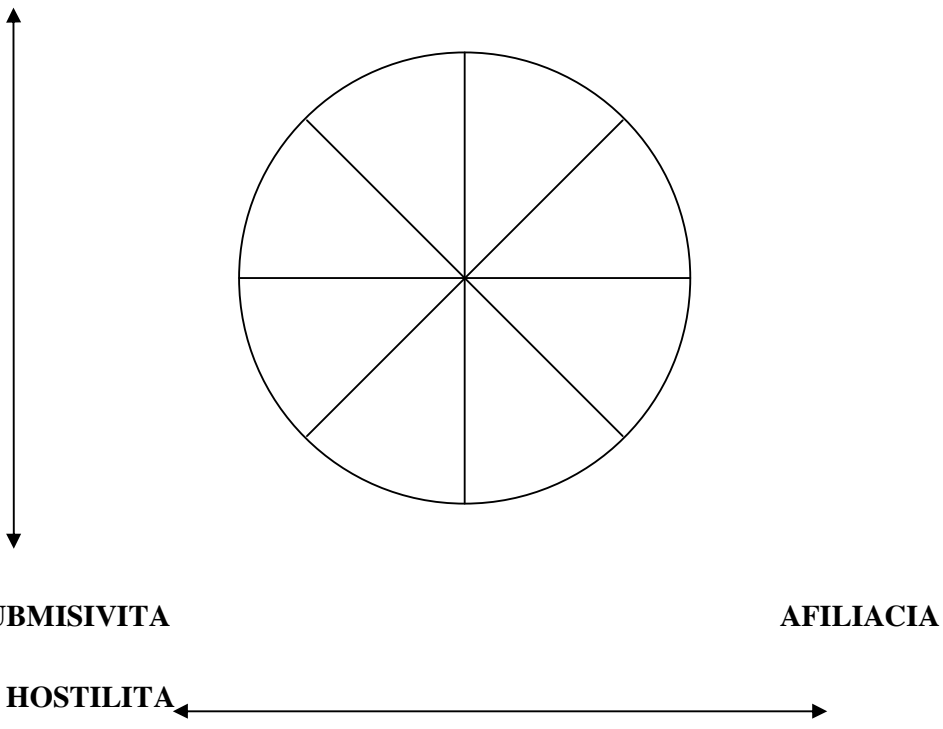
Typológia osobnosti vychádza zo štyroch základných dimenzií párových typov. V prvom zohráva dôležitú úlohu subjekt, ide o extroverznú – introverznú osobnosť. V druhom type je zvýraznená myseľ, ide o zmyselnú – intuitívnu osobnosť, tretí typ osobnosti kladie do popredia názor, racionálnu – citovú stránku osobnosti. Štvrtou dimenziou je pohľad uvážlivosť – vnímavosť osobnosti. Rozoznávame štyri dominantne rozumové, citové, zmyslové a intuitívne typy osobnosti.

Dominantne rozumové typy oplývajú racionálnym rozhodovaním, majú logické, analytické myslenie. Rozhodujú sa po objektívnom zhodnotení situácie. Dominantne zmyslové typy preferujú fakty a detaily. Dôverujú skutočnostiam prostredníctvom zmyslových skúseností. Majú zmyslový pohľad na svet. Dominantne intuitívne typy sú zamerané na veci, ktoré dávajú

zmysel, na medziľudské vzťahy. Dominantne citové typy svoje rozhodnutia robia na základe hodnôt, empatií. Neustále prehodnocujú, čo je pre nich ale aj pre iných najdôležitejšie.

Podľa Learyho interpersonálnej typológie osobnosti je základnou motiváciou medziľudskej komunikácie redukovanie, minimalizácia úzkosti. Jedinec sa správa voči druhým priateľsky, ústretovo, tolerantne, srdečne. Je pozitívne ladený. Vyhľadáva prítomnosť druhých ľudí, utvára kontakty, má tendenciu združovať sa. Hovoríme o afiliácii jedinca. Opak afiliácie je hostilita. V tomto prípade u jedinca pozorujeme nepriateľskosť, kritickosť, tvrdosť až agresiu. Je negatívne ladený. Nevyhľadáva prítomnosť druhých ľudí, keď je s nimi v kontakte prejavuje svoju nenávisť. V zjednodušenej grafickej schéme interpersonálnych tendencií pozorujeme nárast hostility na vertikálnej osi, v závislosti na submisivitu (podriadenosť) alebo dominanciu (nadvláda) jedinca znázornenú vertikálnou osou.

Obr. 1: Zjednodušená schéma Learyho typológie a testu ICL



2. Johari okno

Typológia osobnosti podľa Josepha Lufta a Harryho Ingmana tzv. Johari okno popisuje náš vzťah k ostatným. Rozdeľuje osobné povedomie na štyri rôzne typy znázornené v štyroch kvadrantoch: **otvorená, skrytá, slepá a neznáma oblasť**.

Otvorená oblasť je oblasť správania a prežívania samotného jedinca jasná a zároveň rovnako vnímaná inými osobami. Človek s veľkou oblasťou tohto kvadrantu nemá problém nadväzovať kontakty s ľuďmi, je málo konfliktný, vie sa s každým dohodnúť. Rozvojom vzťahov s inými sa tento kvadrant rozširuje a zväčšuje.

Slepá oblasť je naše slepé miesto, ktoré nevidíme ale vidia ho iní. Väčšinou sú to negatívne osobnostné charakteristiky, ktoré potláčame a snažíme sa vytesniť. Je to dôsledok toho, že si dostatočne nevšímame ako nás vnímajú iní, ako na nás reagujú.

Skrytá oblasť je oblasť, ktorú z rôznych dôvodov skrývame pred inými. Sme pre nich málo čitateľní. Táto oblasť je záťažou pre obe strany.

Neznáma oblasť je oblasť potláčaných a zabudnutých zážitkov, citov o ktorej nevieme my sami a ani iní. Veľkosť tejto oblasti spôsobuje problémy vo vlastnom správaní a vnímaní iných. V každej oblasti je potrebné byť otvorený spätnej väzbe. Obrázok č.2 znázorňuje Johari okno.

Obr. 2: Johari okno

		Správanie mne	
		známe	**neznáme**
Správanie iným	**Známe**	*Otvorená oblasť*	*Slepá oblasť*
	Neznáme	*Skrytá oblasť*	*Neznáma oblasť*

Ako uvádza Kovačič (2008, s. 111): „pojem Johary podľa autorov Joe Luft – Harry Ingham charakterizuje tzv. obraz o sebe a obraz o inom, vzťah určitej osoby, „ja“ a jeho zmenu k okoliu, k iným, so štyrmi aspektmi známych či neznámych a vedomých alebo nevedomých postojov, názorov a oblastí správania.

3. Vnímanie rómskeho etnika majoritou

Interpersonálne interakcie majoritnej spoločnosti voči Rómom sú ovplyvnené spomínanými typmi osobnosti. Agresia voči menšinovému etniku na Slovensku narastá so zvyšovaním chudoby obyvateľstva. Väčšinová majorita vníma Róma ako „požierača daní, vypočítavého darmožráča, neprispôsobivého občana, štátom chráneného jedinca, nevzdelaného, nezamestnaného .....“ človeka, ktorý nie je schopný zmeniť spôsob myslenia a života. Toto majoritné obyvateľstvo nie je prístupné názoru pomáhať rómskemu etniku.

Iná skupina majoritného obyvateľstva považuje Rómov za najrizikovejšiu skupinu sociálnej odkázanosti. Dôvod tohto stavu vidia v nízkom alebo žiadnom stupni vzdelania, strate a nenadobudnutí pracovných návykov. Mladí Rómovia nemali príležitosť (alebo len minimálnu – prostredníctvom aktívnych opatrení trhu práce) pracovať, neosvojili si základné manuálne zručnosti a nerozvinuli dostatočne svoje vedomosti. Nevýhodou rómskeho obyvateľstva je, že nenadobudli zručnosti a spôsobilosti orientovať sa na trhu práce, nevyhľadávajú pracovné príležitosti mimo vlastného bydliska a v jeho blízkom okolí. Veľkou bariérou je ich hodnotový rebríček, spôsob života a kultúrne stereotypy. V rómskych rodinách nie je prioritou vzdelanie, pracovné uplatnenie, či spoločenský status. Chýba tu pocit zodpovednosti, sebestačnosti a povinnosť zabezpečenia seba a vlastnej rodiny. Komunita sa spolieha na pomoc samosprávy a štátnej správy, vo forme prijímania príspevkov pasívnej politiky trhu práce a dávok sociálnej pomoci. V prevažnom počte rómskych komunít absentuje osveta – potreba vzdelávania rómskych detí, s čím súvisí pravidelná návšteva školy, príprava na vyučovanie, zaradenie sa do školského procesu, ambície ďalšieho vzdelávania formou štúdia na SOU, SŠ, VŠ, kurzy, školenia, samovzdelávanie. Ďalej tu absentuje zodpovednosť k svojpomoci – komunita nehľadá riešenie na nápravu svojej situácie, nie je aktívna pri vyhľadávaní pracovných príležitostí, nenadobudla a nejaví záujem nadobudnúť

pracovné návyky, nestavia sa zodpovedne k rodinnej výchove a k zabezpečeniu základných životných potrieb jednotlivca a jeho rodiny.

Táto skupina majoritného obyvateľstva si uvedomuje dôležitosť riešiť „rómsku otázku." Rovnaký názor má súčasná vláda a akademická obec.

V diskusii konanej v Čilistove o pálčivom probléme „Róm znamená človek" odznel názor, že: „Rómovia sú atypickou menšinou, ktorú sprevádza povesť neprispôsobivých a netolerantných ľudí voči svojmu okoliu." (Juhász, 2000). Dr. Klára Orgovánová, bývalá splnomocnenkyňa vlády pre rómske komunity sa vyjadrila, že tzv. rómskym problémom je neschopnosť vzájomnej komunikácie majority a minoritného obyvateľstva (Orgovánová, 2000). Na medzinárodnej konferencii o pastorácii Rómov konanej v roku 2009 v Košiciach bola prezentovaná práca saleziánov s rómskymi spoluobčanmi. Duchovní vnímajú Rómov ako často zraniteľných, neistých, dezorientovaných jedincov, ponechaných samých na seba a následne na to drzých a arogantných voči okoliu. Týmto spôsobom sa bránia, vynucujú si pozornosť, ba aj lásku. Majú vlastný postoj k využívaniu času, práci i k peniazom. Absentuje u nich zmysel pre obetavosť, zriekanie sa, sebaúctu a kreativitu. Ľahko podliehajú nástrahám, sú citliví k sebe samým a necitliví k okoliu. Nepoznajú, nenachádzajú zmysel života, nemajú záujem spoločensky sa angažovať. Majú vlastnú kultúru, tradície ale aj predsudky. Žijú tu a teraz (don Bešenyei P., 2010). Duchovní sa snažia v práci s Rómami o otvorené, rovnocenné a úprimné vzťahy, o vzájomný dialóg. Vláda Slovenskej republiky schválila 11. januára 2012 Stratégiu Slovenskej republiky pre integráciu Rómov do roku 2020. Kľúčovými partnermi pri realizácii stratégie sú Úrad splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity, samosprávy a mimovládne organizácie. V dokumente sú rozpracované postupy riešenia solidarity, integrácie a inklúzie Rómov. Stratégiu napĺňajú stanovené čiastkové ciele zamerané na zvýšenie vzdelanostnej úrovne a výchovy Rómov, skvalitnenie bývania, dostupnosť trhu práce a sociálnych sietí, zabezpečenie zdravotnej starostlivosti. Využiteľnosť štrukturálnych fondov Európskej únie predstavuje jednu z možností riešenia rómskeho problému formou finančnej podpory. Fond sociálneho rozvoja, ktorý vystupuje ako donor pre projekty sociálnej inklúzie Rómov, zastrešuje prostriedky Európskeho sociálneho fondu. Program implementácie Lokálnej stratégie komplexného prístupu zabezpečuje Úrad splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity. Jedným z výstupov sú pôsobiace komunitné centrá, práca sociálnych pracovníkov priamo v teréne, policajné poriadkové hliadky, rómski asistenti pracujúci s deťmi

a mládežou. Regionálny operačný program poskytuje finančné prostriedky z Európskeho fondu pre regionálny rozvoj. Prostriedky z tohto fondu slúžia na rozvoj infraštruktúry v oblasti sociálnych služieb vzdelania, regionalizácie sídiel ale aj na podporu výstavby kanalizácie, zberných dvorov, nízkoštandardných bytov ...).

4. Nástroj sociálnej inklúzie rómskych komunít

Na Slovensku existuje 700 komunít kde žijú obyvatelia rómskeho etnika v nedôstojných a neprimeraných životných podmienkach. Ich počet sa odhaduje na cca 400 000. Títo obyvatelia materiálnym nedostatkom, sociálnou depriváciou. Nemajú zabezpečené vhodné bytové podmienky, nenadobudli hygienické návyky, trpia podvýživou, mnohí aj mentálnou zaostalosťou. V komunitách prevláda dlhodobá nezamestnanosť, negramotnosť, pribúdajú mnohodetné rodiny. Dôsledkom tejto situácie sú chorobnosť, zaostalosť, agresivita, závislosti, krádeže a úžera. Väčšina Rómov sa nevie sama vymaniť z tejto pretrvávajúcej situácie. Bezpodmienečne potrebujú externú intervenciu. Zmiernenie exklúzie rómskych komunít je možné riešiť prostredníctvom implementácie Národného projektu „Terénna sociálna práca v obciach“ (ďalej len „Národný projekt“).

Národný projekt, ktorý vyhlásil Fond sociálneho rozvoja v decembri 2011 má za cieľ nielen skvalitnenie výkonu terénnej sociálnej práce, ale aj navýšenie počtu terénnych sociálnych pracovníkov a ich asistentov. Je predpoklad, že Národný projekt do konca decembra 2015 finančne podporí 860 pracovných miest na pozícii sociálnych pracovníkov a ich asistentov. Zabezpečí poskytnutie sociálnych služieb pre cca 86 000 obyvateľov zo skupiny sociálne vylúčených alebo ohrozených sociálnym vylúčením.

Terénni sociálni pracovníci pri poskytovaní sociálnej práce budú v bezprostrednom kontakte s rôznymi typmi klientov. Svoju profesionalitu preukážu správnym prístupom k jednotlivcom. Podľa správania klientov sa v sociálnej práci rozlišujú nasledovné typy: manipulatívny, agresívny, mlčanlivý, apatický a klient v odpore. Niektoré typy klientov, ich správanie a postoje sociálneho pracovníka pri výkone činnosti uvádzame v nasledujúcom texte.

Manipulatívny klient

- svojim správaním smeruje k získaniu výhod a výnimiek v prospech seba samotného, správa sa neformálne, jeho tvrdenia sa nezakladajú na pravde, vymýšľa si, manipuluje iných.

Postoj sociálneho pracovníka

- snaží sa správať neutrálne, akceptuje klienta a vyjadruje pochopenie len pre klientov problém, nesmie sa dať vyviesť z miery, kladie vecné otázky, trvá na odpovedi na položené otázky, nekomentuje manipulatívne zdôvodnenia, je trpezlivý

- odporúča sa v prípade diskreditácie nepracovať s klientom osamotene

- je potrebné venovať zvýšenú pozornosť písomným záznamom zo stretnutí.

Agresívny klient

- klient sa správa agresívne, buď útočí slovne, uráža, nadáva a vyhráža sa sociálnemu pracovníkovi alebo fyzicky zaútočí na sociálneho pracovníka

Postoj sociálneho pracovníka

- *pri slovných útokoch* je potrebné zachovať pokoj, nereagovať na klientovu agresivitu, neochotu a nervozitu, je vhodné nechať klienta vyrozprávať pokiaľ jeho emócie postupne vychladnú

- neupozorňovať klienta aby kontroloval svoje správanie, utíšil emócie

- po opadnutí emócií prejaviť záujem o problém klienta

- *pri fyzickom útoku* je potrebné privolať pomoc verejných zložiek, požiadať klienta aby prišiel v inom termíne

- prevencia v interiéry -priestor vybaviť prirodzenou zábranou (rozloženie kancelárskeho nábytku)

- prevencia v teréne – sociálni pracovníci navštevujú klientov v domácom prostredí výlučne vo dvojici, držia si dostatočný odstup (tzv. oficiálna zóna -1,2 až 3,6 m, verejná zóna -3,6 až 7,6 m).

Mlčanlivý klient

- je mlčanlivý, neistý, nedôveruje sociálnemu pracovníkovi, má strach a obavy, nie je ochotný spolupracovať, je problematické s nim nadviazať kontakt

Postoj sociálneho pracovníka

- vytvorí priestor a pochopenie pre mlčanie, nenúti klienta rozprávať
- snaží sa správať vľúdne, prívetivo, úsmevom uvoľňuje napätie, hľadá neutrálnu tému na roztopenie ľadov
- zisťuje príčinu mlčania: niekedy to je dôvodom klientova nedoslýchavosť, slabá slovná zásoba alebo neznalosť úradného jazyka.

Apatický klient

- svojim správaním vyjadruje nezáujem, apatiu, rezignáciu, nejaví záujem riešiť problém
- pristúpi na návrhy sociálneho pracovníka no nezrealizuje ich

Postoj sociálneho pracovníka

- nabáda klienta zopakovať dohodu či jej porozumel, v čom je pre neho náročná-nesplniteľná, umožňuje mu určiť termín plnenia jednotlivých úloh, pomáha klientovi hľadať, objavovať silné stránky a opiera sa o ne

Klient v odpore

- klient tak ochraňuje sám seba, je odmeraný nepripúšťa si problém, ale kričí o pomoc, nie je pripravený prevziať zodpovednosť, nedokáže uniesť problém

  k sociálnemu pracovníkovi nemá dôveru

Postoj sociálneho pracovníka

- podnecuje klienta k uvedomeniu si problému, k jeho pomenovaniu

- podporuje ho v odpore aby tak presýtením uvoľnil tlak a klient začne rozprávať o probléme sám.

Sociálny pracovník svojou profesionalitou by mal vedieť zaujať adresný postoj pri komunikácii s jednotlivými klientmi. Pri výkone činnosti môže nastať situácia, ktorá je pre sociálneho pracovníka neúnosná (vlastná skúsenosť, antipatia, zaujatosť...), v takýchto prípadoch požiada kolegu o spoluprácu a distribuuje klienta k inému sociálnemu pracovníkovi.

Sociálni pracovníci počas implementácie Národného projektu budú môcť uplatniť svoje profesionálne kompetencie v nasledovných oblastiach:

A) Systém verejnej správy v Slovenskej republike

- Verejná správa – štruktúra, rozdelenie (Štátna správa a samospráva – systém inštitúcií v sociálnej oblasti na všetkých úrovniach)
- Základy fungovania samosprávy – kompetencie obce, mikroregiónu.

B) Právna analýza zabezpečenia sociálnych služieb samosprávou

- Súčasná platná legislatíva v sociálnej oblasti, stav a perspektíva.
- Postavenie mesta a obce v systéme zabezpečovania sociálnych potrieb a sociálnych služieb.

C) Sociálna práca, sociálne potreby a služby

- Zmysel, ciele a poslanie sociálnej práce
- Osobnosť sociálneho pracovníka
- Etika profesionálnej práce
- Osobnosť jedinca so špecifickými potrebami, .
- Poskytovanie sociálnych služieb, sociálna sieť a práca so sociálnou sieťou
- Analýza sociálnych potrieb občanov, stav, prognóza sociálnych služieb v obci

D) Metódy, úrovne a etapy sociálnej práce

- Sociálna evidencia, sociálna diagnostika, intervencia
- Poradenský proces, vedenie poradenského procesu
- Krízová intervencia
- Sociálna práca s jednotlivcom, skupinou a rodinou v obci
- Sociálna práca s komunitou v obci a mikroregióne

E) Sociálna práca v obci a Terénna sociálna práca

- Východiská sociálnej práce a terénnej sociálnej práce
- Metódy a prostredie terénnej sociálnej práce
- Sociálna práca so špecifickými skupinami z pohľadu individuálnej a skupinovej práce
  - Nezamestnaní
  - Seniori
  - Závislosti (alkohol a drogy)
  - Menšiny
  - Zdravotne postihnutí
  - Mládež (s neukončeným vzdelaním, nezamestnaná mládež)

F) Efektívna komunikácia v práci sociálneho pracovníka

- Princípy otvorenej komunikácie, zabezpečovanie priestoru a tolerancie v komunikácii
- Poskytovanie spätnej väzby, aktívne počúvanie
- Neverbálna komunikácia- dekódovanie a kódovanie významu

- Argumentovanie
- Komunikácia v mocensky nevyvážených situáciách, komunikácia z pozície mocensky slabšieho
- Obrana voči manipulácii, emočnému vydieraniu, nečistým trikom
- Špecifiká komunikácie v jednaní s klientmi v teréne, predstaviteľmi štátnej správy a samosprávy
- Medzikultúrna komunikácia- oblasti jej aplikácie v projektoch inklúzie, špecifiká medzikultúrnej komunikácie na rôznych úrovniach práce terénneho sociálneho pracovníka
- Postoje, stereotypy, predsudky a ich odraz v komunikácii

G) Sociálny manažment

- Riadenie sociálnej práce
- Zostavovanie projektov a ich realizácia

H) Špecifické kompetencie TSP

- Kultúrne špecifiká cieľovej skupiny (napr. Rómovia,...)
- Špecifiká práce s komunitami, ktoré sa ocitli v situácii chronickej chudoby. (Štandardy TSP, 2007).

Fond sociálneho rozvoja – donor Národného projektu hodnotí výkon terénnej sociálnej práce, priamo v prirodzenom prostredí klientov, ako najefektívnejší nástroj zníženia sociálnej exklúzie v oblasti zdravia, bývania, prežívania, vzdelania a zamestnanosti. Z dôvodu skvalitnenia adresných služieb klientom, zabezpečí Fond sociálneho rozvoja pre terénnych sociálnych pracovníkov a ich asistentov, počas výkonu ich činnosti poradenstvo, vzdelávanie a supervíziu.

5. Interpretácia v praktických výstupoch a záverečné odporúčania

Riešenie rómskej otázky sa plne dotýka miestnych samospráv, ktoré intenzívnejšie zavádzajú inštitút osobitného príjemcu, podieľajú sa na výstavbe nízkoštandardných, sociálnych a nízkonákladových bytov pre sociálne slabých, zriaďujú predškolské zariadenia pre rómske deti, podporujú udržateľnosť komunitných centier.

Na akademickej pôde sa dostáva do popredia štúdium odborov misijnej, sociálnej práce, rómskej kultúry. Zintenzívňuje sa sociálny výskum pre využitie v praxi.

Na úrovni štátu sú vypracované strategické dokumenty, národné programy sociálnej inklúzie Rómov. Slovenská republika sa zapája do nadnárodných programov (napr. projekty „Dobrý štart" (spolupráca s Maďarskom a Rumunskom), KHETANES (spolupráca s Fínskom, Poľskom a Slovinskom) integrácie do sociálneho priestoru.

Sociálna práca s rómskym etnikom je náročná a predstavuje dlhú a náročnú cestu s množstvom prekážok, obmedzení, ústupkov a tolerancie. Ak sa chceme vzájomne akceptovať, tolerovať a spoločne žiť vo vymedzenom území a lokalite, musíme bezpodmienečne zmeniť prístup k životu Rómov. Ale aj Rómovia sa musia snažiť porozumieť majoritnému obyvateľstvu. Navzájom sa musíme učiť poznávať a chápať naše kultúry.

Svoj príspevok si dovolím ukončiť myšlienkou autorov Koukolíka a Drtilovej (2008): „Skôr, ako by sme ich chceli meniť, vážme si ich, naučme sa ich prijímať a mať ich radi takých, akí sú. Lebo aj medzi nimi sú typy, ktoré dávajú silu, nádej a zmysel našej prítomnosti, hovoríme im tzv. odolné deti."

Literatúra:

BEŠENYEI, P. 2010. *Preventívny systém v rómskom svete*. Bratislava: Don BOSCO. 2010. ISBN 978-80-8074-119-8.

JANOUŠEK, J. 1986. Metódy sociální psychologie. Praha: SPN. 1986. ISBN 978-80-14-465-86.

KOVAČIČ, V. 2008. *Psychológia manažmentu jeho metódy, ich aplikácie a sociálno-psychologický výcvik*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, n.o. 2008. ISBN 978-80-968251-9-6.

KOUKOLÍK, F. – DRTILOVÁ, J. 2008. V*zpoura deprivantů*. Praha: Galén 2008. ISBN 978-80-7262-410-2.

ÚSTAV ETNOLÓGIE SLOVENSKEJ AKADÉMIE VIED. 2010. *Slovenský národopis*. Bratislava: Ústav etnológie SAV. 2010. ISSN 1335-1303.

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. 2008. *Sociální psychologie*. Praha: Grada 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

Iné

Fond sociálneho rozvoja: *Úvod do štandardov terénnej sociálnej práce*. [online]. Bratislava: [cit. 2012-09-10]. Dostupné na internete:

<http://www.fsr.gov.sk/data/files/ine/Priloha_3_Standardy_TSP_(2)(1).pdf>.

Fond sociálneho rozvoja: *Národný projekt Terénna sociálna práca v obciach*. [online]. Bratislava: [cit. 2012-09-10]. Dostupné na internete:

<http://www.fsr.gov.sk/data/files/np_tsp/Opis_NP_(priloha_Zo_NFP).pdf>.

Úrad vlády SR : Stratégia Slovenskej republiky pre integráciu Rómov do roku 2020. [online]. Bratislava: [cit. 2012-09-16]. Dostupné na internete: <http://www.romovia.vlada.gov.sk/data/files/8477.pdf>.

Mgr. Jana Čillíková
projektová manažérka OP V
Agentúra Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR pre štrukturálne fondy EÚ
Hanulova 5/B,841 01 Bratislava
E-mail: jcillikova@gmail.com

Otázky vzťahu odsúdený – sociálny pracovník vo väzenstve

Helena Grófová

ABSTRAKT

Sociálna práca vo väzenstve má svoje špecifiká. Realizuje sa v izolácii od spoločnosti, v totálnej inštitúcii. Odsúdení jedinci prežívajú veľký životný zlom, majú obmedzený kontakt s prirodzeným sociálnym prostredím, postupne strácajú silu doterajších sociálnych väzieb, strácajú hodnotu slobody. Sociálni pracovníci sú príslušníci Zboru väzenskej a justičnej stráže. Je možné za takýchto podmienok vytvoriť s odsúdeným žiaduci vzťah, ktorý bude motivovať odsúdeného k zmene? Dá sa realizovať sociálna práca bez tohto vzťahu? Na tieto a ďalšie otázky hľadá autorka v príspevku odpovede.

Klúčové slová: *väzenstvo, sociálny pracovník, odsúdený, vzťah*

ABSTRACT

Issues of Relation Between Convected and Social Worker

Social work in penitentiary system has its own specifics. In environment of penitentiary system the social work is implemented in isolation from the society and in closed, isolated institution. Convicted individuals are experiencing dramatic life change, they have limited contact with the natural social environment, and they gradually lose their existing social networks and changing perception of freedom. Social workers are members of the Corps of Prison and Court Guard. Would it be possible to create a desirable professional relationship with the prisoner in order to motivate the change under these conditions? Would it be possible to implement social work methods without the social worker-client relationship? The report paper presents the conclusion, and recommendations for social workers working with a given target group.

Keywords: *penitentiary, social worker, prisoner, relationship.*

Začiatok príspevku je trochu osobný. Názov konferencie na pozvánke ma zaujal a uvedomila som si to, čo mi prax potvrdila, že naozaj je veľmi dôležité zaoberať sa vzťahom v pomáhajúcich profesiách, vzťahom profesionála a klienta. Už začiatočníkovi

v pomáhajúcich profesiách je zrejmé, že v práci s klientom môžeme byť úspešní len v prípade ak tento vzťah je vytvorený v prospech klienta. Počas mojej profesionálnej dráhy som pracovala s rôznymi cieľovými skupinami. Môj profesionálny záujem bol zameraný na jedincov s dissociálnymi poruchami správania – deti, adolescentov, mladistvých, dospelých. Dlho som sa nemusela rozhodovať, ktorú cieľovú skupinu si vyberiem. Vybrala som si menej atraktívnu cieľovú skupinu – skupinu jedincov, ktorú naša spoločnosť „odsúdila“ (nemyslím tým len odsúdenie podľa trestného poriadku) a nedobrovoľne umiestnila do totálnej organizácie – väzenského zariadenia. Zo skúseností z účasti na konferenciách som zistila, že žiadny príspevok alebo maximálne jeden sa zaoberá spomínanou cieľovou skupinou (pokiaľ to nie je konferencia, ktorú organizuje väzenstvo). Hlavný dôvod môjho výberu spočíva v tom, že vytvorenie žiaduceho vzťahu medzi sociálnym pracovníkom a odsúdeným je veľmi komplikovaný a zložitý proces. V príspevku skôr formulujem otázky, popisujem podmienky za ktorých sa má vytvoriť tento žiaduci vzťah, situáciu odsúdeného, špecifiká sociálnej práce vo väzenstve a väzenské prostredie – faktory, ktoré ovplyvňujú dosiahnutie tohto ťažko dosiahnuteľného cieľa.

Človek, ktorému súd vymeria trest odňatia slobody, aj keby mal byť iba polročný, dostáva nálepku odsúdený. Jeho život sa mení zo dňa na deň – je odlúčený od svojej rodiny a priateľov, stráca zamestnanie, ak nejaké mal, jeho životný priestor sa zúžil na priestory väznice, podlieha každodennému väzenskému režimu. Výkon trestu odňatia slobody predstavuje pre odsúdených životný zlom. K hlavným negatívnym následkom uväznenia patrí často rozpad rodinných a partnerských vzťahov, oslabenie ostatných významných sociálnych väzieb, zníženie životnej úrovne, dlhy, s tým spätá frustrácia, stres, problémy v prežívaní a prispôsobení sa podmienkam výkonu trestu. Pobyt vo väzení je nedobrovoľný, je sankciou spoločnosti voči jedincovi, ktorý nerešpektuje právne normy. Odsúdený tento fakt prežíva s pocitom krivdy, nespravodlivosti, zatrpknutia, s tendenciou odmietania spolupráce, nedôvery k väzenskému personálu.

Sociálna práca vo väzenstve má svoje špecifiká. Klienti sú tu umiestnení nedobrovoľne a je realizovaná v izolácii od spoločnosti. Praktická realizácia sociálnej práce je určená koncepciou štátnej sociálnej politiky, osobitnými predpismi, internými predpismi, teoretickými poznatkami z oblasti sociálnej práce a poslaním inštitúcie, ktorá sociálnu prácu realizuje. Súhlasím s autorom Keller (1997), ktorý medzi charakteristické znaky totálnej

inštitúcie uvádza, že v totálnej inštitúcii sú všetky činnosti realizované v rovnakom priestore pod dohľadom tej istej autority, formálne je riadený celý sociálny život, ide o separáciu, izoláciu klienta z prirodzeného sociálneho prostredia, paušálne chápanie klienta a paušálny prístup, prevládajú disciplinárne opatrenia, mimoriadny dôraz na režim, organizované napĺňanie odlišných potrieb veľkého počtu ľudí, možno snaha „zlomiť" klienta, inštitucionálna mortalita, odosobnenie. Klienti majú obmedzené ľudské práva súvisiace s trestom odňatia slobody, vážne sociálne problémy, postupne strácajú kontakt s vonkajším svetom, čo spôsobuje ďalšie problémy pri ich reintegrácii do spoločnosti.

Sociálnu prácu vo väzenstve upravujú predpisy, ktoré ju charakterizujú nasledovne: „Sociálna práca je odborná činnosť, ktorá sa zameriava na sociálnu diagnostiku, stanovenie a realizáciu postupov a metód sociálnej práce osobám so sociálnymi problémami. Cieľom sociálnej práce je zmiernenie a odstránenie sociálnych problémov alebo odstránenie možných príčin vzniku nových sociálnych problémov obvinených a odsúdených. Súčasťou sociálnej práce s odsúdenými je aj príprava odsúdeného na riadny život občana a ich úspešné začlenenie po prepustení na slobodu do spoločnosti.". Vo vzťahu k odsúdeným má sociálna práca atribút cieľavedomej, plánovanej, často dlhodobej prípravy na prepustenie a riešenie problémov zameraných na úspešné zvládnutie začlenenia odsúdeného do spoločnosti. Špecifikom sociálnej práce s odsúdenými je to, že sa viac orientuje na proces prípravy, poradenstva, využíva metód sociálnej pedagogiky zameranej na nácvik sociálnych zručností a postupy sociálno-výcvikových tréningov.

Sociálnu prácu vo väzenstve realizuje sociálny pracovník, poprípade pedagóg, ktorý je v priamom kontakte s odsúdeným. Obaja sú príslušníci Zboru väzenskej a justičnej stráže – pre klienta reprezentanti, zástupcovia vyššie popísanej uzatvorenej organizácie**.** Je vôbec možné, aby sa medzi sociálnym pracovníkom a odsúdeným vytvoril žiaduci vzťah, ktorý prispeje k pozitívnym zmenám u odsúdeného? Môže sociálny pracovník vo väzenstve pri práci s klientom uplatňovať základné princípy vzťahu medzi klientom a sociálnym pracovníkom? Princíp individualizácie je založený na uznaní a akceptovaní práv a potrieb klienta. Do akej miery sa tento princíp dá uplatniť vzhľadom na paušálny prístup a chápanie klienta, inštitucionálnu mortalitu, či odosobnenie? Ako môžeme uplatniť princíp odôvodneného vyjadrovania pocitov**,** uznať klientovu potrebu komunikovať svoje pocity. Je

vôbec ochotný odsúdený o svojich pocitoch rozprávať, zdôveriť sa vzhľadom na predchádzajúce životné skúsenosti a potvrdenie týchto skúseností?

Väzenskú klientelu tvoria jedinci viac či menej narušení, ktorí spáchali menej či viac závažné trestné činy. Sú prvýkrát trestaní alebo viackrát trestaní. Akceptácia neznamená súhlasiť so správaním klienta, ale akceptovať klienta takého aký je. Odsúdených môžeme rozdeliť do troch skupín. Prvú tretinu tvoria odsúdení, ktorí sa do výkonu trestu nevrátia a úspešne sa, síce určite s ťažkosťami, za pomoci príbuzných, blízkych či odborníkov, integrujú do spoločnosti. Druhú tretinu tvoria odsúdení, ktorí sú rezistentní na akýkoľvek spôsob zaobchádzania, prístup, či snahu vytvorenia vzťahu zo strany väzenského personálu. Tí sa znovu a znovu budú vracať do výkonu trestu. Poslednú tretinu tvoria odsúdení, u ktorých je dôležité, aké formy a metódy zaobchádzania zvolíme, či sa nám podarí vytvoriť akceptujúci vzťah, vzťah dôvery, porozumenia, empatie. Tieto faktory ovplyvnia to, či sa odsúdení do výkonu trestu vrátia alebo nie.

Neodsudzujúci postoj ku klientovi je ďalším dôležitým princípom vytvorenia žiaduceho vzťahu medzi sociálnym pracovníkom a odsúdeným. Väzenský personál môžeme rozdeliť do dvoch skupín. Prvú skupinu tvoria pracovníci, ktorí inklinujú k humanizácii väzenstva, k uplatňovaniu vedeckých poznatkov pomáhajúcich profesií (psychológia, sociálna práca, sociálna pedagogika a ďalšie) v penitenciárnej praxi. Druhú skupinu tvoria pracovníci, ktorí sú za to, aby sa v penitenciárnej praxi uplatňovali skôr represívne metódy v zaobchádzaní s odsúdenými. Práve táto skupina pracovníkov má problém s tak dôležitým princípom k vytvoreniu vzťahu s odsúdeným. V pozadí tohto postoja stoja negatívne skúsenosti s touto cieľovou skupinou, predsudky získané na základe týchto skúseností, či získané od autorít v priebehu životnej cesty. Jedno z kritérií prijatia uchádzača o miesto pracovníka väzenstva je pozitívny výsledok psychologického vyšetrenia. Osobnostné predpoklady pre prácu s tak náročnou klientelou, vzhľadom k téme, sú jedným z najdôležitejších faktorov.

Ďalším princípom je tvz. klientove sebaurčenie**,** teda uznanie klientových práv a potrieb robiť vlastné rozhodnutia. Vzhľadom na odňatie slobody, možnosti vlastného rozhodovania sú obmedzené. Filozofia Nového zákona o výkone trestu odňatia slobody je založená na zmene pasívneho prijímania aktivít odsúdených na filozofiu ponuky a aktivizácie vlastných schopností odsúdených. Cieľom Nového zákona je motivovať odsúdených, aby na základe zmeny postojov spolurozhodovali o svojom právnom postavení vo výkone trestu.

Princíp nutnosti zachovania dôvernosti informácií sa dá uplatniť v práci sociálneho pracovníka vo väzenstve len s podmienkou, ak dôverné informácie nesúvisia s trestnou činnosťou**.** Na informácie súvisiace s trestnou činnosťou platí ohlasovacia povinnosť.

V závere príspevku sa budem zaoberať etickou zodpovednosťou sociálneho pracovníka, problematikou, ktorá tvorí v etickom kódexe sociálneho pracovníka najrozsiahlejšiu a najdetailnejšiu časť. Čo znamená etická zodpovednosť v podmienkach väzenského prostredia ? Hlavne dodržiavanie princípov ľudských práv. Pre sociálnu prácu sú prvoradé záujmy klienta, nie sociálneho pracovníka alebo organizácie. Zárukou dodržiavania ľudských práv vo väzenstve sú hlavne prijaté dokumenty, Ústava SR. Z prijatých dokumentov spomeniem Európske väzenské pravidlá, Dohoda proti mučeniu a inému krutému, neľudskému či ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu (New York 1984),Všeobecná deklarácia ľudských práv (1948, Valné zhromaždenie OSN), Európsky dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd (1998, prijatý Radou Európy), Štandardné minimálne pravidlá pre zaobchádzanie s väzenskými osobami (OSN 1955), Európske väzenské pravidlá (prijaté Radou Európy, 1987), Listina základných práv a slobôd.

V príspevku som sa zamerala na náročnú prácu sociálnych pracovníkov v oblasti penitenciárnej starostlivosti, konkrétne na úskalia, prekážky, subjektívne či objektívne, pri vytváraní žiaduceho vzťahu sociálny pracovník a odsúdený. Napriek tomu, že niektoré z prekážok sú neprekonateľné, je veľa sociálnych pracovníkov, ktorí dokážu s odsúdeným vytvoriť vzťah založený na empatii, akceptácii, vzájomnej dôvere. Profesionálnu moc a autoritu využívajú v prospech klienta. Uvedomujú si, že len akceptácia klienta, kongruencia, dodržiavanie sľubov, rešpektovanie klienta, jeho ľudskej dôstojnosti vedie k akceptácii nás – pracovníkov pomáhajúcich profesií zo strany klienta, ktorá je cestou k vytvoreniu pomáhajúceho vzťahu, ktorý je základom pozitívnej zmeny u klienta a nášho úspešného snaženia.

V závere príspevku mám potrebu zdôrazniť, že cieľová skupina odsúdených si zaslúži prejav úcty a akceptácie a len vtedy bude naša práca úspešná ak dokážeme vytvoriť so spomínanou klientelou taký vzťah, ktorý vedie k zmene postojov, správania, k rastu. Veď cieľom zaobchádzania s odsúdenými je motivovať odsúdených k práci na sebe a tým zvyšovať jeho šance reintegrácie do spoločnosti. Bez vytvorenia žiaduceho vzťahu to nejde.

Literatúra:

KOPŘIVA, K. 2006. *Lidský vzťah ako součast profese*. 5. Vydanie. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.

KELLER, J. 1997. *Sociologie byrokracie a organizace*. Praha: Slon, 1997. ISBN 80-85850-15-X.

PhDr. Helena Grófová, PhD
liečebná pedagogička, vysokoškolská pedagogička
Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky,
Katedra sociálnej práce PdF UK v Bratislave
Račianska 59 (so sídlom na Šoltésovej 4)
E-mail: grofova@fedu.uniba.sk

Problematika spoluzávislých vzťahov

Erika Kovácsová

ABSTRAKT

Problematike závislosti od psychoaktívnych látok sa v dnešnej dobe venuje pomerne veľká pozornosť. Mnohokrát sa však zabúda na to, že závislosť nie je len chorobou jednotlivca, ale celej rodiny. A to bez ohľadu na to, či sa jedná o závislosť dieťaťa v rodine, rodiča, partnera, alebo ktoréhokoľvek iného blízkeho človeka. V terapeutickom procese by sa preto nemalo zabúdať ani na nich, keďže mnohí členovia rodiny, v ktorej žije jedinec so závislosťou, sa stávajú spoluzávislými. Spoluzávislými sa však nemusia stať len príbuzní ľudí so závislosťou, ale aj ľudia žijúci s citovo alebo duševne narušenými ľuďmi či s chronicky chorými, rodičia detí s problémami v správaní, ľudia žijúci s nezodpovednými ľuďmi, ako aj odborníci z pomáhajúcich profesií.

Kľúčové slová: *závislosť od psychoaktívnych látok, spoluzávislosť, vzťah*

ABSTRACT

Codependent relationship issues

Nowadays, a lot of interest is paid to addiction and related problems. But many times it is forgotten, that addiction is not a disease of one person, but of the whole family – no matter if addicted is child, parent, partner or any other close person. Many family members of addicted person are becoming codependent. Therefore, we should include family members into the process of psychotherapy. Codependent also may become relatives of people with emotional or mental problems, with a chronic disease, parents of children with problematic behavior. People, who are living with irresponsible relatives and helping specialists are vulnerable to codependency too.

Key words: *addiction, codependency, relationship*

Problematike závislosti od psychoaktívnych látok sa v dnešnej dobe venuje pomerne veľká pozornosť. Jedná sa o chorobu, ktorá zasahuje do rodín jednak na individuálnej, ale aj na komplexnej (systémovej) úrovni. Akákoľvek zmena u jedného z členov rodiny pôsobí

nielen na ostatných členov v rodine, ale aj na celý rodinný systém. Meniaca sa osobnosť člena rodiny so závislosťou ovplyvňuje celý chod domácnosti i duševných stavov ostatných členov rodiny. Závislosť od psychoaktívnych látok v rodine pomáhala pri vytváraní spoluzávislosti, aj keď jej príčinami sú aj iné okolností, nielen závislosť.

Spoluzávislosť bola prvýkrát podľa Whita (2004) rozpoznaná tými, ktorí pracujú s rodinami alkoholikov. Je to podľa neho naučený vzor cítenia a správania prejavujúci sa problémami so vzťahmi. V zdravých vzťahoch ľudia zdieľajú lásku, záujem a rešpekt voči iným. Pomer „dať-a-brať" je rovnaký. To sa nazýva vzájomná závislosť. V nezdravých vzťahoch ľudia často nie sú v kontakte s vlastnými potrebami a pocitmi. Len na základe naplnenia očakávania druhých majú dobrý pocit zo seba. Pomer „dať-a-brať" je odlišný. To sa nazýva spoluzávislosť alebo kodependencia.

Spoluzávislosť sa označuje tiež za „súhrn motívov, postojov, komunikácie a správania, ktorým rodina alebo partner či partnerka závislosť skôr podporujú, rozvíjajú, alebo naopak sabotujú či zľahčujú snahu o vyliečenie" (Hajný, 2008, s. 42). Podľa niektorých odborníkov spoluzávislosť nie je choroba, ale je to normálna reakcia na nenormálnych ľudí (Whitfield, Kellerman, citovaní podľa Beattieovej, 2006). Iní odborníci tvrdia, že je to chronické a progresívne ochorenie.

Súhlasím s názorom Beattieovej (2006, s. 49), ktorá označuje spoluzávislosť za „chorobu, a to z toho dôvodu, že spoluzávislé správanie, rovnako ako ďalšie sebadeštruktívne formy správania, sa stáva návykom". Návyky opakuje spoluzávislý človek bez premýšľania**.** Nech už má druhý človek akýkoľvek problém, spoluzávislý si podľa spomínanej autorky rozvíja návykový systém myslenia, cítenia a správania, ktorý mu spôsobuje bolesť. Spoluzávislé správania a zvyky sú sebadeštruktívne, tak ako aj závislé správanie. Lenson (1995, s. 110) je podobného názoru. Tvrdí, že kodependencia je „súbor nezdravých, sebadeštruktívnych presvedčení a behaviorálnych vzorcov osoby".

Spoluzávislí sú tiež opatrovatelia a záchrancovia, tvrdí Beattieová (2006). Najprv zachraňujú, potom prenasledujú a nakoniec sa stanú obeťami. Zachraňujú druhých pred ich povinnosťami. Preberajú ich povinnosti na seba. Potom sa na nich hnevajú za to, čo urobili oni. Nakoniec majú pocit, že ich druhí zneužili a ľutujú sa. To je spôsob, akým fungujú. Slovo zachraňovať alebo starať sa je úzko spojené so slovom umožňovať. Podľa Beattieovej (2006, s. 102) je

umožňovanie „terapeutickým výrazom pre deštruktívne formy pomoci“. Každý čin, ktorý umožňuje závislému pokračovať v závislosti, ktorý ho chráni pred následkami užívania a bolesťou alebo mu akýmkoľvek spôsobom uľahčuje ďalšie užívanie, sa považuje za umožňujúce správanie. Záchrancovia závislých majú podľa Jíleka (2009) problém prijať tú skutočnosť, že udalosti neprebiehajú podľa ich očakávaní. Udalosti idú svojou cestou, môžeme im napomôcť a môžeme ich sledovať až do doby, kedy sa prestanú valiť ako lavína a potom zachrániť tých, ktorí v lavíne uviazli. Do lavíny sa vstupuje až po jej zastavení. Nie skôr. Pokiaľ niekto ide miestami, kde lavína hrozí, môžeme ho varovať.

Podľa Johnsona (2004, s. 387) je spoluzávislosť definovaná tak: „ako keď je niekto natoľko zaujatý niekým iným tak, že zanedbáva seba“. Určitým spôsobom je to dôverovanie v to, že niečo mimo seba im môže zaručiť ich šťastie a naplnenie. Ako ďalej uvádza, spoluzávislosť môže byť ťažko rozpoznateľná pre vonkajšok, pretože ľudia, ktorí trpia spoluzávislosť sa vo všeobecnosti javia primeraní a úspešní.

Podľa Cermaka (1986) je pri spoluzávislosti rozpoznateľná štruktúra osobnostných rysov, ktoré môžeme s vysokou pravdepodobnosťou predvídateľne nájsť u väčšiny členov rodín so závislosťou. Tieto črty sú schopné vytvoriť dostatočnú dysfunkciu, ktorá by bola dôvodom pre diagnózu zmiešanej poruchy osobnosti, ako je uvedené v DSM III.

Diagnostické kritériá pre spoluzávislú poruchu osobnosti uvádza Cermak (1986, s. 11) nasledovne:

A. Pokračujúce investície do seba-úcty, do schopnosti ovládať tak seba, ako aj ostatných, tvárou v tvár vážnym nežiadúcim dôsledkom.

B. Prevzatie zodpovednosti za uspokojenie potrieb druhých a vylúčenie uznania vlastných potrieb.

C. Úzkosť a narušenie hraníc medzi intimitou a separáciou.

D. Zapletenie do vzťahov s človekom trpiacim poruchou osobnosti, človekom so závislosťou, iným spoluzávislým, a/alebo jednotlivcom s poruchou impulzov.

E. Tri alebo viac z nasledujúcich:

1. Prílišné spoliehanie sa na popieranie
2. Zúženie emócií (s alebo bez dramatických výbuchov)
3. Depresia
4. Hypervigilancia
5. Kompulzie
6. Úzkosť
7. Zneužívanie psychoaktívnych látok
8. Bol (alebo je) obeťou opakujúceho sa psychického alebo sexuálneho zneužívania
9. Stresom - súvisiace fyzické ochorenia
10. Zotrvanie v primárnom vzťahu s partnerom, ktorý zneužíva psychoaktívne látky po dobu najmenej dvoch rokov bez hľadania pomoci zvonku.

Spoluzávislosť však zatiaľ nie je akceptovaná v MKCH-10, preto je „nutné hľadať v pacientovej anamnéze ďalšie informácie a uvedomiť si, že kodependencia leží niekde vo vnútri diagnostických kritérií iných diagnóz“, uvádza Laskovská (2007, s. 164).

Konkrétne príznaky spoluzávislosti zhrnula podľa odbornej literatúry Hrková (1998), ako nasledovné:

1. Sebavedomie spoluzávislej osoby je znížené, zúžené, spojené so stálou snahou kontrolovať a ovplyvňovať city, pocity iných aj svoje. Tento príznak vzniká vlastne akoby splynutím spoluzávislej osoby so závislým, jeho potrebami, pocitmi, čím vníma potom skreslene vlastné pocity, vôľu, potreby.
2. Spoluzávislá osoba je presvedčená, že je zodpovedná za uspokojenie potrieb závislého. Jej "JA" je potlačené na úkor výraznej spojitosti so závislým, nevníma, alebo potláča vlastné potreby. Súčasne sa až nutkavo vyhýba ďalším vzťahom, aby sa udržala v aspoň určitej citovej istote.
3. Spoluzávislé osoby majú strach v situáciách veľkej intimity, zblíženia, alebo

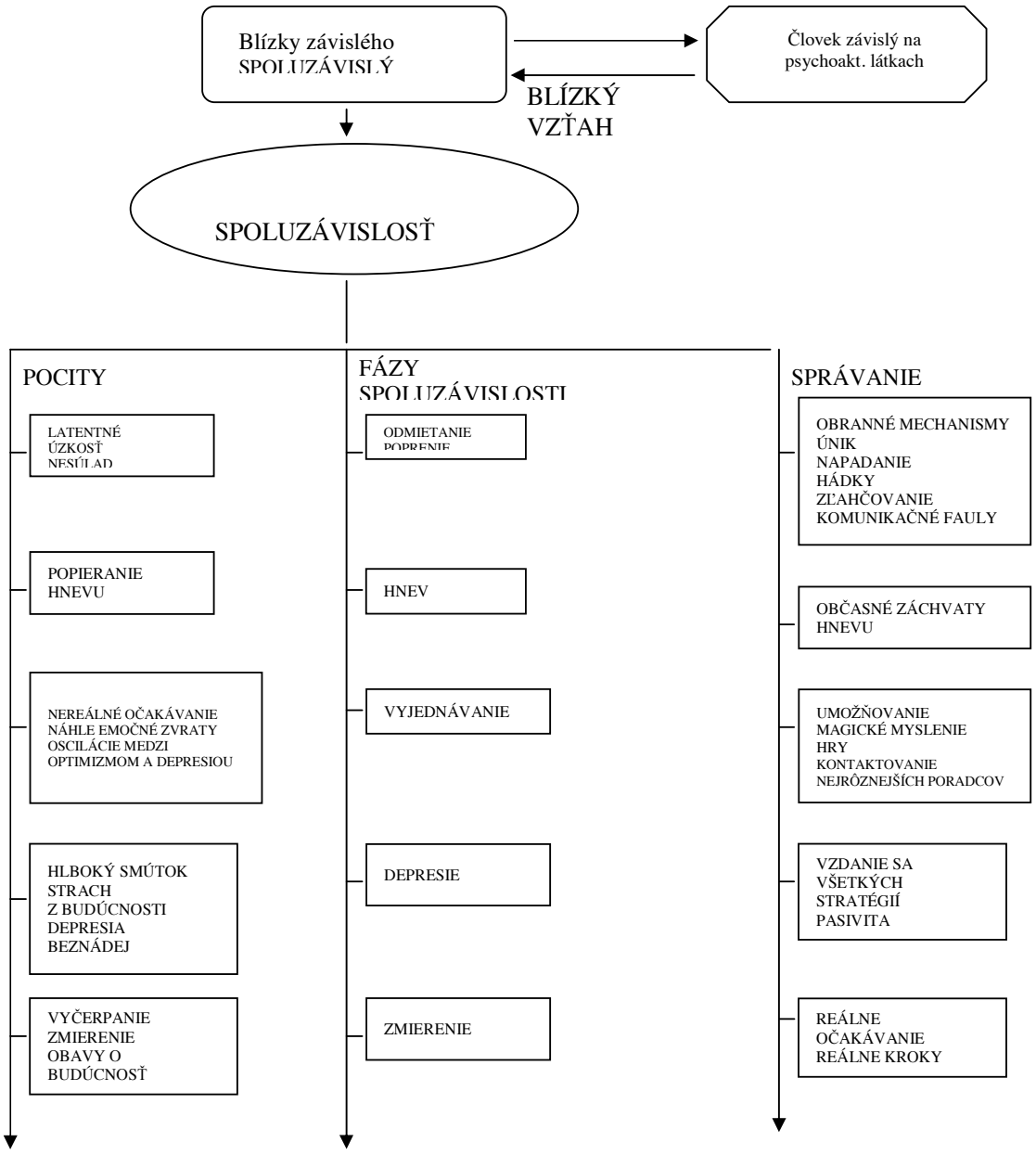
v situáciách odlúčenia, nedokážu určiť hranice blízkosti s druhou osobou. Spoluzávislý sa stáva akoby citovým zrkadlom závislého, odzrkadľuje jeho pocity a city. Pri zmenách blízkosti obidvoch, dochádza u neho k výrazným kolísaniam pocitov od omnipotencie po pocity nedostatočnosti insuficiencie ako aj k zúfalým pokusom udržať si vlastné názory a postoje.

4. Spoluzávislí inklinujú výrazne k spletitým a komplikovaným vzťahom jednak k závislému a jednak k iným blízkym ľuďom alebo k jedincom s poruchami osobnosti. Udržujú dlhodobo blízky vzťah so závislým a prijímajú jeho projekcie, akceptujú ich. Prijímajú aj jeho racionalizácie, nesú ich s ním a pomáhajú mu tak popierať objektívnu realitu.

5. Spoluzávislá osoba vykazuje najmenej tri z nasledovných znakov:

- popretie reality
- depresia
- nadmerná bdelosť, streh
- obsecie, obsedantné /nutkavé/ rituály
- zneužívanie liekov, alkoholu, eventuálne iných látok.

Ľudia, ktorých blízka osoba je závislá na psychoaktívnych látkach alebo na závislom správaní, prechádzajú, ako ukázal aj Novotného (2009) výskum, špecifickými fázami. Tieto fázy sa menia v čase a sú charakteristické emočnými prejavmi a správaním, ktorá sú pre každú fázu iné. Vo svojej práci použil selektívne kódovanie, teda proces, kedy sa vyberie jedna centrálna kategória, ktorá je potom systematicky uvedená do vzťahu k ostatným kategóriám. Centrálnou kategóriou v jeho práci bola spoluzávislosť. Hlavným cieľom výskumu jeho práce bolo pochopiť, čo to spoluzávislosť je, ako sa dotýka konkrétnych ľudí, ako vzniká, formuje sa a zaniká. Pomocou selektívneho kódovania vytvoril grafické znázornenie týchto fáz.



Obr. 1 Fázy spoluzávislosti (Novotný, 2009)

Podľa autorov Lee a Lee (1998, s. 23) idú „spoluzávislosť a závislosť obyčajne ruka v ruke“. Obe sú vážne ochorenia, ktoré možno liečiť. Je však dôležité, aby osoba bola schopná rozpoznať tieto okolnosti v sebe alebo v ostatných, aby mohol začať proces liečenia.

Spoluzávislosťou trpí oveľa viac ľudí, tvrdia Larson a Subby (citovaní podľa Beattieovej, 2006). Sú to dospelé deti ľudí so závislosťou od alkoholu, ľudia žijúci s citovo alebo duševne narušenými ľuďmi či s chronicky chorými, rodičia detí s problémami v správaní, ľudia žijúci s nezodpovednými ľuďmi, ako aj pomáhajúce profesie. Dokonca aj uzdravujúci sa závislí od psychoaktívnych látok zistili, že boli spoluzávislí a že boli dokonca spoluzávislí dlho predtým, než sa stali sami závislými. Častokrát sú to práve ľudia, ktorí vyrastali v rodine, kde sa vyskytla závislosť od psychoaktívnej látky u niekoho z ich blízkych a od detstva boli svedkami a účastníkmi bludného kruhu závislosti.

Keďže rodina hrá tiež dôležitú úlohu v prevencii, liečbe a doliečovacom procese závislosti, práca s človekom, ktorý je závislý, by mala vždy zahŕňať aj prácu s jeho blízkymi, najlepšie s celou jeho rodinou. Neraz sa však pozornosť zameriava len na problém jediného člena celého systému, a to člena so závislosťou. Ostatní – možno práve tí, ktorí sú spoluzávislí, zostávajú bokom. Pričom poznanie vlastnej účasti na vývoji závislosti a jej udržiavaní spoluzávislým správaním môže pomôcť v prerušení opakovania škodlivého vzorca správania.

Terapia ľudí so spoluzávislosťou by mala byť rovnako dôležitá, ako je terapia ľudí so závislosťou. Úzdrava z kodependencie nie je ľahká ani krátka. Podľa Laskovskej (2007) spočíva v sebaobjavovaní a postupnom raste osobnosti človeka. V procese liečby je dôležité naučiť sa identifikovať svoje fyzické, mentálne, emocionálne a duchovné potreby. Identifikovať a odtrúchliť bolesť z neodtrúchlených strát v prítomnosti bezpečia starostlivých ľudí. V prvom kroku spoločenstva anonymných kodependentov sa hovorí o nevyhnutnosti priznania si vlastnej bezmocnosti nad druhými. Aby mohli liečiť svoje trápenie a dysfunkcie z kodependencie, musia si najprv uvedomiť „svoju bezmocnosť nad druhými“, bezmocnosť vo vzťahu k ich názorom, myšlienkam, pocitom, rozhodnutiam, voľbám a správaniu.

Techniky, formy a pravidlá liečby spoluzávislosti popisuje autorka nasledovne:

- Pravidelne a dlhodobo: svojpomocné skupiny, Al Anon (svojpomocná skupina pre príbuzných a priateľov závislého pacienta), anonymní kodependenti, skupinová psychoterapia – špecifická pre kodependentov, alebo pre dospelé deti z dysfunkčných rodín.

- Podľa potreby: „detoxifikácia“ (odpútanie sa od ľudí, vecí, miesta, správania, primárnej závislosti, ktoré blokujú uzdravenie), individuálna terapia (vedomie seba,

prijatie seba, zodpovednosť za seba, sebareflexia), ústavná liečba, vzdelávacie programy o kodependencii.

- Podporná liečba: zápisky alebo vedenie si denníka, pravidelný kontakt a zdieľanie s jedným alebo viacerými dôvernými ľuďmi (Laskovská, 2007).

Je pravdepodobné, že v priebehu ďalšieho vývoja bude táto porucha upresňovaná a budú vytvárané a zlepšované ďalšie terapeutické techniky.

Pokiaľ by sme hovorili o spoluzávislosti zo strany pomáhajúceho (liečebný pedagóg, psychológ, učiteľ, lekár, zdravotná sestra, a pod.), musíme si uvedomiť, že spoluzávislosť môže negatívne vplývať na rozvoja zdravého vzťahu alebo až blokovať terapeuticko-výchovný proces. Nevhodný prístup zo strany pomáhajúcich profesií smerom k pacientom/klientom totiž vytvára pôdu pre nevhodnú formu pomoci. Pacientovi/klientovi z viacerých dôvodov neprospieva najmä pomoc nadmerná, ako ani pomoc iného druhu, než je v danej situácii potrebná.

Literatúra:

BEATTIEOVÁ, M. 2006. *Koniec spoluzávislosti. Prestaňte kontrolovať druhých a začnite sa starať o seba*. Trnava : Spolok svätého Vojtecha, 2006. 280 s. ISBN 80-7162-631-7.

CERMAK, T. L. 1986. *Diagnosing and Treating co-dependence : A Guide for Professionals Who Work with Chemical Dependents, Their Spouses, and Children*. USA *:* Johnson Institute, Hazelden Publishing, 1986. 112 s. ISBN 0-935908-32-3.

HAJNÝ, M. 2008. Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržovaní závislosti. In KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. s. 41-52. ISBN 978-80-247-1411-0.

HRKOVÁ, G. 1998. *Liečebnica. Spoluzávislosť - kozávislosť*. Ed. Združenie abstinentov Slovenska Malacky : PUBLIC, 1998. 28 s.

JÍLEK, J. 2009. *Zachránci a nezachránění (3)*. [online]. 22.04.2009. [cit. 2009-06-20]. Dostupné na internete: <http://www.bud-fit.cz/zavislosti/zachranci-a-nezachraneni-(3)/>.

JOHNSON, S. L. 2004. *Therapist's Guide to Clinical Intervention : The 1-2-3's of Treatment Planning*. [online]. 2. vyd. California : Academic Press, 2004. 562 s. ISBN 0-12-386588-3. [cit. 2009-08-30]. Dostupné na internete: <http://books.google.com/>.

KOVÁCSOVÁ, E. 2010. *Spoluzávislosť v rodinách ľudí so závislosťou od psychoaktívnych látok*. Rigorózna práca, Univerzita Komenského. Pedagogická fakulta, Katedra liečebnej pedagogiky. Bratislava : Pedagogická fakulta UK, 2010. 133 s.

LASKOVSKÁ, Š. 2007. Kodependencia. In *Psychiatrie pro praxi*, roč. 2007, č. 4, s. 163-165. ISSN – 1213-0508.

LEE, M. P., LEE, R. S. 1998. *Drugs and Codependency*. [online]. New York : The Rosen Publishing Group, 1998. 64 s. ISBN 0-8239-2744-X. [cit. 2010-08-1]. Dostupné na internete : <http://books.google.com>.

LENSON, E. S. 1995. The Wandering Therapist. In *Orange Coast Magazine*. *Special health and fitness issue,* január 1995, zv. 21, č. 1, s. 110-111. ISSN 0279-0483.

NOVOTNÝ, M. 2009. *Spoluzávislost jako specifický krizový stav*. [online]. Brno : Masaryková Univerzita, Fakulta pedagogická. Katedra sociálnej pedagogiky. [Diplomová práce]. Vedúci práce : PhDr. Jiří Němec, Ph.D. Rok obhajoby : 2009. [cit. 2010-08-31]. Dostupné na internete**:** <http://is.muni.cz/th/135781/pedf_m/DPSpoluzavislostMN135781.pdf>.

WHITE, L. 2004. *Foundations of Nursing*. 2. vyd. Cengage Learning, 2004. 1762 s. ISBN 1-4018-2692-X.

PaedDr. Erika Kovácsová
liečebná pedagogička, psychoterapeutka
Centrum pre liečbu drogových závislostí, Hraničná 2, Bratislava
E-mail: ekovacsova@cpldz.sk

Transformácia sociálnych služieb Transformation of social services

Soňa Klempová

ABSTRAKT

Príspevok poskytuje prehľad vývoja a pokroku starostlivosti o jednotlivcov s mentálnym postihnutím a postoj spoločnosti k nim. V dnešnej dobe sa veľmi často hovorí o tom ako ľudstvo speje k zániku, ako ide všetko k horšiemu a stáva sa bezcitnejším. My by sme sa práve naopak chceli pokúsiť poukázať na pozitívne zmeny vo vývoji ľudskej spoločnosti z pohľadu prístupu k jednotlivcom s mentálnym postihnutím a v starostlivosti o nich. Prostredníctvom prezentovaného posteru by sme sa s účastníkmi konferencie chceli podeliť aj so svojimi skúsenosťami zo zahraničnej pracovnej stáže realizovanej v Mosaik G.m.b.H., 8020 Graz, Rakúsko.

Kľúčové slová: *Starostlivosť, mentálne postihnutie, vylúčenie, integrácia, pokrok*

ABSTRACT

Transformation of social service

The contribution provides the outline of development and progress of taking care of individuals with mental disease and the attitude of society to them. There are too many frequent talks about how humankind advance towards its extinction, how everything turns worse and it becomes heartless. We would like to mention on the contrary positive changes in the development of human society from the perspective of attitude to individuals with mental disease and in taking care of them. By presenting the poster we would like to share our ecperience from foreign work intership realized in Mosaik G.m.b.H., 8020 Graz, Austria.

Key words: *Taking care, mental disease, exclusion, integration, progress*

Pojem transformácia nepatrí medzi tie, ktorým by sme nerozumeli aj bez pomoci slovníkov cudzích slov a odborných výkladových slovníkov. Na transformáciu sa môžeme pozerať z rôznych pohľadov. V každom z nich je to však určitý proces. Z pohľadu matematiky je to premena jedného útvaru alebo výrazu na iný, v informatike je to napríklad premena vstupov

na výstupy, v genetike získavanie nových vlastností buniek v dôsledku medzibunkového prenosu genetickej informácie, vo virológii transformácia znamená funkčne sa prejavujúcu zmenu živočíšnej bunky v dôsledku pôsobenia nádorových vírusov, v pedológii je to premena a pretváranie pôdy bez zmeny polohy pôdy, v technike a fyzike zase premena jednej formy energie na inú, v jazykovede znamená transformácia lingvistickú operáciu, ktorá spočíva v zmene jednej syntaktickej konštrukcie na inú a pod. Takto by sme určite mohli ešte veľmi dlho pokračovať, no pre účely nášho príspevku to už nie je potrebné. Transformácia je teda proces, ktorý prebieha a neustále mení určité javy a skutočnosti v čase a priestore.

Pokiaľ chceme hovoriť o transformácii sociálnych služieb mali by sme sa najprv pozrieť na sociálne služby ako také. „Sociálna práca v širšom slova zmysle zahŕňa sociálno – technické opatrenia (poskytovanie služieb a dávok sociálnej starostlivosti), účelné a odborné využívanie odborných nálezov, posudkov a rozhodnutí a spoluprácu s ďalšími odborníkmi v oblasti starostlivosti o človeka, ale tiež administratívno – technické postupy vhodne spracované a zaužívané inštitúciami v oblasti starostlivosti o človeka.“[38] Sociálne služby dnes spadajú do pôsobnosti sociálnej práce ako vedného odboru. Sociálna práca ako vedný odbor je charakteristická „multidisciplinárnou oblasťou vedeckého poznania, ktorá sa zaoberá vedeckým poznávaním sociálnych problémov – ich vznikom, príčinami, možnosťami riešenia, otázkou zodpovednosti občana aj štátu, optimálnou mierou a formami pomoci pre jednotlivca, skupinu či komunitu.“[39] S predmetom sociálnej práce sú veľmi úzko späté epistémy sociálne služby, sociálny pracovník a klient sociálnych služieb.

Podľa zákona o sociálnych službách 448/2008 platného na území Slovenskej Republiky v roku 2012 sú sociálne služby také činnosti a opatrenia, ktoré sa „zameriavajú najmä na prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity, zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti, prevenciu sociálneho vylúčenia, riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny.“[40] Sociálne služby sú určené konkrétnej cieľovej

[38] LEHOCZKÁ, Lýdia., HABURAJOVÁ – ILAVSKÁ, Lenka: *Komunitné sociálne služby v kontexte kultúrnej identity obyvateľov rómskych osád.* Prešov : Vydavateľstvo Michala Vaška 2006. 126 s., ISBN 80-8050-961-1, s. 11

[39] Online, [http://www.vssvalzbety.sk/pracoviska/instituty/institut-socialnych-vied-a-zdravotnictva/skola/studijne-programy/socialna-praca], 25. 08. 2012, 12.15 Hod.

[40] Online, [http://www.employment.gov.sk/socialne-sluzby.html], 25. 08. 2012, 12.22 Hod.

skupine uvádzanej taktiež v zákone o sociálnych službách. Prijímateľom sociálnych služieb je fyzická osoba, ktorá je:

a) „občan Slovenskej republiky, ktorý má na území Slovenskej republiky trvalý pobyt alebo prechodný pobyt hlásený podľa osobitného predpisu, 2) b) cudzinec, ktorý je občan členského štátu Európskej únie, štátu, ktorý je zmluvnou stranou dohody o Európskom hospodárskom priestore a Švajčiarskej konfederácie (ďalej len "Európsky hospodársky priestor"), má registrovaný trvalý pobyt na území Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu 3) a je zamestnaný alebo študuje na štátom uznanej škole na území Slovenskej republiky, c) cudzinec, ktorý je občanom štátu Európskeho hospodárskeho priestoru a má registrovaný trvalý pobyt na neobmedzený čas na území Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu, 4) d) rodinný príslušník cudzinca uvedeného v písmene b), ktorý má povolenie na trvalý pobyt na území Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu, 5) e) cudzinec, ktorý je rodinný príslušník občana Slovenskej republiky s trvalým pobytom na území Slovenskej republiky a ktorý má povolenie na trvalý pobyt na území Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu, 6) f) cudzinec, ktorý nie je občanom štátu Európskeho hospodárskeho priestoru a ktorého práva vyplývajúce podľa tohto zákona zaručuje medzinárodná zmluva, ktorou je Slovenská republika viazaná a ktorá bola uverejnená v Zbierke zákonov, g) cudzinec, ktorému bol udelený azyl podľa osobitného predpisu, 7) h) cudzinec, ktorý je občanom štátu Európskeho hospodárskeho priestoru a ktorý má registrovaný trvalý pobyt na území Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu, 8) i) cudzinec, ktorý nie je občanom štátu Európskeho hospodárskeho priestoru, má povolenie na prechodný pobyt alebo trvalý pobyt na území Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu 9) a ktorého práva podľa tohto zákona nie sú upravené medzinárodnou zmluvou, j) cudzinec, ktorému sa poskytla doplnková ochrana podľa osobitného predpisu, 7) k) cudzinec, ktorému sa poskytlo dočasné útočisko podľa osobitného predpisu, 7) l) Slovák žijúci v zahraničí, 10) ktorý sa zdržiava na území Slovenskej republiky v priebehu jedného kalendárneho roka nepretržite aspoň 180 dní; splnenie tejto podmienky je Slovák žijúci v zahraničí povinný preukázať na účely trvania nárokov získaných podľa tohto zákona každý kalendárny rok.“[41]

[41] Online, [http://www.vyvlastnenie.sk/predpisy/zakon-o-socialnych-sluzbach/], 27. 07 2012, 11.00 Hod.

V dnešnom prebiehajúcom 21. storočí existuje zákon o sociálnych službách, ktorý nám presne definuje, ako sme už vyššie spomenuli sociálnu službu, klienta, ktorému je sociálna služby poskytovaná, zariadenia v ktorých sa sociálne služby poskytujú, ba odborná literatúra, ktorej nie je nedostatok, hovorí aj o tom akými dispozíciami by mal disponovať sociálny pracovník prichádzajúci do priameho kontaktu s klientom sociálnych zariadení a odberateľom sociálnych služieb.

Sociálne služby môžu byť jednotlivcom s mentálnym postihnutím poskytované ambulantne, terénne alebo v zariadeniach sociálnych služieb tzv. domovoch sociálnych služieb o ktorých transformácii budeme viac menej v práci hovoriť. Transformácia v sociálnej sfére, ktorá momentálne prebieha sa však určite netýka len domovov sociálnych služieb ale poskytovania sociálnych služieb celkovo. Jedná sa o komplexnú, veľmi náročnú transformáciu, ktorá bude ešte dlho prebiehať kým sa stane skutočnosťou a samozrejmosťou. Transformujú sa nielen zariadenia sociálnych služieb, ide aj o transformáciu samotných sociálnych služieb, ich modernizáciu, prispôsobenie potrebám a požiadavkám klientov, transformáciu prístupu odborného personálu ku klientovi, transformáciu materiálneho vybavenia a procesuálnej stránky vykonávania sociálnych služieb a sociálnej starostlivosti. Transformácia sociálnych služieb neobchádza ani finančnú oblasť, kedy sa zodpovednosť zo štátu prenáša na menšie územné celky, ktoré samostatne riadia zariadenia sociálnych služieb, alebo na súkromných poskytovateľov. O týchto skutočnostiach budeme písať ešte aj neskôr v práci.

Prítomnosť sociálnej siete a sociálnej podpory, ktorá nenechá ľudí vyžadujúcich si pomoc bez povšimnutia nám dnes pripadajú ako samozrejmosť, čo je dobré. Nebolo tomu však vždy tak. Mnohý z nás, samozrejme vrátane mňa, si veľmi často najmä v čase vianočnom, kedy sme presýtení rozprávkami s kráľovskou tematikou určite vzdychneme: „ach ako by sa nám dobre žilo v tom čase, bez počítačov, internetu, modernej techniky len v lone prírody a čistoty.“ Rozprávky nám však ponúkajú skreslený pohľad na to dobré čo nám minulosť ponúka, samozrejme s prítomnosťou zápletky a zla, ktoré nikdy nad dobrom nezvíťazí. No nie sme tu pre to aby sme rozoberali štruktúru rozprávky ako literárneho druhu.

Nikomu z nás by sa asi nepáčilo, keby sa jedného pekného rána zobudil do doby predošlej, o niekoľko storočí skôr. Viacerí by sme sa asi veľmi čudovali, ako to na svete chodilo a ako sa žilo ľuďom. Ak sa zaoberáme odbornou a faktografickou literatúrou z minulých storočí

dozvieme sa veľmi veľa zaujímavých a nelichotivých faktov o rôznych témach. Tak isto je to aj so starostlivosťou a pozornosťou venovanou jednotlivcom s mentálnym postihnutím.

„V rímskom práve bolo vytvorené rodinné právo - suverénne postavenie v rodine mal muž, otec - ktorý má právo rozhodovať nad životom a smrťou“[42] V tomto duchu sa zaobchádzalo aj s deťmi narodenými s určitým postihnutím alebo znevýhodnením. Pre rodinu a spoločnosť tieto deti neprinášali žiadny úžitok a tak boli bezcitne zbavované života. „V prvotnopospolnej spoločnosti neexistovala žiadna forma inštitucionálnej starostlivosti. Psychické problémy a choroby si ľudia vysvetľovali pomocou mágie, veľmi zaužívané bolo vyháňanie zlého ducha – exorcizmus, ktorý bol chápaný ako spôsob liečby. Deti prichádzajúce na svet s akýmkoľvek postihnutím alebo narušením boli odsúdené na smrť“[43] „Telesne a mentálne postihnuté osoby nepredstavovali v stredoveku a v ranom novoveku osobitnú sociálnu kategóriu, ale spolu so starými, chorými a so sirotami vytvárali skupinu sociálne odkázaných osôb. Pohľad spoločnosti na postihnuté osoby a ich materiálnu podporu sa menil a formoval v kontexte jej celkového vnímania chudoby a milosrdenstva.“[44]

Prvou internačnou inštitúciou sa stal chrám, ktorý plnil funkciu liečebnú a trestnú. Môžeme teda konštatovať, že začiatky starostlivosti o mentálne postihnutých a inak odlišných jednotlivcov sú späté s rozvojom cirkvi. „Zmienky o tzv. ústavnej starostlivosti zaznamenané v Grécku sú spojené so zakladaním liečebných ústavov, označovaných ako asklépia v ktorých zabezpečovali starostlivosť o chovancov lekári a kňazi. Pokiaľ však jednotlivec s postihnutím chrámový poriadok a liečbu nedodržiaval, čo sa u mentálne postihnutých určite stávalo často a nie vedome, bol vykázaný zo zariadenia, čím bol prakticky taktiež odsúdený na smrť.

V období stredoveku sa jednotlivci s mentálnym postihnutím uchyľovali do kláštorov, kde boli zriaďované tzv. špitále čo boli nemocničné zariadenia. V tomto období si ľudia mentálne postihnutie vysvetľovali z pohľadu náboženstva ako trest Boží.

[42]Starovek, Online [http://www.historika.sk/rim.htm], 30. 09. 2012, 15.00 Hod.
[43]Bartoňová, Bazalová, Pipeková.:*Psychopedie*. Brno : Paido 2007. 150 s., ISBN 978-80-7315-161-4, s. 95
[44]KUŠNIRÁKOVÁ, Ingrid.: *Hendikepovaní na okraji spoločnosti.* História, revue o dejinách spoločnosti, 5-6/2011, 11. ročník, ISSN 1335-8316

Renesancia sa snažila o výklad mentálneho postihnutia pomocou vedy, predovšetkým vedy lekárskej a filozofickej. Pohľad na mentálne postihnutých sa však nezmenil. Stále boli vyčleňovaní zo spoločnosti a izolovaní.“[45]

„Zmeny vo vnímaní osôb vyžadujúcich si podporu a pomoc zo strany štátu a svojho okolia z dôvodu chudoby, choroby alebo postihnutia nastali do určitej miery v období osvietenského absolutizmu. Hlavná zmena spočívala v tom, že štát výrazne posilnil svoje kompetencie na úkor miest a cirkevných inštitúcií, hoci mestá a cirkev neprestali pôsobiť v tejto oblasti. Telesne či duševne hendikepovaní ľudia neboli ani v 18. storočí vnímaní ako kategória osôb, ktorá by na základe svojho postihnutia bola automaticky predurčená na pomoc a podporu ostatných členov spoločnosti. Pokiaľ to bolo možné, postihnutí žili vo svojom domácom prostredí a podľa možností a schopností sa podieľali na zabezpečovaní jej životných potrieb. Práceneschopné osoby boli odkázané na pomoc rodiny, obce alebo cirkevnej komunity. V prípade, že zlyhala táto tradičná záchranná sieť, žili postihnutí spolu s ostatnými kategóriami odkázaných osôb v charitatívnych zariadeniach (špitály, lazarety, chudobince) alebo sa uchádzali o podporu niektorej dobročinnej základiny. Kapacita špitálov i finančné možnosti základín boli obmedzené a mohli sa postarať len o veľmi úzky okruh ľudí. Prevažná časť chudobných, chorých a telesne postihnutých sa živila zbieraním almužien v uliciach rodného mesta či obce.“[46]

„Doba osvietenstva prináša vznik veľkých špitálov a internačných budov, ktoré boli polo súdneho charakteru čo znamená, že neplnili funkciu lekársku ale skôr väzenskú.“[47] Osvietenská spoločnosť sa napriek určitej humanizácii svojich postojov snažila zdravotne a mentálne postihnuté osoby vytlačiť na okraj spoločnosti. Za ideálne riešenie sa považoval ich pobyt v domácom prostredí alebo charitatívnom ústave.“[48] Neskôr v 18. storočí boli jednotlivci s mentálnym postihnutím umiestňovaný do veľkých ústavov spolu s vojakmi, duševne chorými, sociálne odkázanými a kriminálnikmi. Starostlivosti o mentálne postihnutých sa stále nevenovala dostatočná pozornosť.

[45]Bartoňová, Bazalová, Pipeková.:*Psychopedie*. Brno : Paido 2007. 150 s., ISBN 978-80-7315-161-4, s. 95
[46] KUŠNIRÁKOVÁ, Ingrid.: *Hendikepovaní na okraji spoločnosti.* História, revue o dejinách spoločnosti, 5-6/2011, 11. ročník, ISSN 1335-8316
[47] Bartoňová, Bazalová, Pipeková.:*Psychopedie*. Brno : Paido 2007. 150 s., ISBN 978-80-7315-161-4, s. 96
[48] KUŠNIRÁKOVÁ, Ingrid.: *Hendikepovaní na okraji spoločnosti.* História, revue o dejinách spoločnosti, 5-6/2011, 11. ročník, ISSN 1335-8316

„Až v priebehu 19. storočia dochádza k zmene názoru a k čiastočnej transformácii organizovanej starostlivosti o odkázaných občanov štátu. Ústavy sa rozdeľovali na nemocnice, liečebne, väznice, polepšovne a starobince. Nový pohľad na mentálne postihnutie pomáha vzniku organizovanej starostlivosti – vo Francúzsku, Rakúsku, Veľkej Británii a Čechách vznikajú ústavy výlučne pre jednotlivcov s mentálnym postihnutím. V týchto ústavoch je výrazná ošetrovateľská starostlivosť no popri nej sa tu realizuje aj výchovná a vzdelávacia činnosť.“[49]

U nás sa organizovaná starostlivosť datuje od roku 1871. V tomto roku bolo založené prvé zariadenie pre mentálne postihnutých u nás, tzv. ERNESTÍNUM v Prahe. Zakladateľom a prvým riaditeľom tohto zariadenia bol MUDr. Karel Slavoj Amerling. Základnou úlohou tohto zariadenia bola ochrana jednotlivcov s mentálnym postihnutím a ich začlenenie do spoločnosti. Vznik ERNESTÍNA môžeme teda považovať za začiatok integrácie. Od tohto času sa spoločnosť po malých krokoch posúva dopredu. Postupne sa budujú rôzne ústavy sociálnej starostlivosti. Ich kvalita a umiestnenie však zďaleka nedosahovali dnešnú úroveň čomu sa však nemôžeme čudovať. Dnešná úroveň poskytovania sociálnych služieb a zariadenia sociálnych služieb nedosahujú úroveň akú by sme chceli dosiahnuť. Čaká nás ešte dlhá tŕnistá cesta práce na ceste za inklúziou občanov s mentálnym a iným postihnutím.

Zariadenia, ktoré sa zriaďovali boli väčšinou veľkokapacitné, ich kapacity však aj tak nepostačovali dopytu po umiestnení. Z toho dôvodu boli tieto zariadenia prevažne preplnené a životné podmienky jednotlivcov s postihnutím boli na veľmi zlej úrovni. „Klienti boli hromadne zbavovaní spôsobilosti k právnym úkonom, oslobodzovaní od povinnej školskej dochádzky. Výchovno – vzdelávacia činnosť bola realizovaná výlučne v ústavných zariadeniach. Týmto spôsobom dochádzalo k ich postupnému vyčleňovaniu z bežného života, aj keď ciele a úlohy ústavov sociálnej starostlivosti mali prispievať k ich výchove a rozvoju.

„Hoci na Slovensku i v celom Uhorsku existovalo ešte začiatkom 20. storočia pomerne málo ústavov špeciálnej sociálnej starostlivosti, trend postupnej špecializácie, profesionalizácie a celkovej byrokratizácie bol čoraz citeľnejší. Kým roku 1900 malo Uhorsko len niekoľko špecializovaných ústavov pre deti (100 sirotincov a 14 azylov, 1 ústav pre nevidomé, 7 ústavov pre hluchonemé a 3 pre duševne postihnuté deti), situácia sa za niekoľko rokov zmenila. V roku 1911 počet špecializovaných ústavov pre deti stúpol na 109 sirotincov, 9

[49] , Bazalová, Pipeková.:*Psychopedie*. Brno : Paido 2007. 150 s., ISBN 978-80-7315-161-4, s. 96

ústavov pre nevidomé, 16 pre hluchonemé (z nich 3 sa nachádzali na Slovensku: v Jelšave, Kremnici, Bratislave) a 8 pre duševne postihnuté deti (na Slovensku bol iba súkromný Blumov ústav v Plešivci). Na celom území Uhorska vtedy exstovali iba štyri štátne ústavy pre choromyseľných, okrem nich dve súkromné sanatóriá a špecializované oddelenia v štátnych a ostatných verejných nemocniciach.

Na Slovensku jestvovalo roku 1908 v mestách 60 ústavov zatvorenej sociálnej starostlivosti. Najväčšia časť z nich figurovala pod názvom všeobecný chudobinec (26), ďalej nasledovali starobince, sirotince a "ostatné" ústavy. Veľkosťou a kapacitou sa veľmi odlišovali. Kým v malých mestách v nich opatrovali priemerne 10 až 20 osôb, dva budapeštianske všeobecné chudobince mali takmer tri a pol tisíc chovancov, čo vtedy predstavovalo až tretinu všetkých osôb v ústavnej sociálnej starostlivosti v Uhorsku. Celkovo však ich kapacita nepostačovala, takže veľká časť ľudí zostala odkázaných na otvorenú formu sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Hlavne v malých mestách prebiehala, podobne ako v starších obdobiach, v jednoduchších formách. Napríklad v Dobšinej začiatkom 20. storočia bol základným zariadením sociálnej starostlivosti mestský chudobinec pre starých práceneschopných a duševne postihnutých chudobných, v ktorom dostávalo stravu a ubytovanie 10 - 12 chovancov.“[50]

Automaticky muselo dôjsť k zmene v systéme a pohľade na jednotlivcov s mentálnym postihnutím V roku 1989 dochádza k zmenám v spoločnosti. Cieľom týchto zmien bolo transformovanie veľkokapacitných ústavov sociálnej starostlivosti. Cieľom bolo predovšetkým zvýšenie kvality života jednotlivcov s postihnutím, lepšie materiálne vybavenie týchto zariadení, a celkovo rozvoj osobnosti mentálne postihnutého nielen z kognitívneho ale aj psychologického, sociálneho a emocionálneho hľadiska. Môžeme teda povedať, že v roku 1989 dochádza k prvej výraznej zmene v transformácii sociálnych služieb, ktorá nepretržite prebieha do dnes.

„V odbornej literatúre a diskusiách zameraných na sociálnu prácu sú termíny transformácia a decentralizácia sociálnej sféry, sociálnych služieb používané niekedy ako synonymá, inokedy je termínu transformácia, prisudzovaný širší význam ako termínu decentralizácia a naopak. Obsah týchto termínov je však podľa definícii v literatúre zjavne odlišný.

[50]Ako to bolo v krajinách Uhorska, Online.: [http://www.archa-banovce.sk/news/36-odborne-clanky/52-vztah-k-mentalne-postihnutym.html], 30. 09. 2012, 16.48 Hod.

Decentralizácia je „odstraňovanie sústreďovania, centralizácie, presunutie práva a moci na nižšie orgány – opak centralizácie“ a „transformácia je priradenie prvkov jedného útvaru, množine prvkov druhého útvaru, premena“. Podľa uvedeného je teda základom decentralizácie presun práva a moci /zodpovednosti, právomoci) z vyšších na nižšie orgány. Pod presunom rozumieme tú formu pohybu práva a moci, ktorá je čo najbližšie k občanovi.

Transformácia (podľa uvedených definícií) na rozdiel od decentralizácie nie je presunom moci a práva, ale priradenie „pôvodných“ prvkov jedného útvaru k druhému.“[51]

„Sociálna politika v prechodnom období transformácie a po uskutočnení základných reformných krokov musí smerovať od štátneho zabezpečenia k posilňovaniu princípov solidarity a k aktívnej mobilizačnej úrovni zabezpečujúcej rozvoj ľudských zdrojov. Doterajší prístup udržania sociálneho priemeru vedie k „sociálnej pasci“. Ťažisko pozornosti je často formou sociálnej demagógie smerované na oblasť rozdeľovania prostriedkov, a nie ich tvorbu.

Podstatu nových dimenzií vystihuje Encyklika „CENTESIMUS ANNUS 1991“, ktorá charakterizuje úlohu „poskytovať biednemu človeku materiálnu podporu, ktorá ho neponižuje, ani neredukuje na objekt starostlivosti, ale mu pomáha dostať sa z nepriaznivého položenia pozdvihnutím jeho ľudskej dôstojnosti“. Encyklika vymedzuje význam rodiny, špeciálnych sietí solidarity, starostlivosť a zodpovednosť za každého človeka, význam a podporu spravodlivosti a je základom pre hľadanie a uplatňovanie kresťanských princípov a ideálov v transformácii spoločnosti na sociálne spravodlivú spoločnosť.

Za základné ciele transformácie sociálnej sféry považujeme demonopolizáciu, demokratizáciu a decentralizáciu. V každom prípade pod týmto termínom rozumieme určité zmeny, ktoré narušujú tradičné postupy a prístupy a s tým sú spojené rôzne obavy. Žijeme v 21. storočí a v mnohom sme si podobní s občanmi, ktorý žili pred nami. V jednom sa však od nich určite odlišujeme, máme jedinečnú možnosť zhodnocovania skúseností ľudstva z minulých tisícročí a storočí. Táto skúsenosť nás často prekvapí v tom, že zdanlivo nové veci, zmeny, transformácie, nie sú v skutočnosti nové, ale sú len znovu objavením základných predpokladov pre život, ktoré sme z nejakých príčin zanedbali.

[51] KRUPA, Slavomír.: *Transformácia zariadení sociálnych služieb.* Online: [http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000549.pdf], 30. 09. 2012, 16.52 Hod.

„Zo všetkého čo sme doteraz uviedli o transformácii je zrejmé, že transformácia nie je cieľom ale nevyhnutným procesom, ktorý je bytostnou súčasťou všetkého živého. Transformácia sociálnych služieb sleduje pozitívne zmeny podmienok života v interakcii s ich prijímateľom. Zmeny, ktoré proces transformácie prináša majú výrazne prosociálny kontext, vedú k zmene kvality života, sú pre človeka, nie proti nemu. Transformácia je podstatnou, základnou charakteristikou života.“[52]

„Transformácia a transformačné procesy majú bez diskusie význam pre teóriu, metódy sociálnej práce. Ide o náročné procesy, ktorých plánovanie a realizácia si vyžadujú vysokú profesionalitu sociálnych pracovníkov. Nejde len o transformáciu zariadení sociálnych služieb, reorganizáciu veľkokapacitných zariadení, ale aj o transformáciu personálnu, transformáciu prístupu, výchovných a vyučovacích metód a komunikácie s klientom a jeho príbuznými. Konečným cieľom ale nie je transformácia. Transformácia je iba nástrojom na presadzovanie zmien pre dôstojný život občana v tej ktorej krajine, isto predovšetkým v krajine v ktorej žijeme.“[53] Transformácia je proces, ako sme už častejšie v práci spomenuli, nie je to jav ukončený ale práve prebiehajúci, preto ani túto tému nemôžeme ukončiť tým, že transformácia prebehla v poriadku. Transformácia všetkých možných oblastí týkajúcich sa starostlivosti o znevýhodnených jednotlivcov stále prebieha a posúva sa dopredu. Touto prácou sme chceli poukázať práve na skutočnosť pozitívneho vývoja spoločnosti s ohľadom na prístup a zaobchádzanie s jednotlivcami s postihnutím a znevýhodnením. Pokrok ide dopredu síce pomaly ale isto, radi by sme vyjadrili svoju spokojnosť a podporu kompetentným s ich napredovaním a podporili ich do ďalšej produktívnej a pozitívnej práce, ktorá sa ani nedá nazvať prácou ale skôr poslaním. Poslaním, ktoré z človeka robí človeka s veľkým „Č“.

Literatúra:

BARTOŇOVÁ, BAZALOVÁ, PIPEKOVÁ.:*Psychopedie*. Brno : Paido 2007. 150 s., ISBN 978-80-7315-161-4

KUŠNIRÁKOVÁ, Ingrid.:*Hendikepovaní na okraji spoločnosti*. História, revue o dejinách spoločnosti, 5-6/2011, 11. ročník, ISSN 1335-8316

[52] Online [http://www.rpsp.sk/download/publikacie/transformacia.pdf] 30. 09. 2011, 18.30 Hod.
[53] Online [http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000549.pdf] 30. 09. 2012, 20.44 Hod.

LEHOCZKÁ, Lýdia., HABURAJOVÁ – ILAVSKÁ, Lenka.:*Komunitné sociálne služby v kontexte kultúrnej identity obyvateľov rómskych osád*. Prešov : Vydavateľstvo Michala Vaška 2006. 126 s., ISBN 80-8050-961-1

Internetové zdroje:

Ako to bolo v krajinách Uhorska, Online.: [http://www.archa-banovce.sk/news/36-odborne-clanky/52-vztah-k-mentalne-postihnutym.html], 30. 09. 2012, 16.48 Hod.

KRUPA, Slavomír.:*Transformácia zariadení sociálnych služieb*. Online: [http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000549.pdf], 30. 09. 2012, 16.52 Hod.

Starovek, Online [http://www.historika.sk/rim.htm], 30. 09. 2012, 15.00 Hod.

Online, [http://www.vssvalzbety.sk/pracoviska/instituty/institut-socialnych-vied-a-zdravotnictva/skola/studijne-programy/socialna-praca], 25. 08. 2012, 12.15 Hod.

Online, [http://www.employment.gov.sk/socialne-sluzby.html], 25. 08. 2012, 12.22 Hod.

Online, [http://www.vyvlastnenie.sk/predpisy/zakon-o-socialnych-sluzbach/], 27. 07 2012, 11.00 Hod.

Online [http://www.rpsp.sk/download/publikacie/transformacia.pdf] 30. 09. 2011, 18.30 Hod.

Online [http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000549.pdf] 30. 09. 2012, 20.44 Hod.

Mgr. Soňa Klempová
študentka doktorandského štúdia špeciálnej pedagogiky – psychopédia
Masarykova Univerzita, Poříčí 623/7, 603 00 Brno, Česká republika
E-mail: sonaklempova@centrum.sk

Z praxe

Ako začať s prevádzkovaním Ambulancie liečebného pedagóga

Jana Špániková

Ako začať s prevádzkovaním Ambulancie liečebného pedagóga

1. *Upresniť si svoje profesionálne zameranie a oblasti liečebnej pedagogiky, ktorej sa chcem venovať.*

2. *Splniť podmienky na registráciu/resp. členstvo v Slovenskej komore iných zdravotníckych pracovníkov * SKIZP *,* ***ktorá registruje a združuje iných zdravotníckych pracovníkov s ukončeným vysokoškolským vzdelaním II. stupňa - logopéd***, liečebný pedagóg***, fyzik, laboratórny diagnostik.***

***

V zmysle zákona 578/2004 Z.z. vydáva SKIZP 3 typy licencií:

L1A – licencia na výkon samostatnej zdravotníckej praxe **– tento typ licencie využije zdravotnícky pracovník, pokiaľ nemá a neplánuje mať svoje vlastné súkromné zdravotnícke zariadenie, ale bude poskytovať zdravotnú starostlivosť u iných poskytovateľov, ktorí už povolenie na prevádzkovanie zariadenia zdravotnej starostlivosti majú. Alebo bude poskytovať zdravotnú starostlivosť na inom mieste ako je zdravotnícke zariadenie. Pri tejto licencii vzniká zdravotníckemu pracovníkovi povinnosť registrácie na daňovom úrade do 30 dní odo dňa právoplatnosti a**

vykonateľnosti Rozhodnutia o vydaní licencie. Zdravotnícky pracovník si teda z príjmov z činnosti odvádza dane a platí si odvody. Služby fakturuje.

L1B – licencia na výkon povolania **– vydáva sa ZP, ktorí chcú poskytovať zdravotnú starostlivosť ako fyzické osoby. Ide o ZP, ktorí budú mať svoje zdravotnícke zariadenie a budú si ďalej vybavovať povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, budú teda NZZ. Povinnosť registrácie na daňovom úrade vzniká až po vydaní povolenia.**

L1C – licencia na výkon funkcie odborného zástupcu **- je licencia pre ZP, ktorý si zakladá s.r.o., n.o. alebo nejakú inú právnickú formu. Bude teda poskytovať zdravotnú starostlivosť ako právnická osoba. Táto právnická osoba, aby získala povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti potrebuje práve odborného zástupcu. Odborný zástupca zodpovedá za všetky zdravotnícke úkony vykonané v danej s.r.o., ktorej je odborným zástupcom. Výkon funkcie odborného zástupcu je v tom istom čase viazaný iba na jednu právnickú osobu.**

VYDANIE LICENCIE

K vydaniu licencie zdravotníckemu pracovníkovi SKIZP je podľa zákona 578/2004 Z.z. potrebné:

1. ***vyplniť tlačivá: Žiadosť o vydanie licencie***
2. ***priložiť potrebné doklady (uvedené aj na žiadosti):***

   a) doklady o získanej odbornej spôsobilosti a o doterajšej praxi; ak ide o cudzinca doklad o uznaní odbornej spôsobilosti (overené fotokópieb)doklad o zdravotnej spôsobilosti,

   b) doklad o bezúhonnosti, ktorým je výpis z registra trestov

   c) doklad o spôsobilosti na právne úkony v celom rozsahu

   d) doklad o zaplatení poplatku za vydanie licencie

Poznámka: **Adresa**: SKIZP, Trnavská 112 ,821 02 Bratislava 2 http://www.skizp.sk

3. Splniť požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení - P/ Ambulanica liečebnej pedagogiky ***– VESTNÍK Ministerstva zdravotníctva SR*** **, 2008 Čiastka 32-51, str.356**

4. ŽIADOSŤ o vydanie rozhodnutia / záväzného stanoviska orgánu verejného zdravotníctva v zmysle zákona NR SR č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

5. Žiadosť o vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia:

a) *vydanie nového povolenia podľa § 13 zákona č. 578/2004 Z.z.v znení neskorších predpisov,*

b) *zmena, ktorá si vyžaduje vydanie nového povolenia podľa § 17 zákona č. 578/2004 Z.z.v znení neskorších predpisov (uviesť číslo pôvodného povolenia), žiadateľ uvedie v žiadosti požadovanú zmenu a doloží tie doklady, ktoré sa k tejto zmene vzťahujú (neoverené kópie) + čestné vyhlásenie (§ 17 zákona č. 578/2004 Z.z.v znení neskorších predpisov, s úradne overeným podpisom žiadateľa), zmenou, ktorá si vyžaduje vydanie*

nového povolenia je zmena miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia, zmena odborného zamerania, zmena odborného zástupcu.

c) k žiadosti o vydanie povolenia je potrebné doložiť aj žiadosť o schválenie ordinačných hodín. V záujme obyvateľov príslušného kraja sa odporúča požiadať o schválenie ordinačných hodín tak, aby 2 dni v pracovnom týždni boli tieto ordinačné hodiny len v poobedňajších hodinách.

5./Právnická osoba v žiadosti uvedie:

- **obchodné meno, sídlo, právnu formu, identifikačné číslo, ak už bolo pridelené, meno, priezvisko, miesto trvalého pobytu osôb, ktoré sú štatutárnym orgánom,**
- **meno a priezvisko, dátum narodenia a údaj o štátnom občianstve odborného zástupcu,**
- **miesto trvalého pobytu odborného zástupcu, ak je miesto trvalého pobytu mimo územia Slovenskej republiky, uviesť aj miesto prechodného pobytu na území SR,**
- **druh zdravotníckeho zariadenia a jeho odborné zameranie,**
- **miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia – <u>ulica, smerové číslo, mestská časť, mesto, obec.</u>**

5./Fyzická osoba k žiadosti doloží:

- **doklad o vlastníctve alebo zmluvu o nájme priestorov, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať (zmluva o nájme s vlastníkom priestorov). Akceptovaná je len platná zmluva o nájme nebytových priestorov (nie zmluva o budúcej zmluve !), pričom do týchto zmlúv <u>môže byť</u> v záverečných ustanoveniach zmlúv vložená odkladacia podmienka v zmysle § 36 ods. 2 Občianskeho zákonníka v nasledovnom znení:**
- **" Zmluva je platná a účinná dňom nadobudnutia právoplatnosti povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia....." podľa konkrétneho prípadu.**

- **právoplatné rozhodnutie o vydaní licencie na výkon činnosti zdravotníckeho povolania,**
- **rozhodnutie príslušného orgánu verejného zdravotníctva o návrhu na uvedenie priestorov do prevádzky - kópia,**
- **čestné vyhlásenie, že v období dvoch rokov pred podaním žiadosti som nemal (a) zrušené povolenie z dôvodov ustanovených v § 19 ods. 1 písm. c) a d) a že údaje uvedené v žiadosti a predložené listiny sú pravdivé – s úradne overeným podpisom žiadateľa, (1.povolenie – nový poskytovateľ zdravotnej starostlivosti)**
- **diplom o ukončení vysokej školy– kópia,**
- **doklad o zaplatení správneho poplatku - kópia, príkaz na úhradu nie je dokladom o zaplatení.**

V Bratislave, 28.októbra 201

PaedDr. Jana Špániková
liečebná pedagogička
súkromná prax, Bratislava
E-mail: poradnabratislava@gmail.com

Kompetencie liečebného pedagóga v rámci zdravotníctva

Anna Babková

ABSTRACT

Contribution Competence of the curative pedagogue in outpatient care.

Professional capacity performance of separate health care for performance of professional guarantee of anamnestic investigations, developmental problems and processual diagnostic in order to obtrain orientation of therapeutic education and overall standard situation of the changes affected bz the condition or adverse circumstances to project therapeutic education of physioterapeutic meausres to rate their contribution to exercise and implement rate of curative pedagogy intervention by curative pedagogy exerciser and programmes with utilization discipline is art therapy, music therapy, therapy using games and drama therrapy.Health laws cooperation with health insurance with organisational diagnositc disease therapies with easy diagnosis and unified administrating and documating lifetime knowledge credits.

Náš odbor vznikol v 19 st. ako spolupracujúci odbor so psychiatriou, kde pacient liečený okrem medikamentóznej liečby potrebuje aj psychoterapeutické vedenie. Liečebná pedagogika je vedný odbor, v ktorom sa spája terapeutické a edukačné úsilie pri starostlivosti o osoby choré a postihnuté, teraz moderne povedané o osoby so špecifickými potrebami.

LP zahŕňa prevenciu, diagnostiku a liečebnopedagogickú intervenciu pri poruchách vývinu a zdravia.

Cieľom práce LP v zdravotníctve je podpora toho, čo je u klienta pozitívne a pomoc pri zvládaní životných situácii, ktoré sú spojené s postihnutím alebo ochorením. Ide o zlepšenie priebehu vývinu, vytváranie predpokladov pre sociálnu a pracovnú integráciu: aktivovanie, podporu tvorivosti, komunikácie, zlepšenie orientácie, vnímania, podporu pri samostatnosti, pri získavaní návykov, rozvíjaní zručnosti, pri utváraní systému hodnôt a zmene postojov.

Liečebná pedagogika /LP/ sa realizuje prostredníctvom terapeutického vzťahu pacient-terapeut a špecifických situácii pre dozrievanie a pozitívne zmenu.

Liečebný pedagóg má solídny základ z medicínskych, psychologických, pedagogických a sociálnych vied, ako aj znalosti a potrebné zručnosti z terapeutickoedukačných disciplín ako sú: muzikoterapia, arteterapia, terapia hrou, dramatoterapia, činnostná terapia, bibloterapia, rodinná terapia a má základnú sociálno -psychologickú prípravu pre prácu s ľuďmi.

Prístup k problému pacienta je kauzálny. Pomoc liečebný pedagóg poskytuje formou individuálnej, skupinovej, rodinnej a párovej terapie. Nácvikom relaxačných techník, biofeedbacku – HRV, EEG, ucelenými programami pre skupiny a vedením komunít.

Liečebný pedagóg úzko spolupracuje so psychiatrami, pediatrami, neurológmi, onkológmi, internistami. V ústavnej starostlivosti pracuje v tíme iných odborníkov na jednotlivých oddeleniach.

Ambulantnej sfére pracuje v neštátnych zdravotníckych zariadeniach ako som už spomenula sám a je na ňom, aby mal dokonalé vedomosti o ochoreniach a ich príznakoch, diagnostike a liečbe.

Na základe Svetovej zdravotníckej organizácie SZO Medzinárodnej klasifikácie MKN-10 platnej od 1992, najčastejšie pracuje LP s pacientmi, ktorí majú najčastejšie diagnózy LP F-ká podľa poruchy: F.22 schizofrénia, F.32 Depresie, F 40.0 –F49 Neurotické poruchy, vyvolané poruchy stresom a somatoformné poruchy.

F50-59 Behaviorálne syndrómy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktormi. Sú to ochorenia porúch príjmu potravy, neorganické poruchy spánku.

F 81 Špecifické vývinové poruchy školských zručností, poruchy písania- dysgrafia, čítania počítania- dyskalkúlia, zmiešané poruchy školských zručnosti.

F 90 Hyperkinetická porucha aktivity a pozornosti, F 91 poruchy správania vo vzťahu k rodine, socializovaná porucha správania, poruchy s opozičným vzdorom, F92 zmiešané poruchy správania a emócii- depresívna porucha správania, F 93 Emočné poruchy so začiatkom špecifickým pre detstvo. Pracoviská LP v spolupráci s inými špecialistami sa orientujú na liečbu psychických porúch vyvolaných stresom a úzkostných porúch, ako sú záchvaty, paniky, generalizované úzkostné poruchy, fóbie, depresie, poruchy príjmu potravy, syndrómu chronickej únavy, vyhorenia, psychickými problémami v detskom veku, detskými

fóbiami, hyerkinetickým syndrómom, poruchami sústredenia, pozornosti, včasnej diagnostike, skríningu a vyšetrovaním kognitívnych funkcii, poučeniu a vedeniu rodinných príslušníkov, krízovým intervenciám.

LP ako zdravotnícky pracovník podľa zák.578/2004 a jeho novelizácie Zák.133/2010 ,podľa §27 odst.1 môže pracovať ako fyzická osoba. V ambulantnej sfére v neštátnych zdravotníckych zariadeniach/NZZ/ ako zamestnanec alebo ako fyzická osoba. Ak sa LP rozhodne pracovať v zdravotníctve musí byť registrovaný v Slovenskej komore iných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave, ktorá v zmysle zákona 578/2004 a jeho novelizáciou č.133/2010 podľa §69 odst.1 požiada o vydanie licencie:

1.a/: **Na výkon samostatnej zdravotníckej praxe v povolaní liečebný pedagóg**.

2.b/: **Na výkon zdravotníckeho povolania, zdravotníckym pracovníkom, je fyzická osoba v povolaní liečebného pedagóga.**

3.c/: **Na výkon odborného zástupcu** zdravotníckym pracovníkom v povolaní liečebný pedagóg. Odborným zástupcom môže byť len na jednom pracovisku, s ktorým má pracovnú zmluvu.

Po obdržaní jednotlivej licencie podá LP žiadosť na príslušné VÚC.

Riešenia a úlohy: Využívanie nefarmakologickej liečby – kognitívny tréning, muzikoterapia, arteterapia, terapia hrou, dramatoterapia, činnostná terapia, biblioterapia, rodinná terapia sú moderné a v celom svete uznávané spôsoby liečby pacientov deti, mládeže, dospelej a seniorskej populácie. Je to prirodzený spôsob liečby, ktorý stimuluje vlastné sily pacienta, je podporou voči farmakoterapii, šetrí verejne finančné prostriedky.

Doporučenia :v odbore LP by som doporučila, aby MZ SR umožnilo viacerým liečebným pedagógom / Od roku 1972 ukončilo vzdelanie v odbore LP 550 absolventov/, MZ SR vydalo licencie na prevádzkovanie / len 10 ambulanciám, asi 12 liečebným pedagógom/.

Zriadiť ambulancie liečebnej pedagogiky v nemocniciach a poliklinikách, ale hlavnev školách a v školských zariadeniach, kde až 12 % školskej populácie má špecifické poruchy správania, sústredenia, pozornosti, asociálneho správania, agresivity, šikanovania, impulzivitu. Tieto ambulancie by v akútnom štádiu zabránili rozvíjať psychotraumy u detí, pedagógov

a rodičov, tým by zabránilo by sa mnohým rodinným tragédiam a včasne by sa z diagnostikovalo u detí a mládeže vyvíjajúce sa ochorenie.

PaedDr. Babková Anna,
liečebná pedagogička, hlavná odborníčka MZ SR
súkromná liečebno-pedagogická ambulancia
03608 Martin ul. B.Bullu č.13
E-mail: ababkova@post.sk

Liečebný pedagóg v odbornej liečebnopedagogickej ambulancii v Banskej Bystrici

Michal Mikula

V našej odbornej ambulancii bolo vyšetrených najviac pacientov s diagnózou F 48 – Iné neurotické poruchy, konkrétne F 48.0 - Neurasténia.

Prevalencia označených diagnóz v ambulantnej starostlivosti súvisí podľa štatistických údajov na Slovensku s celkovým trendom výskytu duševných porúch správania ako príčin invalidity a mortality. Spomenuté poruchy sa nachádzajú z hľadiska výskytu na treťom mieste za chorobami obehového a onkologického ochorenia. Spomenuté diagnózy u pacientov v ambulancii sú doprevádzané symptómami ako je únava, pokles pracovnej výkonnosti, ťažkosti pri sústredení, neschopnosť psychického uvoľnenia, prejavy depresie a úzkosti. Spomenuté diagnózy a symptómy sa vyskytli najmä u pacientov produktívnom období života ako aj u pacientov nad 60 rokov postproduktívnom období. Všetci títo pacienti boli doporučení do ambulancie prostredníctvom praktických lekárov a psychiatrov.

V liečebnopedagogickej ambulancii i bol diagnostický proces doplnený liečebnopedagogickou diagnostikou, kde boli aplikované najmä metódy: problémová anamnéza, pozorovanie, dotazníky, W-M, TSV, dotazník nedokončených viet atď., ako aj rozbor výsledkov činnosti pacientom. K týmto technikám patria aj tematizované kresby, projektívne testy aplikované v rámci arteterapie.

V terapeutickom procese boli indikované v zmysle Nariadenia vlády SR č. 226/2005 tieto výkony:

3364 – racionálna náhľadová terapia, pri ktorej sa často aplikovala technika rozboru starostí a racionalizujúceho prístupu k starostiam (Míček, 1976) v rámci individuálneho poradenstva s touto cieľovou skupinou boli poskytnuté pacientom informácie o zdravom životnom štýle, o prevencii psychických ochorení , korekcia neprimeraných postojov a vzťahov. Ako súčasť prevažne racionálnej terapie a poradenstva bola u pacientov v produktívnom veku riešená aj problematika matrimoniológie.

3367 - liečebnovýchovné poradenstvo, preventívne programy pre dospelú populáciu – tréning pamäti a ostatných kognitívnych funkcií, aktivácia životného štýlu.

V rámci individuálnych, terapeutických a tréningových aktivít s pacientmi v produktívnom a postproduktívnom veku boli aplikované nasledujúce metódy a techniky:

- aplikácia receptívnej muzikoterapie, (psychofyzická hudobná relaxácia)
- psychomotorická terapia (Shultzov autogény tréning)
- progresívna relaxácia od Edmunda Jacobsona
- arteterapia – grafické vyjadrenie rôznych emocionálnych stavov

U pacientov v postproduktívnom veku umiestnených v ústavných zariadeniach boli aplikované najmä tieto ďalšie techniky:

- nácvik pamäti, vizuálnej, sluchovej, haptickej, pohybovej, hudobnej (pomocou Orffovho inštrumentálu).

  Tréning hrubej motoriky bol aplikovaný aj u pacienta v pokročilom štádiu Alzheimerovej choroby – hranie futbalu s využívaním rozvoja pohybovej pamäti. Rozvoj hrubej motoriky, tréning chôdze bol najmä aplikovaný v terapeutickom procese v hospici Ľubietová.
- tréning jemnej motoriky bol súčasťou terapeutického procesu takmer všetkých pacientov v postproduktívnom veku, vrátane pacientov imobilných a na lôžkach. Tréning jemnej motoriky bol zameraný hlavne na rozvoj na skvalitnenie psychomotorických funkcií horných končatín, najmä prstov, ako aj na rozvoj ostatných psychických funkcií najmä kognitívnych. Ako pomôcky pre terapiu a rehabilitáciu jemnej motoriky boli použité produkty firmy Hobla s.r. o (stavebnice z PVC, skrutky , masážny ježko, valčeky, loptičky atď..
- odreagovanie emocionálneho napätia, emocionálna podpora - u pacientov bola aplikovaná muzikoterapia, vokálny a inštrumentálny prejav
- biblioterapia bola zameraná hlavne na rozvoj vizuálnej percepcie a vizuálnej pamäti prostredníctvom vnímania a popisovania obrázkov z kníh
- rozvoj grafomotoriky, kreslenie, písanie a maľovanie s pastelkami, prostomaľba, modelovanie s plastelíny atď..

3363 – krízová intervencia formou individuálnej liečebnopedagogickej terapie

Poskytnutie prvej pomoci – rozpoznanie krízovej a traumatickej situácie

Terapeutická pomoc v podmienkach ambulancie bola zameraná na uvoľnenie emócií a učenia, ako s traumatizujúcou skúsenosťou žiť. V tejto situácii je potrebné vytvoriť atmosféru dôvery, podpory, sprostredkovaniu pocitov radosť atď..

- uvoľňovanie emócií sa realizovalo najčastejšie pomocou empatického rozhovoru. V menej prípadoch bol použitý abreaktívny princíp.
- receptívna muzikoterapia bola zameraná na celkovú stabilizáciu psychosociálnych funkcií a na psychosociálne uvoľnenie. V ambulantných podmienkach sa jednalo o počúvanie reprodukovanej hudby - pacient bol stabilizovaný na relaxačnom lehátku.
- arteterapia - pacient počúval indikovanú hudbu a snažil sa svoje pocity vyjadriť cez tieto médiá.
- psychomotorická terapia. V rámci tejto metódy bol aplikovaný autogénny tréning
- J.H Schultza a progresívna relaxácia od Edmunda Jacobsona

3366 - vedenie komunity, kolektívna terapia, didaktiké skupiny, tréning psychosociálnych zručností

Skupinová psychoterapia bola aplikovaná v rámci terénnej starostlivosti s pacientmi v postproduktívnom veku. Jednalo sa o komunitu priebežne 14 pacientov (otvorená skupina) v hospici (*Senior Ľubietová, / V sledovanom období sa realizovali skupinové sedenia až na niektoré časové výnimky 1krát týždenne. Skupinu tvorili 4 muži a 10 žien.

- Činnosť skupiny bola zameraná hlavne na poskytovanie emocionálnej podpory svojím členom, vytváranie atmosféry bezpečia (Kratochvil. S. 1987) Súčasťou každého sedenia bolo sebaprejavenie, vyrozprávanie každého člena o svojich radostiach, starostiach, pričom ostatní členovia poskytli emočnú podporu tomuto členovi skupiny.

- Dôležitou súčasťou každého skupinového sedenia bola aktívna muzikoterapia, vokálny prejav. Túto časť činnosti mnohí pacienti prežívali najemocionálnejšie.

-V priebehu činnosti skupiny sa aplikovali aj niektoré techniky terapie hrou, najmä súťažné hry, matematický, zemepisný kvíz, tréning pamäti. Pri niektorých sedeniach skupiny boli uskutočňované aj niektoré nenáročné psychomotorické techniky ako napr.: hádzanie

mäkkej lopty, mäkkých gumených kruhov, cvičenie s masážnymi valčekmi , ako aj cvičenie niektorých cvikov z progresívnej relaxácie.

V sledovanom období druhou najčastejšou skupinou pacientov v ambulancii boli detskí pacienti (mladší a starší školský vek) s diagnózami F 90.0, F90.1 a F98. Podľa medzinárodnej klasifikácii chorôb zaraďujeme tieto diagnózy k poruchám správania a emocionálnym poruchám so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania. Podľa niektorých odborníkov (Zelinková O. 2001) je možné spomenuté diagnózy nazvať aj strešným názvom ako dysfunkčné správanie. U týchto pacientov najčastejšie pozorujeme poruchy pozornosti, hyperaktivitu, impulzívnosť a pri poruchách správania aj zvýšenú agresivitu, krutosť, ničenie majetku, krádeže atď.. Podľa štatistiky sa v populácii nachádza asi 8% chlapcov a 3% dievčat s týmito poruchami. V prípade dysfunkčného správania u 30% až 80% pretrvávajú tieto príznaky aj v dospelosti. Podľa odborníkov (Munden, Arcelus J.2002) poruchy správania majú vysokú súvislosť s kriminalitou, agresivitou, závislosťou na drogách alebo alkohole v dospelosti. Podľa štatistiky na Slovensku podiel mládeže (delikventných mladistvých) na objasnenej kriminalite je nad 20%.

3667 – liečebnovýchovné programy pre deti a mládež – psychomotorická terapia

Priebeh liečebnopedagogickej starostlivosti o pacientov s dysfunkčným správaním popisujeme v nasledovnom programe (Logopedická konferencia, Mikula M. 2009):

Realizácia programu začína vstupnou diagnostikou: osobnou anamnézou, rodinnou anamnézou, pozorovaním, kresbou postavy, kresbou rodiny atď.. Už v tejto úvodnej fáze programu sú v komunikácii s dieťaťom aplikované pohybové, loptové hry a guľová hra Petang, ktoré znižujú napätie u detí z prvého kontaktu a zároveň dávajú terapeutovi mnoho diagnostických informácii, najmä o úrovni neuromotorických, senzomotorických funkcií, ako aj úrovni sociomotoriky.

Vzhľadom na to, že pohyb a aktivita je deťom s ADHD blízka, prostredníctvom psychomotorickej terapie dochádza k rýchlejšiemu zblíženiu s terapeutom. Deti sa v takejto atmosfére rýchle adaptujú a z pravidla sa tešia na ďalšiu spoluprácu.

Uplatnenie liečebno-pedagogických terapií pri poruchách správania

Do liečebno-pedagogickej ambulancie prichádzajú deti často už so stanovenou diagnózou, ktorá vypovedá o nejakej forme dysfunkčného správania. Najčastejšie sa jedná o poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou /ADHD/ v zmysle klasifikačného systému Americkej psychiatrickej asociácie, DSM- IV. Munden, Arcelus (2002).

V popredí tohto správania je znížená pozornosť, ktorá sa prejavuje najmä pri plnení školských úloh, domácich úloh, ako aj pri hrách a inom spontánnom správaní. Tieto deti sa dajú ľahko vyrušiť od činností vonkajšími podnetmi. Typické je pre ne aj časté zabúdanie vecí a školských pomôcok.

K ďalšiemu symptómu tejto poruchy patrí hyperaktivita, ktorá sa prejavuje najčastejšie neposednosťou, vyrušovaním počas vyučovania, opúšťaním lavice, častým svojvoľným rozprávaním, prípadne nadmernou roztržitosťou.

Signifikantným symptómom spomenutého správania je tiež nadmerná impulzívnosť, čo má za dôsledok neschopnosť zadržať alebo ovládať reakcie na vnútorné a vonkajšie podnety. Podľa niektorých odborníkov, napr. M.Gordona, (1995) je tento symptóm najpodstatnejší u detí s ADHD.

Porucha ADHD spôsobuje u detí komplikácie ako sú poruchy učenia, vzťahov s rovesníkmi a najmä z rodičmi. U mnohých detí sa vyskytujú aj ďalšie psychické poruchy ako napr. depresia, anxiozita, emocionálne poruchy atď..

Terapeutické a reedukačné intervencie sa zameriavajú hlavne na spomenuté symptómy, /nepozornosť, hyperaktivitu a impulzivitu. Obzvlášť účinnými terapeutickými postupmi sa v praxi ukázali racionálno-terapeutické postupy, najmä kognitívne sebaovládanie, ktoré je zamerané na reguláciu vlastného správania, na základe vnútorného riadenia L.Langmeier, K.Balcar,J.Špitz.(2000).

Proces vnútorného riadenia vybraných psychických procesov v terapeutickom procese sa skladá z nasledujúcich krokov: rozpoznávanie problému, predsavzatie zmeny, sebapozorovanie, sebahodnotenie, sebaodmeňovanie atď..

V terapeutickom a resocializačnom procese s deťmi s ADHD sa uplatňujú okrem racionálno-terapeutických a kognitívnych postupov aj ďalšie účinné faktory, ktoré sú súčasťou

psychoterapeutického procesu. S. Kratochvíl (1978). V terapeutickom procese s deťmi s ADHD za veľmi dôležité mechanizmy zmeny považujeme tiež nasledujúce faktory:

a/ terapeutický vzťah

b/ citová podpora

c/ podpora sebavedomia

d/ korektívna skúsenosť

e/odreagovanie

f/ sugescia

g/spolupráca s rodičmi

Terapeutická a resocializačná starostlivosť o spomenutú cieľovú skupinu vzhľadom na svoj charakter a najmä vzhľadom na použité metódy a techniky má optimálne podmienky v liečebnopedagogickej ambulantnej starostlivosti. V tomto prostredí je možné v danom procese aplikovať naplno liečebno-pedagogickú pomoc M.Horňáková (1999).

Z hľadiska použitých metód v liečebnopedagogickm procese sú v ambulantnej starostlivosti aplikované najmä psychomotorická terapia a terapia hrou.

Vzhľadom na to že táto ambulantná starostlivosť je pravidelná a poskytuje sa relatívne v úzkej časovej náväznosti je možné hovoriť u viacerých deťoch o aplikácii liečebnopedagogických programoch. Súčasťou týchto programov je zároveň poradenstvo s rodičmi, ako aj v niektorých prípadoch intervencia v školskom prostredí. Na skvalitnenie tejto činnosti zo školami pripravujeme výcvik sociálnych zručností pre učiteľov prvého stupňa na niektorých školách v okrese Banská Bystrica.

Reedukačný program

V rámci liečebno-pedagogickej pomoci ako sme už naznačili máme rozbehnutý reedukačný program M.Horňáková (1999) pre deti s ADHD. Realizovaný resocializačný program dáva obdobne ako resocializačný program spomenutý v publikácii O.Zelinkovej (2001) hlavný dôraz na už spomenuté racionálno-terapeutické postupy a kognitívne postupy, zamerané

hlavne na nácvik koncentrácie, sebapoznávanie, sebahodnotenie a sebaodmeňovanie. Tieto postupy aj podľa našej skúsenosti tvoria kostru v terapii a resocializácii psychických symptómov ako sú nepozornosť, hyperaktivita a impulzivita. Terapeutická činnosť s dieťaťom je pravidelne dopĺňaná poradenstvom s rodičmi, kde sú vyhodnocované aj „domáce úlohy „ dieťaťa, posudzovacie škály vlastného správania, ktoré si vyhodnocuje dieťa samostatne.

Obdobné škály posudzovania správania dieťaťa si vedú aj rodičia. Z vyššie uvedených faktov vyplýva že náš reedukačný program sa skladá z individuálnej terapie s dieťaťom, ako aj spolupráce s rodičmi, prípadne učiteľmi.

Cieľom reedukačného procesu je prostredníctvom liečebnopedagogickej starostlivosti skvalitniť u dieťaťa schopnosť koncentrácie a sebaovládanie, ako aj poskytnúť mu korektívnu skúsenosť v oblasti emocionálnej a sociálnej adaptácie.

V súčasnosti tvoria cieľovú skupinu prevažne chlapci vo veku od 6 do 12 rokov.

Východiská a organizácia reedukačného programu.

Úvodná fáza:

Realizácia programu začína vstupnou diagnostikou: osobnou anamnézou, rodinnou anamnézou, pozorovaním, kresbou postavy, kresbou rodiny atď.. Už v tejto úvodnej fáze programu sú v komunikácii s dieťaťom aplikované pohybové, loptové hry a guľová hra Petang, ktoré znižujú napätie u detí z prvého kontaktu a zároveň dávajú terapeutovi mnoho diagnostických informácii, najmä o úrovni neuromotorických, senzomotorických funkcií, ako aj úrovni sociomotoriky.

Vzhľadom na to, že pohyb a aktivita je deťom s ADHD blízka, prostredníctvom psychomotorickej terapie dochádza k rýchlejšiemu zblíženiu s terapeutom. Deti sa v takejto atmosfére rýchle adaptujú a z pravidla sa tešia na ďalšiu spoluprácu.

Realizačná fáza:

V realizačnej fáze reedukačného procesu sa program zameriava , najmä prostredníctvom využitia pohybu a hry na cvičenie už spomenutých psychických funkcií:

a/ koncentrácie: hranie futbalu vo dvojici, terapeut dieťa, triafanie loptou do cieľa, nahrávky s rôznou intenzitou, hranie Petangu z rôznou náročnosťou podmienok, hra s hobhopkou atď.

b/s**ebapoznávanie:** terapeut v priebehu jednotlivých činností verbálne hodnotí správanie dieťaťa. Zvýšený dôraz kladie na pozitívne prvky správania, na dobrý športový výkon, na ferové, športové správanie atď.

c/sebahodnotenie: pomocou posudzovacích škál hodnotí dieťa každý deň svoje správanie na stupnici od 1 až do 5. Na obdobnej stupnici hodnotí správanie dieťaťa rodič. Priebežne rodičmi, ako aj v ambulancii je dieťa odmenené za primerané výsledky a správanie správanie. Ako odmena niektorým deťom slúži terapeutické sedenie, spojené s pohybom a hrami.

d/sebaodmeňovanie, sebatrestanie: Niektoré deti pri spoločnom hodnotení správania s rodičmi a terapeutom sa dokázali na seba pozerať aj kriticky a boli schopné sa vzdať niektorých výhod a vecí, prípadne prijať trest od rodičov.

e/emocionálna podpora a korektívna skúsenosť: Prostredníctvom hier a najmä športových, v dôvernom terapeutickom prostredí zažívajú deti neraz pocit úspešnosti a docenenia, čo má ako sa domnievame pre ich budúce zmeny rozhodujúci význam.

Záverečná fáza:

Nakoľko činnosť ambulancie trvá už štyri roky, v súčasnosti v záverečnej fáze sa nachádzajú tri deti. Ako sme už načrtli súbežne riešime problém adaptácie týchto detí v školskom prostredí.

Následnou rediagnostikou (dotazník s upravenými kritériami Americkej psychiatrickej asociácie pre školy DuPaul,Stoner,1994, s.20), konzultácie s rodičmi a učiteľmi, vyhodnocovanie posudzovacích škál, pozorovanie atď.), bol poskytnutý objektívny obraz o zmene správania u týchto detí. Konkrétny popis kompenzácie daných porúch sa nachádza aj v liečebnopedagogických správach pre detských lekárov a psychiatrov.

Neraz sa stáva, že deti, u ktorých došlo ku kompenzácii správania v domácom prostredí, nevhodným správaním pedagógov došlo k opätovnej dekompenzácii správania nie len v škole ale aj doma.

Záverom by sme chceli zdôrazniť tú skutočnosť, že reedukačný proces s deťmi s poruchami správania a ich sociálna adaptácia môže byť úspešná len vtedy, ak v rámci socioterapie budú na tomto procese adekvátne kooperovať, rodičia, škola, zdravotné inštitúcie, ako aj širšie sociálne prostredie.

Distribúcia symptómov diagnóz F 90.0 je výrazná najmä u rómskych detí a mládeže. Tieto poruchy sa často kombinujú aj so špecifickými poruchami školských zručností (F.81).

V rámci terénnej starostlivosti ambulancia vykonáva liečebnopedagogickú starostlivosť aj o deti a mládež v základnej škole a gymnáziu v Kremnici, ktoré spravuje eM Klub n.o. v Kremnici. V obidvoch typoch týchto škôl sa nachádzajú prevažne rómski žiaci. Z hľadiska rodinnej anamnézy majú tieto deti v prevažnej miere neprimerané podmienky. Maloleté deti často prichádzajú do školy s poruchami správania, učenia, emočnými poruchami, adaptačnými poruchami, ktoré už boli často diagnostikované.

V terapeutickom procese u týchto detí je prevažne aplikovaná individuálna terapia, doplnená konzultáciami s učiteľmi, vychovávateľmi ako aj s rodičmi.

V rámci individuálnej terapie boli realizované nasledovne zdravotnícke úkony:

***3364 – racionálna náhľadová terapia*,** zameraná na získanie náhľadu na svoje správanie. Konkrétnejšie bola aplikovaná kognitívna terapia, zameraná hlavne na myslenie, rozhodovanie a ovládanie vlastného správania. Ako sme už spomenuli v predchádzajúcej časti, súčasťou takmer každého sedenia bolo aplikovanie prvkov kognitívneho sebaovládania u detí. Pacienti na posudzovacej škále hodnotili svoje správanie za určité obdobie ako aj v prítomnosti, čo prispelo k ich postupnému regulovaniu vlastného správania vôľou, porovnaj (Langmeier J. Balcar K. Špitz J. 2000)

Kognitívne sebaovládanie bolo v niektorých prípadoch doplnené arteterapeutickými technikami (maľovanie pastelkami) s tematickým kreslením „aký som“,“ aký by som chcel byť “ a „ako ma vidia druhí“.

3367 - edukačné a tréningové programy pre deti, rozvoj kognitívnych funkcií

- U detí s dysfunkčným správaním prebiehal pravidelne nácvik koncentrácie, napríklad s využitím pomôcky (s produkcie Hobla H) „horúca špirála“ – jedná sa o elektrický detektor pohybu
- Nácvik vizuálnej, haptickej a sluchovej pamäti pomocou obrázkových kníh – „zvukohra (Hobla H s.r.o),“odkrývačka - box-kocka“ (Hobla H), pomôcka zameraná hlavne na rozvoj analytického a syntetického myslenia.
- tréning jemnej motoriky a grafomotoriky prostredníctvom pomôcok ako napríklad: „navliekačky , „kreatívne hračky“ (Hobla H) zamerané na rozvoj jemnej motoriky a na koordináciu zraku a pohybu.
- Tréning matematických zručností, najmä prostredníctvom pomôcok: „Číselná veža, Hra s číslami“ (Hobla H)
- Tréning priestorovej orientácie najmä s pomôckami: „Jakolíno a Krivý Janko“ (Hobla H) atď..
- Nácvik rovnováhy, vnímania priestoru, pomocou „Športovej šlapačky ‚Plochého ježka“ (Hobla H) atď..

3366 – vedenie komunity, didaktických skupín, tréning psychosociálnych zručností

- Didaktické skupiny boli realizované so žiakmi gymnázia. Skupiny sa schádzali len sporadicky, z hľadiska zamerania boli orientované tematicky, najmä na oblasť matrimoniológie, predmanželských vzťahov, partnerských vzťahov, sexuálnu problematiku atď.

Psychosociálny výcvik na získanie adekvátnych zručností bol realizovaný sporadicky a aj s učiteľmi a vychovávateľmi týchto zariadení.

Definovanie naliehavých oblastí v odbore ambulantnej liečebnopedagogickej starostlivosti:

K naliehavým úlohám liečebnopedagogickej starostlivosti patrí včasná intervencia (diagnostika, terapia, poradenstvo) v starostlivosti o deti s poruchami vývinu od 3 do 6 rokov v podmienkach liečebnopedagogickej ambulancie. „Národný program starostlivosti o deti a mládež v Slovenskej republike na roky 2008 až 2015 konštatuje, že na podporu komunitnej starostlivosti o matku a dieťa nebol prijatý osobitný program. Ako úlohu ukladá zabezpečenie evidencie detí s poškodeniami a narušeným vývinom a zabezpečenie mobilnej starostlivosti

o marginalizované rómske matky a deti“. (Horňákova M. s. 7, 2010) V podmienkach ambulancie ide hlavne o depistáž detí so špecifickými poruchami učenia a správania, čo často súvisí aj s nezrelosťou týchto detí pre školskú dochádzku. Ambulantná starostlivosť sa vo zvýšenej miere bude zameriavať na predškolskú prípravu detí, vrátane diagnostiky a terapie týchto detí, čo zodpovedá zdravotnému výkonu 3366.

Z dôvodu nárastu počtu detí s dysfunkčným správaním, ktoré ako sme v predchádzajúcej časti príspevku zaznamenali, vysoko koreluje s detskou delikvenciou a neskôr s kriminalitou. Z týchto dôvodov chceme orientovať liečebnopedagogickú starostlivosť na tento fenomén a to už od predškolského obdobia a ťažisko terapeutickej a reedukačnej činnosti presunúť podľa možnosti na obdobie mladšieho školského veku. V budúcom období chceme ešte viac zdokonaliť terapeutický prístup, založený na základe kognitívneho sebaovládania , s dôrazom na psychické procesy ako sú: koncentrácia, sebapoznávanie, sebahodnotenie, sebaodmeňovanie, najmä pri aplikácii psychomotorickej terapii.

V budúcnosti chceme zamerať pozornosť aj na tréning a terapiu rodičov týchto detí, vrátane skupinovej terapie, zriadením rodičovskej diskusnej skupiny. (Špitz 1972)

Vzhľadom na nárast psychických ochorení , najmä tých ktorých etiológia sa viaže na prežitie ťažkých stresov a adaptačné poruchy (F 43) je potrebné v ďalšej činnosti liečebnopedagogickej starostlivosti sa zamerať na krízovú intervenciu formou individuálnej terapie v zmysle zdravotného výkonu 3368. V detskej populácii sa jedná často o krízovú intervenciu pri „syndróme týraného a zneužívaného dieťaťa“ (CAN). U dospelých pacientov silné a nespracované zážitky môžu takisto viesť k rozvinutiu posttraumatickej stresovej poruche PTSD. (Horňáková 2007)

V ambulantnej starostlivosti v budúcnosti chceme pri krízovej intervencii implementovať ďalšie terapeutické metódy a to: terapiu hrou u detských pacientov a u dospelých pacientov pracovnú terapiu, dramatoterapiu, ako aj iné formy skupinovej terapie.

Ďalšou cieľovou skupinou, na ktorú bude upriamená liečebnopedagogická starostlivosť budú pacienti v postproduktívnom veku, ktorí trpia mnohými psychosomatickými poruchami. Okrem spomenutých foriem individuálnej a skupinovej terapii sa budeme zameriavať viac na psychagogiku, osvetovú činnosť, najmä v kluboch dôchodcov, ako aj v ďalších zariadeniach sociálnej starostlivosti.

PaedDr. Michal Mikula

liečebný pedagóg

súkromná liečebno-pedagogická ambulancia

Banská Bystrica

E-mail: mikula15@post.sk

In

Informácie o projekte „Európska iniciatíva za kompetentnosť vo včasnej intervencii

Pavol Janoško, Ivana Lištiaková, Dagmar Vatolíková, Zuzana Marošová

Tento projekt je financovaný s podporou Európskej komisie. Zodpovednosť za obsah tejto informačnej publikácie nesie samotný autor, komisia neručí za ďalšie použitie údajov obsiahnutých v tomto materiály.

ECI 2.0 - Európska iniciatíva za kompetentnosť vo včasnej intervencii

Ciele:

Zvýšenie odbornosti v oblasti včasnej intervencie (ECI) prostredníctvom:

- poskytnutia tréningových programov (zameraných na vývin dieťaťa a rodičovské sprevádzanie),
- podpory vzdelávania a tréningu odborníkov,
- monitorovania tréningových procesov (on-line hodnotiace nástroj na monitorovanie jednotlivých aspektov profesijného vzdelávania v ECI).

Dostupnosť on-line materiálov a informácií v ECI za účelom zlepšenia spolupráce medzi jednotlivými odborníkmi a zariadeniami, ako aj zvýšenia informovanosti v danej oblasti.

On-line dostupné produkty:

Informácie o možnostiach ďalšieho vzdelávania prostredníctvom vytvorenej komunikačnej platformy (dostupné od 5/2012)

Rozšírenie učebných obsahov a tréningových materiálov prostredníctvom zásobárne zdrojov (rôzne dokumenty a multimediálna knižnica, dostupné od 3/2012)

- tu je jednotlivým užívateľom umožnené vkladať a sťahovať materiály k rôznym témam a oblastiam.

Produkty sú dostupné v rôznych jazykoch.

Partneri projektu & kontaktné osoby:

9 partnerských organizácií z 5 európskych krajín:

- Turecko: BISEV; Ipet Mutlu, http://www.bisev.net
- Turecko: ANADOLU; Dr. Ibrahim H. Diken, http://www.anadolu.edu.tr
- Turecko: MEB-ORGM; Veysel Öztürk, http://orgm.meb.gov.tr
- Rakúsko: SINN; Manfred Pretis, http://www.sinn-evaluation.at
- Rakúsko: INFOSOC; Willi Stadler, http://www.infosoc.at
- Slovensko: PERSPEKTIVA; Dagmar Vatolíková, http://www.mokrohajska.sk
- Slovensko: UK v Bratislave; Marta Horňáková, http://www.fedu.uniba.sk
- Luxembursko: EURLYAID; Karin Mosler, http://www.eurlyaid.net
- Litva: SIAULIAI; Stefanija Ališauskienė, http://www.su.lt

Viac informácií nájdete na stránke: http://www.early-intervention.eu/

Mgr. Pavol Janoško, PhD.,
Pedagogická fakulta KU v Ružomberku
Mgr. Ivana Lištiaková, PhD.
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave
PaedDr. Dagmar Vatolíková, PhD., Mgr. Zuzana Marošová
Perspektíva, o. z., Bratislava