PRO LP ASOCIÁCIA LIEČEBNÝCH PEDAGÓGOV,
KATEDRA LIEČEBNEJ PEDAGOGIKY SZU v BA,
KATEDRA LIEČEBNEJ PEDAGOGIKY PdF UK,
KATEDRA LIEČEBNEJ PEDAGOGIKY IJP PdF KU
SKIZP

v spolupráci s
Centrum MEMORY, n.o.

si Vás dovoľujú pozvať v rámci
Liečebnopedagogického dňa na konferenciu:

„POMÁHANIE AKO PROCES“

dňa: piatok 12. júna 2015
miesto konania: Centrum MEMORY, n.o.,
Mlynarovičova 21 , 851 03 Bratislava

PRO LP Asociácia liečebných pedagógov

Katedra liečebnej pedagogiky Slovenskej Zdravotníckej Univerzity v Bratislave

Katedra liečebnej pedagogiky Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave

Katedra liečebnej pedagogiky Inštitút J. Páleša Pedagogickej fakulty Katolíckej Univerzity v Ružomberku

Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov

Zostavili: Janka Skraková, Viera Valašteková a kol.

Recenzovali: Barbora Vodičková, Magdaléna Szabová

Pomáhanie ako poces

Z B O R N Í K príspevkov

z konferencie Liečebnopedagogický deň 2015

ktorú organizovali

Občianske združenie PRO LP Asociácia liečebných pedagógov v spolupráci s Centrom Memory, n.o.

Dňa 12. júna 2015

v priestoroch Centra MEMORY, n.o. Mlynarovičova 21, 851 03 Bratislava – Petržalka

Publikácia je súčasťou projektu KEGA č. 030KU-4/2016 Komunikácia a spolupráca s rodinou v inkluzívnej škole.

Bratislava 2015

ISBN 978-80-972246-0-8

EAN 9778097224608

Obsah

1.ÚVOD..... 5

2.POMÁHAŤ K ZDRAVIU ZDRAVO..... 6

3.POMÁHAJÚCA PROFESIA - SLUŽBA ČLOVEKA ČLOVEKU.....14

4.Od pomáhania k spolupráci/ Od psychomotorickej k inkluzívnej terapii.....20

5.ÚLOHA LIEČEBNÉHO PEDAGÓGA V MANAŽMENTE DEMENCIÍ.....32

6.KONCEPT VČASNEJ INTERVENCIE U DETÍ S DLHODOBÝM OCHORENÍM Z POHĽADU LIEČEBNÉHO PEDAGÓGA..... 35

7.PODPORA REZILIENCIE RODÍN S DIEŤAŤOM SO ZDRAVOTNÝM ZNEVÝHODNENÍM V RÁMCI VČASNEJ INTERVENCIE..... 53

8.SKUPINOVÁ LIEČEBNOPEDAGOGICKÁ INTERVENCIA NA PSYCHIATRICKOM ODDELENÍ V KONTEXTE SYSTEMICKEJ TRANSFORMAČNEJ TERAPIE PODĽA V. SATIROVEJ..... 70

9. ZÁVER..... 85

1. ÚVOD

Príjemný dobrý deň milé kolegyne a kolegovia,

sme radi, že vám môžme ponúknuť náš zborník z júnovej liečebnopedagogickej konferencie s názvom Pomáhanie ako proces, ktorá sa uskutočnila v Centre Memory n.o., v Bratislave. Na príprave konferencie spolupracovali Asociácia liečebných pedagógov PRO LP, katedra liečebnej pedagogiky Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave, katedra liečebnej pedagogiky Pedagogickej fakulty UK v Bratislave a katedra liečebnej pedagogiky pedagogickej fakulty Inštitútu Juraja Páleša v Levoči na Katolíckej univerzite v Ružomberku.

Prednášky sú venované témam Pomáhať zdraviu zdravo (Prof. PhDr. Marta Horňáková, PhD.), Pomáhajúca profesia-služba človeka človeku (Doc. PhDr. Albín Škoviera, PhD.), Od pomáhania k spolupráci (PaedDr. Magdaléna Szabová).

Ďalej sa venujeme Liečebnopedagogickej prevencii, diagnostike, liečbe detí a dospelých osôb (PaedDr. Anna Babková), úlohám liečebného pedagóga v manažmente demencií (PaedDr. Mária Čunderlíková), využitiu Snoezelen terapie u pacientov s Alzheimerovou chorobou (Mgr. Andrea Valentová).

Ako dôležitú tému vnímame Koncept včasnej intervencie u detí s dlhodobým ochorením (Mgr. Barbora Vodičková PhD., PaedDr. Monika Stupková PhD.), Podpora reziliencie rodín s dieťaťom so zdravotným znevýhodnením v rámci včasnej intervencie (PaedDr. Silvia Šaškievičová),

Záverom ponúkame tému Špecifiká procesu skupinovej liečebnopedagogickej intervencie na psychiatrickom oddelení pre dospelých (Mgr. Pavol Janoško, PhD).

Želáme vám všetko dobré, príjemné čítanie a veríme, že prednášky budú pre vás prínosom.

Jana Skraková a Vierka Valašteková, Asociácia liečebných pedagógov PRO LP

december 2015

2. POMÁHAŤ K ZDRAVIU ZDRAVO

Prof. PhDr. Marta Horňáková, PhD.

Abstrakt: *V pomáhaní išlo vždy o reakciu okolia na núdzu konkrétnej osoby. To, čo sa v závislosti od aktuálneho poznania menilo, boli formy a ciele pomáhania. Výsledkom bolo profesionalizovanie pomoci - ale stále zostáva osobným činom. Profesionalizácia znamená zodpovednosť, inštrumentalizovanie a kontrolovateľnosť výkonu. Pohybuje sa medzi mocou a bezmocnosťou, obnovovaním zničeného a (seba)ničením, poznaným a neznámym (rutinou a experimentom - výzvou). Ide o proces zmeny na oboch stranách.*

Kľúčové slová: *potreba pomoci, inštitúcia pomáhania, ciele pomáhania, kontexty pomáhania.*

Človek sa rodí ako bezmocný tvor, následne čelí mnohým situáciám, kedy potrebuje nejakú formu pomoci, a vekom sa jeho bezmocnosť a odkázanosť zvyšuje. Pomáhanie by malo byť tou najväčšou samozrejmosťou. Pomoc je chápaná ako morálny imperatív, ako základná povinnosť – (Wikipédia), ale je vymedzená ako aktívna, dobrovoľná a nezištná účasť, napr. pomáhanie pri práci, v nebezpečenstve, pri ťažkostiach, v bezradnosti. Azda preto, že toto nezištné pomáhanie jednotlivca (dokonca aj v rodine) je stále vzácnejšie, máme dnes toľko pomáhajúcich inštitúcií a povolaní. Inštitucionalizované pomáhanie je formou moci, je predajným tovarom. Tí bezmocní, odkázaní - sú jej vydaní na milosť – nemilosť. Zanedbávanie, rovnako ako nadmerné pomáhanie, ubližuje. Aj preto je dôležité o procese pomáhania hovoriť.

My sa budeme zamýšľať hlavne nad svojim pomáhaním. Z čoho vychádzame? Čo považujeme za pomoc? Čo vidíme ako svoju úlohu vo vzťahu k človeku, vo vzťahu k tímu v pracovnom poli pomáhajúcich profesií?

V posledných dňoch som sa zaoberala profesijnými príbehmi prvých generácií liečebných pedagógov. Uvedomovala som si ich jedinečnosť v pomáhaní. Nerobili len svoje „remeslo“, ale žili s príbehmi svojich klientov, nielenže pomáhali a dávali, ale aj prijímali - stávali sa

silnejšími a skúsenejšími odborníkmi i ľuďmi. Proces liečebnopedagogického pomáhania je determinovaný viacerými rovinami:

- **osobná rovina** – ide o stretnutie s človekom. Je reakciou na jeho situáciu; je to **osobná** (Lotz, 1997, Koncepcia smerovania LP v EU, 2014) **služba človeku**, ktorý je v ťažkostiach, kde ide o výchovu, učenie, sprevádzanie a poradenstvo. To „osobné“ sa prejavuje vstupom do vzťahu v rovine akceptovania, blízkosti, potvrdzovania reality iného človeka. Mehringer (1979, s. 27) nazval toto „sprítomnenie iného človeka“ atribútom „prvého zákona“ v liečebnej pedagogike. Predpokladá osobnostnú zrelosť, postoje úcty, nádeje, zodpovednosť. Bettelheim povedal, *že „jadrom našej práce nie sú špeciálne vedomosti alebo postupy, ale postoj k životu a k ľuďom, ktorí sú v životnom zápase ako my*“ (Sautter, in Buchka, Grimm, Klein, 2002, s. 22-23). Tento postoj zrovnocennenia s iným, úcty napriek znevýhodneniam, sa v značnej miere tvorí už v detstve a počas štúdia, a potom treba na ňom pracovať, lebo aj odborník prechádza životnými krízami a sklamaniami, borí sa s prekážkami.

  Prekážkou pre zdravé pomáhanie môžu byť osobnostné oslabenia – napr. vlastná zvýšená zraniteľnosť, neochota spoznávať svoje dispozície, charakterové oslabenia a pracovať s nimi.

Pomáhať zdravo predpokladá poznať svoje osobné dispozície, dodržiavať hranice a pracovať na sebe a tiež vedieť vyhľadať pomoc. Mohlo by sa stať, že pomáhajúci bude chcieť pomôcť sám sebe - pre lepší pocit zo seba, pre prehlušenie vlastných problémov. Sústredenie na seba potom ale príliš odpútava jeho pozornosť od klienta a emocionálne ho zaťažuje. Istý profit z pomáhania je vždy prítomný, ale nesmie sa stať cieľom. Ohrozenejší v tomto smere sú tí, u ktorých sa už v detstve vytvorila spoluzávislosť (Beetle. 2015) ako obrana v spolunažívaní s ťažko chorým, postihnutým, alebo psychicky labilným človekom. Ich pomoc sa pohybuje v trojuholníku – nadmerná pomoc, kontrolovanie, snaha ovládnuť iného a následne pocit viny a vlastnej nedostatočnosti, ktorý potom vedie k snahe ešte viac pomôcť, viac kontrolovať a prepadať zúfalstvu, ak sa pomoc nedarí.

Osobnú pomoc ohrozuje vyhorenie, ktoré hrozí pri preťažení, nedostatočnom ocenení, nadmernej kontrole alebo naopak pri úplnej slobode – až ľahostajnosti vedenia, kde nie je presne formulované, čo sa od koho očakáva (Křivohlavý, 2012) a zlá organizácia práce. Je potrebné tieto riziká poznať a snažiť sa ich odstraňovať. Ohrozenejší sú práve tí svedomití, príliš usilovne pracujúci, emočne angažovaní. Ak príde k vyhoreniu, zdravé pomáhanie je takmer nemožné.

- **druhá rovina je profesijná**, predpokladá konkrétne kompetencie (vedomosti, skúsenosti, zručnosti), vychádza z liečebnopedagogického obrazu človeka, z prístupov, zásad, metód – využívajú sa terapie. Kompetencie sa opierajú o dosiahnuté vzdelanie, výcviky, prax, naučené postupy. Ale nie každý, kto má plnú mapu dokladov, vie, ako správne používať svoju moc. Nie každý nájde vhodný priestor, podmienky a dobrý tím, aby mohol uplatniť svoje predpoklady. To sú úskalia, ktoré môžu viesť k problémom, napr. ak nemožno dostatočne pomôcť, že pomáhanie si vyžaduje enormné úsilie a hrozí vyhorenie, že pomáhajúci chce nielen pomôcť, ale aj presvedčiť spolupracovníkov o kvalite svojej práce a dostáva sa pod tlak na úspech. Je emočne zaangažovaný na nesprávnom mieste.

- **inštitucionálna rovina** - Každá inštitúcia (verejná či privátna) má svoje zameranie, z ktorého vyplývajú očakávania a požiadavky na pracovníka. Tiež mu vytvára podmienky, aby mohol napĺňať jej poslanie, je tam tím odborníkov s rôznymi kompetenciami, vytvorený legislatívny rámec, materiálne, transdisciplinárne zázemie, ale aj etika a tradície, ktoré môžu a nemusia byť v súlade s liečebnopedagogickým pôsobením.

Zdravé pomáhanie ohrozuje zlá klíma, nadmerná kontrola, nedostatok vedenia a podpory, nadmerné nároky, zlé vzťahy, nedocenenie.

- veľmi dôležitá je **etická rovina** – kde ide o rešpektovanie záujmov klienta, úctu, hodnoty, o mieru a zmysel poskytovanej pomoci, o kvalitu života, hranice pomáhania.

Zdravé pomáhanie ohrozuje manipulovanie v záujme „dobra“, strata zmyslu, rezignácia na hodnoty a pod., alebo naopak prisvojenie si „lásky klienta“, jeho úspechu. Škodlivé je tiež zakrývanie svojich postojov, klamanie klienta ohľadne jeho situácie a možností, prenášanie skúsenosti s „podobným prípadom“, a pod.. Etická rovina znamená samozrejme dodržiavanie pravidiel pri narábaní s citlivými údajmi o klientovi, ochrana súkromia a rešpektovania vôle ohľadne poskytovania starostlivosti.

- **spoločensko-politická rovina** – lebo pomoc závisí vo veľkej miere aj od spoločenských postojov (aké miesto sa dáva ľuďom so znevýhodnením, čo spoločnosť považuje za dostatočnú pomoc, čo je zakotvené v legislatíve, aké priority sa stanovia),

Nebezpečenstvo pre zdravé pomáhanie je v zdôraznení hodnoty človeka podľa jeho výkonu, ekonomického, alebo iného prínosu. Vieme, že mnohým je starostlivosť poskytovaná u nás ešte málo dostupná a že zaostávame ešte vo viacerých oblastiach za praxou vo vyspelých krajinách.

- konečne aj **teoretická rovina**, lebo profesijné konanie má vždy aj nejaký teoretický rámec. Spôsob pomáhania môže napr. mať základ vo **vývinovo orientovaných modeloch** liečebnopedagogickej starostlivosti (pracovať v rámci napr. bazálnej, senzomotorickej stimulácie, senzorickej integrácie, zameriavať sa na podporu rodičovských kompetencií, prípadne dozrievanie človeka.) Kobi (1983) zhrňuje, že vtedy ide o:
  - **reštauráciu** – vybudovanie schopností, modelov vnímania a konania,
  - **rehabilitáciu** - obnova oslabených/stratených funkcií a schopností,
  - **habilitáciu** – rozvíjanie kompetencií, rozširovanie možností ako využívať získané schopnosti a zručnosti. Nesmieme pritom stratiť zo zorného poľa súvislosti, lebo by sme mohli prestať vnímať človeka v jeho komplexnosti ako jedinečného systému.

Alebo uprednostňovať **na klienta orientovaný prístup**, hoci ako Fromm (2015, s. 121) hovorí, že každá terapia je vlastne orientovaná na klienta. Človek je vždy subjektom pomáhania. Ide o to, že klienta treba bezvýhradne prijať a že pomoc má vychádzať z jeho potrieb tak, aby mal z nej úžitok. Pomáhajúci vstupuje do jeho „systému" bytia a fungovania a správa sa ako návšteva – nie ako pán domu, alebo nejaká upratovacia služba. Ponúka to najlepšie zo seba (vedomosti, skúsenosti), podporuje bezpečie, slobodu, správne rozhodovanie a vhodné stratégie riešení.

Podstatu liečebnej pedagogiky dobre vystihuje **salutogenetický prístup,** ktorý je zameraný na podporu zdravia prostredníctvom salutorov (zrozumiteľnosť, zvládnuteľnosť, pochopenie významov, hodnoty). Cieľom je objavovať možnosti klienta, aby potom sám naplnil svoj život zmyslom a hodnotami. To všetko má slúžiť aj spoločnosti / inklúzii, inými slovami prínosnému, zmysluplnému zapojeniu sa do spoločenských štruktúr. Lebo zdravie znamená každodenné zvládanie záťaží a stresov, schopnosť cítiť sa dobre, efektívne konať, uplatniť sa a vyrovnávať sa aj so svojimi negatívnymi pocitmi (Kebza, 2015).

Známy je tiež ekosystémový prístup (Speck,1998), ktorý sa zameriava na podporu fungovania dieťaťa v jeho prostredí, na využívanie lokálnych zdrojov podpory, na modelovanie životných situácií (štrukúrovanie, kontinuita, participácia, samostatnosť). Umožňuje pozorovať iných, napodobňovať, experimentovať, komunikovať, zapojiť sa.

Funkcionálny prístup zase vychádza z funkčnej diagnostiky a z predstavy, že každé správanie má pre človeka význam, ktorý v prípade problémového správania môže vyvolávať negatívne reakcie okolia. Cieľom je sprostredkovať také spôsoby správania, ktoré budú účinnejšie – umožnia mu dosiahnuť svoj cieľ, ale nebudú škodlivé a rušivé. Spočiatku sa analyzuje problémové správanie – jeho prejavy, intenzita, trvanie, výskyt, účel. Hľadajú sa

spúšťače, situačné zmeny, súvislosť s úlohami, fyziologické okolnosti ako únava, účinok liekov, prejavy ochorenia a pod. Objasňujú sa súvislosti s reakciami v okolí. Následne sa hľadajú silné stránky – schopnosti, zdroje zvládania. Hypotetické závery sa overujú – napr. či naozaj niektorá situácia vyvolá problémové správanie, či domnienka o cieli bola správna. Následne sa podporuje zrelšie správanie.

Určité ohrozenie prináša: teoretická nevyhranenosť, obsahuje riziko prekračovania vlastných kompetencií a nevyužitia vlastných možností; uprednostňovanie iných cudzích, nie dobre známych metód. Taký liečebný pedagóg poškodzuje povesť svojej profesie, lebo iným odborníkom sa musí javiť ako bezradný a nie dosť odborne pripravený. Tu je tiež riziko, že neustriehne hranice moci a pomoci, ak metódu nadradí nad aktuálnu potrebu klienta. V liečebnej pedagogike sa vyžaduje trpezlivosť a vychádzanie zo situácie klienta. Predpokladá to pružnosť a tvorivosť, ochotu ísť aj novou cestou. Gröschke (2001, s. 19) zdôraznil, že pre liečebných pedagógov je typické zameranie na pochopenie a komunikáciu. Ide o „**expresívno-komunikatívne konanie**" (Gröschke, 2001, s. 22). Typické nie sú konkrétne metódy, ale vždy **jedinečný interaktívny projekt terapeuta a klienta, v ktorom obaja spolupracujú na možnej zmene**. I tam je isté riziko, lebo interakcia môže byť o rovnosti a podpore, ale aj o kontrole a manipulovaní. Domnievam sa, že zlým pomáhaním trpí nielen klient, ale aj odborník.

Človek existuje ako systém a je nutné prijímať ho v jeho celistvosti. Nie ako narušeného, odkázaného na pomoc, ale ako trpiaceho, no zápasiaceho o rovnováhu a pokračovanie vo svojej životnej ceste. Ako jedinečného, ktorý má kompetencie žiť svoj život a riešiť svoje problémy. Vrámci odbornej verejnosti sa udomácnil názor že pomáhať treba „tak veľa ako je nutné a tak málo ako je možné". Lebo to prospieva zdraviu klienta a pomáha aj nám – pomáhajúcim zostať zdravými.

Zhrnutie: Pomáhanie v rámci profesie stále zostáva osobným činom. Jeho rámec však určuje profesijné zameranie a kompetencie odborníka získané štúdium, praxou, výcvikmi a ďalším vzdelávaním. Pomáhajúci potrebuje reflektovať roviny pomáhania (osobnú, profesijnú, spoločensko-politickú, etickú i teoretickú) a snažiť sa o zlepšenie podmienok pre poskytnutie potrebnej pomoci. To znamená predchádzať rizikám a počítať s výzvami, ktoré prinášajú špecifické životné okolnosti každého jednotlivého prijímateľa pomoci. Pre liečebného pedagóga sú postoje, východiská a používanie liečebnopedagogických metód a postupov záväzné – pokiaľ koná v rámci svojej profesijnej roly.

Jeho pomáhanie sa podobá starostlivosti záhradníka, ktorý má rád svoje rastliny a vie ako sa o ne správne starať, ale nečaká, že napr. na tuji nájde čerešne, alebo že ak postojí pri záhone, kvety sa krajšie rozvoňajú. Stará sa o ne viac, ak sa im darí horšie, trpezlivo pre ne hľadá lepšiu pôdu, živiny a priestor, aby vynikli. Nič neunáhľuje. Trpezlivo čaká, kedy príde ich čas.

mailový kontakt na autora: m.hornakova.prokopy@gmail.com

LITERATÚRA:

BUCHKA, M., GRIMM, R., KLEIN, F. 2002. *Lebensbilder bedeutender Heilpädagoginnen und Heilpädagogen des 20. Jahrhunderts*. 2. Vydanie. Mníchov: Reinhardt. 2002. ISBN 3-497-01611-X

GRÖSCHKE, D. 1997. *Praxiskonzepte der Heilpädagogik*. 2. vyd., München-Basel : Reinhardt, 1997.3-497-01449-4

GRÖSCHKE, D. 2001. *Heilpädagogisches Handeln: eine Pragmatik der Heilpädagogik*. Bad Heilbrunn : Klinkhart, 2001

GRÜN, A: 2006. *Moc nad bezmocí*. 3. vyd. Kostelní Vydří : Karmelitánske Nakladatelství. 2006. ISBN 80-7192-346-X .

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

KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha : Academia, 2005, 263 s. ISBN 80-200-1307-5

KEBZA, V. ŠOLCOVÁ, I. 2015. *Osobní pohoda (well-being) jako jeden z ustředních pojmů psychologie zdraví.* Konf. Psychológia zdravia 2015, Bratislava - Kramáre 3. 6. 2015. MZ SR

KOBI, E.E., 1983. *Grundfragen der Heilpädagogik und der Heilerziehung*. Bern, Stuttgart,

KŘIVOHLAVÝ, J., 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří : Karmelitánske Nakladatelství. 2012. ISBN 978-80-7195-573-3 .

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

MOSER V., SASSE A., 2008. Theorien der Behindertenpädagogik. München-Basel : Reinhardt Verlag, 2008, 131 s., ISBN 978-3-497-01970-0

OY, C. M, SAGI, A.,1992. *Lehrbuch der heilpädagogischen Übungsbehandlung*. Hilfe für das behinderte und entwicklungsgestörte Kind. Heilderberg : Schindele, 1992.

PREKOPOVÁ, J. 2009. *Pevné objetí. Cesta k vnitřní svobodě*. Praha : Portál. 2009.s. 199. ISBN9 78-80-7367-614-8

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

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

SPECK, O., 2008. *Hirforschung und Erziehung. Eine pädagogische Auseinandersetzung mit neurobiologischen Erkenntnissen.* München Basel : Ernst Reinhardt Verl. 2008, 196 s. ISBN978-3-497-01959-5

THELEN, CH. 2014. *Psychische Gesundheit unterstützen – Prävention mit Marte Meo.* In Heilpaedagogik.de. Berlín : Reinhardt, BHP. Ztschr. 1/2014, s. 6-10. ISSN 1433-0660

WALSER, CH., 2010. *Auswirkungen von chronischem Stress auf das Gehirn und Lernen.* In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik. Jg.16, 11-12/10. s. 6-11

Wikipédia. Heslo: Normalita. http://www.wikipedia.org/. 2010.

WURST, E.,1987.„*Kinderntrierte" Verhaltensmodifikation – ein Therapieansatz*... In: Speck, O., 1987.: Kindertherapie. München, Basel : Ernst Reinhardt V. , 1987.

3. POMÁHAJÚCA PROFESIA - SLUŽBA ČLOVEKA ČLOVEKU

doc. PhDr. Albín Škoviera, PhD.

Abstrakt: *Autor sa zaoberá pomáhaním v pomáhajúcich profesiách najmä z hľadiska štyroch základných prístupov – psychodynamického, kognitívno-behaviorálneho, experienciálneho a eklektického. Hľadá odpoveď na to, ktorý z nich má najbližšie k liečebnopedagogicko-sprituálnemu poňatiu pomáhania ako službe človeka človeku.*

Kľúčové slová: *terapeutický prístup, rešpekt, vzťah, hľadanie zmyslu*

Súčasnosť prináša boom nových profesií, ktoré proklamujú, že sú jedinečné v tom, ako pomáhajú ľuďom. V minulosti si ľudia museli vystačiť s lekárom a farárom, prípadne so skúseným dôveryhodným starším človekom, neskôr sa k nim pridali najmä rodinní lekári, psychológovia, psychoterapeuti, výchovní poradcovia, špeciálni i liečební pedagógovia. Dnes je škála tých, čo „chcú“ pomáhať veľmi pestrá až neprehľadná. Od rozličných supervízorov, expertov na zdravú výživu i životný štýl, cez cvičiteľov jogy, fitness, poskytovateľov takých aj onakých masáží, aromaterapeutov, liečiteľov čakier, až po tých, čo nám „veštia“ budúcnosť. Je to priestor, v ktorom sa pohybujú nielen skvelí i priemerní odborníci, ale aj celý rad príživníkov a podvodníkov, ktorí zneužívajú dôveru tých, čo potrebujú a hľadajú pomoc.

Ako sa v tomto chaose orientovať? Jedným aspektom problému pomáhajúcich profesií sú naše očakávania. Ak dôjdeme za dôveryhodným a „overeným“ lekárom, duchovným alebo psychológom, máme spravidla realistické očakávania od toho, ako spolu budeme pracovať. Ak „túžime“ po dobrodružstve, môžeme ísť k veštkyni alebo do náboženskej sekty. Taký poradca či terapeut, ktorý ponúka jedinečnosť a (temer) zaručené výsledky, je celkom iste veľmi podozrivý. Skutočné pomáhanie nie je totiž „ožiarená ulica“, ale sprevádzanie po zarastenom chodníčku.

Klasické terapeutické a poradenské prístupy

Viacerí autori (napr. Gabura, 2005, Sekera, 2009) sa zhodujú v tom, že temer všetky poradenské prístupy, a platí to aj o terapii, je možné zaradiť do jednej zo štyroch základných skupín. Ide o prístupy psychodynamické, kognitívno-behaviorálne, experienciálne a eklektické. Líšia sa v tom, ako chápu vzťah poradca (terapeut, lektor) – klient (pacient, frekventant, ap.), v čom vidia podstatu problému i životné obdobie, na ktoré sa zameriavajú, ale i v tom, ako vnímajú proces pozitívnej zmeny.

Psychodynamický prístup

Vychádza z hlbinných psychologických smerov, je ovplyvnený nielen S. Freudom, A. Adlerom či C.G. Jungom, ale aj E. Eriksonom, či transakčnou analýzou. V súčasnosti sa veľmi často spomína v kontexte attachmentu – pripútania (M. Ainsworthová , J. Bowlby, D. Winnicott, u nás Z. Matějček i J. Hašto). Rieši kauzalitu medzi minulosťou (detstvom) a súčasným problémom človeka. Pracuje s nevedomými silami, objavuje potlačené túžby i motívy, interpretuje osobnostné mechanizmy fungovania človeka. Roly muža a ženy vníma spravidla ako tradičné a základné identifikačné modely, podľa ktorých sa človek správa. Terapeut je zrkadlom, ktoré odráža to, čo „pacient“ do celého procesu prináša. Terapeut a „pacient“ sú v asymetrickom vzťahu. Terapeut rozumie tomu, ako proces prebieha, vníma i využíva mechanizmy prenosu i protiprenosu. Zmena v „pacientovi“ prebieha cez náhľad (vhľad) – ide o „pacientovo“ autentické objavovanie nových (možných) súvislostí medzi minulosťou a súčasnosťou. V klasickej podobe stavia tento prístup na individuálnom vedení rozhovoru zameranom na introspekciu, v dnes hojne využívanej skupinovej forme práce využíva dynamiku skupiny, jej fázy vývinu. Časté je používanie projektívnych techník a metód (napr. psychodrámy, psychogymnastiky, výtvarných techník). Psychodynamický prístup je zameraný na problém sebapoznanie a „rekonštrukciu“ osobnosti.

Kognitívno-behaviorálny prístup

Základným časovým rámcom nie je minulosť (ako v psychodynamickom prístupe), ale prítomnosť. Tu a teraz. To, čo sa deje v človeku a čo nie je možné „objektívne“ merať, nie je súčasťou terapeutickej práce. Východiskovou paradigmou je, že naše správanie je dané tým, čo sme sa dobre alebo chybne naučili, resp. nenaučili. Pritom súčasťou učenia je nielen vonkajšia forma správania, ale i súbor poznatkov, teda to, čo vieme. Aj v tomto koncepte ide o asymetrický vzťah. Terapeut poradca je lektorom (učiteľom, trénerom), „pacient“ je „žiak“, „frekventant“. Prístup je jasne štruktúrovaný a ohraničený. Zaoberá sa konkrétnymi zmenami

v živote v diapazóne od odstránenia symptómov po nácvik (napr. zlepšenie prospechu, komunikačné zručnosti). Zameriava sa na modifikáciu správania. Najčastejšími metódami, ktoré používa, sú podmieňovanie, posilňovanie/vyhasínanie, nácvik, tréning, modelovanie, logická argumentácia a presviedčanie. Predstaviteľmi, okrem „klasikov“ C. L. Hulla a B. F. Skinnera, sú A. Bandura (sociálne učenie) a D. O´Leary (operačné učenie).

Experienciálny (zážitkový, skúsenostný) prístup

Cieľom nie je ani rekonštrukcia osobnosti, ani odstraňovanie symptómov, ale spoločné objavovanie a rozvíjanie potenciálu „pacienta“. Do tejto kategórie možno zaradiť širokú škálu humanistických prístupov i prístupov komplexnejšieho poňatia človeka. Je postavený na priamej skúsenosti a zážitku. Na jednej strane vytvára pre účastníka stretnutí priestor pre expresívne sebavyjadrenia, na druhej strane ho vedie k objavovaniu svojich nových možností. Terapeut – poradca je tu často v role tútora, animátora, spoločníka, partnera. Daný je základný rámec stretnutí, ale nie jeho presná mustra. Experienciálnymi metódami sú najmä rozhovor, činnostné (napr. pracovné i športové) aktivity a terapeutické aktivity spojené s umením (výtvarným, hudobným, dramatickým, tanečným, ap.). Dôležitými súčasťami práce sú skupinová dynamika, emocionalita viazaná na jednotlivca i skupinu, vytváranie spoločenstva. Cieľom práce je „posúvanie“ účastníka smerom k „otvorenej budúcnosti“.

Eklektický prístup

Nejde tu o samostatnú kategóriu prístupov. Ide o také využívanie prvkov z predchádzajúcich prístupov, ktoré sa navzájom nepopierajú. Napr. metódy posilňovania, relaxácia, hranie rolí (tu je dôležité, na čo v aktivite kladieme dôraz), iné expresívne techniky. Napriek istým výhradám terapeutických „fundamentalistov“ voči eklekticizmu, je zrejmé že:

- eklektický prístup umožňuje väčšiu otvorenosť voči potrebám „pacienta“ (nemusí každému vyhovovať napr. „tvrdý“ behaviorizmus alebo málo štruktúrovaný hlbinný prístup),
- vytvára väčší priestor pre „spoločné hľadanie cesty“,
- poskytuje oveľa viac diagnostických informácií, s ktorými môžeme pracovať,
- menej značkuje (labeling) „pacienta“.

Rešpekt a vzťah

Každý poradca, terapeut, učiteľ i lekár narába s mocou. Pre liečebného pedagóga je to, ako s ňou narába, ako ju používa, úplne zásadnou vecou. Moc nie je „zlá“ ani „dobrá“. Má viacero legitímnych podôb a rovín. Moc statusová je spojená s odlišnosťou rolí (terapeut, dieťa). Mala by byť spojená s prebraním zodpovednosti za kvalitu poskytovanej pomoci.[1] Ako ju využívame napr. pri expresívnych technikách? Je to naša show, kde narcisticky túžime po obdive klientiek /klientov a v odborných kruhoch sa chválime, akí sme boli dobrí?[2] Je zdieľajúca alebo manipulatívna? Je našou ašpiráciou skutočné spoločné formulovanie a odhaľovanie problému a objavovanie východísk s pozitívnou víziou budúcnosti?

Je nespochybniteľné, že moc experta, lektora a partnera sú rôzne. Čím viac sme vnútorne stotožnení s rolou experta a rigidne sa jej držíme, tým viac ohrozujeme nášho „klienta“ tým, že bude na nás závislý. Na druhej strane naša bezmocnosť môže vyvolávať v „klientovi“ neistoty. A on potrebuje vedieť, že pri ňom ako (potencionálna) opora stojí zrelá vyrovnaná osobnosť. Našou úlohou nie je budovať závislosť na nás ako expertovi, ale „oslobodzovať“ človeka, aby sa nebál a dokázal sa zodpovedne a dobre rozhodovať v záťažových situáciách sám za seba. Autorita liečebného pedagóga je teda predovšetkým autoritou služby, je pokorou. Jej heslo má podobu známeho novozákonného výroku Krista: „Vezmi svoj kríž a nasleduj ma!“ (Lk 9, 23)

Dve podmienky, bez naplnenia ktorých môžeme iba ťažko v zmysle liečebnopedagogicko-spirutálneho prístupu inému pomáhať, sú akceptácia „klienta“ a akceptácia seba. Ak chceme naozaj pomáhať iným, nie je to možné bez rešpektu ku jedinečnosti každého človeka. Práve rešpekt je variáciou úcty k druhému.

Záver alebo spoločné hľadanie zmyslu

Sme presvedčení o tom, že podstatou liečebnopedagogicko-spirituálneho prístupu v kontexte pomáhajúcej profesie nie sú iba symptómy „klienta“(samozrejme sú dôležité, vôbec ich neignorujeme) a ich odstránenie. Podstatu netvoria ani techniky, ktoré používame. Podstatou je on sám. Podstatou sme my a náš vzájomný vzťah. Nielen všetko to, čo prežíva

[1] Všimnime si, že moc i pomoc majú rovnaký základ slova.

[2]Nadnesene sme si to pomenovali ako terapiu orientovanú na terapeuta.

on, má svoj zmysel, ale svoj zmysel má aj to, čo pri ňom prežívame my. Existenciálne smery psychoterapie pracujú práve s tým, že veciam i javom dávajú zmysel. To je tá „vôľa po zmysle“ V. E. Frankla.

Bez toho, že by sme v sebe i s „pacientom“ objavovali zmysel každodenných vecí, radosti i smútku, slasti i bolesti, môžeme na našom spoločnom „zarastenom chodníčku“ veľmi ľahko „zablúdiť“.

mailový kontakt na autora: askoviera@gmail.com

LITERATÚRA

GABURA, J. 2005. Sociálne poradenstvo. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca. ISBN 80-89185-10-X

KRATOCHVÍL, S. 2006. Základy psychoterapie. Praha: Portál. ISBN 80-7367-122-0

SVäTÉ PÍSMO – Nový zákon. 2010. Trnava: SSV. ISBN 978-80-7162-841-5

SEKERA, J. 2007. Komunitní systém v resocializačních zařízeních pro adolescenty. I, Mezilidské vztahy personálu v resocializačních zařízeních pro adolescenty. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7368-534-8.

ŠKOVIERA, A. 2014. Moc bezmocnosti. In: MITAŠÍKOVÁ, P. (ed.) Európska iniciatíva za kompetentnosť vo včasnej intervencii. Spolupráca s rodičmi pri podpore vývinu.s. 92-95. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 978-80-223-3685-7

4. OD POMÁHANIA K SPOLUPRÁCI/ OD PSYCHOMOTORICKEJ K INKLUZÍVNEJ TERAPII

PaedDr. Magdalénka Szabová

Abstrakt: *Môj profesijný a často aj s osobným sa prelínajúci proces formovala liečebná pedagogika a katedra liečebnej pedagogiky – jej spolupracujúce prostredie, jej slobodný, dobupresahujúci duch, jej ústretoví, sebahodnotenie posilňujúci, reflektujúci a reflektovateľní kolegovia. Na pôde katedry sme sa spoločne posúvali od postihnutia človeka k človeku so znevýhodnením, k rovnosti šancí a prínosu každého jednotlivca; od pomoci k podpore (sebahodnotenia, zdravia, kompetencií, vzťahov); od cielených cvičení cez programy s posolstvom k terapeutickému procesu; od priestoru pre spoločné hľadanie, k ponúkaniu prostredia pre samostatné hľadanie, od vedenia, k sprevádzaniu, nasledovaniu klienta... k spolupráci. To všetko aj v praxi, v živote.*

Doménou mojej práce v rámci liečebnej pedagogiky bola a je psychomotorická terapia. Rôzne formy a spôsoby pohybu ako médium pri spolupráci s klientom. Hľadanie zmysluplných pohybových foriem a ich umiestňovanie pod spoločnú strechu. Jednoduché motivované pohyby a cvičenia, rozprávkami a hrami opradené tanečné, pantomimické, jogové aktivity, príbehmi sprevádzaná práca s telom, aktívne i pasívne relaxácie... Dlhoročná prax priniesla poznanie, že pre prospech klienta nie je dôležitý výsledok, výkon, ale proces, že nie je vždy vhodné aplikovať jeden zvolený postup (nech by bol akokoľvek prepracovaný), dôležité je flexibilne vychádzať v ústrety potrebám klienta. A nie vždy stačí pohyb, najlepšie je pohyb, hudbu, kresbu, drámu, činnosť, hru,... ponúkať inkluzívne.

Abstract: *In my professional devotion to therapeutic pedagogy my domain always has been the psychomotor therapy. Various forms and kinds of movement as a medium for client guidance. The search for meaningful forms of movement and understanding their common principles. Simply motivated movements and exercises, dance, pantomime, yoga activities, body work, active and passive relaxation techniques, all enriched by the enchantment of story-telling and games play. Years of practice have led me to understanding that to a client the result is not so important as is the process. That it is not always advisable to use one*

technique (however elaborate), but it is important to flexibly respond to client's needs. That movement is not the single best tool, that is rather the combination of movement, music, visual and dramatic arts, activities and games .. all inclusive.

Kľúčové slová: *liečebná pedagogika – psychomotorická terapia – inklúzia – inkluzívna terapia*

Keywords: ***therapeutic pedagogy – psychomotor therapy – inclusion – inclusive therapy***

Od pomáhania k spolupráci/Od psychomotorickej k inkluzívnej terapii

Milí priatelia,

Chcela by som touto cestou predstaviť kúsok z môjho profesijného života, ktorý sa prelínal aj s osobným, lebo som vás – študentov a kolegov doň prijala ako veľmi dôležitú súčasť môjho procesu, ktorý som počas písania tohto príspevku rôzne pomenovávala a tým mu dávala rôzne charakteristiky. V kontexte liečebnej pedagogiky to bol proces „Od pomáhania k spolupráci"; v kontexte PMT „Od psychomotorickej k inkluzívnej terapii" a v kontexte mojej potreby vyjadrovať sa symbolicky a vzletne to bola „Čerešňová cesta". Tak dúfam, že to nebude príliš komplikované a že nezmiešam čerešne s hruškami a jablkami. Či?

Kde a ako sa to začalo

Už v detstve ma oslovovali témy osamelých detí, detí z detských domovov, ľudí s postihnutím. Priťahovali ma knihy ako Lujza a Lotka, Pippi Dlhá pančucha, Veľké trápenie, Anna zo Zeleného domu, Jana Eyrová, Pastorálna symfónia...Nielen svojou zaujímavosťou a pútavosťou príbehu. Veľmi citlivo som vnímala tému vyrovnávania sa s ťažkou životnou situáciou, cítila som potrebu, týmto ľuďom pomôcť. Ale netušila som ako, a ani v 18tich som nevedela čo s tým, lebo som nevedela o liečebnej pedagogike. Tak som pri rozhodovaní o štúdiu zvolila medicínu, veď aj tam sa dá pomáhať. Ale šlo to tak ťažko, že som to nechala a prestúpila na liečebnú pedagogiku, o ktorej som sa v Bratislave dozvedela. To bol veľký zlom v mojom živote. Cítila som sa dospelá, samostatná a rešpektovaná. Cítila som, že to je ono.

Škola bola super. Mnoho úžasných, zaujímavých ľudí – Vaňková, Pajdlhauser, Mátejová, Hanus, Požár, Brániková, Horňáková, Uhrová, Žiak, Andreánsky,.... Čo však bolo najdôležitejšie bol LIEČEBNOPEDAGOGICKÝ DUCH. Pocit, že sme dobrí, že sme niečo veľké. MY SME

LIEČEBÁCI. Nebolo v tom povyšovanie sa, ale hrdosť, sila, spolupatričnosť. Ten pocit bol silný na škole. Potom... akosi prevážila moja skromnosť, malá ambicióznosť, žiadna dravosť, asi aj nízka sebadôvera, malá potreba hľadať svoje profesijné poslanie. Vtedy som to ale vôbec nevnímala, mojou prioritou a obrovskou potrebou bolo rodinné poslanie.

Po absolvovaní školy som si teda hľadala zamestnanie len ako okrajovú záležitosť. Ale narazila som na svoje vlastné hranice, s ktorými som sa borila až kým som sa nerozhodla ich akceptovať. Pri hľadaní nového zamestnania som narazila na ďalšie hranice. Tu sa mi však podarilo ich prekonať, možno prekročiť svoj tieň. A tak som sa postupne dostala do centra liečebnopedagogického diania. A tak som tu.

Ukotvenie

Áno, bola som pri tom, keď sa r. 1990 „oživila“ liečebná pedagogika. Začali sme s nadšením znovu stavať, rozvíjať a zveľaďovať celý odbor i jednotlivé terapeutické disciplíny. ZNOVU TU BOLO spolupracujúce prostredie, slobodný, dobu presahujúci duch, ústretoví, sebahodnotenie posilňujúci, reflektujúci a reflektovateľní kolegovia. Na pôde liečebnej pedagogiky sa rozvíjali myšlienky humanistického prístupu, holizmu, logoterapie, integrácie, salutogenézy, inklúzie... V plodnom prostredí, často spolu so študentmi, sme uvádzali do odboru pojmy symbolizujúce slobodu a široké možnosti. Od postihnutia človeka k človeku so znevýhodnením, k rovnosti šancí a prínosu každého jednotlivca;; od cielených cvičení cez programy s posolstvom k flexibilnému terapeutickému procesu; od priestoru pre spoločné hľadanie, k ponúkaniu prostredia pre samostatné hľadanie; od vedenia stretnutí, od pevnej štruktúry k ponukám, k možnosti výberu, k vlastnej voľbe; od pomoci k podpore (sebahodnotenia, zdravia, kompetencií, vzťahov), sprevádzaniu, nasledovaniu... k spolupráci. To všetko aj v praxi, v živote. A to všetko sa stále posúva vpred, učíme sa, hľadáme, robíme chyby, reagujeme, tvoríme, prijímame inšpirácie.

Liečebná pedagogika bola od začiatku a je doteraz pedagogikou inkluzívnou. V jej kontexte sa inkluzívne spájajú všetky terapie, prostredníctvom ktorých môže dôjsť k rozvíjaniu potenciálu človeka v čo najväčšej miere. LP predstavuje živnú pôdu pre myšlienky typu: najprv pochopiť a potom vychovávať; nie proti nedostatku, ale pre klienta; nielen klienta, ale aj jeho okolie; človek si zaslúži úctu, každý je kompetentný žiť svoj život a riešiť svoje problémy a pod. (Moor, 1974, Speck, 1991 in Horňáková, 2007, s. 62-65).

Na pôde KLP, za výdatnej podpory vedúcich: Horňákovej, Dobrotku, Žiaka, v pomerne častom kontakte a debatách (aj opozičných) s prof. Bažánym, v rozhovoroch s kolegami som precítila rovnocennosť a spoluprácu. A tak som sa začala pomaly (v tvrdej práci ale v úžasne tvorivom duchu) nachádzať. Prechádzajúc mnohými pochybnosťami som začala postupne veriť, že môžem byť človekom na pravom mieste. Človekom, ktorý ponúka zážitky a cez ne uchopenie tém a možno aj pochopenie. Partnerom pre spoluprácu, pre spoločné hľadanie. Našla som v sebe naozaj nečakaný tvorivý potenciál a podporovala som ho aj u iných.

V tvorivej interakčnej atmosfére katedry, v spolupráci s kolegami a študentmi som sa utvrdila v tom, že liečebná pedagogika je jedinečná. Že sme zaujímaví, iní, predbiehame dobu. Sme tvoriví. My chceme a vieme pomáhať, podporovať, sprevádzať, nasledovať, spolupracovať. Mnoho vecí nevieme na 100%, ale práve pochybnosti vedú k ďalšiemu hľadaniu. V mnohých postupoch cítime neistotu, ale to vedie k modifikáciám, k zlepšovaniu, k uvažovaniu nad variáciami a kombináciami. Nemáme istotu v tom, že práve jeden daný postup je vhodný pre daného klienta a práve preto sme flexibilní, sme schopní urobiť zmeny. Našou doménou nie sú čísla, tabuľky a grafy, vychádzame z intuície, tvoríme, vnímame, preciťujeme. Nediktujeme presne, čo treba robiť, dávame ponuky, prijímame podnety. Sme ústretoví, láskaví, dobrosrdeční, empatickí. (Ja sa fakt snažím hovoriť aj o ťažkostiach a negatívach, ale vždy sa mi to zvrhne ☺)

A prečo nie sme ocenení? Prečo nie sme všade? Na každej škole, na každom oddelení nemocníc, v centrách a zariadeniach pre ľudí so znevýhodnením rôzneho typu na pracoviskách...? Ja myslím, že to príde, ale doba ešte nedozrela. A sme málo sebavedomí a málo asertívni. A možno – fíha – málo ponúkame spoluprácu? No, ak sa mám pozrieť na to cez seba, tak niečo na tom je. Toľko som pracovala na utvorení a rozvíjaní teórie a praxe psychomotorickej terapie, že som málo kontaktovala zahraničie, málo spolupracovala s ľuďmi mimo LP. Napriek tomu si myslím, že som spravila veľa a mám veľa nasledovníkov, ktorí to potiahnu ďalej. Verím tomu, stretla som sa s úžasnými ľuďmi.

Čerešňová cesta

Vrátim sa teraz k špecifickej oblasti procesu, k mojej srdcovke - Psychomotorickej terapii.
Ako mnohí viete, sprevádzam ju na ceste vývinom dvadsaťpäť rokov. Je už teda dospelá, ale naďalej sa rozvíja, prijíma nové myšlienky, podnety, inšpirácie, zbiera skúsenosti, tvorí,

hľadá... A ja dúfam, že nikdy neprestane. Teraz je už samostatná a spolu s ostatnými terapiami tvorí základné kamene liečebnopedagogického pôsobenia. Aj keď je často neverbálna, je vysoko komunikatívna, spolupracujúca, vzťahová.

Psychomotorická terapia je jednou z ciest. Keď bola naša spoločná púť ešte na začiatku mala som sen. Videla som úzku a krivolakú, nedláždenú poľnú cestu, mierne do kopca. Povedala som si: Fu, to bude drina po nej ísť! Avšak po oboch stranách rástli kvitnúce čerešne. Poskytovali tieň a možnosť oddychu, radosť a potešenie. Takže ísť po tejto ceste bolo ťažké, ale aj príjemné. Neponáhľala som sa veľmi, šla som svižne, z času na čas som si oddýchla a kochala som sa. Potom znovu na cestu – zákruty, rovný úsek, kamenie... Prekonávala som prekážky s príjemným pocitom, že onedlho budú čerešne (inak to je moje najobľúbenejšie ovocie). Tu sa sen končil. Prijala som ho ako symboliku môjho profesijného procesu. A v mojich predstavách ho rozvíjam.

Vidím, ako čerešne postupne dozrievali. Prvé boli vodnaté a kyslasté. To by mohlo symbolizovať obdobie, keď som po troch rokoch fungovania na katedre začala písať „Náčrt psychomotorickej terapie“. Bolo to priskoro, ešte som nemala v mnohých veciach jasno, študenti však potrebovali literatúru, tak som sa pokúsila. Posolstvo tejto prvej (a najťažšej) knihy znelo: „Verím, že hlboký, ľudský, chápajúci, akceptujúci vzťah k ľuďom je viac, ako akákoľvek metóda. A verím, že metóda, ktorú predstavujem, môže byť jednou z ciest pre utváranie, rozvíjanie, obohatenie tohto vzťahu, jednou z ciest pre riešenie situácie človeka, ktorý to potrebuje“. Odvtedy sa všeličo zmenilo, ale posolstvo platí dodnes.

Vidím ďalšie čerešne - väčšie a sladšie a úroda je bohatšia. To by mohla byť symbolika hľadania pohybových metód, ktoré by sa dali umiestniť do PMT. Snažila som sa zaraďovať pohybové metódy s terapeutickým nábojom, orientované nie na výkon, ale na obsah, zmysel, proces, symboliku... Kládla som dôraz na pohyb, za ktorým je myšlienka, emócia, fantázia, komunikácia, vzťah... Dôležitá bola aj možnosť zážitku, precítenia, vnímania, uchopenia (a možno aj pochopenia) seba, iných, témy, situácie, komunikácie, vzťahu/ov v procese práce s pohybom, telom, priestorom. A tak sa pod strechou psychomotorickej terapie ocitajú básničkami, pesničkami riekankami motivované **cvičenia, pohybové hry** (väčšinou zabalené do rozprávok a príbehov), **tanec** (nie nácvik tanca, ale tancovanie – takisto často v hrách, rozprávkach, príbehoch), **prvky tanečnej terapie** (abreaktívne, povznášajúce, uzemňujúce, sebaposilňujúce, vzťahové). Veľmi dôležitá neverbálna ale verbalitu stimulujúca **pantomíma** (v rozprávkach, príbehoch, hrách, etudách) aj **psychogymnastika** (so svojimi všeobecnými i

špecifickými životnými témami). **Joga** ako cvičenie s psychomotorickým charakterom, orientovaná na mier so sebou samým a s okolitým svetom. Klasický **autogénny tréning a Jacobsonova relaxácia** a ďalšie **techniky aktívnej** relaxácie (dýchanie, vytriasanie, chôdza, tancovanie, dupanie) **i pasívnej relaxácie** (príbehy s témou mora, lesa, lúky, letu vtákov)**.**

K tomuto základu som neskôr pridala niektoré jednoduché **prvky koncentratívnej pohybovej terapie** (chôdza, telo v priestore, telo v koncentratívnom pohybe, práca so základnými predmetmi). Prešla som jej dlhodobým výcvikom a myslím si, že je svojou orientáciou na telo a pohyb, na prácu s priestorom, predmetmi priam ideálna pre kombináciu s ostatnými technikami psychomotorickej terapie. Takisto **prvky bazálnej stimulácie a dotykovej terapie** našli v psychomotorickej terapii (ďalej PMT) široké pole pôsobnosti.

A cesta nekončí, ďalšie čerešne dozrievajú, je ich viac a viac, zbiera mnoho ľudí a akosi aj cesta je širšia, a dáko už ani nie je taká krivolaká.

A možno by niektorí ľudia mohli **zasadiť nové čerešne...?!** Tým myslím pridávanie nových metód, použiteľných v terapeutickom kontexte.

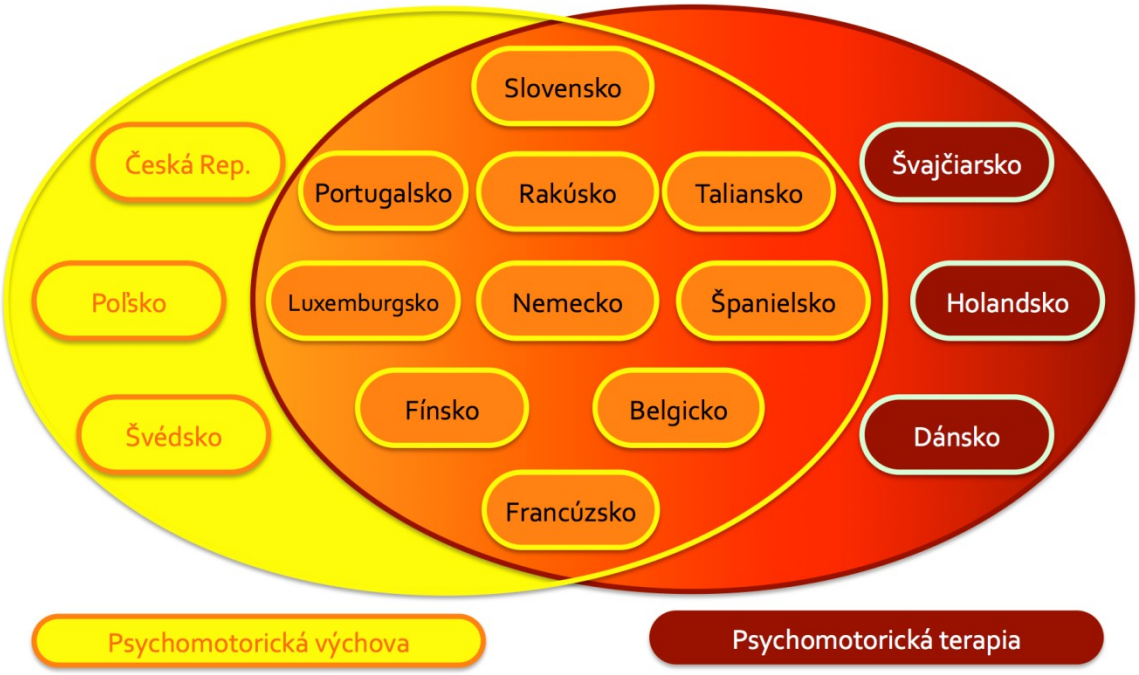
Z hľadiska variability ponuky či schopnosti reagovať na potreby a záujmy klienta je samozrejme možné v rámci PMT uplatňovať aj iné pohybové metódy a techniky. Voľba je v rukách jednotlivých terapeutov, ktorí podľa svojej profesionálnej i záujmovej orientácie, podľa svojich schopností, zručností a skúseností môžu do základného rámca PMT pridávať ďalšie psychomotorické aktivity. Viem si predstaviť napr. prvky Feldenkreissovej metódy, metódy dobrého štartu, metódy INPP (metóda, ktorá berie do úvahy celé telo – integruje mozog, zmysly, pohyb, hru), zo zmysluplných cvičení tai-chi (práca s energiou), Pilates (celistvosť tela a pohybu), z psychoterapeutických metód prvky procesorientovanej psychológie (podpora a rozvinutie ľudských skúsenosti a aj nedocenených, zážitkov), bioenergetiky (chápanie osobnosti na pozadí kauzálního reťazca: energie - pohyb - emócie – myslenie) a ďalšie. Psychomotorická terapia je otvorená, je schopná prijímať nové, iné, alternatívne postupy.

Teoretické zázemie – Pod čerešňou

sa dá perfektne premýšľať a čítať. A takým spôsobom postupom času našla psychomotorická terapia aj teoretické zázemie. Inšpirovala sa okrem **Wernickeho, Wundta hlavne nemeckou psychomotorikou**. **Zaujímavé bolo sledovať vývin pojmu motológia,** ako „náuky o motorike, ktorá tvorí základ ľudskej schopnosti konať a komunikovať, o jej vývine, poruchách a ich liečbe“ (SCHILLING 1981, s. 187 cit. v FISCHER 2004, s. 18). Taktiež odborné oblasti praxe, v ktorých sa teória motológie mala uplatňovať - **motopedagogiku** a **mototerapiu.** Motopedagogika bola Schillingom definovaná ako celkovo orientovaný koncept výchovy cez vnímanie, prežívanie a pohyb. V jej popredí nestojí „výchova k pohybu“ ako v športovej pedagogike, ale „podpora vývinu dieťaťa pohybom“. **Mototerapia** bola priradená klinickej oblasti ako pohybovo orientovaná metóda pre liečbu porúch a retardácií (FISCHER 2004, s. 18, 19).

Obohacujúci bol Kiphardov koncept psychomotorických cvičení a ďalšie teoretické smery v psychomotorickej výchove a terapii. **Kompetenčno-teoretický smer podľa Schillinga**, zaoberajúci sa hlavne podporou kognitívneho vývinu dieťaťa a schopnosti konať cez pohyb. **Koncept orientovaný na dieťa podľa Volkammer/Zimmerovej** - zameraný na podporu sebakonceptu, sebavedomia a identity dieťaťa. **Psychomotorika orientovaná na pochopenie zmyslu podľa Seewalda**, umožňujúca deťom cez voľnú symbolickú hru, cez telo a pohyb spracovávať svoje životné témy a hľadať vlastnú identitu. **Systemicko-konštruktivistický** smer podľa Balga, ktorý radikálne mení uhol pohľadu na poruchy a postihnutia, umožňuje kontextuálne vnímanie situácie klienta namiesto pohľadu sústredeného na samotné indivíduum (FISCHER 2004, s. 145-157).

Začlenenie psychomotorickej terapie a výchovy do európskeho kontextu prináša obrázok.



Obr. 1: Psychomotorická výchova a terapia v európskych krajinách spracované podľa Hornauf – Hoffmann, 2005

Psychomotorická terapia však šla ďalej svojou cestou, čo sa dialo vo väčšine európskych krajín.

Prvotná inklúzia – Nie všetky čerešne sú rovnaké, ale všetky sú dobré

Uvedomelá inklúzia prichádzala postupne s rozvojom teórie a praxe PMT. Rozširovali sa poznatky o psychomotorickej terapii, skúsenosti s jej aplikáciou, rozširoval sa priestor pre úvahy o jej možnostiach. Aj výučba predmetu PMT sa rozšírila z 2 semestrov na 3 a nakoniec na 5. V piatich semestroch sa dalo hovoriť o základoch, teoretických východiskách, princípoch, formách; bol priestor na predstavenie a charakteristiku jednotlivých metód a techník, na analýzu ich pôsobenia a možností. Od začiatku som pracovala zážitkovým a interakčným spôsobom, ponúkala som študentom možnosť spoznať jednotlivé metódy a techniky cez zážitok na sebe a na základe vlastnej skúsenosti rozmýšľať nad možnosťami ich aplikácie. Spočiatku mali študenti potrebu dostať štruktúru – ktoré PMT techniky sa dajú využiť z hľadiska veku, postihnutia, problémového okruhu, témy... Tejto požiadavke som sa najprv pokúšala vyhovieť a vytvoriť šablóny, tabuľky. Pri ich rozoberaní so študentmi sme si spolu uvedomili, že je to veľmi obmedzujúce, orientované na defekt a prieči sa to nášmu filozofickému pohľadu na klienta ako subjektu so svojou individuálnou životnou situáciou, so svojimi individuálnymi potrebami, so svojím osobitým prínosom a v kontexte so svojím

prostredím. Snažila som sa ukázať, že po zažití a precítení ponuky sme/sú schopní ju analyzovať - premýšľať o jej charaktere, účinkoch, možnostiach, indikácii, kontraindikácii, a na základe toho techniku použiť v konkrétnej situácii. Samozrejme, toto sa dialo v každej skupine a v jej rámci u každého jednotlivca inak.

V tomto úžasnom procese zrenia sme vnímali techniky PMT ako rovnocenné, i keď sme zisťovali, že niektoré majú širokospektrálne použitie, iné sú užšie, špecificky zamerané. Dospeli sme však k názoru, že v konečnom dôsledku nie je dôležitá technika, ale vzťah, v rámci ktorého prebieha terapeutický proces. Že psychomotorické ponuky predstavujú len možnosti v tomto procese, môžu osloviť klienta, zaujať jeho pozornosť vzhľadom na situáciu či potreby. A že je dobré spájať ponuky PMT s ponukami iných terapií.

Na seminároch vznikala postupne veľmi tvorivá, zmysluplná, liečebnopedagogická atmosféra hľadania, výmeny skúseností, pocitov, myšlienok, podnetov. Od začiatku sa spontánne formoval a prehlboval vzťah, ktorý je veľmi dôležitý pre proces učenia aj pre terapeutický proces. Samozrejme nie všetko sa vydarilo, niektorá ponuka neoslovila, niekedy sme nemali dobrý deň, niečo sa udialo... ale aj taká situácia môže byť impulzom na premýšľanie o tom, čo robiť vtedy, keď sa to stane pri klientovi/och.

Ako človek, učiteľ, terapeut som sa snažila sprevádzať človeka, študenta, klienta na jeho osobnej ceste, na báze medziľudskej úcty, pozitívneho hodnotenia a empatie.

Počas výučby, v semestrálnych a diplomových prácach a v praxi pri práci s ľuďmi rôzneho veku, s rozličnými znevýhodneniami, ťažkosťami, potrebami vznikalo veľké množstvo programov, využívajúcich psychomotorickú terapiu. Boli to napr. programy pre budúcich rodičov, programy bazálnej stimulácie a stimulácie psychomotoriky u detí, programy pre deti s astmou, alergiami, psychosomatickými ochoreniami, pre deti poruchou pozornosti, správania, učenia, pre deti v rôznych zariadeniach s rôznorodým znevýhodnením, pre deti v MŠ, ZŠ, DD... programy pre adolescentov so zníženým sebahodnotením, s poruchami príjmu potravy, pre partnerov, pre dospelých s ochorením, s Burn-out syndrómom, programy aktivizačné, skrytý potenciál využívajúce, relaxačné, spomienkové programy pre seniorov atď. Programy boli spočiatku viac štruktúrované, delené na jednotlivé fázy- časové úseky, ktoré logicky na seba nadväzovali a často sa prelínali.

Pri stavaní, pomenovávaní, charakteristike fáz programu, pri výbere rámcových techník, ktoré by mohli priniesť potrebný priestor, impulzy, sme brali do úvahy pravdepodobné potreby

klientov a snažili sa vcítiť do ich myslenia, cítenia, prežívania. Kládli sme si otázky, hľadali odpovede. Snažili sme sa uchopiť témy a dať možnosť pochopiť. Zámerom bolo, aby sa techniky neponúkali povrchne, teda len na základe toho, že sú zaujímavé, zábavné, atraktívne. Naopak, aby sa vždy sa hľadalo, čo je za tým, aby sa premýšľalo sa nad ich možnosťami, šírkou, hĺbkou, priebehom a dopadom dopadom na človeka, aby boli pre jeho osobnú situáciu čo najviac prínosné... Hľadali sme posolstvá techník pre jednotlivcov, skupinu i pre nás.

A potom bolo možné štruktúru uvoľňovať.

Inkluzívna terapia – Križovatky čerešňovej cesty

Pri tvorbe programov, ale hlavne pri spolupráci s kolegyňami gestorujúcimi iné liečebnopedagogické terapie sme si postupne uvedomovali, že jedna terapia nepokrýva všetky potreby terapeutického procesu. Pohyb sa prirodzene spája s hrou, hudbou alebo drámou, mnohokrát je však dôležité zachytiť zážitok, pocit, vnem, situáciu. Tomu napomôže prelínanie pohybu s verbálnym prejavom, s arte-, biblio- či ergoterapeutickými prvkami. Samozrejme hra je prítomná skoro vždy.

Každá téma môže byť podložená viacerými terapiami. Takúto inkluzívnosť sme zachytili s kolegyňami Monikou Stupkovou a Barborou Vodičkovou v knihe "Dieťa v centre pozornosti", ktorá prináša niekoľko námetov s liečebnopedagogickým posolstvom a s ponukami aktivít v kontexte viacerých terapií. Všetky, realizované v praxi, priniesli potvrdenie pozitívneho účinku kombinovaného pôsobenia techník a aj potvrdenie rovnocennosti jednotlivých terapií.

Inklúziu pohybu, hudby, výtvarného, dramatického, literárneho prejavu, činnosti a hry v terapeutickom kontexte možno potom nazvať Inkluzívnou terapiou.

Je dobré mať širokú ponuku, je dobré stavať programy, šiť ich na telo jednotlivcom, skupinám, premýšľať nad ich potrebami... ale pri realizácii, pri konkrétnej práci s klientom/mi sa terapeutický proces často vyvíja tak, že treba opustiť pripravený plán a flexibilne reagovať na situáciu. Klienti môžu mať špecifické požiadavky, v skupine rezonuje aktuálna téma, terapeut reaguje na ľudí, priestor, situáciu, zážitok... Podľa môjho názoru sila terapeuta spočíva práve v tom, že dokáže opustiť skvele postavenú, premyslenú ponuku a aktuálne zaradiť inú alebo sa nechať viesť klientmi, sprevádzať ich témou... Neanalyzovať,

neterapeutizovať, nepomáhať, nepodporovať... ale spolupracovať. Niekedy “len” byť s nimi, ísť s nimi, poodstúpiť, nechať...

Aj tu je svojím širokým záberom ideálna Inkluzívna terapia.

A čo s čerešňami? No spojiť ich s iným ovocím. Ovocná misa, ovocný šalát, kompót... alebo najlepší džem, ktorý u nás v rodine voláme Mix. Kto chce recept, dám .

mailový kontakt na autora: magdalenka.szabova@gmail.com

LITERATÚRA

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

FISCHER, K. 2004. *Einfuhrung in diePsychomotorik.* Munchen 2004

HORNAUF, D. – SZABOVÁ, M. – HOFFMANN, S. 2008. *Psychomotorika v európskom kontexte. Internetový časopis Revue liečebnej pedagogiky 2008*

5. ÚLOHA **LIEČEBNÉHO** PEDAGÓGA V MANAŽMENTE DEMENCIÍ

Mária Čunderlíková, PaedDr.

Abstrakt: *Príspevok priblížil úlohu liečebného pedagóga na pracovisku s ľuďmi s demenciou, ale aj s ich príbuznými a odbornými pracovníkmi sociálnych a zdravotníckych služieb.*

Kľúčové slová: *Liečebný pedagóg, Alzheimerova choroba, demencia, Centrum Memory*

Centrum MEMORY vzniklo v roku 2002 ako prvé preventívne, diagnostické, špecializované a vzdelávacie zariadenie pre ľudí s poruchami pamäti a Alzheimerovou chorobou na Slovensku. Ako nezisková organizácia poskytuje služby zdravotnícke, sociálne a vzdelávacie. V každej tejto oblasti má nezastupiteľné miesto liečebný pedagóg.

Demencia, jej najčastejší typ Alzheimerova choroba, je neurodegeneratívne progresívne ochorenie ľudí prevažne vyššieho veku. Z tohto dôvodu potrebujú odbornú pomoc najčastejšie seniori a ich rodiny, ktoré sa o nich starajú. Pre pacienta s demenciou je typické, že sa postupne menia jeho schopnosti, klesajú jeho nadobudnuté vedomosti a a zručnosti a človek sa stáva odkázaným na pomoc okolia. Dôležité je brať do úvahy meniace sa potreby pacienta aj prostredia, v ktorom žije (je to rodina, ale aj napr. zariadenie sociálnych služieb). V počiatočných štádiách ochorenia je možné s pacientom pracovať formou kognitívneho tréningu a poskytnúť jemu aj jeho rodine praktické informácie o kognitívnej rehabilitácii a možnostiach udržania resp. zlepšovania aktuálnych schopností. V neskorších štádiách ochorenia, kedy sa viac prejavujú zmeny vnímania a správania, dochádza k stavom dezorientácie, je dôležité pacienta podporovať a sprevádzať. V tomto období je potrebná častejšia práca s rodinnými príslušníkmi a vzťahovými osobami; okrem informácií i oni sami potrebujú možnosť ventilovania problémov aj porozumenie a pochopenie. Demencia sa objavuje aj u osôb produktívneho veku, ide napr. o stavy po mozgovej príhode alebo zriedkavé typy napr. FTLD, v týchto prípadoch je nutná úzka spolupráca s logopédom aj psychológom. Naše doterajšie skúsenosti potvrdzujú, že liečební pedagógovia svojim

pregraduálnym vzdelávaním aj špecializačným štúdiom na SZU v Bratislave sú veľmi dobre pripravení na prácu v tejto oblasti.

V roku 2005 získalo Centrum MEMORY povolenie na prevádzkovanie Ambulancie liečebného pedagóga. Liečebný pedagóg v oblasti prevencie kognitívnych zlyhaní uskutočňuje skupinový aj individuálny tréning pamäti ľudí v produktívnom veku aj u seniorov. U osôb s demenciou uskutočňuje na základe spolupráce s lekármi špecialistami - psychiatrami a neurológmi kognitívne tréningy. Poskytuje odborné poradenstvo rodinám, ktoré sa starajú o príbuzných s demenciou. Úzko spolupracuje so psychiatrickou ambulanciou Centra MEMORY predovšetkým na skríningu demencií. Ambulancia LP je v sieti zdravotníckych zariadení, nemá však zmluvy so zdravotnými poisťovňami.

Sociálnu službu Centra MEMORY predstavuje špecializované zariadenie - ambulantná forma – denný pobyt pre ľudí s demenciou. Liečebný pedagóg realizuje nasledovné terapie: koncentračno pohybovú terapiu, muzikoterapiu, činnostnú terapiu, arteterapiu a biblioterapiu, reminiscenčnú terapiu. Táto nefarmakologická liečba vhodne korešponduje a podporuje farmakoterapiu pacientov. Nastavenie režimu denného pobytu, aktivít, zloženia pracovného tímu, interného vzdelávania pracovníkov je dielom liečebného pedagóga.

V roku 2005 sa Centrum MEMORY stalo vzdelávacím pracoviskom pre profesionálov, ktorí pracujú s ľuďmi s demenciou. Získalo opakovane akreditáciu na vzdelávací program Kognitívna aktivizácia seniorov a Tréner pamäti na MŠ SR. Na Ministerstve práce, sociálnych vecí a rodiny SR má akreditovaný vzdelávací program Klienti s Alzheimerovou chorobou v sociálnych službách. Garantom vzdelávacieho programu je liečebný pedagóg a tiež lektormi sú liečební pedagógovia s praxou v problematike demencií a praktickou činnosťou s ľuďmi s demenciou.

Liečební pedagógovia boli a sú súčasťou medzinárodných vedeckých projektov a v spolupráci s Neuroimunologickým ústavom SAV v Bratislave.

Projekty, na ktorých odborne participovali liečební pedagógovia:

„Tréning pamäti pre seniorov“ (2006-2008 projekt Sokrates Grundtvig),

„Remembering Yesterday Caring Today“ (2008-2010 projekt Grundtvig)

„Nefarmakologické prístupy stimulácie kognitívnych funkcií u pacientov s Alzheimerovou chorobou evaluované pomocou zobrazovacích a proteomických biomarkerov“

(2008-2010 projekt APVV)

„ Kognitívno komunikačné problémy u osôb s demenciou“ (2013-2015 projekt APVV)

Vďaka podpore Nadácie MEMORY a spolupráci s Neuroimunologickým ústavom SAV sa podarilo vytvoriť jedinečné odborné pracovisko, ktoré spĺňa náročné kritériá komplexných služieb pre odborníkov, pacientov a rodiny. Liečebný pedagóg je jeho neodmysliteľnou súčasťou s odbornými a ľudskými kompetenciami.

mailový kontakt na autora: m.cunderlikova@centrum.sk

6. KONCEPT VČASNEJ INTERVENCIE U DETÍ S DLHODOBÝM OCHORENÍM Z POHĽADU LIEČEBNÉHO PEDAGÓGA

Vodičková Barbora, PhD

Stupková Monika, PhD

Abstrakt: *Príspevok sa venuje konceptu včasnej intervencie u detí s dlhodobým ochorením. Pojednáva o tom, čo prináša sťažená kvalita života pre dieťa, jeho vývin a jeho rodinu. Venuje sa problematike včasnej intervencie, vrátane diagnostiky, terapie a práce s rodičmi a školským zariadením z pohľadu praktických skúseností autoriek.*

Kľúčové slová: *dlhodobé ochorenie, včasná intervencia, terapia, terapeut*

Dlhodobé ochorenie v ranom detstve

Sú medzi nami. Deti, ktoré potrebujú viac záujmu aj starostlivosti. I keď ich hendikep nie je na prvý pohľad viditeľný, často je však veľmi závažný, s vážnym dopadom na vývin, školskú aj pracovnú kariéru, na kvalitu života. Jedná sa o deti s dlhodobým ochorením. V príspevku sa zameriame hlavne na deti, ktorých dlhodobé ochorenie sprevádza od útleho veku.

Goodman (2013) charakterizuje dlhodobé ochorenie ako stav, ktorý trvá rok a viac, vyžadujúci si pretrvávajúcu medicínsku starostlivosť a obmedzujúci každodenné prirodzené aktivity.

Medzi dlhodobé ochorenia môžeme zaradiť:

- vrodené srdcové chyby, kardiologické ochorenia
- metabolické, neurologické, ortopedické...
- astmu, alergie
- zmyslové ochorenia
- onkologické ochorenia
- geneticky podmienené ochorenia

Pripútanie malého dieťaťa s dlhodobým ochorením na nemocničné lôžko spôsobuje psychomotorickú depriváciu, ktorej následky sa objavujú postupne v priebehu vývinu (Gurich, Konrad, Skorzensky et al. 2006). Dieťa je ohrozené nielen prejavmi samotného ochorenia, ale tiež sa pridávajú rôzne ďalšie nevyhnutné komplikácie ako napr. dieťaťu je spôsobovaná bolesť, je vystavované rôznym invazívnym medicínskym výkonom, medikamentóznej liečbe, absencii podnetov, odlúčeniu od matky, rodiny a rovesníkov.

Vývin v sťažených podmienkach

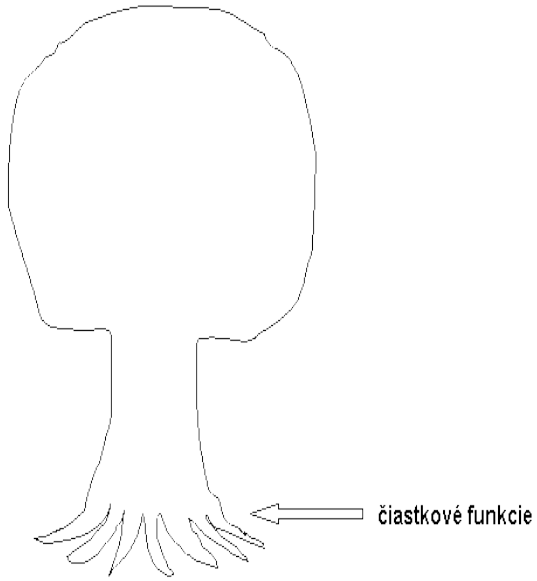
Spomínané ohrozenia sa môžu prejaviť v **spomalení,** v **oneskorovaní,** v **narušení** a v **nerovnomernosti psychomotorického vývinu** až do obdobia školského veku. Vonkajšie ukazovatele sú v rôznych vývinových obdobiach dieťaťa iné. U dojčaťa a batoľaťa sú pozorovateľné napríklad oslabenia v prejavoch hrubej motoriky, senzomotoriky, u dieťaťa v predškolskom veku oslabenia v jemnej motorike, pozornosti, rečovej produkcii, pamäti a jemnej motorike, v školskom veku sa pridružujú problémy v matematických a čitateľských zručnostiach. Postupom vývinu sa u detí môžu objaviť aj rôzne komplexnejšie diagnózy ako napríklad ADHD/ADD, špecifické vývinové poruchy učenia, narušený vývin reči, čo siahodlho ovplyvňuje kvalitu života detí (Marino, Lipkin, Newburger, et al.2012). Deti môžu mať problémy v sebaregulácii, v emócionálno-sociálnom vývine, v motivácii, v sebaobraze (Bordáčová, Dočlomanská, Mašura, 2007), ako aj v exekutívnych funkciách ako sú: plánovanie, organizovanie, predvídanie a kontrola konania.

Horňáková (2014) píše, že u detí so somatickým ochorením nadmiera stresových situácií vedie spravidla k zníženiu rezistencie voči stresu. Dieťa si často vytvára obranné stratégie, aktivuje mechanizmy patologickej adaptácie, používa neurotické modely správania. Vytvára si únikové stratégie správania, a tak narastá jeho izolácia. Pasivita a nízke ašpirácie sa môžu stať jeho dlhodobým problémom.

Oslabenie v čiastkových funkciách a schopnostiach primárne potrebných pre učenie

Rakúska psychologička Sindelar (2000) prirovnáva aktuálny stav psychomotorického vývinu dieťaťa k obrazu stromu. Korene predstavujú jednotlivé čiastkové psychické funkcie (zrakové, sluchové vnímanie, pamäť, pozornosť, motorika, reč...), ktoré sú základom pre vyššie a zložitejšie schopnosti a zručnosti, ktoré zas prirovnáva ku korune (obr. 1). To sú hlavne akademické zručnosti ako sú čítanie, písanie, počítanie, učenie sa cudzích jazykov a pod. Na týchto zložitejších zručnostiach sa spolupodieľajú viaceré čiastkové psychické funkcie.

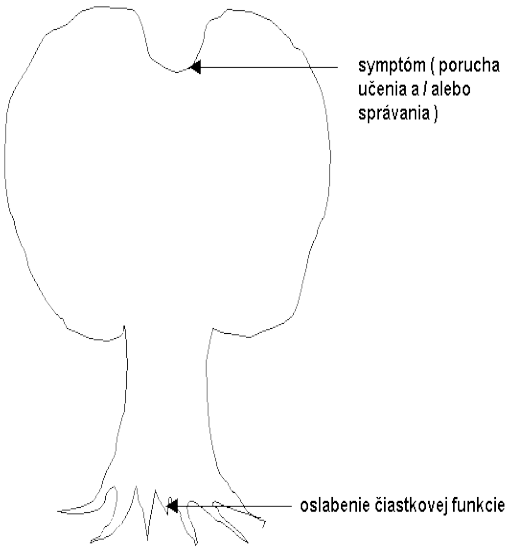
V rámci vývinu dieťaťa sa tieto jednotlivé čiastkové psychické funkcie a schopnosti stále viac diferencujú, napr. schopnosť zrakového, sluchového vnímania, pohybu sú u novorodenca ešte nedokonalé, vekom dieťaťa sa dané funkcie zdokonaľujú a špecifikujú. V určitej fáze sa však musia v rámci organizmu a psychiky integrovať do harmonického celku, aby mohli spolupracovať v rámci učenia (Vodičková, 2009). Napríklad písanie diktátu je veľmi komplexná činnosť, ktorú musí malý školák zvládnuť. Musí zachytiť diktovaný text sluchom. Fonémy (hlásky) musí priradiť ku grafémam (písmená). Ďalej si musí vyvolať z pamäti správny tvar písmena. Na túto činnosť sa musí veľmi dobre sústrediť. Pomocou jemnej motoriky musí vedieť písmená napísať a spojiť do slova a viet. Musí si pamätať a zároveň aplikovať gramatické pravidlá, ktoré sa v škole učil. K tomu, aby takto zložitú činnosť zvládol, musia byť jeho jednotlivé čiastkové funkcie v dobrej kondícii a dobre spolupracovať. Ťažkosti v integrácii funkcií môže byť problémom aj u malých detí s dlhodobým resp. vrodeným ochorením vzhľadom na pre, peri a postnatálne ohrozenia (Acton, Biggs, Creighton, 2011).



Obr. č.1 Zdravý strom
Zdroj: www.sindelar.sk

Obrázok č. 1. predstavuje zdravý strom. Korene sú neporušené (dobrá kondícia čiastkových psychických funkcií) a taktiež koruna, ktorá predstavuje zložitejšie činnosti, viditeľné navonok, je harmonická a bez porušenia.
Na porovnanie je obrázok č. 2, ktorý je podľa Sindelar typický u detí, ktoré majú viditeľné

problémy v predškolských a školských zariadeniach. Tento strom má narušený koreňový systém a zároveň korunu. Tento jav poukazuje na previazanosť týchto dvoch systémov.



Obr. č.2 Strom s narušenými koreňmi a korunou
Zdroj: www.sindelar.sk

Obrázok č 3. znázorňuje pyramídu učenia autorov Williamsa a Shellenbergera (podľa Nelson**,** 2011), ktorí veľmi jednoducho a podobne ako Sindelárová vysvetľujú hierarchiu učenia u detí v jednotlivých vývinových obdobiach. Na to, aby sa dieťa mohlo dostať na vrchol tejto pyramídy, kde sú už zložitejšie činnosti a zložitejšie učebné procesy ako sú akademické zručnosti, vnímanie súvislostí, riešenie problémov, aktivity denného života a pod., je potrebná dobrá základňa vnímania a motorických zručností a následne ich integrácia. Ak z rôznych dôvodov nie je základňa u dieťaťa dobre postavená, dochádza v neskoršom období pri vykonávaní zložitejších činností, k ťažkostiam.

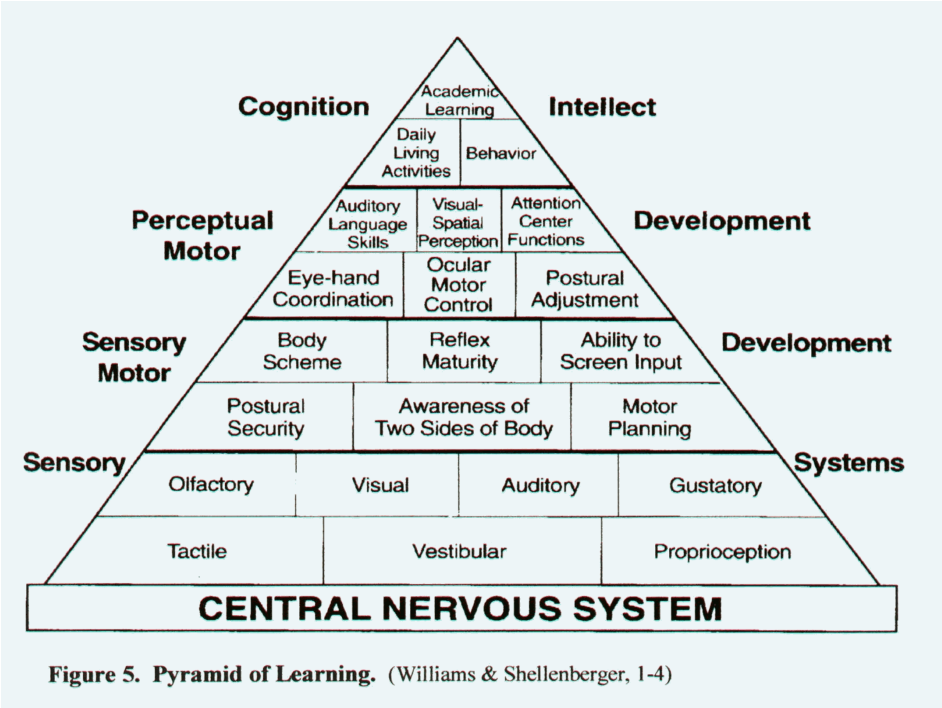


Figure 5. Pyramid of Learning. (Williams & Shellenberger, 1-4)

obr. č. 3

Ako vidno na obrázkoch, jednotlivé čiastkové funkcie môžu vykazovať oslabenia, či už pozorovateľné pri vykonávaní úloh dieťaťom, alebo ako výsledok jeho testovania (Acton, Biggs, Creighton, 2011). Oslabenia môžu mať rôznu intenzitu, rozsah a kombináciu.
Horňáková (2014) však upozorňuje na fakt, že súvislosť medzi poškodeniami (resp. ochorením) a ich následkami nebolo doteraz celkom objasnená. Najmä u detí je ťažké nájsť hranicu medzi patológiou pre veľké interindividuálne rozdiely v priebehu vývinu. A domnievame sa, že aj pre dynamiku detskéhon vývinu.

V rámci psychomotorického vývinu malého dieťaťa s dlhodobým ochorením môžu vzniknúť nasledovné oslabenia:

Oslabenia v zrakovom vnímaní
Ťažkosti v zrakovom rozlišovaní (nerozlišovanie detailov, figúry a pozadia, konštanty vnímania, polohy predmetu, obrazu v priestore, farieb), v zrakovej analýze, v zrakovej syntéze, zrakovej pamäti, v celostnosti vnímania.

Oslabenia v sluchovom vnímaní reči
Deficity v sluchovom rozlišovaní, v sluchovej analýze, v sluchovej syntéze, sluchovej pamäti. Oslabený fonematický sluch (resp. fonematické uvedomovanie), kedy má dieťa problém

sluchom rozlišovať hlásky v slovách. Má ťažkosti vo vnímaní gramatickej dimenzie jazyka (Mikulajová, 2008)

Oslabenia v reči

Prítomnosť rečovej chyby, ktorá sa neskôr môže premietnuť do písania a čítania. Problémy v naratívnych schopnostiach a porozumení reči.

Oslabenia v serialite

Ťažkosti vo vnímaní časového sledu, vnímať poradie zrakom, sluchom, postupnosti pri činnosti, pri zadelení úloh, následnosti javov.

Oslabenia pozornosti

Poruchy pozornosti, ťažkosti v sústredení, rozsahu, distribúcii, stálosti vedú k zabraňovaniu príjmu informácie alebo k nesprávnemu vykonávaniu činnosti.

Oslabenia pamäti

Poruchy v zapamätávaní si. Deti si aj napriek opakovanému nacvičovaniu riekanky nezapamätajú tak rýchlo a ľahko ako ostatní, takisto majú ťažkosti s ich znovupoznávaním a reprodukovaním. Majú problémy v tzv. pracovnej pamäti.

Oslabenia motoriky a koordinácie

Ako píše autorka Blythe (2007) reč, správanie, aj samotné učenie sú s určitosťou spojené s funkciami pohybového systému. Blythe sa takisto venuje problematike nevyhasnutých primárnych reflexov u detí, ktoré v neskoršom období spôsobujú problémy v učení, správaní a vnímaní, nakoľko bránia vyššej nervovej činnosti plne sa rozvinúť.

Oblasti správneho pohybového vývinu dojčaťa sa dlhé roky venuje americká terapeutka Bonie Cohen (2008). Poukazuje na potrebu správneho naučenia pohybových vzorcov v danom vývinovom období. Vyslovila hypotézu, že nesprávny pohybový vzorec u dojčaťa alebo preskočenie dôležitej fázy (napr. lezenia), môže mať vplyv na jeho budúce ťažkosti napr. aj v učení a správaní.

V rámci oslabenej motoriky sa pozorujú**:**

Ťažkosti v motorike očných pohybov, očné pohyby sú neplynulé.

Ťažkosti v motorike artikulačných orgánov, zlá výslovnosť ovplyvňuje písanie, čítanie.

Oslabenia grafomotoriky, jemnej motoriky sa prejavujú pri písaní, kreslení. U detí

s dysgrafiou často anamnesticky vystopujeme nechuť ku kresbovému prejavu v predškolskom veku.

Oslabenia hrubej motoriky a pohybovej koordinácie.
Motorika ako jeden z najzákladnejších a najrudimentárnejších komponentov detského vývinu, ovplyvňuje výraznou mierou vývin a stav iných funkcií mozgu. Deti s predikciou špecifických porúch učenia sa často javia v predškolskom veku ako nemotorné a menej obratné.

Oslabenia v osvojovaní si automatizácie pohybov
Ťažkosti v zautomatizovaní pohybov napr. pri kreslení neskôr písaní grafém.
Oslabenia vo vizuomotorickej koordinácii
Ťažkosti v koordinácii oko-ruka.

Oslabenia v priestorovej orientácii
Orientácia v priestore je závislá na zrakovej, sluchovej, hmatovej a kinestetickej percepcii. Oslabenia v týchto modalitách sa prejavujú ťažkosťami pri pohybe a orientácii v priestore, ale aj orientácii na ploche, poruchami vnímania vlastnej telesnej schémy, čo sa môže prejaviť okrem iného aj častými úrazmi.

Oslabenia v pravo-ľavej orientácii
Deti so špecifickými poruchami učenia majú ťažkosti v pravo-ľavej orientácii v priestore, na ploche, na sebe.

Oslabenia v predstavách a predstavivosti
Ťažkosti vo vybavovaní si predmetov, vecí alebo javov, ktoré v danom momente nevnímame. Slová ako „vždy“, „občas“, „niekedy“, si dieťa nevie predstaviť tak ľahko ako napr. slovo „kniha“. Ak dieťa narazí na tieto slová v texte, dochádza k pocitom zmätku a dezorientácie. Dezorientácia zapríčiňuje, že do mozgu prichádzajú skreslené alebo zmenené vnemy. Čítanie a písanie sa stanú neúnosne náročné, až nemožné. (Davis, 2004)

Potrebnými pre učenie sa, nie sú samozrejme len čiastkové funkcie, ale aj sebaregulácia, schopnosť oddialiť uspokojenie potreby, osobnostné predpoklady, stabilita emócií, výdrž, motivácia (Bordáčová, Dočolomanská, Mašura, 2007), ako aj exekutívne funkcie -

plánovanie, organizovanie, predvídanie a kontrola konania.

Včasná intervencia

Včasná intervencia predstavuje relatívne samostatnú oblasť starostlivosti o deti s poruchami vývinu od narodenia do troch rokov, resp. do obdobia zaškolenia a tiež o ich rodiny. Včasnými intervenciami nazývame také služby, programy a opatrenia, ktoré podporujú realizáciu vývinového potenciálu malých detí so špeciálnymi potrebami a zvyšujú ich funkčné kompetencie a adaptabilitu (Horňáková, 2010). Špeciálne vývinové potreby, pre ktoré dieťa vyžaduje zvýšenú vývinovú starostlivosť, vznikajú pri prítomnosti identifikovaných rizík v podmienkach vývinu dieťaťa, pri oneskorenom dosahovaní typických vývinových medzníkov, pri prítomnosti špecifických prejavov, tzv. prekurzorov vývinových porúch, ale aj pri prítomnosti závažných obáv a pochybností rodičov o priebeh vývinu dieťaťa (Matušková, 2014)

Včasná intervencia (starostlivosť) zahŕňa diagnostiku (vývinové škály), stimuláciu vývinu a terapiu, včasnú výchovu a výchovné poradenstvo, pomoc v sociálnej a školskej oblasti, komplexnú interdisciplinárnu starostlivosť, systémový prístup rodina- dieťa-škola-terapia. Pre malé dieťa je priam nevyhnutná, pretože dokáže zvrátiť, zjemniť následky ochorenia dieťaťa resp. rôzne sekundárne ťažkosti s ním spojené. Ako potvrdzuje Horňáková (2014), primárne poškodenie alebo funkčná porucha nemusia viesť k trvalým dôsledkom, ak sa dieťaťu dostane včasná pomoc, primeraná výchova a terapia a spôsob jeho interakcie s okolím ja efektívny a dobre kompenzovaný. Mnohým problémom detí pri učení a socializácii sa dá takto predísť. Horňáková ďalej pripomína, že v kontexte nových poznatkov a trendov v rámci včasnej starostlivosti k pôvodným úlohám informovať, diagnostikovať, stimulovať, rehabilitovať a radiť pribudli aj nové, ako sú**: podpora vytvorenia primárnej väzby, pomoc pri prijatí dieťaťa a vytváraní inkluzívneho prostredia, pomoc pri porozumení potrebám dieťaťa, podpora interakcie s okolím, podpora pozitívneho prežívania v rodine.** Veľmi dôležitú oblasť pripomínajú Hapalová a Kriglerová (2013) a tou je **podpora pro-inkluzívne nastavených materských škôl a rozvoj kompetencií pedagógov.** Už výpočet opatrení upozorňuje, že pre kvalitnú včasnú intervenciu pre deti s dlhodobým ochorením, je potrebný tím odborníkov, ako je to napríklad v Children´s Hospital of Philadelphia. V rámci programu starostlivosti o deti po kardiochirurgických operáciách sa raz do týždňa stretáva tím odborníkov (napr. neurológ, vývinový pediater, ergoterapeut, fyzioterapeut, nutričný poradca, sociálny pracovník, logopéd) a podľa presného časového rozpisu sa jednotlivo stretávajú s dieťaťom a jeho rodičmi v ambulantných priestoroch kardiologického pracoviska. Pre dieťa

a rodičov je zabezpečená intimita v uzatvorených miestnostiach**.** Takéto diagnosticko-poradenské stretnutie prebieha niekoľko hodín. Pred vyšetrením je rodičom poštou zaslaný dotazník, ktorý vypĺňajú v domácom prostredí a prinesú ho na stretnutie.

Diagnostika vo včasnej intervencii

Diagnostika je dôležitou súčasťou celého procesu včasnej intervencie. Zahŕňa anamnézu so všetkými jej zložkami, ako je osobná anamnéza s dôrazom na mapovanie psychomotorického vývinu a rodinná anamnéza. Z diagnostických metód sa využíva pozorovanie dieťaťa, rozhovor, dotazník pre rodičov a škálovanie zamerané na percepčno-motorickú, kognitívnu a sociálno-emocionálnu oblasť. Diagnostika musí byť okrem aktuálneho zistenia vzhľadom na dynamiku vývinu dieťaťa **procesuálne dopĺňaná a prelína sa s terapiou**.

V rámci diagnostiky sa používajú tieto **diagnostické nástroje**, ktorých výpočet nie je samozrejme ukončený:

- Ages & Stages Questionnaires: A Parent-Completed, Child-Monitoring System (ASQ)
- Bayley škála vývinu dojčiat a batoliat, 1-42 mesiacov, kognitívna škála, motorická, rečová, sociálno-emocionálna, škála adaptívneho správania - Bayley Scales of Infant and Toddler Development®, Third Edition (Bayley-III®)
- Orientačný test dynamickej praxie podľa Míku
- Strassmeier
- Viedenská škála, Mníchovská škála

Veľmi dôležitý je **rozhovor s rodičmi,** ktorý by mal byť rozhovorom na pokračovanie. Prvotný rozhovor je pre rodičov zväčša veľmi ťažký. Mnohým veciam nerozumejú, nepripúšťajú si, často niektoré otázky vnímajú ako ohrozujúce, majú strach o dieťa. V takom prípade (Caby et Caby, 2014) odporúčajú navodiť atmosféru, ktorá nám umožní zdeliť, čo je nutné. Mali by sme sa vyhnúť falošným ohľadom, ale citlivo a jasne vysvetliť situáciu, limity a rezervy dieťaťa.

Zároveň je však potrebné načrtnúť pozitívne perspektívy, potenciál, silné stránky dieťaťa, dynamiku vývinu, dôležitosť terapie a cvičení, ktoré môžu dieťa výrazne posunúť vpred. V prvotnom rozhovore je dôležité získať rodiča pre spoluprácu na včasnej terapii, ktorá neraz vyžaduje od neho nasadenie a pravidelnosť. U tých, ktorí vnímajú jej dôležitosť je to samozrejme bezpredmetné. Pre dobrého odborníka je dôležité si uvedomiť, že jeho vedomostný a skúsenostný kontext je iný ako rodičov, a preto musí byť pripravený na možné

nepochopenie a negáciu z jeho strany. Rodičom je potrebné dať čas, aby sa s danou situáciou vyrovnali, aby dokázali v rámci včasnej intervencie spolupracovať, aby uverili odborníkovi, ktorý dokáže dieťaťu v spolupráci s nimi pomôcť.

Caby et Caby (2014) vo svojej štúdii ponúkajú overené praktické rady pre odborníkov, ako viesť s rodičom rozhovor. Upozorňujú, akých chýb sa vyvarovať a prečo je potrebné klásť dobré otázky. Otázka je dobrou vtedy, keď:

- **vyvolá** myšlienky, kt. klientovi/rodičovi ešte nenapadli
- **otvorí** nové perspektívy
- **vyvedie** z rovnováhy
- **rozšíri** klientovo myslenie a konanie

Diagnostické informácie a zistenia spejú:

- k potrebe pracovať s dieťaťom v rámci individuálnej terapie, s rodičom v rámci posilňovania rodičovských kompetencií a so školskou inštitúciou v rámci integrovania terapeutických opatrení do edukačného procesu a v rámci posilňovania pro-inkluzívneho nastavenia
- k definovaniu nosného, hlavného oslabenia, na ktoré treba terapiu zacieliť resp. k zameraniu pozornosti, na to, čo je práve u dieťaťa dôležité riešiť. Môže však ísť aj o zákazku rodiča, ktorý presne popíše ťažkosti a vníma, čo je práve aktuálne
- k definovaniu cieľov terapie, náčrt dlhodobejšieho plánu (čo je problém?, ako ho budeme riešiť?, kam je potrebné dieťa doviesť?)
- k uzavretiu kontraktu
- k založeniu a vedeniu dokumentácie
- k stanoveniu štruktúry sedení (definovanie dlhodobého, čiastkového cieľa, úloh, popisu ich plnenia, zápisu pozorovania a reflexie stretnutia)

Terapia vo včasnej intervencii

Po uzavretí terapeutického kontraktu začína proces individuálnej terapie, v ktorej terapeut berie do úvahy hierarchiu procesov dozrievania (obr. č 3) a ponúka stimuly, ktoré sú pre dieťa aktuálne a pre dané obdobie potrebné. K tomu, aby bolo možné pripraviť pre dieťa stimulačný program, je potrebné v prvom rade zistiť jeho **zónu aktuálneho vývinu** (kde sa dieťa momentálne nachádza nezávisle od jeho fyzického veku). K určeniu aktuálneho vývinu dieťaťa pomáhajú rôzne vývinové škály (napr. vývinová škála podľa Bayleyovej III,

Geselltest, Mníchovská vývinová škála atď.), ktoré terapeut realizuje v spolupráci s rodičom. Pripravenými cvičeniami a aktivitami potom vytvára podmienky k tomu, aby dieťa postúpilo do **zóny najbližšieho vývinu**. Intervencia je špecificky zameraná podľa potreby dieťaťa a jeho rodičov, zároveň komplexná a integrovaná do celku. Stimulácia vývinu a terapia je akoby **stavanie lešenia**, ktoré pomáha dieťaťu dosahovať vývinové medzníky. Terapeut vstupuje do procesov učenia dieťaťa a vynesie na povrch (exteriorizácia) zručnosť, vedomosť, ktorú treba vybudovať, podporiť (Mikulajová, 2009). Napríklad rôznymi pomôckami učíme dieťa pochopiť číselný rad do 5. Alebo iný príklad, dieťa, ktoré má problém udržať pozornosť a stále odbieha od danej aktivity, vraciame k dokončeniu úlohy. Pri prvom príklade je cieľom zvnútornenie vedomosti, tj. dieťa postupne nebude potrebovať pomôcky pri počítaní do 5 a bude vedieť tento úkon vykonať len v mysli. Pri druhom príklade, pokiaľ terapeut bude navracať dieťa k dokončeniu úlohy, dieťa si túto činnosť zautomatizuje a takisto nebude potrebovať pomoc zvonka.

Terapia by mala prebiehať **názorne, hravo, trpezlivo, pravidelne, opakovane, multisenzoriálne a po malých krokoch**. Na základe splnenia spomínaných podmienok v rámci dlhodobej a efektívnej terapie, je potom možné zaznamenať tzv**. terapeutický moment.** Je to ten okamih v terapii, kedy zaznamenávame viditeľný pokrok a novú zručnosť u dieťaťa po prvýkrát.

V rámci individuálnej terapie u malého dieťaťa podľa našich skúseností je potrebné prvotne zamerať sa na:

- Posilňovanie čiastkových funkcií
- Ich integráciu do celku
- Posilňovanie vnútornej motivácie dieťaťa, jeho ochotu spolupracovať s terapeutom
- Reguláciu emócií a správania
- Odkladanie okamžitého naplnenia potreby

Liečebný pedagóg vo včasnej intervencii používa nasledovné **formy terapie:**

- Senzorická integrácia,
- Bazálna stimulácia
- Hrová terapia
- Psychomotorická terapia

- Činnostná terapia
- Muzikoterapia
- Arteterapia

Postupy a metódy jednotlivých foriem môže terapeut kombinovať a „šije“ ich na mieru konkrétneho dieťaťa. Terapeut nestimuluje, nerozvíja len jednu izolovanú funkciu, zručnosť, ale berie do úvahy osobnosť dieťaťa ako celok. Umelecké terapie majú práve veľký integrujúci potenciál, lebo v tvorivom procese a hre je dieťa optimálne koncentrované a všetky jeho zložky osobnosti, ako aj čiastkové funkcie, sú harmonicky rozvíjané.

Ak je **terapeut** poctivý, pracuje na sebe, na svojich osobnostných kvalitách a odborných zručnostiach, veľa o možnostiach terapie rozmýšľa, diskutuje so supervízorom, študuje odbornú literatúru a koncentruje sa na efektívnu pomoc dieťaťu. Je dôležité si tiež uvedomiť, že ako terapeut nie som „expert na všetko“, nemám patent na rozum“ a ani nemám „nejaké výnimočné schopnosti.“ Dôležité sú moje **vedomosti, práca na sebe a vzťah**, ktorý ponúkam. Štúr (2014) ešte pridáva zdvorilosť a prirodzenosť.

V rámci individuálnej terapeutickej intervencie s dieťaťom sme vytýčili niekoľko **zásad pre terapeuta**, ktoré je dobré mať na zreteli:

- Terapia sa odohráva v radostnej atmosfére.
- Dôverujeme dieťaťu, jeho potenciálu.
- Dieťa porovnávame iba s jeho s osobnou normou.
- Zabezpečíme úspech dieťaťa.
- Vnímame únavu dieťaťa.
- Máme optimistické očakávania.
- Za každý pokrok dieťa chválime, veľa povzbudzujeme.
- Berieme do úvahy faktor času. Ak dieťa potrebuje čas, treba mu ho dať. Nie je možné procesy zrenia a učenia urýchliť, ak nervový systém nie je ešte pripravený.
- Berieme do úvahy aj prirodzené procesy zrenia dieťaťa.

Rodina, posilnenie rodičovských kompetencií

Netreba zabúdať, že dôležitou časťou včasnej intervencie je práca s rodičmi s ťažiskom na **posilňovanie ich rodičovských kompetencií**. Ako píše Horňáková (2014) rodič opatruje

a vychováva svoje dieťa a ono sa od neho učí, ako prežívať a konať v prirodzených každodenných situáciách. Pre rodičov je dôležité reálne vnímať možnosti dieťaťa. Niekedy dieťa podceňujú a robia za neho úkony, ktoré by zvládlo aj samé. Nedajú mu ani možnosť byť samostatnejším, zrelším. Často sú za tým obavy, ochrana, strach. Inokedy sa naopak natoľko postavia za svoje dieťa, že veria aj nemožnému. Ako autorka ďalej píše. Aj rodičia potrebujú korektívnu skúsenosť, zažiť dieťa v inej situácii ako ho vnímali doteraz (čo často vídame na individuálnej terapii), aby sa naučili viac mu dôverovať, efektívnejšieho ho viesť, primeranejšieho ho zamestnávať. Zanedbávanie príležitostí škodí, rovnako ako preťažovanie neprimeranými požiadavkami.

Rodičia môžu byť veľmi zorientovaní v problematike, ale aj nezrelí alebo neistí. Terapeut vidí realitu zo svojej nezaujatej perspektívy, avšak obe strany majú vlastný kontext, všetko, čo pozorujeme, pozorujeme na základe vlastnej skúsenosti – aj keď sa pozeráme na to isté. Rodičia sú často na inej úrovni, majú iné skúsenosti. Ako píšu Caby et Caby (2014) terapeut je odborníkom na vytváranie odborníkov. Je dôležité zamerať rodičovu pozornosť nie na deficit, ale na jeho zdroje. Je tiež dôležité s rodičom viesť pravidelné rozhovory, informovať o priebehu terapie a hľadať spoločné riešenia a postupy.

Školská inštitúcia, nutnosť pro-inkluzívneho postoja

Keďže v príspevku sa venujeme včasnej intervencii, zastavíme sa ešte pri úlohe predškolského zariadenia. Ak dieťa navštevuje predškolské zariadenie, je dôležité získať ho pre spoluprácu. **Ťažiskové je hlavne integrovanie terapeutických opatrení do edukačného procesu.** Úloha predškolského zariadenia v procese včasnej intervencie je veľmi dôležitá, ale často komplikovaná. Hlavne ak riaditeľ škôlky a pedagogický personál nie sú otvorení inkluzívnemu nastaveniu a prijatiu dieťaťa. Dieťa s dlhodobý ochorením predstavuje pre škôlku riziko, komplikáciu a ako píše Horňáková (2014), aj keď je prostredie pripravené, vždy znova sa môžu vyskytnúť nejaké problémy. Ako teda dosiahnuť, aby dieťa bolo v bežnej MŠ prijímané? Závisí to od mnohých faktorov, ale asi najdôležitejším je vôľa vedenia a pedagogického personálu vyjsť zo svojej komfortnej zóny. Ako raz povedala jedna dobrá učiteľka*: „ja by som aj chcela, ale ja neviem ako.“* Alebo iný prípad škôlky, kde nechceli ani počuť o zakomponovaní terapeutických opatrení do edukačného procesu. Až keď rodičia dieťaťa s dlhodobým ochorením, ktoré bolo v inej škôlke, počuli o tom, že možnosť nespolupráce a odmietnutia je reálna, uvedomili si: *„aké my máme šťastie“*. Cieľom nie je samozrejme, aby rodičia hovorili o svojom individuálnom šťastí, ale aby každá alebo aspoň väčšina škôlok boli pro-inkluzívne nastavené. Ak má škôlka vlastného odborného pracovníka

je to možno jednoduchšie, ale ten tiež často musí presviedčať a senzitivizovať prostredie (Horňáková, 2014). Dôležité je, aby terapeut mohol vstúpiť do prostredia škôlky, názorne učiteľkám ukázať, ako možno lepšie s dieťaťom pracovať, prípadne, aby aj on sám mohol dochádzať a priamo v edukačnom procese zasahovať. Prípadne využiť pre dieťa asistenta. Ak vychádzame z vlastnej skúsenosti, aj tieto opatrenia a ich zavádzanie potrebujú čas. Je za nimi veľa rozhovorov, presvedčenia a podpory. Často, keď učiteľky získajú istotu, zistia, že situácie zvládajú, prehodnotia svoj názor. A často sú svedkami „malého zázraku“, kedy vidia, že aj ich pričinením sa dieťa výrazne posúva vpred. Tieto skúsenosti prispievajú k ich pedagogickému majstrovstvu.

Anette Paltzer, žena s DMO, ktorá vyštudovala univerzitu, vydala sa a porodila dve zdravé deti, založila firmu a pracovala, spomína na svojho učiteľa v prvej triede. Za zmienku stojí, že hovoríme o Švajčiarsku 50.tych rokov 20.storočia. „*Keď som bola v prvej triede, okrem mňa tam boli ďalší štyria žiaci s rôznymi postihnutiami. Náš učiteľ bol starší pán a my všetci sme potrebovali jeho podporu. Pri písaní mi vždy viedol ruku, až kým som dokázala pohyb urobiť sama. Teda, v prvom rade si musel ako učiteľ všimnúť môj problém, a potom musel tiež rozumieť tomu, ako mi môže pomôcť. Tento učiteľ u všetkých piatich detí uchopil ich potreby a takisto ich aj naplnil. Vďaka nemu som nebola preložená do novovzniknutej špeciálnej školy.“* Anette dodáva, že základom pedagogiky tohto učiteľa bola tvorivosť a láska k deťom. (Paltzer, Liebster, Wyss, 2015)

Porovnanie kvality života pacientov s kritickými vývinovými chybami srdca (VCC) po operačnom riešení – jednokomorová cirkulácia vs. dvojkomorová cirkulácia (výberový súbor – D – transpozícia veľkých ciev, D-TGA)

V krátkosti by sme chceli ešte predstaviť pilotný projekt s názvom *Porovnanie kvality života pacientov s diagnózou jednokomorová vs. dvojkomorová cirkulácia.*

Tento projekt bol teoreticky vypracovaný interdisciplinárnym tímom autorov Petrulová, Vodičková, Stupková, Bobík v roku 2012 v rámci posilnenia včasnej intervencie a sledovania ukazovateľov vývinu u detí s ochoreniami srdca v bratislavskom Kardiocentre. Veríme, že bude priestor aj pre jeho realizáciu

Išlo o:

Testovanie vybraných ukazovateľov psychického vývinu detí (pozornosť, pamäť, slovná zásoba, naratívne schopnosti, performačné IQ, grafomotorika, vizuomotorická koordinácia, skúška čítania)

Dotazníky pre rodičov (priebeh raného psychomotorického vývinu, pr. ochorenia, rodinná situácia, školská situácia)

Testovanie faktorov well-being „je mi dobre“ u detí.

Sledovanie psychomotorického vývinu detí vo Philadelphii – NeuroCardiac Care Programu

Na záver by sme chceli ukázať, ako funguje včasná intervencia a starostlivosť v Children´s Hospital of Philadelhia**:** Realizujú tu program s názvom **NeuroCardiac Care Program.** Deti po kardiochirurgických operáciách sú sledované tímom odborníkov v pravidelných intervaloch. V prvom roku sú deti sledované v 4., 8. a 12.mesiaci, v druhom roku dvakrát a do šiesteho veku života raz do roka. V tíme odborníkov sú okrem kardiológa a sestry tiež neurológ, vývinový pediater, logopéd, ergoterapeut, fyzioterapeut, nutričný poradca a sociálny pracovník. Po diagnostickom stretnutí tímu s dieťaťom a rodičmi, získavajú rodičia komplexnú informáciu o aktuálnej vývinovej úrovni dieťaťa s odporúčaniami pre stimuláciu a s termínom pre nasledujúcu diagnostiku. Obrázok č. 4 poukazuje na to, kedy sa ktorý odborník stretáva s rodičmi a s dieťaťom, vykonáva diagnostiku v rámci svojej profesie a zároveň poskytuje poradenstvo pre rodičov.

Konzultácia Odborník	Hospitalizácia	4. mes.	8.mes	12. mes.	18. mes.	2. r	3. r	4.r predšk.
Kardiológ	x	x	x	x	x	x	x	x
Sestra	x	x	x	x	x	x	x	x
Vývinový pediater				x		x	x	x
Neurológ	x	x	x	x	x	x	x	x
Nutričný poradca		x	x	x				
Sociálny pracovník	x	x	x	x	x	x	x	x

Fyzioterapeut	x	x	x	x	x	x	x	x
Ergoterapeut	x	x	x	x	x	x	x	x
Logopéd	x	x			x	x	x	x

Obr. č. 4 Rozpis diagnostických postupov jednotlivých odborníkov vo vzťahu k veku dieťaťa v Children´s Hospital of Philadelphia.

Záver

V texte sme sa snažili ponúknuť koncept včasnej intervencie u detí s dlhodobým ochorením, kde sme zahrnuli diagnostiku, terapiu, prácu s rodičom a so školskou inštitúciou. Uvedomujeme si, že malé dieťa s dlhodobým ochorením predstavuje pre rodinu často veľkú traumu a zabezpečenie jeho kvality života aj veľké nasadenie. Avšak sme presvedčené, že kvalitná včasná intervencia a sieť odbornej pomoci a motivovaní rodičia môžu výrazne zlepšiť kvalitu života dieťaťa a vyhnúť sa ďaleko závažnejším následkom.

mailový kontakt na autorky: stupkovam@gmail.com, barbora.vodickova@gmail.com

LITERATÚRA

ACTON, B. BIGGS, W. CREIGHTON, D. et al. Overtestimating neurodevelopment using the Bayley –III after early complex cardiac surgery. In *Pediatrics*, 2011, č.128, s. 794

BLYTHE, G.S. *Greifen und begreifen.*Kirzarten bei Freiburg : VAK Verlags GmbH, 2007. 279s. ISBN 978-3-935767-27-9

BORDÁČOVÁ, L. DOČOLOMASKÁ, D. MAŠURA, J. Faktory ovplyvňujúce ďalsí neuropsychologický vývin detí s hypopolastickým ľavokomorovým sydrómom. In *Pediatria*, 2007, č. 2, s. 6-9

CABY, F. CABY, A. *Příručka psychoterapeutických technik pro práci s dětmi a rodinou.* Praha : Portál, 2014. 143 s. ISBN 978-80-262-0710-8

COHEN, B.B. *BMC workshop orientovaný na vývin.* Bratislava : Babyfit Centrum, 2008

DAVIS, R. D. *Die unerkannten Lerngenies. Mit der Davis-Methode Lernstörungen beheben.* München : Kreuzlingen, 2004. 329 s. ISBN 3-7205-2508-2

GURICH, H. KONRAD, SKORZENSKY, D. et al. Long-term neurodevelopmental outcome and exercise capacity after corrective surgery for tetralogy of Falot or ventricular septal defect in infancy. In *An Thorac Surg.* 2006, č. 81, s. 958-966

HAPALOVÁ, M. KRIGLEROVÁ, J. *O krok bližšie k inklúzii.* Člověk v tísni : Centrum pre výskum etnicity a kultúry. 2013. www.cvek.sk

HORŇÁKOVÁ, M. Včasná intervencia In *Včasná intervencia orientovaná na rodinu* Bratislava : UK, 2010. s. 7-17.

HORŇÁKOVÁ, M. *Kroky k inkluzívnej škole.* Ružomberok : Verbum, 2014. 159 s. ISBN 978-80-561-0187-2

MARINO, B. LIPKIN, P. NEWBURGER J. et al. Neurodevelopmental outcomes in children with CHD. In *Circulation.* 2012, č. 126, s. 1143-1172

MATUŠKOVÁ, O Vyšetrenie psychomotorického vývinu v systéme včasných intervencií. In MITAŠÍKOVÁ, P. *Zborník zmedzinárodnej vedecko-odbornej konferencie a pilotného tréningu k projektu ECI 2.0- Európska iniciatíva za kompetentnosť vo včasnej intervencii.* Spolupráca s rodičmi pri podpore vývinu. 2014. Bratislava : PdF UK, s. 24-35

MIKULAJOVÁ, M. Možnosti ranej predikcie vývinových porúch písanej reči. In *Československá psychologie*, 2008, roč.LII, číslo 1, s. 59-69.

MIKULAJOVÁ, M. J*azykovo-kognitívne prístupy prevencie a terapie dyslexie.* 1. vyd. Bratislava : MABAG s.r.o., 2009. 68.s. ISBN 978-80-89113-74-3

NELSON, S. Sensory Integration Dysfunction http://home.comcast.net/~momtofive/SIDWEBPAGE2.htm

PALTZER, A. LIEBSTER, B. WYSS, H. *Danke, ich esse keine suppe. Perspektiven der Berhindertenarbeit.* Zürich : Edition Stephan Witschi, 2015. 236 s. ISBN 978-3-906-191-63-4

SINDELAR, B. Dostupné na internete: http://www.sindelar.sk/funkcii.htm

SINDELAR,B. *Basic Funtional Disorders. Reasons learning and behavior problems in children.* Wien : VAP, 2000. ISBN 3-85330-126-6

ŠTÚR, I. GURA DORIČOVÁ, D. *Kto chce žiť, nech sa kýve.* Bratslava : Premedia, 2014. 122s. ISBN 978-80-8159-134-1

VODIČKOVÁ, B. 2009. Možnosti predikcie špecifických porúch učenia. In Revue liečebnej pedagogiky/www.prolp.sk/wp-content/uploads/2009/06/revue-lp_c5_2009.pdf

7. PODPORA REZILIENCIE RODÍN S DIEŤAŤOM SO ZDRAVOTNÝM ZNEVÝHODNENÍM V RÁMCI VČASNEJ INTERVENCIE

PaedDr. Silvia Šaškievičová

Abstrakt: *Príspevok ponúka podrobný popis a analýzu poskytovania včasnej intervecie pre deti so zdravotným znevýhodnením a ich rodiny v Špecializovanom liečebnom ústave Marína-Kováčová. Tie vychádzajú z dlhodobej praktickej skúsenosti autorky, ktorá pracuje v zariadení ako liečebný pedagóg. Vyzdvihuje dôležitosť podpory reziliencie rodín, do ktorých sa narodí dieťa so zdravotným znevýhodnením a tiež sa zamýšľa nad osobnou a odbornou kompetentnosťou odborníkov, ktorí danú rodinu sprevádzajú.*

Kľúčové slová: *reziliencia, rodina, dieťa so zdravotným znevýhodnením, včasná intervencia*

S problematikou včasnej intervencie v rodinách s dieťaťom s rizikovým vývinom sa každodenne stretávam od roku 2001, kedy som začala pracovať v Špecializovanom liečebnom ústave Marína na Kováčovej. Ako liečebný pedagóg v tomto zariadení prichádzam do kontaktu s rodičmi detí s rôznymi zdravotnými obmedzeniami a znevýhodneniami prakticky z celého Slovenska.

Obyčajne pracujeme s deťmi s identifikovaným rizikovým vývinom ešte pred dovŕšením prvého roku, a teda sme neraz prvými odborníkmi, s ktorými rodina prichádza do kontaktu (mimo lekárskych vyšetrení, ktoré do toho času absolvovali). Aj z tohto dôvodu si uvedomujeme mieru zodpovednosti, ktorú máme voči rodine a akými odbornými i osobnostnými kvalitami by mal odborník disponovať, aby zvládal poskytnúť rodičom adekvátnu pomoc pri ich orientácii.

Nakoľko ide neraz o prvotnú skúsenosť rodiča, ktorý prichádza za odborníkom s určitými očakávaniami, je dôležité už pri prvokontakte klásť dôraz na vzájomnú komunikáciu, ktorá je

základom vybudovania si vzájomného vzťahu, počiatku vzájomnej spolupráce. Vzhľadom k tomu je potrebné zadávať vhodné a jasne formulované otázky, správne pochopiť a následne interpretovať rodičovské odpovede, vedieť v odpovediach „čítať aj medzi riadkami“, správne vyhodnocovať aj neverbálne prejavy v komunikácii a hlavne aktívne, s účasťou počúvať. V zmysle: „*Nepostačuje počúvať len ušami. Pomáhajúci musí načúvať aj očami a srdcom...“ (*J. Křivohlavý, 1993, str. 23).

Snahou je, aby vzťah, ktorý sa postupne medzi mnou a klientom (rodinou) vytvára, bol vzťahom chápajúcim, nehodnotiacim, tolerujúcim. Uvedomujem si, že pri sprevádzaní rodiny je terapeut vždy viac či menej zdieľajúci, prežívajúci s klientom jeho životný príbeh. Preto požadovaný empatický vzťah je predpokladom, aby mohlo vôbec dôjsť k zmene. Jeho vytvorenie, jeho dynamiku sledujem od prvej chvíle stretnutia.

Rodič niekedy prichádza s očakávaním, že mu budú poskytnuté rady či informácie, ktoré mu „zaručene“ pomôžu. Zrejme sú aj takí terapeuti, ktorí intervenujú takýmto spôsobom. No domnievam sa, že žiadny terapeut nie je omnipotentný a nie všetky problémy sa dajú zo života rodiny odstrániť. E. Lukasová (1997, s. 65) tvrdí, že „*terapeut, ktorý sa obmedzí len na korigovateľný úsek, vykonáva síce svoje zamestnanie, ale zmýlil si povolanie“*.

Včasná intervencia poskytovaná v našom zariadení je súbor intervencií diagnostických, poradenských a terapeuticko-výchovných. V praxi to funguje tak, že v rámci prvých pobytov (keď má dieťa neraz len niekoľko mesiacov) sa dieťaťu lekárom indikuje liečebno-pedagogická starostlivosť – v zmysle včasnej intervencie. Zámerne uvádzam „prvý pobyt“, keďže naši najmladší pacienti sú obyčajne deti s identifikovaným rizikovým vývinom, a teda je veľký predpoklad, že pobyty v našom zariadení sa budú opakovať. (Z nášho pohľadu sú tieto opakované pobyty cennou ľudskou aj odbornou skúsenosťou – sprevádzanie rodiny v rôznych fázach ich neštandardného rodičovstva.)

Cieľom je zahájiť prvotnú spoluprácu s rodinou (resp. s matkou, ktorá je s dieťaťom na pobyte). Rodičia detí s narušeným vývinom majú svoje neodmysliteľné miesto v procese včasnej intervencie. Rodiča nevnímame len ako zdroj informácií o dieťati, ale stáva sa pre nás akýmsi „koterapeutom“, a teda je neoddeliteľnou súčasťou našich diagnostických, poradenských, či terapeutických intervencií.

Počas celého procesu je nutná úzka spolupráca s ním, je neustále informovaný s aktuálnym stavom a vývinovým profilom svojho dieťaťa a možnosťami smerovania ďalšej intervencie. Vždy je prítomný na jednotlivých intervenciách. Prípadné otázky, nejasnosti, námety spolu

následne prekonzultujeme a nachádzame/navrhujeme nové stratégie. V rámci intervencií si všímam aj individuálne zdroje zvládania konkrétnej rodiny, čo sú ich silné stránky – protektívne faktory, prípadne aké vplyvy sú rizikové pre ich rodinnú rezilienciu. Cieľom je, aby po skončení ich pobytu sme spoločným úsilím našli nové stratégie zvládania životnej situácie, našli možnosti ako podporiť ich rezilienciu.

V poslednom období sa viacerí odborníci, pracujúci s rodinami v rámci včasnej intervencie, začínajú zaoberať možnosťami podpory reziliencie (odolnosti) rodiny s dieťaťom s rôznymi zdravotnými znevýhodneniami. Aby takéto rodiny už na začiatku svojho „neobyčajného rodičovstva" si dokázali uvedomiť svoje možnosti, prednosti, prípadne limity, ktorými ako rodina disponujú a ktoré musíme rešpektovať, aby spoznali faktory, ktoré ich odolnosť voči krízovým obdobiam determinujú.

Ako chápeme rezilienciu v kontexte rodiny?

Pojem reziliencia sa všeobecne prekladá ako nezdolnosť, húževnatosť. I. Šolcová (2009, str.10) uvádza, že „*pôvodný, skôr statický termín (odolnosť, nenáchylnosť – invulnerability) sa postupne začal nahrádzať termínom reziliencia, ktorý už vo svojom pôvodnom význame (pružnosť) navodzuje dynamický pohľad."* M. Horňáková (2010) dopĺňa, že reziliencia sa chápe ako:

- danosť (individuálne dispozície človeka pre udržanie zdravia a tiež vonkajšie okolnosti žitia),
- dynamický proces úspešnej adaptácie v nepriaznivých okolnostiach.

V kontexte rodiny by sme ju mohli definovať ako „*schopnosť rodiny konštruktívne pristupovať k riešeniu problémov, pričom jej jednotliví členovia dokážu spoločne konštruktívne zareagovať na výzvy života v rámci dynamiky rodinných vzťahov s využitím vnútorných a vonkajších zdrojov"* (M. Slaninová, 2008).

Podpora reziliencie v rodinách s dieťaťom s rizikovým vývinom je jej aktivácia, pomoc pri aktívnom hľadaní nových stratégií, zreálnení pohľadu na novovzniknutú situáciu a podpora kompetencií konať, riešiť problémy, rozhodovať sa a prebrať zodpovednosť pri iniciovaní zmien. Pomoc v rámci včasnej intervencie spočíva v pomoci pri orientácii rodiny na vlastné zdroje zvládania, na vlastnú rezilienciu – ako individuálnu a jedinečnú schopnosť každej rodiny, ktorá sa aktivizuje vtedy, keď sa vyskytne problém, ktorý treba akútne riešiť.

V neposlednom rade, v zdravom rodinnom prostredí sa dieťa cíti dobre, príjemne, je spokojné a šťastné. Slovné spojenie „zdravé rodinné prostredie“ v našom chápaní znamená prostredie, v ktorom členovia rodiny nachádzajú to, čo potrebujú pre svoje psychické zdravie a pre rozvoj svojej osobnosti: lásku, oporu, sebaovládanie, uznanie osobného úspechu, vedomie spolupatričnosti a pocit dôvery. Rodina je ideálnym miestom pre zdravý vývin dieťaťa, keď cíti, že je prijaté rodičovskou láskou. Láskou dopredu danou a „nezaslúženou“, bezvýhradnou a bezpodmienečnou, keď je dieťa milované a prijímané také – aké je, aj s prípadnými svojimi „nedostatkami“ či obmedzeniami. Láskavé napĺňanie individuálnych potrieb dieťaťa by malo byť pre rodičov to najdôležitejšie.

Narodenie dieťaťa so zdravotným znevýhodnením do rodiny

Očakávania rodičov pri narodení každého dieťaťa sú prirodzene pozitívne. Rodičia očakávajú narodenie zdravého dieťaťa. Narodenie dieťaťa s rôznymi druhmi zdravotného znevýhodnenia prináša rodine psychický stres a je to zároveň nesmierna skúška ich rodičovskej a osobnej zrelosti. Pochopiteľne, že na tieto životné zmeny a okolnosti nikto nikdy nie je „primerane“ pripravený.

Rodičia dieťaťa so znevýhodnením zažívajú bezprostredne po jeho narodení šok. Po prekonaní prvého otrasu prichádza úzkosť, strach, obavy z budúcnosti, široká škála rôznych depresívne ladených nálad. Negatívne sú ovplyvnené aj ich vzájomné vzťahy. I. Dickman, S. Gordon (2006) uvádzajú, že hlavnou príčinou dezintegrácie rodiny nie je samotné poškodenie dieťaťa, ale spôsob akým rodina zareaguje na túto skutočnosť.

Rodiny, ktoré sa vyznačujú rezilienciou sú typické tým, že po nejakej stresujúcej udalosti, ťažkom období, ktoré nečakane zasiahlo ich rodinné fungovanie, ju zvládnu úspešne prekonať a pokračovať v pôvodnom smere a v pôvodnom stave. Podľa viacerých autorov je reziliencia kapacitou sledovaných cieľov, ktoré dávajú nášmu životu zmysel pokračovať ďalej v nastolenom životnom „kurze“. Podľa M. Horňákovej (2010) sa reziliencia v priebehu života vyvíja, nie je rysom osobnosti, ale naučenou formou správania.

Snahou odbornej intervencie je podporiť rodinnú rezilienciu, aby rodina čo najskôr zvládala sama riešiť ťažkosti, zadaptovať sa a ďalej pokračovať pokiaľ možno v čo najoptimálnejších podmienkach pre špecifický vývin ich dieťaťa. Našou snahou je ju podporovať a to v rámci ktorejkoľvek fázy procesu ECI (early childhood intervention – včasná interencia).

Oboznámenie sa s problematikou – *anamnestická fáza.*

1. Zisťovanie aktuálneho stavu - *diagnostická fáza.*
2. Vytváranie cieľov, plánovanie, voľba vhodnej terapie a samotná realizácia terapeutických intervencií – *terapeutická fáza.*
3. Intervencie zamerané na rodiča – *poradenská fáza.*

Podpora reziliencie rodín v rámci anamnestickej fázy procesu ECI.

Podporiť rodinu k ďalšej spolupráci a k jej reziliencii v rámci anamnestickej fázy ECI sa snažím prostredníctvom spoločného „zreálneniu pohľadu“ na aktuálnu situáciu. Ponúkam pomoc pri nachádzaní odpovedí na aktuálne otázky. Pre nasledujúcu vzájomnú spoluprácu, pre náš vzťah, ktorý je potrebný, aby sa vytvoril medzi nami, je kľúčové, aby som v tejto fáze pôsobila na rodiča ako odborník kompetentne, dôveryhodne, ale aj ako človek – sympaticky, neformálne, s optimistickým a radostným očakávaním pozitívnej zmeny. Rodič vstupuje do interakcie s odborníkom, so svojimi aktuálnymi potrebami a očakávaniami a nám z toho vyplývajú konkrétne úlohy a ciele našich intervencií.

V nasledujúcom prehľade uvádzam potreby a očakávania rodiča a následné úlohy a možnosti podpory reziliencie, ktoré sa k nim vzťahujú v rámci anamnestickej fázy procesu ECI:

Potreby a očakávania rodiča	**Úlohy, ciele a podpora reziliencie terapeutom**
Potreba vypočutia, porozumenia (bez hodnotenia), akceptácie, empatického zdieľania... adekvátna interakcia s odborníkom.	Vytvoriť akceptujúci, empatický vzťah v dôvere a aktívne vypočuť, porozumieť, zhodnotiť aktuálnu situáciu a následne svoje možnosti pomoci. Ubezpečiť rodiča o svojom úprimnom záujme byť veci prospešný.
Potreba formulovať svoje emócie, svoje očakávania zo spolupráce s terapeutom.	Podporovať rodiča v jeho kompetenciách, v jeho emocionálnej otvorenosti. Ubezpečiť ho, že ho prijímame bez výhrad. Pozorne počúvať a odpovedať na otázky „očakávaní“. Určiť si hranice a kompetencie. Zreálniť očakávania.
Potreba dostať informácie o ponuke zo strany terapeuta. Dostať odpoveď na svoje otázky: „Čo sa ide diať?“ „Čo mi môžete ponúknuť?“	Poskytnúť informácie o svojej odbornej kompetentnosti v zmysle ubezpečenia rodiča, že sa problematike profesionálne venujeme, že sa v nej orientujeme, že máme dostatok skúseností. Poskytnúť informácie o ďalších krokoch, postupoch intervencií...

Potreba počuť „prognózu“, ubezpečenie, že mu pomôžeme. Potreba optimistického povzbudenia, radostného pohľadu do budúcnosti – *mať cieľ, zmysel!*	Poskytnúť reálny pohľad na situáciu. Ubezpečiť rodiča, že sa budeme snažiť byť veci prospešný v najväčšej možnej miere v rámci svojich možností, kompetencií a limitov. Úprimne sa tešiť z každého úspechu, ktorý sa dostaví a optimisticky ho zakomponovať do ďalších pozitívnych plánov. Svojim reálnym optimizmom mobilizovať vnútorné zdroje rodiny.
Potreba ubezpečenia, že doteraz konal správne, že nič nezapríčinil on, že nič nezanedbal...	Ubezpečiť rodiča, že každý koná najlepšie ako vie v danej situácii. Nemáme dosah na okolnosti, ktoré sa už udiali, ale sme kompetentní meniť prítomnosť a budúcnosť. V nás nachádza plnú podporu, aby sme ho sprevádzali pri hľadaní nových zdrojov a stratégií efektívnejšieho zvládania.

Podpora reziliencie rodiny v diagnostickej fáze procesu ECI

Už v priebehu prvých stretnutí - fázy anamnestickej - sa snažíme zorientovať v situácii rodiny a vytvárame komunikačný priestor pre rodičov. Rodič prechádza rôznymi fázami – od počiatočného uvedomenia si problému až po postupné prijatie reálnej skutočnosti a hľadanie novej životnej orientácie, uskutočňovanie zmien. Rozhodujúcou fázou v ich živote je neraz fáza diagnostická – priama konfrontácia s realitou, a síce, že ich dieťa má závažné zdravotné obmedzenie s dôsledkami na jeho ďalší vývin.

Diagnostika v rámci ECI je vždy *procesuálna* (o tom informujeme aj rodiča, aby nebol sklamaný, keď výsledkom diagnostického procesu v rámci ECI nemusí vždy byť konkrétna „diagnóza“, ale skôr aktuálne smerovanie dieťaťa, jeho vývinové tendencie). Diagnostické závery sa obyčajne v rámci ECI formulujú hypoteticky, aby bol vytvorený priestor pre jej ďalšie priebežné overovanie, dopĺňanie a prípadné modifikovanie podľa nových skutočností. Uvedomujeme si mieru zodpovednosti pri prvotnom hodnotení dieťaťa a vyjadrovania sa k ďalšej prognóze, nakoľko včasnou diagnostikou a následnou stigmatizáciou v podobe určenia diagnózy (alebo len podozrenia) môžeme výrazne ovplyvniť ďalší život dieťaťa, ako aj jeho rodiny.

Významnú úlohu tu zohráva čas. Je veľmi dôležité, aby to bolo v živote dieťaťa čo najskôr, najlepšie v priebehu prvého roka života dieťaťa.

Z etiologického hľadiska ide obyčajne o symptomatickú diagnostiku, nakoľko ide o pozorovanie v ranom vývine a manifestné sú len niektoré prejavy u dieťaťa, ktoré následne vyžadujú dôslednú diagnostiku na potvrdenie alebo vyvrátenie podozrení – hypotéz.

Môžeme povedať, že zmyslom včasnej diagnostiky je v našom chápaní preto:

- pomôcť porozumieť podstate konkrétneho zdravotného obmedzenia dieťaťa a možným ďalším problémom,
- ukázať nové cesty efektívneho prístupu, možností a terapie pre rodičov.

Našou snahou je, aby potvrdenie diagnózy dieťaťa bolo zároveň okamihom začatia odbornej intervencie v rodine**.** Je vhodné, aby rodičia v tomto období spolupracovali s odborníkmi. Ich „neobyčajné rodičovstvo“ si vždy vyžaduje profesionálnu podporu, obzvlášť v čase, keď prijímajú novú životnú situáciu a prispôsobujú sa jej. Včasnú diagnostiku a skorý vstup profesionálnej starostlivosti do rodiny považujem za rozhodujúce psychologické faktory zvládania rodičovského stresu pri narodení dieťaťa so zdravotným obmedzením a rovnako je dôležitou efektívnou stratégiou zvládania a podpory rodinnej reziliencie.

V nasledujúcom prehľade uvádzam potreby a očakávania rodiča a následné úlohy a podporu reziliencie, ktoré sa k nim vzťahujú v rámci diagnostickej fázy procesu ECI:

Potreby a očakávania rodiča	**Úlohy, ciele a podpora reziliencie terapeutom**
Potreba čo najskôr poznať a porozumieť podstate obmedzenia ich dieťaťa a možnostiam, ktoré z toho vyplývajú. Poznať odpoveď na otázku: „Čo môžem ako rodič urobiť pre svoje dieťa?“	Poskytnúť potrebné informácie ohľadom diagnostických možností, obmedzení, limitov. Objektívne zhodnotenie situácie z viacerých uhlov pohľadu – s otvorenou prognózou. Dostupnosť k týmto informáciám by mala byť čo najskôr – tým sa značne redukuje napätie a stres v rodine.
Potreba orientácie do budúcnosti. „Čo bude?“ „Čo môžeme očakávať vzhľadom k reálnym možnostiam?“	V rámci ECI sa o prognóze v zmysle medicínskom terapeut nevyjadruje – skôr o „vývinových tendenciách dieťaťa“. Určité limity sú známe, stále zohľadňujeme možnosť prebiehajúcich vývinových zmien. V rámci ECI je dôležité spôsob oznámenia diagnostických zistení a následných možností – s motivačnými víziami.
Možnosť zdôveriť sa so svojim strachom a obavami z budúcnosti, z neschopnosti prijať reálnu situáciu. Strach zo životnej perspektívy dieťaťa aj celej rodiny.	Rodičia majú právo odmietať skutočný stav ohľadom svojho dieťaťa –najmä, ak jeho obmedzenie ešte nie je „viditeľné“. Majú tendenciu neveriť reálnemu stavu, popierať závery zistení, odmietať realitu. Úlohou terapeuta je tieto pocity prijať, zdieľať a snažiť sa pomôcť rodine, aby toto odmietanie prinieslo efektivitu, nie deštrukciu.

Potreba novej orientácie pre seba, pre rodinu vychádzajúce z diagnostických zistení. „Čo ďalej?“ „Ako konkrétne ďalej?“	Aktivácia rodiny. Pomoc pri hľadaní nových stratégií, zreálnení pohľadu na novovzniknutú situáciu. Podpora kompetencií konať, riešiť problémy, rozhodovať sa a prebrať zodpovednosť pri iniciovaní výchovných zmien. Pomoc pri orientácii na vlastné zdroje zvládania.
Vytvoriť si nový, reálny obraz o možnostiach a limitoch svojho dieťaťa.	Podať reálny obraz o dieťati a tým predísť nereálnym očakávaniam, prípadne zabrániť prestimulovanosti dieťaťa, čo je u malých detí častým problémom. V rámci podpory rodiny je našou snahou nesústrediť sa na konkrétne obmedzenia dieťaťa, na symptóm, ale posilňujeme kompetencie rodičov rozumieť svojmu dieťaťu, prijať ho bez výhrad, dokázať sa z neho tešiť, radovať sa z jeho pokrokov.

Podpora reziliencie rodiny v terapeutickej fáze procesu ECI

Spravidla ide v nadväznosti na diagnostickú fázu procesu, kedy na základe diagnostických zistení zostavujeme súbor liečebnopedagogických stimulačných cvičení. V prítomnosti rodiča prebiehajú cvičenia individuálne, vo forme krátkych praktických zamestnaní. Snažíme sa o čo najprirodzenejšie situácie, v ktorých má dieťa možnosť reagovať spontánne a jemu vlastným spôsobom.

Terapeutické intervencie v rámci ECI by nikdy nemali mať formu tréningu, ale si vyžadujú interaktívne zapojenie sa všetkých zainteresovaných. Čiže spoluprácu medzi dieťaťom – terapeutom a rodičom. Sú koncipované tak, aby rešpektovali aktuálne dosiahnutý vývinový stupeň dieťaťa, aby boli prínosné pre praktický život, aby boli podnetné pre rodiča a dostatočne atraktívne pre dieťa.

Vo včasnej intervencii niekedy ťažko striktne oddeliť, čo je ešte vo fáze hodnotiacej – diagnostickej a čo je už terapeutické. Samotné hrové aktivity s dieťaťom – čo tvorí gro v rámci ECI, je ťažko hodnotiť, či ide primárne o „diagnostickú terapiu“ a či „terapeutickú diagnostiku“.

V nasledujúcom prehľade uvádzame potreby a očakávania rodiča a následné úlohy a podporu reziliencie, ktoré sa k nim vzťahujú v rámci terapeutickej fázy procesu ECI:

Potreby a očakávania rodiča	**Úlohy, ciele a podpora reziliencie terapeutom**

Príprava na intervenciu, potreba dostať inštrukcie, konkrétne informácie, čo môžem od intervencie očakávať, aké sú možnosti praktického využitia...	Zreálnenie, prispôsobenie očakávaní v súlade s reálnymi možnosťami. Jasne formulovať naše ciele, ktoré intervenciou sledujeme – stimulácia dieťaťa, ale rovnako aj usmernenie rodiča prostredníctvom praktických zážitkov.
Prakticky predviesť spôsob interakcie, hry, cvičenia, komunikácie s mojim dieťaťom, aby sme zažili pozitívnu zmenu. (Rodič je neraz dezorientovaný v prejavoch svojho dieťaťa, ktoré často nesprávne vyhodnocuje. Je presvedčený, že jeho dieťa „nevie, nezvláda“, porovnáva ho s inými deťmi, s rôznymi kritériami... Rodič sa „stráca“ v spleti nejasností.)	Terapeut vychádzajúc z diagnostických zistení zvolí primerané cvičenie. Cvičenia sú postavené na aktuálnych schopnostiach dieťaťa – teda čo „už zvláda“ a orientuje ich k schopnosti dosiahnuť vyšší vývinový stupeň. Cvičenie by malo byť vždy „o level vyššie“ (ale musí byť zvládnuteľné), aby bolo pre dieťa dostatočne motivujúce. V priebehu th. intervencie sa dg. zistenia priebežne aktualizujú prostredníctvom novozistených skutočností. Prostredníctvom nich sa prehodnocuje adekvátnosť zvolenej intervencie a v prípade potreby sa korigujú, dopĺňajú.
Potreba zažiť s dieťaťom niečo radostné, optimistické, sledovať úspech svojho dieťaťa pri konkrétnej činnosti. Tieto malé radosti, pokroky dodávajú rodičovi nádej, že je možné s ich dieťaťom dospieť k vývinovým pokrokom.	Zvoliť primerané cvičenie, ktoré musí pôsobiť na dieťa stimulačne, motivačne a dostatočne atraktívne, aby v ňom zotrval. Atmosféra musí byť radostná, očakávajúca pozitívnu zmenu, optimistická. („Ostrovy nádeje“ v zažití radostných okamžikov neraz rodič retrospektívne hodnotí ako výraznú podporu ich vlastnej reziliencie.)
Potreba naučiť sa pravdivo vnímať, „dešifrovať“ potreby svojho dieťaťa počas spoločne strávených chvíľ. Vedieť sa do hry primerane zapojiť – naučiť sa „správne“ zareagovať. Reagovať primeraným spôsobom vzhľadom k dosiahnutému stupňu vývinu dieťaťa (nie vzhľadom k fyzickému veku – ten môže byť oveľa vyšší) a tým poskytnúť svojmu dieťaťu emocionálnu podporu – eliminovať úzkosť a obavy z jeho oneskorenia vo vývine.	Viesť rodiča k tzv. „pozitívnemu rodičovstvu“ – prijať svoje dieťa také, aké je, bezpodmienečne. Odsledovať ho v zmysle pocitovom (či sa teší, raduje z hry), nie v zmysle porovnávacom (čo by „mal vedieť“ vzhľadom k veku). Pracovať s rodičom v posilňovaní jeho rodičovských kompetencií, naučiť ho zrkadliť emócie svojho dieťaťa – je to pre dieťa výborná spätná väzba ich kvality vzťahu. Dieťa potrebuje veľa „cítiť“, nakoľko „počutému“ ešte nemusí správne rozumieť.
Očakávania konkrétneho, praktického výstupu – implementovať skúsenosti do ich každodenného života. Čo najviac sa „naučiť“ od odborníka, čo najviac vypozorovať pri sledovaní svojho dieťaťa v interakcii s cudzou osobou.	Komplexne napomôcť rodine pri praktickom zvládaní ich situácie ohľadom dieťaťa v zmysle: Orientácie v špecifických výchovných a komunikačných stratégiách, Orientácia pri mobilizácii adaptívnych vyrovnávacích

	stratégiách, Orientácia vo svojich, často ambivalentných pocitoch pri výchove dieťaťa.

Podpora reziliencie rodiny v poradenskej fáze procesu ECI

Náplň poradenstva vo včasnej intervencii má široký záber a rozmanitosť. Prakticky počas celého procesu ECI sa priebežne vyskytujú rôzne situácie, kedy poradenský vstup je nevyhnutný. Niekedy je náročné zachovať hranice medzi poradenstvom a iným druhom intervencie. Tak, ako v celom procese včasnej intervencie platí, že základom úspešnej pomoci je vzťah, v poradenstve to platí dvojnásobne. Nakoľko základom poradenského procesu je komunikácia, dôverný vzťah medzi rodičom a odborníkom je nevyhnutnosťou. Komunikácia by mala byť otvorená a jasná ako zo strany rodiča, tak aj formulovanie nových stratégií a hypotéz zo strany odborníka by malo byť zrozumiteľné. Vzťah medzi odborníkom a rodinou býva neraz premenlivý a prechádza rôznymi fázami.

Cieľom poradenstva je poskytnúť rodičom informácie, sprevádzanie pri riešení problémov, posilnenie ich samostatnosti a rodičovských kompetencií a predovšetkým umožniť rodine lepšiu orientáciu vo svojej ťažkej životnej situácii. Je náročné viesť poradenský proces spôsobom čo najempatickejším, aby to nebolo len o zadávaní akýchsi rád a odporúčaní, ale o spoločnom nachádzaní nových riešení a orientácii, po dôkladnej analýze ich životnej situácie. Prax nám dokazuje, že rezilienciu týchto rodín podporuje už samotný fakt, že je tu „niekto“ kto je nápomocný, ochotný pomôcť, poradiť, viesť.

Podľa M. Habalovej (2010, s. 40): *„sú indikáciou na realizáciu poradenstva vo včasnej intervencii výchovné výzvy, presahujúce možnosti a kompetencie rodičov, konkrétne problémy súvisiace so správaním dieťaťa a podpora stratégií výchovy na dosiahnutie maximálneho možného rozvoja zručností a schopností dieťaťa.“* Úlohou odborníka v rámci poradenského procesu je zanalyzovať situáciu a korekciami zlepšiť výchovné stratégie, podpora kompetencií rodiča, zladenie jednotlivých výchovných vplyvov v prístupe ku dieťaťu, riešenie krízových situácií, orientácia v systéme pomoci a predchádzanie ťažkostiam dieťaťa v rámci preventívnych opatrení. Kompetencie rodičov môžeme zvyšovať aj tým, že naučíme rodičov nielen konštruktívne pracovať so získanými informáciami, ale aj vedieť ich aktívne vyhľadávať prostredníctvom literatúry, internetu, absolvovaní podporných skupín, atď..

V neposlednom rade dôležitou pomocou pre tieto rodiny je ich napojenie na systém sociálnej pomoci, poskytujúcej rodine finančnú podporu, prístup k sociálnym dávkam, sprostredkovanie kompenzačných pomôcok a pod.. Toto sú dôležité aspekty, ktoré tiež významne podporujú ich rezilienciu.

Zhrnutie terapeutových možností podpory reziliencie rodiny v poradenskej fáze ECI:

- vytvoriť dôverný vzťah medzi terapeutom a rodinou,
- vnímavo chápať a prijímať jedinečnosť rôznych pocitov a predstáv rodičov,
- aktívne počúvať a následne venovať pozornosť všetkým výpovediam a podozreniam rodičov,
- poskytnúť rodičom to, čo aktuálne potrebujú počuť, vedieť, zažiť – či už ide o informácie, návody alebo ich podporu a posilnenie, alebo im umožniť lepšiu orientáciu, usmerniť ich výchovné pôsobenie,
- zaktivizovať rodinu,
- byť empatický, podporujúci, optimistický a prirodzený,
- vyvarovať sa v poradenstve tzv. indukovanému pocitu viny typu: „keby som to bol skôr vedel...“, pocit, že prišli neskoro, že niečo sa zanedbalo,
- zaradiť rodičov do rodičovskej diskusnej skupiny – medzi rodičov, ktorí riešia podobné problémy.

ZHRNUTIE

Mojou snahou je interpretovať praktické skúsenosti s rodinami v rámci včasnej intervencie. Na základe toho môžem zobjektivizovať základné východiská úspešnej intervencie:

- úspešné napojenie sa na rodinu a vytvorenie čo najkvalitnejšieho profesionálneho vzťahu medzi rodičom a odborníkom,

- vo včasnej, proces-orientovanej diagnostike dieťaťa a následnom zhodnotení aktuálneho stavu, z ktorého vychádzame a na základe ktorého navrhujeme nové, účinné, výchovné stratégie, nové možnosti pre rodinu a dieťa, návrh zmien, ktoré je vhodné absolvovať,

- umožnenie rodine lepšiu orientáciu vo svojej novovzniknutej situácii – zreálniť obraz o dieťati pokiaľ možno s očakávaním pozitívnych zmien, zreálniť možnosti, ale aj limity, ktorými disponuje ako dieťa, tak aj rodina ako systém,

- realizovanie konkrétnych terapeutických cvičení, krokov nápravy a opatrení, zameraných na predchádzanie ťažkostiam, či ich nápravu, stimuláciu vývinu a podporu toho zdravého v dieťati.

Niekedy ani enormné úsilie odborníka nestačí pri zmiernení napätia v rodine a neraz narazíme na skryté, či otvorené odmietanie. Sú rodiny, ktoré objektívne vykazujú väčšiu mieru reziliencie ako iné. Faktory, ktoré hodnotím ako pro-rezilientné sú:

- funkčná komunikácia medzi členmi rodiny, spojená s otvoreným úprimným prežívaním emócií,

- kvalitné, otvorené, úprimné vzťahy v rodine, založené na vzájomnej dôvere, tolerancii a vzájomnej láske,

- kvalitné vzťahy aj mimo rodiny (priateľské, rodinné, pracovné...),

- schopnosť rodiny vedieť flexibilne, pohotovo riešiť nové situácie, prijať aj nečakané zmeny, ktoré zvládnu pretransformovať na akési životné výzvy,

- súdržnosť rodiny, ktorá sa prejavuje aj štýlom ako trávia spoločný voľný čas, či v dodržiavaní nejakých rodinných rituálov,

- spiritualita, viera, že „veci“ sa dejú, okolnosti prichádzajú rôzne... či pozitívne nastavenie, ladenie... pozitívny pohľad do budúcnosti,

- sociálna podpora, starostlivosť, schopnosť orientácie v spleti sociálnych zákonov a poznanie možností pomoci.

Ďalej ešte dopĺňam zistenia, ktoré mám vypozorované a patria rovnako medzi faktory, ktoré značne determinujú prijatie dieťaťa so zdravotným znevýhodnením a podieľajú sa na reziliencii:

- druh a stupeň zdravotného postihnutia dieťaťa,
- kedy, za akých okolností k poškodeniu došlo... a akým spôsobom rodičom tieto skutočnosti boli oznámené,
- vek rodičov,
- dosiahnuté vzdelanie rodičov (niekedy sa stretávame so skutočnosťou, že inak prijíma vysokoškolsky vzdelaná, ambiciózna matka dieťa s výrazným mentálnym oslabením a inak dieťa, ktoré má napr. zrakový handicap...),
- poradie, v akom sa dieťa do rodiny narodilo (či ide o prvorodené, či je jedináčik alebo ide o viacdetnú rodinu...),
- dokonca aj bydlisko (či býva rodina na dedine, či v meste – kde je väčšia anonymita),
- úplnosť/ neúplnosť rodiny,
- spiritualita.

Aj rodiny, ktoré nedisponujú z rôznych dôvodov pro-rezilientnými faktormi, resp. rodiny, ktoré následkom narodenia dieťa so zdravotným znevýhodnením, vykazujú už znaky dysfunkčnosti, môžeme správnym prístupom a v správnom čase podporiť a pomôcť im. Stretnutia s odborníkom, ktoré absolvujú v rámci včasnej intervencie sú ideálnym miestom na takýto druh pomoci. Ako napríklad rodina, ktorá má ťažkosti zvládať krízu a ktorá by možno nikdy cielene nevyhľadala odbornú pomoc, ale v rámci pomoci, ktorú vnímajú ako orientovanú striktne len na ich dieťa je nám umožnené sa úspešne na rodinu napojiť a prehodnotiť problém komplexne. Táto skutočnosť je veľkou výhodou nami poskytovanej včasnej intervencie. Ďalšie skutočnosti, ktoré hodnotíme ako pozitíva nami poskytovanej ECI v našich podmienkach sú:

- komplexný servis, ktorý zabezpečuje tím odborníkov (lekár, fyzioterapeut, liečebný pedagóg, klinický psychológ, logopéd, ergoterapeut...),
- využitie časového priestoru – intervencie sú pravidelné, intenzívne, vzájomne sa doplňujúce aj s inými druhmi procedúr vyplývajúce z absolvovania kúpeľného režimu (rehabilitácia, masáže, plávanie, cvičenie...),
- intenzívny kontakt s rodinou prakticky počas 24 hodín,
- aktívne spolupreživanie ťažkostí podobného charakteru rodiča s ostatnými rodičmi, ktorí sú spoločne na pobyte,
- zapojenie rodiča do rodičovských diskusných skupín – získajú nadhľad, nové informácie, praktické rady, kontakty...

Na druhej strane si uvedomujeme aj obmedzenia a nevýhody, ktoré takýto druh ECI so sebou prináša, a síce:

- niekedy prvé pobyty v našom zariadení dieťa absolvuje už vo vyššom veku (nad 3-4 roky) a teda je zjavná absencia včasného odborného pôsobenia ako na samotné dieťa, tak aj na rodinu (v rôznom zmysle),
- časový faktor – v našich podmienkach z objektívnych dôvodov sú pobyty len mesačné, čo je krátke obdobie na tak rozsiahle pôsobenie a z tohto dôvodu majú intervencie občas charakter skôr len poradenských vstupov – neostáva veľa časového priestoru na zmenu,
- kontakt obyčajne len s jedným rodičom – na zobjektivizovanie skutočností nám chýba pohľad ostatných členov rodiny, resp. pracujeme s informáciami, ktoré nám sprostredkuje zvyčajne len matka dieťaťa,
- niekedy rodina pobyt nezopakuje alebo prídu vo väčšom časovom odstupe... absencia „spätných väzieb“,
- absentujúca sieť zariadení na Slovensku, kde by bola zabezpečená kontinuálna starostlivosť.

Napriek týmto skutočnostiam som presvedčená (a spätné väzby od našich pacientov sú toho dôkazom), že včasná intervencia, ktorú poskytujeme v našom zariadení je kvalitným

a dôležitým zdrojom informácií a inšpirácií pre jednotlivé rodiny, s ktorými prichádzame do kontaktu.

Prax mi potvrdzuje, že väčšina rodín zvláda svoje záležitosti veľmi dobre. Som presvedčená, že ľudia sú oveľa viac rezilientní než by sme predpokladali. Najmä v krízových, nečakaných stavoch sa rodič dokáže psychicky zmobilizovať a preukázať obdivuhodnú odolnosť. Keď ide „o dieťa“ rodič doslova zvláda aj dlhodobo „fungovať na kyslíkový dlh“. Preto sa domnievam, že väčšina rodín nepotrebuje žiadnu psychoterapiu (ako sa neraz predpokladá), tieto rezilientné rodiny potrebujú len dostatočnú podporu okolia – a to je aj mojou snahou, stratégiou, ktorú v rámci intervencií preferujem.

mailový kontakt na autora: ssilvia@centrum.sk

LITERATÚRA

Dickman, I.- Gordon, S. One miracle at a time: How to get help for your disabled child – from the experience of other parent. In: HAVENS, A.I. *Becoming a resilient family:* Child disaility and the family system. National center on accesibility, [citované 15.03.2006] Dostupné na internete: http://www.indiana.edu/~nca/monographs/17family.shtml.

Habalová, M.: Výchovné poradenstvo – formy, metódy a prostriedky v rámci včasnej intervencie. Doktorská dizertačná práca. PdF UK Bratislava 2010.

Horňáková M.: Včasná intervencia orientovaná na rodinu. Bratislava, UK v Bratislave 2010. ISBN 978-80-223-2915-6.

Křivohlavý, J.: Povídej, naslouchám. Praha, Návrat 1993. ISBN 80-85495-18-X.

Lukasová, E.: Logoterapie ve výchově. Praha, Portál 1997. ISBN 80-717-8180-0.

Slaninová M.: Reziliencia rodín so znevýhodnením. In Revue liečebnej pedagogiky 3/2008 roč. II s. 3. 2008. ISSN 1337-5563.

Šolcová I.: Vývoj reziliencie v dětství a dospělosti. Praha, Grada 2009. ISBN 978-80-247-2947-3.

8. SKUPINOVÁ LIEČEBNOPEDAGOGICKÁ INTERVENCIA NA PSYCHIATRICKOM ODDELENÍ V KONTEXTE SYSTEMICKEJ TRANSFORMAČNEJ TERAPIE PODĽA V. SATIROVEJ

Mgr. Pavol Janoško, PhD.

Abstrakt: *V prezentovanom príspevku autor popisuje špecifiká (možnosti, princípy, bariéry) procesu skupinovej liečebnopedagogickej intervencie na psychiatrickom oddelení. Čerpá z teórie liečebnej pedagogiky a Systemickej transformačnej terapie podľa Virginie Satirovej. Ďalej sa zaoberá možnosťami využitia kreatívnych terapií (ergoterapie, arteterapie, dramatoterapie) pri podpore komunikácie, spolupráce, koncentrácie, habilitácie a rehabilitácie narušených funkcií v procese liečby počas hospitalizácie.*

Kľúčové slová: *Skupinová liečebnopedagogická intervencia. Psychiatria. Kreatívne terapie*.

Úvod

> „*Niektorí vravia, že im pripadám ako osoba, ktorá nie je kompletná a ktorá nedokáže pôsobiť ako celistvá osobnosť. Avšak, kto môže povedať, čo je „kompletné" a čo chýba?*" (Lawson, 2008, s. 11)

Zvládnutie akútneho štádia duševného ochorenia sa často nezaobíde bez hospitalizácie klienta na psychiatrickom oddelení. K najčastejším ochoreniam, ktoré si v súčasnosti vyžadujú hospitalizáciu sú rôzne formy závislosti a depresie. Ich prevalencia stúpa, pričom dané ochorenia hlboko zasahujú nielen intrapsychický stav pacientov, ale významným spôsobom ovplyvňujú sociálne vzťahy a prežívanie členov blízkej rodiny. Veľkým problémom je tiež opakovaná hospitalizácia pacientov, ktorých liečba z rôznych príčin zlyháva. Dôvodmi môže byť nízka motivácia pacienta k zmene, neriešená traumatizácia spôsobená stratami alebo negatívny vplyv sociálneho prostredia (dysfunkčné vzťahy). U pacienta po návrate do

domáceho prostredia dochádza k opätovnému regresu a postupne sa zvyšujúcej manifestácii symptómov. Uvedené faktory vedú k nutnosti poskytnutia čo najkomplexnejšej pomoci, či už v ambulantnej forme, alebo v rámci hospitalizácie.

Špecifiká hospitalizácie na psychiatrickom oddelení

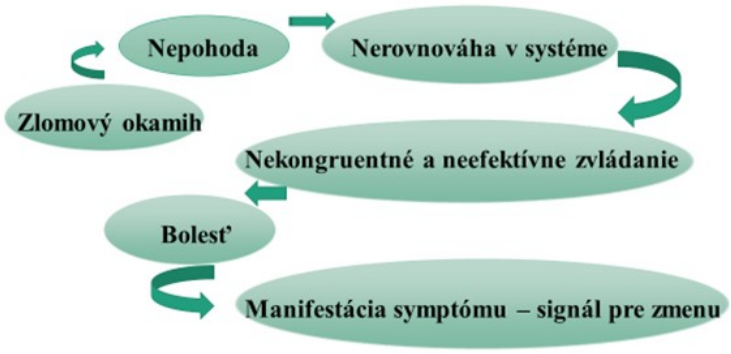
Poskytnutie starostlivosti hospitalizovaným pacientom súvisí s možnosťami nášho zdravotného systému. Okrem farmakoterapie disponujú psychiatrické oddelenia aj možnosťami podpornej psychoterapeutickej a liečebnopedagogickej intervencie, tak v individuálnej ako aj skupinovej podobe.

Zo psychoterapeutických prístupov sa dlhodobo využíva psychodynamický prístup, ktorý kladie dôraz na podiel minulosti (predovšetkým zážitkov z detstva) a nespracovaných intrapsychických (vnútorných) konfliktov, ktoré sa pomocou prenosových mechanizmov prenášajú do súčasnosti a spôsobujú vznik a pretváranie individuálnej, párovej alebo rodinnej patológie (symptómov). Z iných smerov sa osvedčila napr. kognitívno-behaviorálna terapia, ktorá sa zaoberá analýzou vnútorných, skrytých komponentov správania, ako aj jeho kognitívnych a autoregulačných aspektov (Kratochvíl, 2012). Vzhľadom na množstvo systémových faktorov, ktoré pôsobia pri vzniku a udržiavaní ochorenia sa do popredia postupne dostávajú aj systemické psychoterapeutické prístupy. Ich teoretickými východiskami sa budeme podrobnejšie zaoberať v nasledujúcom texte.

V procese liečebnopedagogickej starostlivosti ide predovšetkým o interaktívne pôsobenie a nadviazanie prijímajúceho/bezpečného vzťahu ako nosného nástroja terapeuticko-výchovného pôsobenia. Cieľom je, ako popisuje Horňáková (2003, s. 36), „*podpora identity a integrity indivídua – t.j. jeho schopnosti orientovať sa, rozumieť sebe a svojmu prostrediu, prežívať zmysluplnosť svojho bytia, byť rezistentný voči záťaži, prijímať adekvátny hodnotový systém a vzťahy*“. Ako prostriedok k tomu liečebný pedagóg využíva expresívne terapie pri práci so skupinou. Na psychiatrickom oddelení k najpoužívanejším patria ergoterapia, arteterapia, biblioterapia a muzikoterapia. Menej častými sú dramatoterapia a psychomotorická terapia, no i tie majú v danom prostredí svoje opodstatnenie a využitie.

Systemická transformačná terapia podľa Virginie Satirovej

Systemická transformačná terapia podľa Virginie Satirovej (*1916 – †1988), často uvádzaná v skrátenej podobe aj ako *Model rastu*, patrí k humanisticky orientovaným systemickým psychoterapeutickým prístupom[3]. Ide o terapeutický smer, ktorý uznáva **hodnotu ľudskosti** a sústreďuje sa na univerzálne aspekty ľudského procesu, podporu zdravia a osobnostného rastu človeka. Systemické koncepcie vo všeobecnosti využívajú existujúce schopnosti klienta (zdroje) a zdôrazňujú jeho kompetenciu riešiť svoje problémy, byť spolutvorcom novej zmysluplnej skutočnosti. Odmietajú patologizáciu klienta, pretože vychádzajú z presvedčenia, že „*v danú chvíľu sme takí, akí sme a nemôžeme byť iní vďaka súhrnu príčin a udalostí, ktoré k danému momentu viedli. Prítomný moment*[4] *zároveň obsahuje všetko, čo potrebujeme k ďalšiemu rastu. Akonáhle si to človek uvedomí, príjme a docení, získava slobodu k ďalšiemu vývinu*“ (Lewis, Banmen, 2009, s. 48). V kontexte systemických prístupov sa potom na manifestáciu symptómov môžeme pozrieť ako na následok určitej nerovnováhy v systéme, ktorá nastala v dôsledku zlomového okamihu a vyvolala bolesť a s ňou spojené nekongruentné a neefektívne zvládanie (coping) pacienta (Obr. 1).



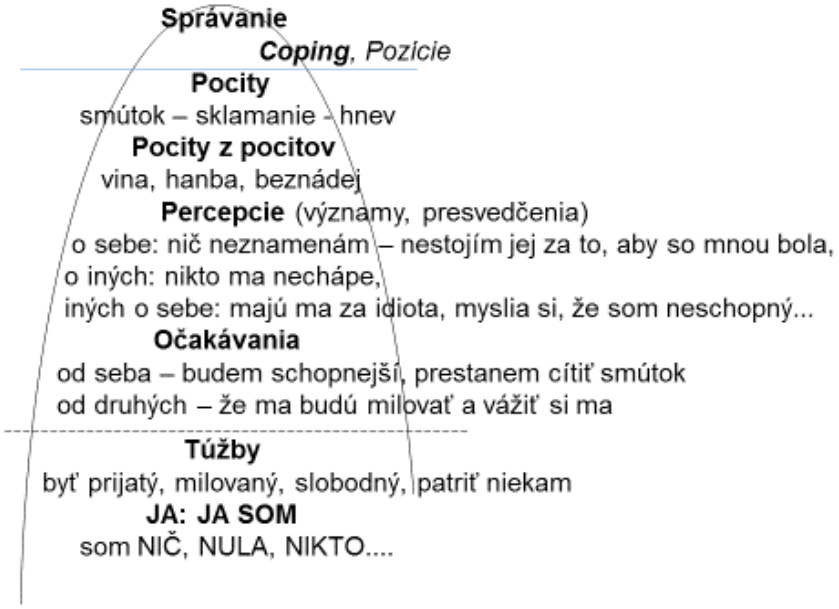
Obr. 1: Symptóm a jeho funkcia

[3]Ako terapeutický smer sa začal systematicky rozvíjať v roku 1977 v USA založením organizácie Avanta Network, práve spomínanou odborníčkou, psychoterapeutkou a priekopníčkou rodinnej terapie. Známou širokej odbornej a laickej verejnosti sa stala v r. 1972, vydaním knihy *Peoplemaking*, u nás známej ako Kniha o rodine, ktorá nestratila na svojej aktuálnosti aj napriek tomu, že od jej vydania ubehlo takmer 50 rokov.

[4] (v kontexte terapie je to individuálne alebo skupinové stretnutie, pozn.)

Kľúčové koncepty Modelu rastu

Ku kľúčovým konceptom a pojmom v Modeli rastu patria: koncept sebaúcty, kongruencia, validizácia, proces zmeny, interakcia a integrácia intrapsychických a interpsychických procesov. Pre znázornenie intrapsychickej dimenzie človeka využívala Satirová metaforu tzv. ľadovca, alebo kaleidoskopu (Satir et al., 1991), ktorú tvoria nasledovné úrovne: správanie, copingové vzorce, pocity, pocity z pocitov (tzv. reaktívne pocity), percepcie, očakávania, túžby a Self (Obr. 2).



Ob

r. 2: Ľadovec - znázornenie intrapsychickej dimenzie človeka (Satir, at al., 1991)

Ako uvádza Vesel-Gánocyová (2014), pocity (radosť, smútok, strach) predstavujú emocionálnu odozvu na vnútorné a vonkajšie prostredie, teda na Self, druhých ľudí a kontext. Pocity z pocitov možno špecifikovať aj ako reaktívne pocity vzťahujúce sa k dopadu aktuálne prežívaných pocitov. Sú založené na percepciách a očakávaniach vzťahujúcich sa priamo k sebahodnote a sebaúcte (pocit viny, hanby, bezmocnosti, ublíženia a pod.). Percepcie reflektujú našu kognitívnu výstavbu, napr. myšlienky, presvedčenia a významy, ktoré veciam pripisujeme, hodnoty, ktoré vyznávame alebo pravidlá, ktorými sa vedome alebo nevedome riadime. Očakávania úzko súvisia s nenaplnenými túžbami, potrebami a prianiami. Nie sú to len očakávania od druhých, ale aj očakávania od nás samých a to, čo si myslíme, že očakávajú ostatní od nás. Nasleduje úroveň túžob, kde sú zaraďované túžby univerzálne a špecifické. K univerzálnym patria napr. túžba po slobode, akceptácii, túžba milovať a byť milovaný, patriť, byť súčasťou a pod.. Najhlbšiu úroveň intrapsychickej mapy predstavuje Self,

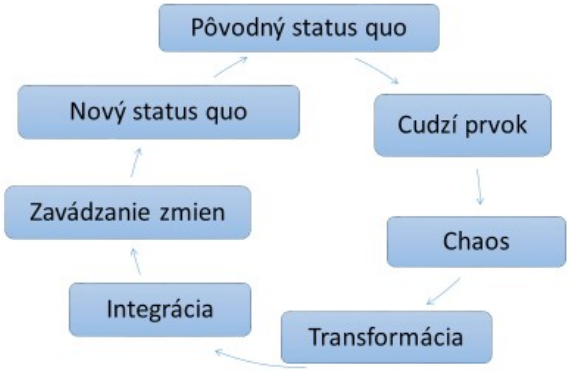
považované za jadro osobnosti, spojenie s duchovnou dimenziou človeka. Je teda zdrojom spirituality a zmyslu života.

Správanie a vonkajšie verbálne či neverbálne prejavy človeka sú prejavom zvládania človeka a vyjadrením jeho vnútornej skúsenosti (Lee, 2009). Ak na rôznych vyššie popísaných úrovniach prežívame rozpor, nenaplnenie, prejavuje sa to na našom zvládaní (coping) a správaní.

Komplexnosť psychoterapeutického konceptu Virginie Satirovej spočíva v tom, že sa na rozdiel od niektorých iných smerov, nezaoberala iba jednou úrovňou vnútorného prežívania (napr. len správaním, alebo percepciami, či emóciami), ale presadzovala prácu na všetkých úrovniach intrapsychickej mapy človeka s cieľom zmeniť jeho copingové stratégie a tým aj správanie (Banmen, 2009).

Proces zmeny v Modeli rastu

Dôležitou súčasťou Modelu rastu je presvedčenie, že ľudia sú vždy schopní meniť sa a rásť a aj keď vonkajšia zmena niekedy nie je možná, je možná zmena na vnútornej úrovni. Podľa Satirovej (1983) je zmena v podstate ďalší spôsob ako sa zhovárať o živote. Aby došlo k zmene, potrebujeme sa naučiť myslieť a konať novými spôsobmi. Preto sú terapeutické metódy Modelu rastu založené na vytváraní nových skúseností, kedy majú klienti možnosť prežívať a pozerať sa na život odlišným spôsobom a nadobúdať nové zručnosti. Zmenu podľa Satirovej urýchľujú tri zdroje: vnútorná sila, predstava zmeny a individuálna preferencia (Winterová, 2000). Proces zmeny a získavanie nových zručností neznamená „zbavenie“ sa všetkého starého. To, čo nie je funkčné bude prirodzene atrofovať, posilňovaním nového, funkčnejšieho. Z terapeutického uhla pohľadu proces zmeny odráža niekoľko fáz, ktoré znázorňujeme v nasledujúcom obrázku (Obr. 3).



Obr. 3: Proces pozitívnej transformačnej zmeny podľa Virginie Satirovej (Sayles, 2009).

Status quo vyjadruje aktuálny, relatívne ustálený stav človeka, v ktorom môže a nemusí dochádzať k identifikácií potreby zmeny. Cudzím prvkom (narušujúcim tento pôvodný stav) môže byť nepredvídateľná udalosť (strata, trauma), ktorá spôsobí narušenie rovnováhy (homeostázy) organizmu, až s možným vyústením do negatívnej transformačnej zmeny (napr. vznik posttraumatickej stresovej poruchy, depresie, závislosti a pod.). Naopak pri pozitívnej transformačnej zmene, napr. úsilí o zmenu pri už prebiehajúcom ochorení, môže byť cudzím prvkom, spúšťačom tejto zmeny aj vzťah pomáhajúceho s pacientom, intervenčný zákrok, alebo rozhovor pacienta s iným spolupacientom. Nasleduje ďalšia fáza, chaos a otváranie systému. Pre túto fázu zmeny sú charakteristické pocity strachu, straty kontroly a obavy z neznáma, preto je pre klienta často veľmi náročná. Vytvára sa tu priestor pre hlbšiu exploráciu a transformáciu vnútorného dopadu zo zážitku z minulosti, čo kladie zvýšené nároky aj na terapeuta, ktorý musí klientovi poskytnúť bezpečný a stabilný vzťah. Sayles (2009) považuje fázu transformácie v Modeli rastu za základ zmeny. To, čo je podľa uvedeného autora transformované *„je vzťah k udalosti, ktorá bola doteraz neznáma, neuznaná alebo neprecítená*“ (tamtiež, s. 180). V ďalších fázach integrácie a zavádzania zmien, klient upevňuje dosiahnuté zmeny osobnosti, nadväzuje nový vzťah k sebe samému, pre ktorý je charakteristická vyššia sebaúcta. Klient začína fungovať v intenciách dosiahnutých zmien. Výsledkom je nový status quo, špecifický vyššou kongruenciou, novým vzťahom k sebe, iným a okoliu.

Podpora efektívnej zmeny u klienta je jednou zo základných úloh liečebného pedagóga. Ako uvádza Horňáková (2014, s. 5) „*v liečebnopedagogickej praxi sa proces zmeny deje*

v priebehu tvorby interaktívneho konceptu pomoci, ktorý vzniká postupne cez spoluprácu v procese liečebnopedagogickej intervencie“. Mal by viesť k lepšiemu fungovaniu klienta v reálnom svete a aktívnemu vyrovnávaniu sa s úlohami života (por. Moor, 1974, Montessori, 1968).

Skupinová liečebnopedagogická intervencia na psychiatrickom oddelení

V súlade s princípmi skupinovej psychoterapie si aj skupinová liečebnopedagogická intervencia vyžaduje vytvorenie špecifických podmienok. K tým kľúčovým možno zaradiť prípravu prostredia, zohľadnenie špecifík danej skupiny ako aj pripravenosť (kongruenciu) liečebného pedagóga.

Čo sa týka prostredia, základom je príprava miestnosti v závislosti od témy a plánovaných aktivít stretnutia. V prípade realizácie psychomotorickej terapie, relaxačných techník alebo dramatoterapie je vhodné využiť miestnosť s kobercom, príp. karimatkami. V rámci arteterapie je potrebný priestor umožňujúci využitie výtvarných médií, bez toho aby museli mať pacienti obavy, že niečo rozlejú alebo zašpinia.

Pri práci so skupinou v priebehu terapeuticko-výchovného procesu je nevyhnutá predovšetkým naladenosť členov skupiny k spolupráci. Motivácia pacientov k činnosti, predovšetkým pokiaľ ide o využitie expresívnych terapií, je rôzna. Môže to súvisieť s vlastným blokom vytvoreným často už v mladšom školskom veku (pacientami často verbalizovaný dôvod), alebo obavami z reakcie ostatných členov skupiny. Tu zohráva podstatnú úlohu prirodzenosť a kongruencia facilitátora, poskytnutie priestoru a alternatívy voľby. Vítaná je tiež možnosť výberu skupiny v súvislosti s variabilitou diagnóz. Homogénne skupiny majú svoje výhody, nie vždy je však možné takúto skupinu vytvoriť a v určitých prípadoch je aj zmiešaná skupina pre pacientov s rôznymi diagnózami prínosom.

Vedenie skupiny si na strane liečebného pedagóga vyžaduje nadobudnutie špecifických kompetencií, tak profesijných ako aj osobnostných. Kongruentný terapeut dokáže pracovať súčasne na viacerých rovinách, vnímať procesy na strane pacientov, byť v dobrom kontakte so sebou samým a tiež vnímať dynamiku skupiny a fázy terapeutického procesu.

Priebeh skupinového procesu

Skupinový proces terapeuticko-výchovnej intervencie môžeme rozdeliť na niekoľko fáz. Na začiatku zohráva podstatnú úlohu ***úvodný kontakt*** so skupinou, oslovenie skupiny,

nadviazanie kontaktu s jednotlivými členmi a predstavenie (seba i členov skupiny), ktorého cieľom je vzájomné prepojenie členov skupiny. Ako pomôcka môže slúžiť predmet, ktorý si členovia skupiny posúvajú, napr. náramok priateľstva. Predstavenie je možné spojiť s obľúbenou činnosťou pacienta alebo jeho pozitívnou vlastnosťou, očakávaním alebo záhadou. Už od začiatku je dôležité napojenie facilitátora skupiny na jednotlivcov, podpora ich sebaúcty a pozitívna orientácia. Pre navodenie takéhoto kontaktu Satirová (2006) používala prvky validizácie, čím vytvárala pocit bezpečia. K týmto prvkom patria nasledovné:

- *oceňovanie* (vyjadrenie ocenenia za prejavené úsilie, odvahu, resp. zvládnutie smútku, alebo bolesti vedie k podpore sebaúcty pacienta),
- *normalizovanie* (pacient nemusí prežívať pocity odsúdenia, pretože „robiť chyby je ľudské“),
- *rozširovanie nádeje* (ak pacient vie, že existuje možnosť zlepšenia danej situácie, môže ho to povzbudiť k úsiliu pre zmenu správania),
- *reflektovanie* (reflektovanie vnútorného prežívania umožňuje pacientovi zažiť, že je vypočutý a pochopený),
- *potvrdenie zdrojov* (podpora kontaktu s vlastnými schopnosťami, vedúcimi k pozitívnej zmene správania atď.).

Po úvodnom kontakte a predstavení môže nasledovať ***úvodný rituál***, napr. v podobe spoločnej piesne, ktorú si môžu pacienti vybrať sami, čím sú podporení v možnosti voľby a rozhodovania sa. Ďalším krokom je ***navodenie témy stretnutia***. Môže sa to udiať formou príbehu, krátkeho textu (biblioterapia), alebo stručným úvodom do témy a otázkou pre skupinu. Nasleduje ***jadro stretnutia*****,** realizácia arteterapeutickej, ergoterapeutickej, psychomotorickej, alebo podpornej psychoterapeutickej aktivity, prípadne ich kombinácie, s konkrétnymi cieľmi (podpora koncentrácie, zvýšenie sebaúcty, kognitívny tréning, zlepšenie motoriky, senzomotorická stimulácia, sociálna integrácia a pod.). Po aktivite nasleduje spoločná ***žatva*** (zdieľanie zážitkov, prínosu z aktivity). Pred ukončením stretnutia je možné využiť opäť ***rituál*** (pieseň) s poskytnutím prípadných ďalších informácii o stretnutí alebo aktivitách, ktoré pacientov čakajú.

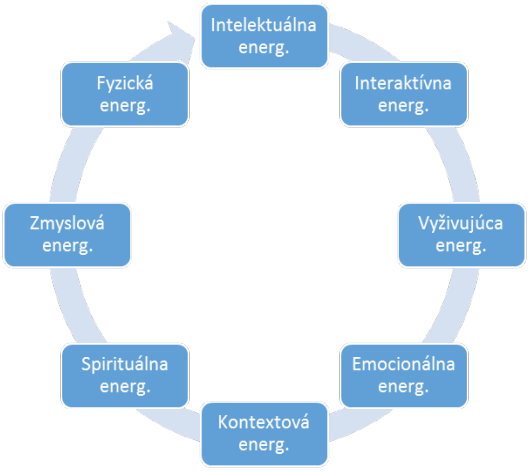
Námety skupinových techník

Ako sme uviedli vyššie, v rámci podpornej skupinovej intervencie je možné využitie rôznych techník, s cieľom podporiť komunikáciu, spoluprácu, koncentráciu, habilitáciu a rehabilitáciu narušených funkcií v procese liečby.

V rámci *ergoterapie*, ktorá je definovaná ako zamestnávanie s rehabilitačným a terapeutickým zámerom, je možné využívajú rôzne námety v kontexte daného obdobia hospitalizácie – sviatky, významné dni a pod. (viď obr. 4). Cieľom je rozvoj, obnova, zlepšenie a kompenzácia ochorením limitovaných funkcií s cieľom podporiť vývin, predchádzať komplikáciám, zlepšovať schopnosti a zručnosti, podporiť samostatnosť pacienta a umožniť mu sebaaktualizáciu. V súčasnosti je ergoterapia u psychicky chorých a postihnutých osôb všeobecne uznávaným prostriedkom rehabilitácie a liečby. Používa sa pri terapii porúch vnímania, motoriky a pri narušených psychických funkciách (Horňáková, 2003).

Obr. 4: Produkty ergoterapeutickej činnosti

Z arteterapeuticky ladených techník je vhodné využiť kresbu **mandaly**. Tento koncept je významnou zložkou aj teórie systemickej transformačnej terapie podľa Virginie Satirovej. Vyjadruje vzťah *Ja k Ja som*, umožňuje, aby sme si uvedomili, aké aspekty energie v sebe máme a ako s nimi nakladáme. Môžeme ich vnímať ako určité časti, ktoré na seba pôsobia a vytvárajú celkový zážitok našej životnej energie (viď obr. 5).



Obr. 5: Časti mandaly využívanej v terapii podľa Modelu rastu

Jednou zložkou je *intelektuálna energia*, čiže oblasť, ktorá súvisí s našim myslením, poznávacími funkciami a učením. Ďalšou časťou je *emocionálna energia*, ktorá poskytuje signály o mnohých častiach nášho vnútra. Ide o to, ako dokážeme tieto signály vnímať, ako ich akceptujeme. Sú to signály, ktoré nám pomáhajú prežiť a záleží na tom, ako ich používame, aby sme zažívali radosť zo života. Sú to posolstvá o nás o našom vnútornom spracovaní všetkých častí. Nasleduje energia *fyzická*, ktorá súvisí s našim telom, funkciami, jeho pohybom. Aká je jej podoba záleží od toho, ako zaobchádzame so svojím telom, ako sa staráme o svoje zdravie, ako si vážime telesnú schránku našej duše, ako pomáhame telu, aby bolo zdravé. Inú časť nazývame *zmyslovou energiou*. Zmysly nám pomáhajú kontaktovať sa s vonkajším svetom a záleží na tom, ako si dovolíme vnímať, čo si dovolíme prijať z vonkajšieho sveta do vnútorného, obohatiť našu skúsenosť a signály z vonkajšieho prostredia vnímať viacerými kanálmi (nielen zrakom, ale napr. aj dotykom, čuchom, sluchom). Ďalšia je *spirituálna energia*. Je to akýsi duchovný aspekt. Energia, ktorá súvisí s tým, ako sme ochotní uznať nejakú univerzálnu životnú energiu, silu. Patria sem napr. aj tvorivosť, intuícia a iné. Potom je tu *kontextová časť* mandaly. Kontext (vonkajšie prostredie) na nás určitým spôsobom pôsobí a my si ho môžeme vytvárať. Môžeme ho meniť, urobiť s ním to, čo nám vyhovuje a je užitočné. Alebo ho používať proti sebe. Čiže ide o to, ako dokážeme ovplyvniť kontext, aby bol pre nás užitočný. Ďalšou je *interakčná energia*, súvisí s tým, aké vzťahy vytvárame medzi ľuďmi. Slúži nám pre spojenie s druhými ľuďmi. Je to aj o našej otvorenosti smerom k ostatným. Súvisí so spoluprácou s druhými, vytváraním spojenia s druhými ľuďmi. Nasleduje *vyživujúca časť*, ktorá súvisí s tým, ako sa vyživujeme.

Ako vyživujeme naše telo a všetko to, čo patrí k tomu, ako vyživujeme seba, aby sme získali zdravie, úplnosť a pocity spokojnosti.

Ako venujeme jednotlivým častiam pozornosť, prepájame ich, rozpoznávame, prijímame a čo v nich pridávame, od toho závisí, aký harmonický potom bude celok.

Ďalším námetom, ktorý je možné využiť v procese skupinovej arteterapie je **Kapsa s náradím na údržbu sebaúcty**, technika kombinujúca prvky arteterapie a imaginácie. Členovia skupiny si formou riadenej imaginácie predstavuje jednotlivé súčasti kapsy, ktorá obsahuje napr. *detektívny klobúk*. Ten si človek môže nasadiť vždy vtedy, keď sa vyskytne nejasnosť alebo otázka v jeho živote, na ktorú potrebujeme nájsť odpoveď (Obr. 5); alebo *medailón*, ktorého zmysel spočíva v učení sa vysloviť skutočné „Áno“ a „Nie“ vždy vtedy, keď to potrebujeme. Uvedené súčasti následne pacienti stvárňujú výtvarne, pričom môžu využiť akékoľvek dostupné výtvarné materiály.

Obr. 5: Kresby detektívneho klobúka

Vhodné je aj využitie *psychomotorickej terapie*, ktorej terapeutickým médiom je pohyb. Predmetom psychomotorickej terapie je človek s ohrozením a narušením integrity osobnosti. Globálnym cieľom je prostredníctvom špecifických pohybových techník dosiahnuť želateľné zmeny v zmysle úpravy, zlepšenia alebo aj odstránenia nežiaducich javov, a tak prispieť k harmonizácii jednotlivých zložiek osobnosti a k obnoveniu resp. dosiahnutiu stavu telesnej, duševnej a sociálnej pohody (Szabová, 2006). V rámci skupinovej práce na psychiatrickom oddelené je možné využiť napr. ***hru s padákom*** (viď Obr. 6).

Obr. 6: Psychomotorická skupinová aktivita s padákom

Záver

V procese liečebnopedagogickej intervencie pacient nie je vnímaný len ako pasívny prijímateľ pomoci, ale ako aktívny spolutvorca novej zmysluplnej skutočnosti. Je kompetentnou, autonómnu a sebaregulujúcou osobnosťou, ktorá rozhoduje či a k akej zmene príde a svoj svet si konštruuje podľa vlastných skúseností. Počas krízy, ktorú v rámci svojej hospitalizácie prekonáva, nesmie zostať osamotený. Akútny stav si vyžaduje sprevádzanie, postavené na bezpečnom a akceptujúcom vzťahu. Veď práve skrze vzťahy s inými sa učíme, rastieme, strácame alebo naopak nadobúdame dôveru v seba. Skupinová liečebnopedagogická intervencia vedie tak k posilneniu vnútorných stránok jednotlivca ako aj sociálnych interakcií medzi členmi skupiny, s potencionálnym dopadom na skvalitnenie vzťahov pacienta v rodine. Tým vytvára podmienky pre účinnú zmenu v rovine intrapsychickej i interaktívnej.

mailový kontakt na autora: janoskopavol@googlemail.com

LITERATÚRA

BANMEN, J. (ed.). 2009. *Transformační systemická terapie*. Ostrava : IVS ČR, s. 167-184, 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. 2014. Proces zmeny v liečebnej pedagogike. In *Revue liečebnej pedagogiky*, 2014, č. 1, s. 5-11, ISSN 1337-5563.

KRATOCHVÍL, S. 2012. *Základy psychoterapie*. Praha : Portál, 2012, ISBN 978-80-262-0302

LEE, B.K. 2009. Škála kongruence. In BANMEN, J. (ed.). 2009. *Transformační systemická terapie*. Ostrava : IVS ČR, s. 121-142, ISBN 978-80-254-4976-9.

LEWIS, L., BANMEN, J. 2009. Pozitivní psychologie V. Satirové. In BANMEN, J. (ed.). 2009. *Transformační systemická terapie*. Ostrava : IVS ČR, s. 43-68, ISBN 978-80-254-4976-9.

MOOR, T. 1974. *Heilpädagogik. Ein pädagogisches Lehrbuch*. Bern – Stuttgart – Wien : Hans Huber, 1974.

MONTESSORI, M. 1968. *Grundlagen meiner Pädagogik*, Heildelberg, 1968.

SATIR, V. et al. 1991. *The Satir Model: Family Therapy and Beyond*. Palo Alto, CA : Science &behavior Books, Inc.

SAYLES, C. 2009. Zmena v pojetí Modelu rustu. In BANMEN, J. (ed.). 2009. *Transformační systemická terapie*. Ostrava : IVS ČR, s. 167-184, ISBN 978-80-254-4976-9.

SZABOVÁ, M. 2006. *Psychomotorická terapia*. Učebné texty. Bratislava : Univerzita Komenského, Pedagogická fakulta, 2006.

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.

VESEL-GANOCYOVÁ, P. 2014. *CAQ profil hospitalizovaných psychiatrických pacientov so samovražedným a sebapoškodzujúcim správaním*. Bratislava : SZU, Lekárska fakulta, Katedra klinickej psychológie Ústavu psychológie, špecializačná správa.

WINTEROVÁ, J. E. 2000. *Procesový model Virginie Satirovej; teoretické základy*. Bratislava : CPPS, IVS SR, 2000, 51 s., Interný materiál CPPS pre jednotlivca, pár a rodinu v SR.

9. ZÁVER

Konferenciu s názvom „Pomáhanie ako proces“ otvorila predsedníčka SKIZP pani Monika Trechová, zástupca MZ pani Hana Rajkovičová a za našu asociáciu PRO LP pani Marta Horňáková, moderoval Lukáš Behúl.
Za jeden konferenčný deň bolo odprezentovaných 11 prednášok a vystavených 9 posterov (príloha: program, zoznam posterov).
Prednášky boli venované rôznorodým témam a pokrývali viacero oblastí.
V oblasti pomoci sa otvorili témy: Pomáhať k zdraviu zdravo, Od pomáhania k spolupráci, Pomáhajúca profesia – služba človeka človeku.
Z hľadiska cieľových skupín sme sa venovali:

- seniorom: Úloha liečebného pedagóga v manežmente demencií, Využívanie Snoezelen terapie u pacientov s Alzheimerovou chorobou,
- pacientom s psychiatrickým ochorením: Špecifiká procesu skupinovej liečebnopedagogickej intervencie na psychiatrickom oddelení pre dospelých,
- deťom so zdravotným znevýhodnením v rámci včasnej intervencie: Skríning psychomotorického vývinu (S-PMV) - výsledky pilotnej štúdie, Koncept včasnej intervencie u detí s dlhodobým ochorením, Podpora reziliencie rodín s dieťaťom so zdravotným znevýhodnením v rámci včasnej intervencie, Liečebnopedagogické skúsenosti zdravotného klauna, Liečebnopedagogická prevencia, diagnostika, liečba detí a dospelých osôb.

Na konferencii sa zúčastnilo 55 účastníkov (príloha - prezenčná listina). Konferencia bola hodnotená 5 kreditmi od SKIZP (vyhláška MZ SR 366/2005), (príloha certifikát).

HODNOTENIE Z DOTAZNÍKOV

Počet vyplnených dotazníkov 26 (z 55 účastníkov).

Väčšina účastníkov konferencie bola **zo študijného odboru** liečebná pedagogika (23), ďalej tu boli účastníci z odboru soc.práce (2), špec.ped. (1), sociálnej ped. (1) a FO a ZOŠ ošetr. (1)., a i.

Ukončené alebo prebiehajúce štúdium od 2010-2015 mali 6 účastníci, od 2000-2010 sa zúčastnil 1 účastník, od 1990-2000 bolo 8 účastníkov a od 1980-1990 1 účastník.

Profesijné pôsobenie u väčšiny účastníkov bolo z oblasti zdravotníctva (8), sociálnej sféry (4), školstva (4), súkromnej praxe (2), jeden účastník bol z tretieho sektoru a stavovskej org.

Najviac účastníci spolupracovali **s cieľovou skupinou** detí (16), dospelých (15), mládeže (12), rodinami a seniormi (5).

Najčastejšia **náplň práce** bola uvádzaná terapeuticko výchovná intervencia (11), poradenstvo (9), prevencia (7), edukačné programy (6), včasná intervencia a sprevádzanie (5), psychosociálna rehabilitácia, podporné programy, tréningy pamäti a relaxácie (4), ako iné uvádzali ošetrovateľstvo, vývinová diagnostika, individuálna psychoterapia, manažment rodiny a metodika.

Hodnotenia konferencie účastníkmi bolo výborné.

Odborné zameranie konferencie získalo hodnotu 3.6, čo znamená "väčšinou áno" až "určite áno".

Príspevky boli hodnotené na 3.8, čo znamená "väčšinou áno" až "určite áno".

V rámci **prednášok** bola preferovaná prednáška PaedDr.Oľgy Matuškovej s názvom Skríning psychomotorického vývinu (S-PMV) - výsledky pilotnej štúdie (5), spomínané boli prednášky Mgr. Andrei Valentovej na tému využite Snoezelen terapie u pacientov s Alzheimerovou chorobou, ďalej prednáška Gabriely Rajniakovej, M.A.na tému Liečebnopedagogické skúsenosti zdravotného klauna, pozitívny ohlas mali prednášky PaedDr. Silvie Šaškievičovej, Doc. PhDr. Albína Škovieru, PhD., Mgr. Barbory Vodičkovej PhD., PaedDr. Moniky Stupkovej PhD. a Mgr. Pavla Janošku, PhD.

Pripomienky k príspevkom boli nasledové: pozitívne komentovali množstvo a rôznorodosť príspevkov, stretnutie z odboru a dobrú atmosféru na konferencii. Účastníci uviedli že by chceli počuť viac kazuistík (prípadové štúdie) klientov a pacientov.

S organizáciou boli účastníci spokojní, dostala hodnotu 4.3, čo znamená "určite áno" až "veľmi, mimoriadne". Jedna pripomienka bola, aby bol vložený program do obalu pri vstupe na konferenciu.

V rámci hodnotenia nás zaujímalo **o aké témy by mali účastníci v budúcnosti na LP konferencii záujem.**

Uvítali by doplniť: LP praktické skúsenosti, vedomosti a zručnosti, podnety z praxe a kazuistiky klientov (3).,zaujímajú ich aktuálne informácie o LP, súčasná situácia LP odboru, vzťahy z KLP BA a Ružomberok, SKIZP a SZU., spolupráca LP a ŠP.,.. . Ďalšie témy boli uvedené: LP v zdravotníctve, využitie LP intervencií MT (3), DT (1), AT (2), PMT, prednášky zamerané na cieľové skupiny detí s agresivitou, PS a poruchami emócií, PU, včasnú intervenciu, na dieťa s postihnutím a jeho rodinu, autizmus u dieťaťa a spoluprácu s rodinou. Účastníci by chceli počuť tiež prednášky z oblasti závislosti, práce s klientmi s mentálnym postihnutím, s psychiatrickými poruchami.

11 účastníci sledujú našu novú **FB stránku** a dostávajú **newsletter PRO LP**, 6 ju doteraz nesledovali.

Na konferencii sme mali odkazovú stenu prianí, želaní a inzercie, kde bolo uvedené:

pozdrav od Milana Schavela, Noemi Komrskovej Roba Imriška, Lapšanskej Ľubky kt. sa nemohli zúčastniť.

Želania: pravidelnejšie stretnutia LP

spracovala: Jana Skraková

V Bratislave 11.07.2015

Pomáhať k zdraviu zdravo
Prof. PhDr. Marta Hornáková, PhD.

Pomáhanie ako proces

Z B O R N Í K príspevkov

z konferencie Liečebnopedagogický deň 12. júna 2015

ktorú organizovali

Zostavili: Janka Skraková, Viera Valašteková, Magdalénka Szabová a kol.

Recenzovali: Barbora Vodičková, Petra Mitašíková

Bratislava 2015

ISBN 978-80-972246-0-8

EAN 9778097224608