1 • 2021 • roč. XIV

PRO LP
Asociácia liečebných pedagógov

REVUE LIEČEBNEJ PEDAGOGIKY

Vydáva: PRO LP Asociácia liečebných pedagógov

Revue liečebnej pedagogiky je vedecko-odborný časopis PRO LP Asociácie liečebných pedagógov. Je určený liečebným pedagógom, pracovníkom v pomáhajúcich profesiách, študentom a ďalším záujemcom.

1 / 2021, roč. XIV

ISSN 1337-5563

REVUE LIEČEBNEJ PEDAGOGIKY

Vydáva: PRO LP Asociácia liečebných pedagógov

OBSAH

EDITORIÁL / EDITORIAL

Stupková, M.:.....2

ZO ŽIVOTA PRO LP / FROM PROLP ACTIVITIES

Stupková, M.: ***Správa z činnosti PROLP***.....3

Laštincová, Z.: ***Čo nás korona naučila?***.....4

ŠTÚDIE/STUDY

Cséfalvay, Z.,· Fábry-Lucká, Z., Habalová, M.: ***Lingvistické deficity u pacientov s Parkinsonovou chorobou***.....8

Horňáková, M.: ***Prístupy k deťom s ťažkými poruchami vývinu***.....17

Navrátilová Zigmundová, H.: ***Biomedicínsky a biopsychosociálny model demencie***.....21

Janušková, E., Janoško, P.: ***Výzvy a prekážky súčasného otcovstva***.....29

Z PRAXE / FROM PRACTICE

Vlašič, I.: ***„Potláčanie a ukrývanie úzkosti vedie len k jej zosilneniu.“*** *Kazuistika*.....40

ŠTUDENTSKÁ SEKCIA / STUDENT SECTION

Hricová, K.: ***A přesto říci životu ano - Viktor E. Frankl*** *- reflexia na knihu*.....48

INFORMÁCIE / INFORMATIONS

Udelenie ceny BHP 2021.....51

Lessner Lištiaková, I.: ***Pracovná skupina liečebných pedagógov pracujúcich s klientmi so psychiatrickými diagnózami***.....52

RECENZIE / REVIEW

Stupková, M.: JANOŠKO a kol. ***Učiace sa spoločenstvo - výzva pre inkluzívne vzdelávanie,*** *2020*.....56

Horňáková, M. SACKS, O. ***Všetko na svojom mieste. Prvé lásky, posledné príbehy***, *2020*.....57

Hortová, A.: SEIDER, S. ***Character Compass. How Powerful School Culture Can Point Students Toward Success***. 2016.....58

Informácie pre prispievateľov/ Informations for authors 62

Titulná fotografia: *Lívia Plavčanová* - študentská práca na tému: *Vnútorné a vonkajšie zdroje v profesii logopéda* (PdF UK Bratislava, Katedra logopédie)

Redakčná rada:

Čestná predsedkyňa redakčnej rady:
prof. PhDr. Marta HORŇÁKOVÁ, PhD.

Predseda redakčnej rady:
Mgr. Pavol JANOŠKO, PhD.

Zástupkyňa:
Mgr. Viera BOSÁKOVÁ

Vedecká garancia:
prof. PhDr. Marta HORŇÁKOVÁ, PhD.
prof. PaedDr. Milan SCHAVEL, PhD.
prof. PaedDr. Zsolt CSÉFALVAY, PhD.
prof. Heinrich GREVING, PhD. - *zahraničná spolupráca*
doc. PaedDr. Jana MARKOVÁ, PhD.
doc. PhDr. Albín ŠKOVIERA, PhD.

Redakčná rada:
PaedDr. Monika STUPKOVÁ, PhD.
Mgr. Barbora VODIČKOVÁ, PhD.
Mgr. art. et Mgr. Martina ZUBÁKOVÁ, PhD.
Gabriela RAJNIAKOVÁ, MA.
Mgr. Linda HORVÁTHOVÁ

Editor:
Mgr. Pavol Janoško, PhD.

Recenzenti príspevkov sú vyberaní z vedeckej a redakčnej rady časopisu podľa charakteru príspevku. Za jazykovú úpravu zodpovedajú autori.

EDITORIÁL

„Život nie je to, čo chceme, ale to, čo máme. Také jednoduché to je“, píše Alena Morštajnová vo svojej najnovšej knihe Listopád. Myslím, že to platí aj na dnešné dni. Veľa vecí by sme chceli inak. Život by sme si vedeli predstaviť tak nejak ľahšie. Častejšie máme strach o seba, o svojich blízkych. Musíme sa prispôsobovať neustále sa meniacim nariadeniam. Niekto prišiel o svoju prácu, niekto o svoje zdravie alebo svojich blízkych. Niekto ich „len“ dlho nevidel. Pre každého záťaž, trápenie. Sme konfrontovaní so svojou zraniteľnosťou, slabosťami, strachmi, únavou. Na druhej strane priniesol život mnoho príbehov odvážnych ľudí, ktorí obetovali svoje pohodlie, silu, vedomosti alebo čas pre druhých. Tieto príbehy sú povzbudzujúce a dodávajú silu. Karanténa, izolácia, ktoré sme doteraz nepoznali, mnohých z nás inšpirovali k zmene. Ja som sa v tomto čase veľa zamýšľala nad tým, čím plním svoje dni a ako trávim „svoj“ čas. Snažím sa spomaliť a nielen žiť, ale chvíle aj prežívať. Každý deň sa snažím udržiavať krehkú rovnováhu medzi starostlivosťou o druhých a tiež o seba.

Naša práca je zameraná na pomoc druhým. Nezabúdame však na seba? Vieme si nájsť čas na vlastné túžby, potreby, priania? Vieme len tak byť a oddychovať? Vieme darovať čas aj sebe? Prajem Vám, aby aj čítanie tohto čísla Revue, ktoré sme pre Vás pripravili, predstavovalo ten správny čas venovaný sebe. Aby Vám časopis priniesol aj nové impulzy a nápady do Vašich každodenných životov.

S úctou k našej práci

Monika Stupková

SPRÁVA Z ČINNOSTI PROLP

Monika Stupková

V decembri minulého roka vyšlo v tlačenej podobe číslo *Revue liečebnej pedagogiky*. Členovia výboru asociácie sa zhodli na tom, že by bolo prínosné každý rok jedno číslo vydať aj v tlačenej podobe pre záujemcov z radov členov asociácie.

Gabika Rajniaková informovala o stretnutí IGhB. Vzhľadom na súčasnú pandemickú situáciu sa aj stretnutia IGhB uskutočňujú v online priestore. IGhB znížilo *členský poplatok* pre PROLP na nasledujúci rok na 20 eur. IGhB plánuje priebežne vytvárať *online fokusové skupiny* na niektorú z odborných tém. Zúčastniť sa budú môcť aj študenti. Takto sa informácie dostanú k väčšiemu počtu členov. IGhB oslávilo Medzinárodný liečebnopedagogický deň formou webináru, ktorého sa zúčastnilo aj Slovensko v zastúpeni Gabriely Rajniakovej, Pavla Janoška a Marty Horňákovej. Akčná skupina IGhB tiež pripravuje Kongres LP v r. 2022.

Pribúda členov, za čo sme veľmi vďační a tiež skupina aktívnych členov sa nám rozrastá o mladých ľudí, z čoho máme radosť. Zaplatili sme členský poplatok do SLS a tiež do IGhB.

Pani profesorka Horňáková navrhla, aby sme postupne vytvorili širšiu pracovnú skupinu PROLP. Oslovili za jednotlivé ročníky zástupcov, ktorí by s nami užšie spolupracovali a získané informácie by potom podstúpili svojmu ročníku. V tomto čase už s Vierkou pripravujeme zoznam ľudí, ktorých oslovíme a koncipujeme mail, ktorý im pošleme.

Postupne obnovujeme *neformálne stretnutia liečebných pedagógov* v online priestore. Témami môžu byť napríklad: prečítané knihy, huba, ktorú mám rád, zvieratá.....akonáhle to bude možné, stretnutia budú prebiehať osobne, na čo sa veľmi tešíme :).

Katka Rybárová vytvorila neformálnu skupinu LP na aplikácii Strava, kde zúčastnení pridávajú informácie o tom, koľko sa hýbu, čo je v týchto časoch veľmi dôležité. Ak máte záujem pridať sa, obráťte sa na Katku Rybárovú. :)

Vierka Bosáková informovala o odbornom seminári a o novovznikajúcej iniciatíve, spájajúcej liečebných pedagógov *pracujúcich s ľuďmi s psychickými ťažkosťami.* Seminár bol zameraný na tematiku *psychosociálnej rehabilitácie*.

Zuzka Laštincová rozposlala členom otázky, pýta sa liečebných pedagógov, aký je ich život počas korony, čo im priniesol a čo zmenil. Odpovede členov si môžete prečítať v tomto Revue.

Vierka rozposlala členom, ktorí zaplatili členské na tento rok potvrdenia. A tiež postupne opravuje chyby na stránke a dopĺňa a aktualizuje informácie. Ak máte niekto kapacitu, pridajte sa k Vierke, myslím, že pomoc a spolupráca jej veľmi dobre padne :).

Neustále oslovujeme aj bývalých členov, či chcú dostávať informácie o našej práci. Musia však podpísať s nami GDPR, aby sme mohli uchovávať ich osobné údaje. Minimálne nám musia poslať mail, že s tým súhlasia. Pomaličky sa ozývajú aj tí, čo už dlho s nami neboli v kontakte.

Pripravujeme *manuál pre začínajúceho LP v školstve.* Text sme odovzdali, je po druhom pripomienkovaní a čakáme na jeho zavedenie do praxe.

V januári prebehli na SZU 3 špecializačné skúšky a pohovory pre nových študentov špecializačného štúdia.

Opäť sme sa uchádzali o 2% z daní.

V spolupráci s Katedrou liečebnej pedagogiky sme si online pripomenuli Medzinárodný deň liečebnej pedagogiky. Kto ho nevidel, kliknite na odkaz https://www.youtube.com/watch?v=UJldAV_E-eI...

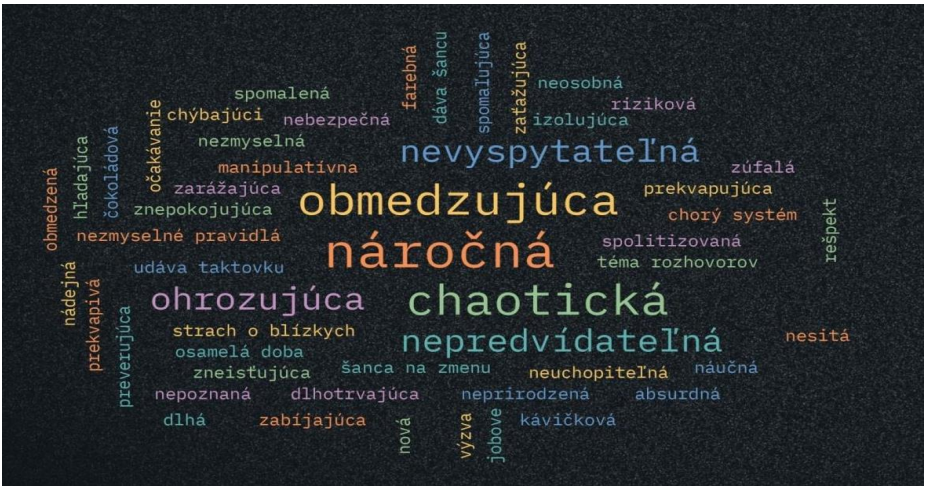
PaedDr. Monika Stupková, PhD.
predsedkyňa PROLP asociácie

Čo nás korona naučila?

Zuzana Laštincová

Príchod nového typu vírusu Covid-19 zmenil bežné fungovanie asi každého z nás. Vďaka liečebným pedagógom, ktorí odpovedali na anketu ohľadne ich skúseností počas pandémie vám prinášame krátku reflexiu o tomto období a niekoľko tipov ako možno aktuálnu situáciu zvládnuť.

Aká je korona? Na obrázku sú slová, ktoré sú podľa liečebákov charakteristické pre koronu.



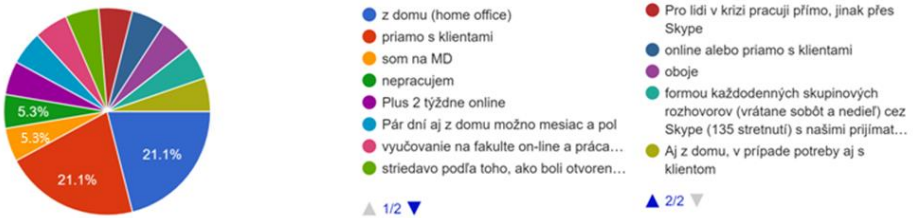
Aké výzvy a výhody so sebou pandémia priniesla?

Chaotické a náročné obdobie lockdownu pred nás postavilo mnoho výziev. Najvýraznejšia výzva spočívala v udržaní vlastnej psychickej pohody a integrity. Mnohí liečebáci sa stretli s ťažkosťou nastavenia si hraníc a striedania pracovného a voľného času v domácom prostredí či vytvorenia vhodného priestoru pre prácu z domu a pohyb. Výzvy tohto obdobia sa tiež vyznačovali snahou neprenášať vlastné negatívne prežívanie na klientov, od ktorých prichádzala intenzívnejšia potreba sprevádzania. Náročnou sa stala aj situácia obmedzeného kontaktu s klientami. Presunutie diania do online priestoru a nemožnosť osobného stretnutia či bariéra vytvorená ochrannými pomôckami, si žiadali hľadanie možností podpory klientov aj inými, novými formami. Každý deň sa posadiť pred kameru v priamom prenose a byť pod "drobnohľadom" je výzvou, do ktorej sa pustili mnohí liečební pedagógovia. Keď sa na situáciu pozrieme z druhej strany, obdobie lockdownu malo aj pozitívny vplyv na náš život. Pandémia spustila prehodnocovanie a uvedomenie si skutočných priorít a doterajších spôsobov fungovania. Hladina stresu z toho, že sa nestíha, sa znížila a prišlo spomalenie rytmu života – aj

vďaka možnosti manažovať si čas viac podľa seba. Ľudia si dopriali viac voľného času stráveného aktívne s rodinou a v prírode, našli si viac príležitostí pre kreativitu a štúdium odbornej literatúry. Medzi výhody tiež liečebáci zaradili skúšanie a učenie sa nových vecí aj v smere rozvoja IKT zručností. Online svet nám sprístupnil rôzne vzdelávania z pohodlia domova a akceleroval lepšie využívanie techniky vo výučbe i v praxi.

Z nasledujúceho grafu, ktorý znázorňuje formy práce počas pandémie, sa možno dozvedieť, že takmer 50% liečebných pedagógov z rôznych pracovných sfér malo skúsenosť práce ako v priamom kontakte s klientami, tak aj cez online priestor (spolu časti grafu bez uvedenej percentuálnej hodnoty). 21% pracovalo len online formou a rovnako 21% len naživo s klientami.

Ako ste pracovali počas lockdownu?



Čo vám pomáhalo počas obdobia lockdownu?

Zvládať výzvy a využiť výhody rôznych situácií nám umožňuje schopnosť napojenia sa na vlastné zdroje. V období pandémie tieto zdroje nadobudli dôležitejšie miesto v každodennosti i v mimoriadnych okolnostiach. K preklenutiu náročného obdobia epidémie koronavírusu pomáhali liečebákom najmä rodina, blízki priatelia a kolegovia. Udržanie kontaktov bolo podstatným zdrojom: či už to bolo objatie, rozhovor s blízkou osobou, každodenné telefonáty alebo podržanie sa navzájom s kolegami. Za pomáhajúce taktiež považovali štruktúru dňa, čas pre seba, spätnú väzbu od klientov a kolegov, pocit zmysluplnej práce, vnímanú otvorenosť, dobrosrdečnosť a vedomie, že už zvládli aj horšie veci. Ako nápomocné boli identifikované tiež duchovné zdroje ako meditácia, Biblia, viera, nádej, pokoj, príprava biblioterapeutického okienka s pozitívnou myšlienkou. Medzi zdrojmi nechýbali ani pohyb, pobyt v prírode, záhrada, joga, hudba, káva, knihy, vaňa, kreslenie, spoločenské hry, vyhadzovanie zbytočností, domáce práce, jedlá z detstva, háčkovanie, dobrý spánok a obmedzené sledovanie mainstreamových médií.

Na čo ste najviac hrdí za toto obdobie?

Aj keď sa zdalo, že všetko zaspalo, liečebáci nezaháľali a dosiahli rôzne osobné i pracovné úspechy. Niekomu sa podarilo zozbierať materiály na rigoróznu prácu, zoštátnicovať alebo aktivizovať skupiny prijímateľov sociálnych služieb a naučiť ich počúvať a rešpektovať sa navzájom, či pracovne pomôcť 48 deťom v zdraví na svet v domácom prostredí. Iní sú hrdí na to, že napriek nevýhodám dokázali

zabezpečiť základnú podporu pre klientov, ktorí častejšie prichádzali so strachom a depresiou, taktiež na spropagovanie významu terapeutických denníkov a tvorivých aktivít na spracovanie zaťažujúcich zážitkov či vytvorenie adaptácie hry "Človeče nehnevaj sa" na tému korony. Mnohí boli hrdí na seba, pretože sa im podarilo nájsť vnútornú silu, nezblázniť sa a zvládnuť izoláciu a obdobie lockdownu bez extra rozčuľovania a s väčšou pokorou. Samozrejme dosiahnuté úspechy sa týkali tiež starostlivosti o seba a o svojich blízkych, disciplíny v striedaní práce a voľného času, pravidelnosti v cvičení.

Chceli by ste sa podeliť s vtipnou príhodou, ktorá sa vám stala?

Humor je neoddeliteľnou súčasťou liečebáckej práce aj počas pandémie. Zdieľanie vtipných príhod vie spríjemniť deň viacerým ľuďom. V podstate sa nejaká úsmevná príhoda stala takmer každý deň a ak nie, bola vynaložená snaha, ako ju nájsť. Napríklad: vyraziť do práce v pyžame; zapnutý zvuk v nevhodnom čase na online skúškach; profesor, ktorý si fotil oddelenie v nemocnici počas aktivizácie; spievanie do telefónu na zlepšenie nálady 88 ročného suseda; obrázok od mentálne znevýhodneného klienta, na ktorom bol Matovič s mikrofónom, ako všetkým hovorí, aby nosili rúška; prekvapenie pri rozpoznaní spolupacienta kvôli rúšku: "To si ty, moje kuriatko? Odpoveď: "Nie som kuriatko, už som sliepka."; rozhovor dvoch babičiek: "Požiadala som ministra o očkovanie." Druhá sa pýta: "A dal PIN?" Na to jej prvá odpovedala: "Nie, nePINdal."

Čo sme sa teda naučili?

Pomenovať a zhrnúť skúsenosti a pocity, ktoré v nás obdobie lockdownu zanechalo je náročný, ale potrebný proces. Anketa o živote liečebákov počas obdobia korony ponúkla pohľad na toto obdobie z rôznych perspektív, za čo veľmi ďakujem zúčastneným liečebným pedagógom. Svoju skúsenosť zhrnuli v zmysle učenia sa vážiť si veci, ktoré považovali za prirodzené. Prehodnocovania svojich hodnôt a postojov a uvedomeniu si svojich potrieb. Snahy každý deň využiť naplno, hľadať pozitíva, venovať sa sebe a samozrejme aj iným. Byť pozornejší a vnímavejší, flexibilnejší a otvorenejší. V nepredvídateľnosti života rešpektovať situácie s pokorou a dôverou, že všetko je tak, ako má. Zvládnuť veci, o ktorých ani nechyrovali, pretože ľudí a vecí, ktoré potrebujú k šťastnému životu je oveľa menej, ako si doteraz mysleli. Veríme, že aj vás obdobie pandémie mnohému naučilo a že vás toto obdobie posilní a obohatí do ďalších dní vášho života. Nech je aktuálne obdobie farebné alebo náročné, nenechajte si pretiecť situácie pomedzi prsty. Na záver vám ponúkame tipy na dobré čítanie a hry od kolegov:

Viktor Frankl: ***Napriek všetkému povedať životu áno***

Carl R.Rogers a H. Jerome Freiberg: ***Soboda učiť sa***

Heinz-Peter Röhr: ***Nedostatočný pocit vlastnej hodnoty***

John Bowlby: ***Ztráta***

Lloyd I. Sederer: ***Ako zlepšiť duševné zdravie. Štyri tajomstvá priamo pred očami***

Peter A. Levine a Ann Frederick: ***Probouzeni tigra. Léčení traumatu***

Martin Seligman: ***Vzkvétání***, Nové poznatky o podstatě štěstí a duševní pohody

Moe John: ***Úžasný svet depresie***

Leoš Zatloukal a Daniel Žákovský: ***Zázrak tří květin.*** Terapie zaměrená na rešení s dětmi a dospívajícími

Dan B. Allender: ***Léčba zraněného srdce***

Paul Kalanithi: ***Môj posledný výdych***

Sam Harris: ***Spiritualita bez náboženství aneb Probuzení***

Antonio Iturbe: ***Knihovníčka z Auschwitzu***

Frédéric Gros: ***Filozofia chôdze***

Clarissa Pinkola Estés: ***Ženy, které běhali s vlky***

Hanya Yanagihara: ***Malý život***

Karel Schulz: ***Kámen a bolest***

Mackesy Charlie: ***Chlapec, krtko, líška a kôň***

Martin M. Šimečka: ***Telesná výchova***

Pavel Dvořák: ***Stopy dávnej minulosti***

Frank Tallis: ***Nevyliečitelny romantik***

Prednášky z youtube kanálu ***Neurazitelny.cz*** a ***meditácie Zuzany Koščovej*** on-line

Interaktívna aplikácia pre deti so ŠVVP: ***Welcome idea*** https://www.welcome-idea.eu/#/home

Rôzne knihy od autorov: Jodi Picoult, Kundera, Watzlawick, Korczak

Pre deti:

Denník psychickej pohody od slovenského červeného kríža

Wojciech Widlak: ***Pán Guľôčka***

Tove Jansson: ***Muminovci***

Iryna Zelyk knihy o emóciách určené pre rodičov a deti

Vedomostná spoločenská hra ***Desítka***

Kartové hry ***Kontrakt***, ***Výbušné koťátka***, ***Dixit***, ***Emocionálna záhrada***

Mgr. Zuzana Laštincová
liečebná pedagogička

Spojená škola Dúbravská cesta 1
Bratislava
E-mail: zuzanka.last@gmail.com

Lingvistické deficity u pacientov s Parkinsonovou chorobou

Linguistic deficits in patients with Parkinson's disease

Zsolt Cséfalvay[1], Zuzana Fábry-Lucká[2], Mária Habalová[2]

[1]Katedra logopédie,
[2]Katedra liečebnej pedagogiky

Pedagogická fakulta, Univerzita Komenského, Bratislava

csefalvay@fedu.uniba.sk, lucka@fedu.uniba.sk, habalova@fedu.uniba.sk

***Abstrakt**:* V klinickom obraze pacientov s Parkinsonovou chorobou (PCH) sa v priebehu ochorenia manifestujú nápadné motorické poruchy reči (hypokinetická dyzartria) a poruchy hlasu (dysfónia). V prvých štádiách ochorenia majú títo pacienti aj lingvistické deficity, kedy sú narušené rôzne úrovne jazykových procesov, a to aj vtedy, ak sa u nich nerozvinula demencia. Pacienti majú problémy pri vyhľadávaní slov v mentálnom lexikóne (anómiu) a tým aj problémy pri tvorbe viet, ale rovnako aj v porozumení syntakticky zložitejších viet. Včasné rozpoznanie lingvistických/jazykových deficitov je dôležité aj pre liečebných pedagógov, ktorí majú túto klinickú populáciu vo svojej starostlivosti (napr. pri aplikácii muzikoterapie). Tieto navonok „nenápadné“ poruchy majú totiž významný vplyv na každodennú komunikáciu pacientov so svojím okolím.

***Kľúčové slová:** Parkinsonova choroba, lingvistické deficity, produkcia a porozumenie reči.*

***Abstract**:* In the clinical picture of patients with Parkinson's disease (PD), motor speech disorders (hypokinetic dysarthria) and voice disorders (dysphonia) can evolve during the disease. In the early stages of the disease, these patients also have linguistic deficits, when different levels of language processes are disrupted, even if the patients have not developed dementia. Patients have word finding difficulties (anomia) and thus problems in sentences production, but also comprehension of syntactically complex sentences. Early recognition of linguistic/ language deficits is also important for therapist who have this clinical population in their care (e.g. when applying music therapy), since these mild linguistic disorders may have a significant impact on patients' daily communication.

***Key words:** Parkinson's disease, linguistic deficits, speech production and coprehension.*

Táto práca bola podporená grantom **APVV 15-0155**

Úvod

Nápadne narušená komunikačná schopnosť postihuje prevažnú väčšinu pacientov s Parkinsonovou chorobou (PCH), najmä však ich fonáciu (vzniká dysfónia) a artikuláciu (vzniká hypokinetická dyzartria). Walsh a Smith (2011) uvádzajú, že takmer u 90% pacientov sa v priebehu ochorenia vyvinie motorická porucha reči a hlasu (najčastejšie mikrofónia - tichý hlas). Okrem tejto typickej parkinsonskej mikrofónie sa u pacientov môže vyskytnúť chrapot, drsný, dyšný a trasľavý hlas v priebehu fonácie. Pacienti nedokážu udržať adekvátnu hlasovú intenzitu a silu. Dysprozódia sa manifestuje u značnej časti pacientov, je u nich prítomná monotónia hlasovej výšky a sily (Love, Webb, 2009). Navonok nápadné dysfluencie sa nazývajú paliliáliou, pri ktorých ide o zrýchľujúce sa opakovanie slov alebo fráz (Colman, Bastiaanse, 2011). Tieto poruchy sú aj pre laika hneď viditeľné alebo počuteľné, preto sa im aj v minulosti venovala veľká pozornosť. Objektivizácia a monitorovanie týchto porúch nastalo až po zavedení prístrojovej analýzy akustického signálu na hodnotenie rôznych parametrov reči a hlasu. Napr. Hlavnička et al. (2017) vytvorili unikátnu metodiku hodnotenia reči a hlasu pacientov s PCH, pri ktorej ide o automatizovanú analýzu súvislej reči, ktorá v budúcnosti môže významnou mierou prispieť aj ku včasnej diagnostike tohto ochorenia.

Vyššie uvedené aspekty komunikácie sa zamerali na to „*Ako pacienti s PCH hovoria?*“, kým iný pohľad na reč akcentuje najmä to „*Čo pacienti hovoria a ako rozumejú reči iných*?“. V prvom prípade ide o zachytenie motorických porúch reči (angl. „motor speech disorders“), v druhom

prípade ide o analýzu jazykových porúch, lingvistických deficitov („language disorders“).
Detekcia týchto lingvistických porúch u pacientov s PCH, ktoré majú významný vplyv na každodenné dorozumievanie sa pacientov je dôležitá aj pre liečebno-pedagogickú prax. Vzájomné porozumenie medzi pacientom a terapeutom tvorí základ pre úspešnú intervenciu a formovanie kvalitného terapeutického vzťahu, na ktorý sa v liečebnopedagogickej intervencii kladie dôraz. Liečebný pedagóg hľadá a akceptuje spôsoby komunikácie, ktoré vychádzajú z možností a potrieb pacienta (v prípade potreby konzultuje s logopédom). Svojim prístupom vyjadruje prijatie, aktívne vnímanie a potvrdzovanie, čím vytvára predpoklad pre budovanie dôvery a pre sprevádzanie, ktoré Horňáková (2007) definuje ako jednu z úloh liečebnej pedagogiky. Z tohto dôvodu by terapeuti/liečební pedagógovia mali mať na zreteli aktuálny stav komunikačných schopností pacienta, a to nielen v produkcii, ale aj pri porozumení hovorenej reči.

Podľa doterajších výskumov jazykové problémy stoja v pozadí toho, že spontánny rečový prejav pacientov s PCH je často výrazne redukovaný, verbálna komunikácia je pomalšia a nezriedka aj menej presná. Dodnes však nie je jednoznačne zodpovedaná otázka príčiny vzniku jazykových deficitov u PCH (Liu et al., 2015). Viaceré výskumy pracujú s hypotézou, že jazykové schopnosti pacientov s PCH korelujú s kognitívnymi schopnosťami (Colman et al., 2009), predpokladá sa najmä silný vzťah medzi deficitmi pracovnej pamäti a exekutívnych funkcií (Altman, Troche, 2011). Podľa Liu et al. (2015) klinické pozorovania poukazujú na to, že určitý stupeň depresie a apatia môžu ovplyvňovať výkony pacientov v jazykových testoch. V našich podmienkach sa jazykovým deficitom pri PCH venovala doteraz malá pozornosť. Prvé výsledky výskumov u slovensky hovoriacich pacientov s PCH boli publikované len nedávno (Košutzká et al, 2017, Cséfalvay, Janošková, 2018, Marková et al. 2018).

Čo vieme o lingvistických deficitoch v porozumení reči pri Parkinsonovej chorobe?

Problémy pacientov s PCH pri „inpute“ jazykovej informácie môžu nastať minimálne v dvoch oblastiach: (1) v *ťažkostiach pri porozumení viet* (tzv. morfosyntaktické dekódovanie), (2) *v problémoch v prístupe do mentálnych lexikónov* (lexikálno-sémantické deficity). Krátko uvedieme len niekoľko možných vysvetlení pre tieto deficity. Detailnejšie sme o týchto deficitoch písali v nedávnej publikácii (Cséfalvay, Janošková, 2018). Pacienti preukazujú deficity na úrovni morfosyntaktického spracovávania, lexikálno-sémantického spracovávania a taktiež na úrovni diskurzu **(**Walsh a Smith, 2011).
U 50-60% pacientov s PCH sa vyskytuje narušenie porozumenia reči, a to už v rannom štádiu PCH. Výskumy zaoberajúce sa *porozumením komplexných syntaktických štruktúr* priniesli informácie o deficitoch pacientov s PCH v úlohách ako napríklad priraďovanie viet k obrázku, gramatické hodnotenie viet a podobne (Colman, Bastiaanse, 2011). Holtgraves et al. (2016) sumarizuje výsledky výskumov, ktoré zhodne poukazujú na deficity v porozumení syntakticky komplexných viet u pacientov s PCH. Staršie štúdie považovali chyby v porozumení viet u pacientov s PCH za dôsledok gramatického poškodenia. Colman, Bastiaanse (2011) citujú staršiu prácu Lieberman et al. z roku 1990, ktorí opisovali tieto deficity ako deterioráciu schopností pacienta používať syntaktické pravidlá jazyka. Lieberman spájal syntaktické poruchy porozumenia u pacientov s PCH s kognitívnymi poruchami a tvrdil, že majú spoločný fyziologický základ – oboje sú spôsobené narušením kortiko-striatálno-kortikálnych okruhov, t. j. nepovažujú gramatické spracovanie a exekutívne funkcie za oddelené mechanizmy. Cardona et al. (2013) pripisujú tieto ťažkosti

deficitom v exekutívnych funkciách. Lingvistické deficity by podľa nich mohla vysvetľovať najmä pracovná pamäť, nakoľko tá je nevyhnutná pri porozumení komplexných viet. Pacienti s PCH zapájali signifikantne viac mozgových oblastí asociovaných s pracovnou pamäťou, aby dosiahli rovnakú úroveň presnosti porozumenia v porovnaní s intaktnou kontrolnou skupinou. Deficity v spracovávaní viet u pacientov s PCH autori pripísali obmedzenému fungovaniu striatálneho okruhu, čo spôsobuje prerušenie rozsiahlej siete dôležitej pre kognitívne procesy, ktoré môžu zasahovať do spracovávania viet (Colman, Bastiaanse, 2011).

Prvé výskumy v tejto oblasti publikovali u nás Marková et al. (2018). Testom porozumenia viet testovali porozumenie reverzibilných viet (vety, v ktorých si účastníci deja môžu vymeniť svoje úlohy) a kognitívne funkcie neuropsychologickou testovou batériou. Na výskume sa zúčastnilo 37 pacientov s idiopatickou PCH a 37 zdravých respondentov. Skupiny sa nelíšili vzhľadom na vek, vzdelanie a pohlavie. Pacienti s PCH boli signifikantne horší v porozumení viet s nekanonickým poradím sémantických rolí tj. keď na prvom mieste vo vete je osoba, ktorá je činnosťou zasiahnutá a nie osoba, ktorá činnosť vykonáva, napr. „Mamu bozkáva dcéra.“). Výsledky poukazujú na prítomné deficity v porozumení viet u slovensky hovoriacich pacientov s PCH, pričom schopnosť porozumieť vetám koreluje s výkonom v kognitívnych testoch (Marková et al, 2018).

Aj na *lexikálno-sémantickej* úrovni sa u pacientov s PCH taktiež preukazujú deficity (Cardona et al., 2013). Cardona et al. (2013) tieto deficity interpretuje v rámci všeobecnej kognitívnej deteriorácie, a to najmä pracovnej pamäti, ktorá je dôležitá pre integráciu starých a nových informácií, a nie ako jazykovo-špecifické ťažkosti. Zdôvodňuje lexikálno sémantické deficity v porozumení disinhibíciou, t.j. nemožnosťou správneho výberu medzi konkurenčnými interpretáciami daného stimulu. Ďalším dôvodom deficitov prítomných pri sémantickom spracovaní u pacientov s PCH môže byť nedostatok dopamínu v striáte, nakoľko automatická aktivácia sémantiky bola zhoršená v štádiu „OFF“ (Colman et al., 2011).

Pacienti s PCH preukazujú slabé výkony v úlohách, ktoré si vyžadujú prepínanie medzi odpoveďami alebo v úlohách s rôznymi sémantickými kategóriami (Cardona et al., 2013). Tento deficit sa vysvetľuje nedostatočnou lexikálno-sémantickou inhibičnou kontrolou u pacientov s PCH, čo potvrdil vo svojom výskume aj Castner et al. (2007), ktorý dospel k záveru, že stimuláciou subthalamického jadra bol obnovený inhibičný proces. Preto sa dospelo k záveru, že BG sú zapojené nielen do automatických, ale aj do kontrolovaných aspektov sémantického primingu a podporujú aktiváciu facilitačného a inhibičného procesu (Cardona et al., 2013).

Schopnosť porozumieť pragmatike znamená porozumieť, čo má hovoriaci v úmysle výpoveďou vyjadriť a zvyčajne sa sústreďuje na obrazné elementy jazyka ako sú napr. metafory, irónia, sarkazmus, atď. (Holtgraves et al., 2016). Výskumy s pacientmi s PCH v tejto oblasti priniesli informácie o narušení porozumenia metafor, pričom porozumenie metafor bolo narušené len u pacientov s výraznými deficitmi v pracovnej pamäti (Holtgraves et al., 2016; Colman, Bastiaanse, 2011). V štúdiách sa spájajú pragmatické jazykové zručnosti s kognitívnymi funkciami a navrhuje sa, že rýchlosť spracovania je silnejším determinantom pragmatického jazyka ako pracovná pamäť (Colman, Bastiaanse, 2011).

Naďalej zostáva nejasné, či sú tieto deficity spôsobené špecifickým jazykovým narušením, všeobecnými deficitmi exekutívnych funkcií alebo špecifickým poklesom pracovnej pamäti (Cardona et al., 2013). Pell a Monettová (2008) upozorňujú aj na to, že u pacientov s PCH sa vyskytujú aj ťažkosti s nonverbálnou komunikáciou (výrazy tváre, pozícia tela, gestá a tón hlasu a i.). Neverbálne aspekty odhaľujú skutočný postoj alebo emočný stav, čo u pacientov s PCH býva narušené

a ich skutočný úmysel môže byť pochopený aj nesprávne.

Čo vieme o lingvistických deficitoch v produkcii reči pri Parkinsonovej chorobe?

Aj v produkcii pacientov s PCH sa vyskytujú deficity na úrovni syntaxe a na lexikálno-sémantickej úrovni. Viacerí autori píšu, že zistenia z posledných rokov prinášajú informácie o signifikantne zníženej jazykovej produkcii a informatívnom obsahu výpovedí pacientov s PCH aj bez demencie (Altman, Troche, 2011; Colman, Bastiaanse, 2011; Walsh a Smith, 2011; Holtgraves et al., 2016). Výsledky výskumov poukazujú na to, že pacienti s PCH produkujú vety, ktoré sú charakterizované nižším informačným obsahom a jednoduchšou syntaxou (Cséfalvay, Janošková, 2018). Podobné deficity sa u pacientov s PCH vyskytovali aj v tom prípade, keď namiesto štandardizovaných testov bola skúmaná spontánna verbálna produkcia pacientov s PCH (Holtgraves et al., 2016). Tieto štúdie priniesli informácie o signifikantných rozdieloch v dĺžke viet, v počte viet, a tiež v gramatickej komplexnosti medzi intaktnou kontrolnou skupinou a pacientmi s PCH s miernym stupňom demencie. V prípade porovnania pacientov s PCH bez demencie alebo s demenciou ľahkého stupňa a intaktnej populácie sa neobjavili signifikantné rozdiely.

Altman a Troche (2011) sa vo svojom výskume zamerali na vzťah medzi kognitívnymi deficitmi a jazykovou produkciou. Tento vzťah skúmali prostredníctvom úloh na opakovanie viet a produkciu viet. Autori zistili, že pacienti s PCH produkovali pri opakovaní viet viac nepravidelností vo fluencii a menej prijateľných viet ako intaktná skupina. Pri produkcii viet preukazovali pacienti s PCH narušenie vo fluencii, gramatickej stavbe a komplexnosti, pričom narušenie bolo väčšie vo fluencii. Colman a Bastiaanse (2011) naznačujú, že tento vzorec môže byť buď adaptívnym kompenzačným mechanizmom používaným s cieľom znížiť motorické ťažkosti pri artikulácii, alebo môže byť aj dôkazom jazykového narušenia, ktoré vyplýva z ochorenia.

V súlade so zisteniami Altmana a Trocheho (2011) sú aj výsledky štúdie, ktorú realizovali Holtgraves et al. (2013). Cieľom ich štúdie bolo preskúmať možné pragmatické deficity v produkcii pacientov s PCH pri úlohe spontánnej produkcie. Holtgraves et al. (2013) skúmali informatívnosť výpovedí ľudí s PCH a kontrolnej skupiny a vzťah medzi informatívnosťou výpovede a mierou iniciovania reči, rozpoznávaním reči, exekutívnou kontrolou a závažnosťou motorickej dysfunkcie. Analýza výsledkov preukázala špecifický deficit v oblasti jazykovej produkcie u pacientov s PCH. Konkrétne, pacienti s PCH produkovali signifikantne viac výpovedí s nízkou výpovednou hodnotou ako kontrolná skupina. Ďalším významným prínosom tejto štúdie je, že deficity sa ukázali v priebehu prirodzenej verbálnej interakcie a nielen v testovej úlohe.

V oblasti produkcie sa v tejto klinickej skupine pacientov už dávnejšie poukázalo na to, že pacienti s PCH majú špecifické problémy pri aktualizácii slov z mentálneho lexikónu. V testoch, kde mali pacienti pomenovať objekty (ide o vyhľadávanie podstatných mien z mentálneho slovníka) boli úspešnejší, ako pri pomenovaní činností (ide o aktualizáciu slovies z lexikónu). Množstvo špecificky zameraných výskumov prinieslo informácie o selektívnom deficite v spracovávaní slovies u pacientov s PCH. Tieto deficity sa objavovali vo viacerých typoch úloh, najmä hodnotením produkcie slovies (Crescentini et al., 2008), verbálnej fluencie slovies (Rodrigues et al., 2015; Herrera et al., 2015) a pomenovávaním obrázkov (Rodriguez-Fereiro et al., 2009; Silveri et al., 2012).

V týchto prácach sa stretávame s interpretáciou deficitov prostredníctvom kognitívnej teórie, ktorá hovorí, že narušenie slovies nevyplýva z jazykovo špecifického narušenia, ale sú spôsobené narušením exekutívnych funkcií. Túto teóriu avšak podporuje menšia časť výskumov. Druhou, rozšírenejšou teóriou

je gramatická teória, ktorá popisuje slovesá ako gramaticky komplexnejší slovný druh ako podstatné mená, a vzhľadom na to sa u pacientov s PCH prejavujú ako výraznejšie narušené. Tretia teória, v prospech ktorej hovorí viacero výskumov, sa zameriava na pohybový obsah, ktorý v sebe nesú slovesá. Podľa tejto teórie, deficity prítomné najmä v činnostných slovesách odrážajú úlohu motorického systému v sémantickom spracovávaní slovies. Čo však majú všetky tri teórie spoločné je to, že deficity v slovesách spájajú aj s BG. Funkciou BG je koordinácia pohybov a svalového tonusu a v súvislosti s rečou sa písalo len o motorickej koordinácií reči. Vďaka výskumu produkcie reči u pacientov s ochoreniami ovplyvňujúcimi pohyb sa ukazuje, že sa do určitej miery podieľajú aj na jazykových funkciách (Cséfalvay, Janošková, 2018).

Štandardizované testy lingvistických deficitov na Slovensku

Detailná analýza jazykových deficitov pacientov s neurogénnymi poruchami komunikácie patrí do kompetencie klinického logopéda. V súčasnosti máme na Slovensku dostupné dva štandardizované testy s normami:

(1) *Test pomenovania obrázkov* (Šteňová, Cséfalvay, 2011) mapuje problémy s vyhľadaním správneho slova z mentálneho lexikónu, ktoré sa vyskytujú u pacientov s mozgovou patológiou. Test obsahuje 30 podstatných mien a 30 slovies, čo nám umožní tiež overiť predpoklad, že pri rôznych typoch demencie (a s rôznou lokalizáciou mozgovej patológie) výkon pri pomenovaní slovies a podstatných mien disociuje. Analýza odpovedí v teste pomenovania obrázkov umožní bližšie charakterizovať problém lexikálneho vyhľadávania slov v zmysle porúch prístupu k informáciám alebo až ich degradácie (sémantický deficit).

(2) *Test porozumenia viet* (Marková et al, 2015) pozostáva z dvoch častí. Prvá časť je lexikálna. Jej cieľom je vyšetriť porozumenie vysoko frekventovaných slov (10 podstatných mien a 6 slovies), z ktorých sú vytvorené testované vety. Dobré porozumenie izolovaných slov je kritériom pre testovanie porozumenia viet. Druhá časť testu je zameraná na vyšetrenie porozumenia viet a obsahuje 84 sémanticky reverzibilných viet, v ktorých si hlavní účastníci deja môžu vymeniť roly, pričom má veta stále význam. Test umožňuje analýzu rôznych lingvistických faktorov a ich vplyvu na porozumenie viet. Sledovanými faktormi sú: syntaktická konštrukcia (sedem typov syntaktických konštrukcií), poradie sémantických (tematických) rolí – vety s kanonickým a nekanonickým poradím, dĺžka vety (krátke a dlhé vety), morfologický kľúč v prvom podstatnom mene/na začiatku vety.

Implikácie pre liečebno-pedagogickú prax

Liečebnopedagogická intervencia má svoje opodstatnenie pri sprevádzaní človeka, konfrontovaného s obmedzeniami a výzvami, ktoré PCH prináša. Terapia pri PCH je symptomatická. Základ tvorí medikamentózna substitúcia chýbajúceho dopamínu, ktorá v prvých rokoch ochorenia výrazne eliminuje sprievodné, najmä motorické príznaky ochorenia. Avšak aj táto liečba má viaceré úskalia. V dôsledku medikamentóznej liečby bývajú prítomné časté nežiaduce účinky medikamentov. Kozáková (2020) uvádza, že v pokročilých fázach PCH je efekt medikácie menej stabilný, stav pacienta kolíše v priebehu dňa a liečbu je potrebné upravovať. V súvislosti s rečou sa objavujú dyskinézy a dystónia orofaciálneho svalstva, ktoré sťažujú komunikáciu a zároveň môžu pôsobiť rušivo na komunikačného partnera (Zamišková et al., 2010). V prípade výrazného funkčného obmedzenia, ktoré sa nedarí kompenzovať medikamentóznou liečbou, býva indikovaná chirurgická liečba, najčastejšie hĺbková mozgová stimulácia (Kozáková, 2020).

Ku klinickému obrazu PCH patria aj nemotorické príznaky, ktoré významným spôsobom ovplyvňujú kvalitu života pacientov, najmä v neskorších štádiách ochorenia. Tie sa týkajú dysfunkcií autonómneho nervového systému, porúch v oblasti kognitívnych funkcií, spánku, nálady a zmyslových porúch (Sung, Nicholas, 2013; Ziemssen, Reichmann, 2007). Látalová et al (2015), uvádzajú výskyt kognitívnych deficitov (demencie) a depresie v neskorších fázach ochorenia.

Kombinácia motorických a nemotorických príznakov ochorenia, kam patria aj problémy v komunikácii, majú vplyv na mnohé bežné činnosti a celkovo na kvalitu života. Vplývajú na možnosť seba-uplatnenia, na sociálnu rolu, na vzťahy s okolím, vlastnú autonómiu a prežívanie emócií.

Vzhľadom na široký klinický obraz a jeho dopad na mnohé oblasti života sa v liečbe uplatňujú aj nefarmakologické intervencie, v rámci ktorých dochádza k potrebe multidisciplinárnej spolupráce lekárov z odboru neurológie s tímom odborníkov z oblasti fyzioterapie, psychológie, psychiatrie, logopédie a iných. V tomto tíme má svoje miesto aj liečebný pedagóg, ktorý môže významne prispieť k zlepšeniu prežívania ochorenia prostredníctvom využitia liečebnopedagogických terapií. V kontexte komunikácie je možné využiť terapie na elimináciu deficitov v oblasti jazyka a reči, ako aj dôsledkov, ktoré z nich pramenia. V tomto smere môže byť prínosná spolupráca logopéda a liečebného pedagóga.

Jednou z významných a v praxi využívaných nefarmakologických intervencií v terapii ľudí s PCH je ergoterapia. Ako súčasť interdisciplinárnej liečby u pacientov s PCH sa zameriava najmä na podporu motoriky a sebauplatnenia človeka, jeho zaradenie do spoločnosti a zmeny subjektívneho pociťovania kvality života (Ashwini, 2010). V kontexte liečebnej pedagogiky ide o proces realizácie činnosti a o to, čo sa pri ňom odohráva. Materiál, postup a aj výsledok činnosti, sú volené na základe potreby alebo povahy problému pacienta, ako aj na základe zadefinovaného terapeutického cieľa (Horňáková, 1999). Hlavným prínosom ergoterapie v kontexte PCH by malo byť udržanie a podpora kompetencií v čo najväčšej miere participovať na bežných denných, pracovných a rekreačných aktivitách a činnostiach.

Práve oblasť samostatnosti a participácie na každodenných činnostiach môže byť negatívne ovplyvnená komunikačnými deficitmi, ako v porozumení, tak v produkcii reči. Zážitok neúspechu, nepochopenia a strata sebadôvery môžu byť jednou z príčin dlhodobého stresu. Vzniká cyklický kruh, v rámci ktorého sa pacient kvôli obave zo zlyhania, vyhýba situáciám, kedy bude pri spoločenskom kontakte vyzvaný k rečovému prejavu. Tieto pocity, umocnené prípadným neúspechom, následne prehlbujú stres. Výsledkom môže byť stav, kedy takmer nedochádza k spontánnym sociálnym interakciám, čím sa sociálna izolácia prehlbuje. Relaxačné techniky sú účinné ako nefarmakologická liečba pri znižovaní symptómov stresu, tremoru, svalového napätia a úzkosti (Donley et al., 2019). Spolu s kreatívnymi aktivitami môžu byť cielene využité na naštartovanie prirodzených pochodov spracovania emócií a na povzbudenie vlastných zdrojov klienta.

Na odstránenie komunikačných bariér u pacientov s PCH realizovali Degen a Hunziker (2019) program „Pohyb a hlas“. Cieľom tejto skupinovej formy intervencie bolo využiť pohyb na posilnenie rečového prejavu prostredníctvom rôznorodých pohybových zážitkov s materiálmi rôznej senzorickej kvality. Na tvorbe a realizácii tohto programu sa podieľali liečební pedagógovia a logopédi, ale tiež študenti týchto odborov, ako budúci odborníci z pomáhajúcich profesií.

Umelecký prejav, ktorý tvorí obsah viacerých liečebnopedagogických terapií, môže do istej miery nahradiť verbálnu výpoveď a umožniť komunikáciu prostredníctvom umenia (v muzikoterapii,

arteterapii, psychomotorickej terapii, dramatoterapii), prípadne môže umožniť katarziu. Takýto prejav je vyjadrením telesného aj psychického „ja“, a je možný aj v prípade, ak je verbálny prejav problematický (Bruno, Adamczyk, 2007; Tegze, 2003).

Častým príznakom PCH s negatívnym dopadom na jazykový a rečový prejav je depresia. Býva prítomná až u 50-70% pacientov (Bomsang – Layno (2015). Liečebnopedagogická intervencia je podľa Kleina, Meinertza, Kausena (2001) zameraná na hľadanie možností riešenia, ktoré pomôžu depresiu prekonať, prípadne zmierniť. Za významné napomáhajúce faktory považujú vybudovanie dôverného medziľudského vzťahu, techniku posmeľovania, vytváranie takých podmienok, aby sa pri plnení úloh mohli pacienti realizovať a posilňovať sami seba. Zdôrazňujú tiež význam zaangažovanosti rodinných príslušníkov.

Medzi perspektívne sa rozvíjajúce nefarmakologické prístupy v komplexnej rehabilitácii pacientov s PCH patrí aj muzikoterapia. Viaceré výskumy potvrdzujú efektivitu terapie založenej na rytme a melódii pri ovplyvňovaní nežiadúcich príznakov PCH najmä v oblasti chôdze a motoriky (de Dreu et al. 2012). Aj pri dosahovaní pozitívnych zmien v rečovom prejave sa z viacerých dôvodov javí ako vhodná intervencia založená na speve. Pri speve sa uplatňujú mnohé spoločné anatomické štruktúry a fyziologické mechanizmy rovnaké ako pri reči. Podobne ako pri reči sa pracuje s dýchaním, vokálnym prejavom, rytmom, melódiou, dynamikou a frázovaním. Muzikoterapia zároveň disponuje účinnými terapeutickými prostriedkami, ktorými je možné pozitívne ovplyvniť viaceré príznaky ochorenia (pohyb, emocionálne prežívanie a pod.) a sprostredkovať nové, pozitívne skúsenosti v rámci príjemného kontextu.

Intenzita a zameranie muzikoterapeutickej intervencie sa odvíja od aktuálnych cieľov. Intenzívny, krátkodobý program je väčšinou zameraný na eliminináciu funkčných deficitov (napr. v oblasti pohybu, alebo reči). V posledných dvadsiatich rokoch bolo zrealizovaných viacero takýchto muzikoterapeutických programov zameraných na oblasť zlepšenia hlasu a reči u pacientov s PCH (Haineshi, 2001; Stegemöller, 2016; Azekawa, Lagasse, 2018; Tamplin et al, 2019 a iné). Obsah jednotlivých protokolov tvorili prevažne dychové cvičenia, hlasové cvičenia, artikulačné cvičenia a spev. Výsledky intervencie sa pozitívne odrazili v nasledujúcich oblastiach: zvýšenie sily hlasu (Haineshi, 2001; Tamplin et al, 2019), zvýšenie hodnoty maximálneho času fonácie (Stegemöller, 2016), zlepšenie zrozu-miteľnosti reči (Haineshi, 2001), plynulosti reči (Azekawa, Lagasse, 2018), zlepšenie v oblasti respiračných funkcií (Stegemöller, 2016; Tamplin et al, 2019).

Keďže liečba pri PCH je symptomatická, a aj vzhľadom na progresívny charakter ochorenia, význam má aj dlhodobá, menej intenzívna intervencia, zameraná na prežívanie pacienta, jeho skúsenosti, vzťahy a hľadanie možností jeho realizácie a uplatnenia. Tieto ciele je možné naplniť v rámci bezpečného a podporného prostredia pri skupinových muzikotera-peutických stretnutiach, organizovaných pre ľudí s PCH. Aj keď intervencia v takomto prístupe už často nebýva taká intenzívna a cielená na jednotlivé funkčné deficity. Skupinová muzikoterapia posky-tuje priestor pre spoločné zdieľanie pocitov, sociálne začlenenie. Zároveň pomáha stimulovať človeka k lepšiemu výkonu (sociálna facilitácia).

V súvislosti s dlhodobou intervenciou je úlohou liečebných pedagógov porozumieť fyzickým, psychickým a sociálnym potrebám pacienta, ktoré sa môžu meniť v súvislosti s priebehom a progresiou ochorenia a reagovať na jeho aktuálne potreby. Rovnako je potrebné napomáhať mu pri získavaní vhľadu do svojej meniacej sa situácie a zorientovaní sa v dostupných možnostiach a zdrojoch, ktoré môžu prispieť k zlepšeniu kvality života.

Zoznam literatúry

ALTMANN, L. J.P., TROCHE, M. S. *High-Level Language Production in Parkinson's Disease: A Review*. Parkinson's Disease 2011; 1-12.

ASHWINI, K., R. *Enabling Funkcional Independence in Parkinson´s Disease: Update on Occupational Therapy Intervention.* In Movenment Disorders [online]. 2010, 25, suppl. 1, 146-151. Dostupné z: https://movementdisorders.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/mds.22784.

AZEKAWA, M., LAGASSE. A. B. *Singing Exercises for Speech and Vocal Abilities in Individuals with Hypokinetic Dysarthria: A Feasibility Study.* Music Therapy Perspectives [online]. 2018 36 (1), 40–49. Dostupné z: https://academic.oup.com/mtp/article/36/1/40/2979679?login=true.

BOMASANG-LAYNO, E., FADLON I., MURRAY A.N., HIMELHOCH S. *Antidepressive treatment for Parkinson's disease: a systematic review and meta/analysis.* Parkinsonism and Related Disorders [online]. 2015, 21 (8), 833-842. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26037457/ ISSN 1353-8020.

BRUNO, T. ADAMCZYK, G. *Řeč těla*. Praha: Grada publishing. 2007. ISBN 978-80-2471-313-6.

CARDONA, J. F., GERSHANIK, O., GELORMINI-LEZAMA, C. *Action-verb processing in Parkinson's disease: new pathways for motor–language coupling.* Brain Structure and Function. 2013, 218(6), 1355-1373.

COLMAN, K., BASTIAANSE, R. *Language Processing in Parkinson's Disease Patients Without Dementia*. Dushanova J (Ed). Diagnostics and Rehabilitation of Parkinson's Disease InTech, 2011.

COLMAN, K., KOERTS, J., VAN BEILEN, M., LEENDERS, K. L., POST, W. J., BASTIAANSE, R. *The impact of executive functions on verb production in patients with Parkinson's disease.* Cortex [online]. 2009, 45(8). Dostupné z: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010945209000641. ISSN 00109452.

CRESCENTINI, C., MONDOLO, F, BIASUTTI E, SHALLICE T. *Supervisory and Routine Processes in Noun and Verb Generation in Nondemented Patients with Parkinson's Disease*. Neuropsychologia [online]. 2008, 46(2). Dostupné z: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0028393207003016. ISSN 00283932.

CSÉFALVAY, ZS., JANOŠKOVÁ, P. *Poruchy jazykových procesov pri Parkinsonovej chorobe bez demencie.* Neurológia pre prax. - Roč. 19, č. 6 (2018), s. 404-407.

DE DREU M.J., VAN DER WILK A.S.D., POPPE E., KWAKKEL G., VAN WEGEN E.E.H.. *Rehabilitation, exercise therapy and music in patients with Parkinson's disease: a meta-analysis of the effects of music-based movement therapy on walking ability, balance and quality of life*. Parkinsonism & Related Disorders [online]. 2012, 18, suppl. 1, 114-119. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22166406/ ISSN 1353-8020.

DEGEN, U., HUNZIKER, E. *Wenn die Bewegung einfriert und die Stimme verschwindet. Interdisziplinäres Forschungsprojekt Psychomotorik und Logopädie*. Motorik [online]. 2019, 42, (1.0), 41-42. Dostupné z: https://www.reinhardt-journals.de/index.php/mot/article/view/150995. ISSN 0170-5792.

DONLEY, S., MCGREGOR, S., WIELINSKI, C., NANCE, M. *Use and perceived effectiveness of complementary therapies in Parkinson's disease.* Parkinsonism & Related Disorders [online]. 2019, Volume 58,46-49. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S135380201830333X?casa_token=gKz0gOZxq-8AAAAA:VwI5aPJ8nPSoi3v9Ym2DY7j6vei0Wl8agWIK0GoZkVypSebSowPpOy9N-Kwj2EeHqD9S6dxkcA.

HANEISHI, E. *Effects of a music therapy voice protocol on speech intelligibility, vocal acoustic measures, and mood of individuals with Parkinson's disease.* Journal of Music Therapy [online]. 2001 Volume 38, 273–290. Dostupné z: https://academic.oup.com/jmt/article/38/4/273/894549.

HERRERA, E., BRENÉE, B., RIBACOBA, A., CUETOS, F. *The motor-semantic meanings of verbs generated by Parkinson's disease patients on/off dopamine medication in a verbal fluency task*. Journal of Neurolinguistics. 2015, 36, 72-78.

HLAVNIČKA, J., ČMEJKA, R., TYKALOVÁ, T., ŠONKA, K., RUŽIČKA, E., RUSZ, J. *Automated analysis of connected speech reveals early biomarkers of Parkinson's disease in patients with rapid eye movement sleep behaviour disorder*. Scientific Reports, 7,12, 2017. 1-21.

HOLTGRAVES, T., CADLE, CH. *Communication impairment in patients with Parkinson´s disease: challenges and solutions.* Journal of Parkinsonism and Restless Legs Syndrome [online]. 2016, 45-55. Dostupné z: https://www.dovepress.com/communication-impairment-in-patients-with-Parkinson39s-disease-challen-peer-reviewed-article-JPRLS

HOLTGRAVES, T., FOGLE, K., MARSH, L. *Pragmatic language production deficits in Parkinson's disease. Advances in Parkinson's Disease* [online]. 2013, 02(01), 31-36. Dostupné z: http://www.scirp.org/journal/doi.aspx?DOI=10.4236/apd.2013.21006. ISSN 2169-9712.

HORŇÁKOVÁ, M. *Liečebná pedagogika*. Bratislava: Perfekt, 1999. ISBN 80-8046-126-0.

HORŇÁKOVÁ, M. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava: Občianske

združenie Sociálna práca. 2007. ISBN 978-80-89815-28-3.

KLEIN, F., MEINERTZM F., KAUSEN, R. *Liečebná pedagogika.* Bratislava: Sapientia, 2001. ISBN 80-967180-6-1.

KOŠUTZKÁ, Z., HAJDUK, M., KUŠNÍROVÁ, A., EGRYOVÁ, M., PÁPAYOVÁ, M., MARKOVÁ, J., CSÉFALVAY, ZS. *Object and action naming in non-demented Slovak patients with Parkinson´s disease.* Abstracts / Journal of the Neurological Sciences 381 (2017), 367.

KOZÁKOVÁ, R. *Podpůrná a paliativní péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí.* Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2896-9.

LÁTALOVÁ, K., KAMARÁDOVÁ, D., PRAŠKO, J. Suicidalita u psychických poruch. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4305-9.

LIU LL, DY, XG, REN, CHL, FENG Y, YU YS, HONG-MEI H, HONG ZHY. *Characteristics of language impairment in Parkinson's disease and its influencing factors.* Translational Neurodegeneration [online]. 2015, 4(1), 2. Dostupné z: http://www.translationalneurodegeneration.com/content/4/1/2. ISSN 2047-9158.

MARKOVÁ, J., CSÉFALVAY, ZS., MIKULAJOVÁ, M., SCHOFFELOVÁ, M. *Analýza porozumenia viet s normami*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2015. 177.s.

MARKOVÁ, J., HAJDUK, M., KOŠUTZKÁ, Z., KUŠNÍROVÁ, A., PÁPAYOVÁ, M., EGRYOVÁ, M., VALKOVIČ, P., CSÉFALVAY, ZS. *Porozumenie viet u slovensky hovoriacich pacientov s Parkinsonovou chorobou*. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. - Roč. 81/114, č. 1 (2018), s. 60-65

LOVE, R. J., WEBB, W. G. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.

MARKOVÁ, J., HAJDÚK, M., KOŠUTZKÁ, Z., KUŠNÍROVÁ, A., PÁPAYOVÁ, M., EGRYOVÁ, M., VALKOVIČ, P., CSÉFALVAY, ZS. *Porozumenie viet u slovensky hovoriacich pacientov s Parkinsonovou chorobou.* Cesk Slov Neurol N 2018, 81/114 (1): 60-65.

PELL, M.D, MONETTA, L. *How Parkinson's Disease Affects Non-verbal Communication and Language Processing. Language and Linguistics Compass*. 2/5 (2008): 739–759.

RODRIGUES, I.T., FERREIRA, J.J., COELHO, M., ROSA, M.M., CASTRO-CALDAS, A. *Action verbal fluency in Parkinson's patients.* Arquivos de Neuro-Psiquiatria [online]. 2015, 73(6), 520-525. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2015000600520&lng=en&tlng=en. ISSN 0004-282x.

SILVERI, M.C., CICCARELLI, N., BALDONERO, E. *Effects of stimulation of the subthalamic nucleus on naming and reading nouns and verbs in Parkinson's disease*. Neuropsychologia[online]. 2012, 50(8), 1980-1989. Dostupné z: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0028393212001868. ISSN 00283932.

STEGEMÖLLER, E. L., RADIG, H., HIBBING, P., WINGATE, J., & SAPIENZA, C. *Effects of singing on voice, respiratory control and quality of life in persons with Parkinson's disease.* Disability and Rehabilitation [online]. 2016, 1–7. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26987751/.

SUNG, V. W, NICHOLAS, A. P. *Nonmotor symptoms in Parkinson's disease: expanding the view of Parkinson's disease beyond a pure motor, pure dopaminergic problem*. Neurol Clin. 2013 Aug;31(3 Suppl):S1-16. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23931951/

ŠTEŇOVÁ, V., CSÉFALVAY, ZS. *Faktory ovplyvňujúce lexikálne vyhľadávanie v pomenovaní obrázkov test pomenovania obrázkov s normami (Test pomenovania obrázkov)*. Bratislava: Mabag, 2011.

TAMPLIN J., MORRIS M. E., MARIGLIANI C., BAKER F. A., VOGEL A. P. *ParkinSong: A Controlled Trial of Singing – Based Therapy for Parkinson's Disease.* Neurorehabilitation and Neural Repair [online]. 2019, 33(6), 453-463. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31081485/.

TEGZE, O. *Neverbální komunikace*. Praha: Computer Press. 2003.

WALCH, B., SMITH, A. *Linguistic Complexity, Speech Production, and Comprehension in Parkinson's Disease: Behavioral and Physiological Indices.* Journal of Speech Language and Hearing Research [online]. 2011, **54**(3). Dostupné z: http://jslhr.pubs.asha.org/article.aspx?doi=10.1044/1092-4388(2010/09-0085). ISSN 1092-4388.

ZAMIŠKOVÁ, G., RESSNER, P., DLOUHÁ, J., ŠIGUTOVÁ, D. *Poruchy řeči u Parkinsonovy nemoci.* Neurologie pro praxi [online]. 2010, 11(2), 112-116. Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/02/10.pdf ISSN 1803-5280.

ZIEMSSEN, T, REICHMANN, H. *Non-motor dysfunction in Parkinson's disease*. Parkinsonism Relat Disord. 2007 Aug;13(6):323-32. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17349813/.

ŠTÚDIA

Prístupy k deťom s ťažkými poruchami vývinu

Approaches to children with severe developmental disorders

Marta Horňáková

Pedagogická fakulta UK v Bratislave

Katedra liečebnej pedagogiky

hornakova@fedu.uniba.sk

Abstrakt: Príspevok sa zaoberá základnými prístupmi liečebnopedagogickej terapie a porovnáva ich s modelom práce Anat Baniel, ktorá sa venovala deťom s ťažkými poruchami vývinu.

Kľúčové slová: poznatky neurovied, aktivácia učenia, odporúčané postupy.

Abstract: The paper deals with the basic approaches of therapeutic-educational therapy and compares them with the model of the work of Anat Baniel, who dealt with children with severe developmental disorders.

Key words: neuroscience knowledge, learning activation, recommended procedures.

V ostatných rokoch sa u nás objavili knihy, ktoré priniesli nové pohľady na starostlivosť a terapiu u detí s ťažkými poruchami CNS. Už v r. 2008 sa s aktuálnymi poznatkami neurovied v kontexte liečebnej pedagogiky zaoberal Speck (2008). Pojednával o základných východiskách obrazu človeka, o používaných metódach liečebnopedagogickej pomoci, ktoré boli popísané v minulosti a konštatoval, že sú s nimi v súlade. Zdá sa, že význačné osobnosti liečebnej pedagogiky (Montessori -1985, Moor -1974, Lotz – 1977, Kobi – 2004 a i.) intuitívne rozpoznali, kde sú možnosti a cesty pomoci.

Výskumy, ktoré sa zaberali plasticitou mozgu, otvorili ďalšie možnosti terapie porúch spojených s poškodením CNS. Ukázali tiež, že zmena navodená z vonku je pre spätosť mozgu s predchádzajúcimi skúsenosťami a subjektívne prežívaným prostredím, oveľa menšia ako si odborníci mysleli pod vplyvom behaviorizmu (Speck, 2008, s. 103). Hlboké zranenia, zážitky opakovaného neúspechu, neporozumenia až odmietnutia, môžu zmeny celkom zablokovať. Speck (2008) potvrdil, že liečebná pedagogika sa vo svojich metódach môže oprieť o plasticitu mozgu a hľadať možnosti aj tam, kde sa pokrok prestal očakávať. Nápomocné sú interaktívne ponuky pre vnímanie a učenie, ktoré sa musia zladiť s potrebami a prežívaním subjektu pomoci. Terapeut pozorne čaká na impulz z vnútra človeka a ponúka podnet v emočnom zosúladení. Ak emócie bezpečia a prijatia pôsobia dostatočne silno a dlho, umožnia otvoriť sa niečomu novému. Prichádza zmena.

V tomto smere je zaujímavý prínos Feldenkreisa (1904, †1984) a jeho žiačky Baniel, ak dokážeme prekročiť zaužívané presvedčenia. Mosche Feldenkreis to povedal slovami: „*Našim jediným obmedzením je vlastné presvedčenie, že je to tak*.“ (Baniel, 2020, s. 7). Jeho životný príbeh bol plný strát, prekážok a zápasov. Narodil sa na dnešnej Ukrajine, ako 14-ročný pešo v mrazoch putoval do Palestíny, cestou sa k nemu pridávali ďalšie deti. Kým prišli k Jadranu, bolo ich vyše dvesto. Pracoval, aby mohol študovať, venoval sa sebaobrane, aby naučil iných brániť sa pred vražednými útokmi. Keď musel utiecť, v Paríži študoval aj u Joliot Curieových fyziku. Zranenia kolien ho prinútili premýšľať nad mozgovými mapami a možným uzdravením. Získal doktorát z neurológie a začal liečiť. Doidge (2020, podľa Baniel 2020), ktorý sledoval jeho pacientov veľa rokov, ho nazval najväčším osvietencom 20. stor. v otázkach zlepšovania pohybu. Domnieval sa, že každý pohyb robí vždy celé telo. Jemné pohyby umožňujú uvedomiť si ho lepšie. Vedomý pohyb pomáha mozgu k lepšej organizácii motorických vzorcov. Dobrý pohyb telo vykonáva s ľahkosťou.

Patologické pohyby súvisia s úľavovými polohami, s naučenou bezmocnosťou, s mozgovým šumom po poranení mozgu, kedy mozog v snahe opraviť poškodené vysiela nadmerné signály do svalov. Tie stuhnú a človek ich nemôže kontrolovať. Uvedomenie/predstava pohybu pomáha budovať pohybové schémy a normalizovať ich. Základné princípy jeho neuroplastického uzdravovania boli u nás publikované aj v knihe *Váš mozog sa dokáže uzdraviť* (Doidge, 2017).

Anat Baniel bola jeho študentkou, sprevádzala ho na cestách a ďalej sa od neho učila. Vyštudovala klinickú psychológiu, venovala sa tancu. Doidge (2020, podľa Baniel 2020) charakterizoval jej metódu ako podstatne dômyselnejšiu, celostnú a zosúladenejšiu s vývinom. Je postavená na malých zmenách v pohybových vzorcoch, ktoré ale otvárajú cestu lepšiemu vývinu. Baniel pôsobí v Kalifornii, cestuje po svete a učí odborníkov. (www.anatbanielmethod.com)

V tomto roku vydala APPA publikáciu *Deti za hranicami možností*, kde sú popísané spôsoby jej práce. Kniha je určená hlavne pre rodičov, ale je inšpiratívna aj pre liečebných pedagógov, logopédov, špeciálnych pedagógov, vychovávateľov. Možno v nej nájsť mnoho paralel s liečebnopedagogickým myslením a konaním. Baniel (2020) formulovala deväť pravidiel, ale odporúčaní tam bolo oveľa viac. Porovnala som ich s formuláciami a odporúčaniami v liečebnej pedagogike (odkazujem na známych autorov).

Tab. Neuroplastická terapia Anat Baniel v kontexte liečebnej pedagogiky:

Liečebnopedagogické metódy a prístupy	**Slovami Anat Baniel**	**Naplnenie - ciele**
Treba vziať dieťa odtiaľ, kde je (Moor, 1974).	Snažili sme sa rozoznať aktuálne schopnosti a stavať na nich.	Cieľ – komunikovať s mozgom, pomôcť deťom precítiť svoje základné schopnosti a rozvíjať ich.
Kontingentný prístup – urobiť možné skutočným (Greving, Ondracek, 2005). *„Pomôž mi, aby som to urobil ja sám.“* (Montessori, 1988).	Dieťa nemožno „opraviť“, dieťa je v procese neustáleho utvárania schopností, je možné posilniť ho, aby hľadalo svoje riešenia.	Dať príležitosť vnímať, získať skúsenosti, informácie pre mozog.
Pripraviť príležitosti pre učenie v zóne aktuálneho možného vývinu, ktoré sú spojené s kladnými emóciami. Sprístupňovať vnemy, podpora pri ich rozlišovaní (Klenner, podľa Lotz, 1997).	Deti sa učia to, čo zažívajú. Schopnosť vnímať rozdiely je základom pre vytváranie nových nervových prepojení.	Umožniť rozdielne zmyslové vnemy. Rozdiel, ktorý nevnímame, neexistuje. Posúvať sa „po hranici súčasnej schopnosti“. To čo poznávame, mozog utrieďuje...
Dieťa je odkázané na vnímavú prítomnosť (Rink 2005), potrebuje byť obklopené (v jaskynke), v bezpečí prijímajúceho vzťahu.	Dieťa musí byť bezpodmienečne prijaté.	Nadšenie a presvedčenie o potenciáloch „napojenie“.
Lp intervencia sa deje „tu a teraz“, je stretnutím v dôvere (Gröschke, 2001).	Vážte si „napojenie“, empatické puto.	To, čo sa deje tu a teraz, vedie k ďalšiemu kroku, pocit napojenia posilní dieťa.
Pohyb je život. Dieťa má vrodenú schopnosť byť	Pozorný pohyb vytvorí 1,8 miliónov prepojení za sekundu – vo fyzickom	Umožniť zacielenie pozornosti, spozornenie cez – naše

aktívne (Moor, 1974), umožniť sústredenú pozornosť, lebo vtedy sa dieťa naj-intenzívnejšie učí, (Montessori, 1985).	pohybe, v emó-cii, v myslení.	vlastné spozornenie, kladenie otázok, dotýkanie – jemne, bezpečne, láskavo, napojene (v tanci).
Rešpektovať tempo a možnosti dieťaťa, reflektovať jeho konanie.	Dať čas na pocity, na precítenie, pomalý pohyb znásobuje pocit.	Spomalenie podnetov – byť s dieťaťom, pozorovať bez hodnotenia.
Cvičenia so známym materiálom ponúkať v nových variáciách (Lotz, 1997).	Variácie pomáhajú napredovať.	Hľadať obmeny, nové spôsoby použitia.
Liečebná pedagogika je umenie malých krokov (Zenker, 2012).	Verte malým zmenám.	Jemnosť, príležitosť pre vnímanie jemných rozdielov.
Aj neúspech je cestou k úspechu (liečebnopeda gogická ergoterapia).	Chyby sú úžasný zdroj pre variácie, chyby sú informáciami o možnostiach.	Variácie pomáhajú naučiť sa dobre orga-nizovať svoju činnosť.
Upozornenie na dôvody pre radosť, ak sa dieťa neraduje, terapeut sa ra-duje za neho, vníma dieťa ako hodnotné a perspektívne.	Nadšenie – ako potrebná zručnosť pre zmenu.	Žiaden potlesk, ani žiadosti o opakovanie výkonu, ale vnútorná oslava výkonu.
Klásť ciele, ktoré vníma dieťa ako zmysluplné, ktoré sú pre neho aktuálne (Lotz, 1997).	Flexibilné ciele, keď dieťa zažije svoj úspech, mozog môže posilniť všetky spoje, ktoré k nemu viedli.	Vidieť otvorené možnosti, nelipnúť na predstavách o vývine.
Východiskom pre pomoc je pochopenie systému	Zisťujte –čo diagnóza pre dieťa znamená, ako sa správa,	

poruchy a poznanie „poznateľnej skutočnosti“ (Speck,1998).	aké má obmedzenia a možnosti, buďte zvedaví.	
Zmena sa deje v interakcii, dieťa má právo ísť svojou cestou, tempom (Gröschke, 2001).	Zamerajte sa na proces. nie cieľ, ustúpte, hrajte sa, buďte pružní pri príležitostiach, neriešte, prijímajte chyby.	Nesnažte sa mať pod kontrolou výsledky, naša kontrola obmedzuje dieťa a znižuje príležitosti.
Dieťa sa učí, vystavuje novému, len ak sa cíti bezpečné. Bariéry v prijímajúcom, podpornom prostredí stratia zmysel (Werner, 1973) Dospelý má mať aktívny postoj, zaujímať sa o dianie, byť vnímavo prítomný Rink, 2005).	Dieťa má svoj „spínač poznávania“, potrebuje ho mať zapnutý. Vyhnite sa vypnutiam. Používajte pozorný pohyb, spomalenie, nadšenie, variácie, predstavivosť.	Dieťa sa „vypne“ ak je pod tlakom a nemá možnosť uspieť, ak je stále konfrontovan é so svojimi chybami (Scotty, s. 178). Pomáha bezpečie, hra, prijatie....
Treba rešpektovať únavu, aktuálny stav, odmietnutie ponúkanej činnosti ak nemá preň zmysel (Lotz, 1997).	Vypnutie spôsobuje bolesť, nadmerné opakovanie únavu a bezmocnosť.	
Zmenu nenacvičuje-me, len pripra-vujeme, treba dávať priestor a urobiť možné skutočným (Greving, Ondracek, 2005).	Podnecujme k učeniu. Uvedomenie si diania vnáša poriadok do vnemov, prebúdza vnútorného pozorovateľa, vedie k objavovaniu a rozhodnutiam.	Umožníme zapnúť poznávanie a necháme mozgu vykonať jeho prácu. V tom sa rodí zmena.

Tvorivosť a predstavivosť, imaginatívna hra, otvárajú nové možnosti (terapie).	Predstava zapína tie isté neuronálne mapy ako skutočná činnosť. Predstavy pomáhajú k lepšiemu fungovaniu.	Pozorný pohyb, imaginatívna hra – zvýšia mentálne schopnosti, predstava je zásadná pre všetky zmeny, dajte si slobodu vymýšľať.
Človek je sebautvárajúce sa bytie danom prostredí, každý má svoj príbeh, ide o „stávanie sa“, o spoločné bytie (Kobi, 2004).	Rozvíjajte spoločné predstavy s dieťaťom, neopravujte s čím prichádza.	Rozprávajte si príbehy, zahrajte ich, hrajte sa so svojim výrazom, to udrží mozog dieťaťa v aktivite.

Prax Anat Banielovej ďaleko prekračuje bazálnu stimuláciu, alebo senzomotorický program a cvičenia. Dokázala „byť spolu“ s dieťaťom a rodičmi jedinečným spôsobom. Pri čítaní som si spomenula na jednu skúsenosť matky s prof. Zdenkom Matějčekom (16.8.1922, †26.10.2004), svetovo uznávaným detským psychológom, za ktorým prišla so svojim ťažko postihnutým dieťaťom. Bola ohromená, s akým záujmom a láskou sa venoval jej dieťaťu. Celkom sa na naň sústredil – nebolo vtedy nič dôležitejšie, len oni dvaja a mnoho lásky. Toto sústredenie a emócie radosti a dôvery otvárajú možnosti. Toto, liečebnopedagogicky pomenované ako vnímavá prítomnosť, Anat Baniel realizovala rovnako ako Matejček – hlbokým napojením sa na dieťa. Nemyslela na to, akú metódu použije, aké cvičenie ponúkne, kam to dieťa posunie vo výkone, len bola s ním a vnímala ho celým svojim bytím. Spozornela. Spravidla spozornelo aj dieťa. Bolo pripravené pre zmenu.

Tiež využívala svoje poznatky tanečnice o pohybe v rámci interakcie s dieťaťom, aby ho podporila na ceste poznávania svojho tela a komunikácie. Príbehy, ktoré s deťmi zažila a ktoré popisuje ako ilustráciu svojich tvrdení, sú fascinujúce a inšpirujúce. Otvorila nové možnosti aj pre liečebných pedagógov, najmä pre tých, ktorí sa tiež venujú tancu a majú výnimočný cit pre pohyb. Ale ašpirovať a znovu premyslieť liečebnopedagogické postupy v ich hlbšom význame, môže každý.

Oslovila ma aj jej požiadavka – nesnažte sa mať zmenu pod kontrolou. Uvedomila som si to ako výzvu pre učiteľov v odbore, ktorí s dobrým úmyslom práve k tomu vedú študentov, keď od nich očakávajú, že zmenu zachytia, zmerajú, zadokumentujú. Ale možno si preto ani nevšimnú, že stratili ďalšie príležitosti.

So zdôraznením práce s predstavami, imagináciou, hrou pracovala tiež veľmi tvorivo a inšpiratívne. Neboli to jej príhody a scenáre, tvorila ich s deťmi a využívala to, čo bolo pre nich aktuálne. Nenechala sa zviazať svojimi predstavami, bola interaktívna. Nechýbala jej odvaha. Uvedomovala si (ako v závere cituje), že: *limity možného dokážeme určiť iba tak, že ich prekročíme na ceste k možnému* (Clarke, podľa Baniel, 2020).

Literatúra:

BANIEL, A. *Deti za hranicami možností*. Bratislava: APPA, 2020. ISBN 978-80-973414-0-2.

DOIDGE, N. *Váš mozek se dokáže uzdravit.* Brno: Cerebrum. 2017. ISBN 978-80-264-1432-2.

FELDENKREIS, M. *Feldenkreisova metoda. Pohybem k sebeuvědomění.* Praha: Pragma

(originál Tel Aviv, 1967). ISBN 80-7205-058-3.

FELDENKRAIS, M. *Abenteuer im Dschungel des Gehinrns. Der Fall Doris.* Frankfurt: Insel. 100 s. , 1997. ISBN 3-458-05057-4.

GREVING, H, ONDRACEK, P. Handbuch Heilpädagogik. Troisdorf: EINS, 2005. ISBN 3-427-34000-7.

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

GRÖSCHKE, D. *Praxiskonzepte der Heilpädagogik*. 2.Aufl. München, Basel: Ernst Reinhardt 1997

HORŇÁKOVÁ, M. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava: OZ Sociálna práca. 2007. ISBN 798-80-89185-283.

LOTZ, D. *Heilpädagogische Übungsbehandlung als Suche nach Sinn.* Bielefeld: Kleine Verlag, 1997.

MONTESSORI, M. *Grundlagen meiner Pädagogik*. Heilderberg, 1985.

MOOR, P. *Heilpädagogik*. Ein pädagogisches Lehrbuch. Ber/Stuttgard, Wien, 1974

KOBI, E. E. *Therapie aus heilpädagogische Sicht*. VHN 47, 1978.

KOBI, E. E. *Grundfragen der Heilpädagogik.Eine Einführung in Heilpädagogisches Denken.* 6. Auflage, Berlin: BHP Verlag, 2004.

RINK, J.E. *Praktická pedagogika*. Bratislava: UK, 2005, ISBN80-223-2133-8.

SPECK, O. *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung.* München: Reinhardt 1998, ISBN 3-497-01400-7.

SPECK, O. *Hirnforschungen und Erziehung. Eine pädagogische Auseinadersetzung mit neurobiologischen Erkentnissen.* München, Basel: Reinhardt. 2008. 196 s., ISBN978-3-497-01959-5.

WERNER, R. *Dieťa s poruchami správania. Liečebná pedagogika*. Bratislava: SPN, 1973.

ZENKER, G. *Heilpädagogik - die Kunst der kleinen Schritte.* Bundesfachtagung in Berlin. 2014.

Biomedicínsky a biopsychosociálny model demencie

Biomedical and biopsychosocial model of dementia

Hana Navrátilová Zigmundová

Centrum MEMORY n.o.

navratilova-zigmundova@centrummemory.sk

Abstrakt: V nasledujúcom príspevku popisujeme biomedicínsky model demencie a biopsychosociálny model demencie od autorov Aimee Spector a Martina Orrella. Biomedicínsky model vníma demenciu ako patologický stav, ktorý by sa mal diagnostikovať a následne by mala byť odporučená liečba. Rozšírený pohľad na demencie prináša biopsychosociálny model choroby, ktorý nazerá na ochorenie z viacerých rovín, vníma ho ako dlhodobý proces a ponúka konkrétne možnosti podpory človeka. Cieľom príspevku je poukázať na dôležitosť poznať oba modely, pretože vďaka tomu môže byť práca liečebných pedagógov v zdravotníckych a sociálnych zariadeniach efektívna. Zároveň príspevok apeluje na odborníkov a spoločnosť, aby na demenciu nahliadali inak, aj v súlade s filozofiou dementia-friendly, k čomu vyzýva aj Svetová zdravotnícka organizácia.

Kľúčové slová: demencia, štádiá demencie, fixné faktory, ovplyvniteľné faktory, psychosociálne intervencie.

Abstract: In the following article, we describe the biomedical model of dementia and the biopsychosocial model of dementia by Aimee Spector and Martin Orrell. The biomedical model perceives dementia as a pathological condition that should be diagnosed and treatment should be recommended. An extended view of dementia brings a biopsychosocial model of the disease, which views the disease from several levels, perceives it as a long-term process and offers specific opportunities to support a person. The aim of the paper is to point out the importance of getting to know both models, because thanks to that, the work of therapeutic pedagogues in medical facilities and social centers can be effective. At the same time, the article calls on experts and society to look at dementia in a different way, also in accordance with the dementia-friendly philosophy, as called for by the World Health Organization.

Key words: dementia, stages of dementia, fixed factors, tractable factors, psychosocial interventions.

Demencia je v súčasnosti v našej krajine stále vnímaná veľmi negatívne. Negatívne ju vnímajú nielen samotní ľudia, ktorých sa ochorenie priamo týka, ale aj rodina a dokonca média. Obraz ochorenia je podávaný skreslene, ako niečo patologické, konečné, neliečiteľné, neovplyvniteľné. To významne ovplyvňuje čas, kedy človek s príznakmi ochorenia vyhľadá pomoc odborníkov. Svetová zdravotnícka organizácia vo svojom globálnom akčnom pláne (Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025) odporúča členským štátom, ministerstvám, medzinárodným, regionálnym a národným partnerom, aby podporovali ľudí s demenciou žiť v komunite a prijímať starostlivosť, ktorá bude v súlade s ich prianiami a potrebami. Je potrebné zabezpečiť, aby si títo ľudia mohli udržiavať úroveň funkčných schopností zodpovedajúcich ich základným právam, základným slobodám a ľudskej dôstojnosti. Ľudia s demenciou potrebujú integrovanú, na človeka zameranú, prístupnú a cenovo prijateľnú zdravotnú a sociálnu starostlivosť, ktorá zahŕňa dlhodobú starostlivosť. Takáto starostlivosť by mala byť poskytovaná v zmysle „dementia-friendly“ to znamená „byť priateľský k demencii“. Stotožňujeme sa s myšlienkami Svetovej zdravotníckej organizácie a vidíme význam v nutnosti zmeny náhľadu na demenciu. Vhodnou liečebnopedagogickou intervenciou spolu s inou odbornou liečbou je možné dosiahnuť pozitívne zmeny, ktoré majú potenciál výrazne ovplyvňovať kvalitu života človeka.

Biomedicínsky model

Podľa biomedicínskeho modelu je demencia *„syndróm zapríčinený chorobou mozgu, zvyčajne chronickou alebo progresívnou, pri ktorom sa zhoršujú viaceré vyššie kôrové funkcie vrátane pamäti, myslenia, orientácie, chápania, počítania, kapacity učenia, jazyka a úsudku. Vedomie nie je zastreté. Deteriorácia emočnej kontroly, spoločenského správania alebo motivácie zvyčajne sprevádza, alebo niekedy predchádza poruchu kognitívnych funkcií. Tento syndróm sa objavuje pri Alzheimerovej chorobe, pri cerebrovaskulárnej poruche a pri iných stavoch, ktoré prvotne alebo druhotne postihujú mozog.“* (Králová, 2017, s. 8). Pre stanovenie klinickej diagnózy by mali byť zmeny prítomné najmenej 6 mesiacov (Heretik, Heretik jr. a kol., 2007). Lekár špecialista rozpozná príznaky a príčiny a stanoví diagnózu podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb MKCH-10, čo je štandardný nástroj pre klinické použitie (Cuijpers, van Lente, 2015). Demencie sú zahrnuté v klasifikačnej kategórii F00 - F09:

F00.0 Demencia pri Alzheimerovej chorobe so skorým začiatkom

F00.1 Demencia pri Alzheimerovej chorobe s neskorým začiatkom

F00.2 Demencia pri Alzheimerovej chorobe, atypický alebo zmiešaný typ

F00.9 Nešpecifická demencia pri Alzheimerovej chorobe

F01 Vaskulárna demencia

- F01.0 Vaskulárna demencia s akútnym začiatkom
- F01.1 Multiinfarktová demencia
- F01.2 Subkortikálna vaskulárna demencia
- F01.3 Zmiešaná kortikálna a subkortikálna cievna demencia
- F01.8 Iná cievna demencia
- F01.9 Nešpecifikovaná cievna demencia
- F02 Demencia pri iných chorobách zatriedených inde
- F03 Nešpecifikovaná demencia
- F04 Organický amnestický syndróm

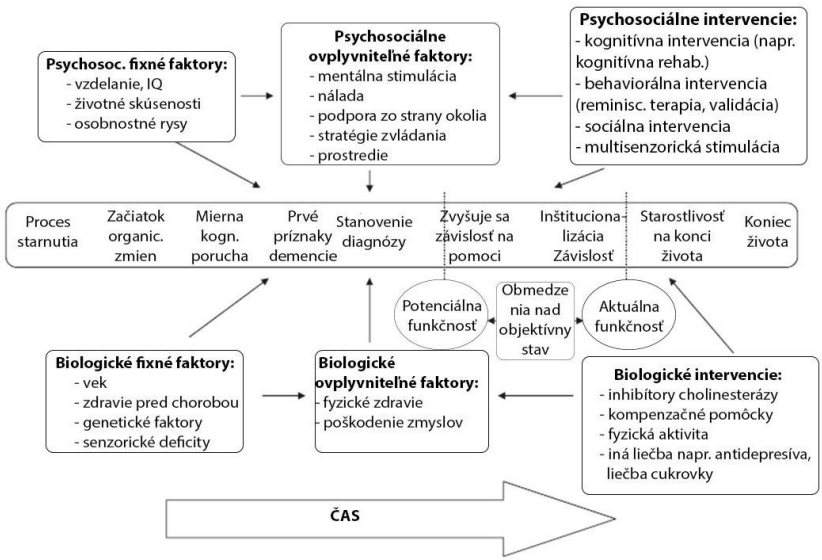
nezavinený alkoholom alebo inými psychoaktívnymi látkami
- F05 Delírium nezavinené alkoholom alebo inými psychoaktívnymi látkami
- F06 Iné duševné poruchy zapríčinené poškodením a dysfunkciou mozgu a somatickou chorobou
- F07 Poruchy osobnosti a správania zapríčinené chorobou, poškodením a dysfunkciou mozgu
- F09 Nešpecifikovaná organická alebo symptomatická psychická porucha.

Okrem uvedeného delenia sa môžu demencie rozdeľovať aj podľa rôznych kritérií ako sú: čas vzniku, lokalizácia postihnutia, priebeh, podľa toho, či je možné ich terapiou ovplyvniť. Jirák, Holmerová, Borzová a kol. (2009) rozdeľujú demencie na dve skupiny podľa kritéria, ktorým je príčina vzniku. Prvou skupinou sú demencie, ktoré majú základ v atroficko-degeneratívnych zmenách v mozgu. Vedú k zníženiu počtu nervových buniek, zníženiu počtu spojení, k poruche funkcii nervových buniek, k tvorbe a ukladaniu patologických bielkovín. Patria sem Alzheimerova choroba, Fronto-temporálna lobárna degenerácia FTLD, Demencia s Lewyho telieskami, Demencia pri Parkinsonovej chorobe. Druhou skupinou sú demencie symptomatické (sekundárne), ktoré majú základ v celkovom ochorení. Vznikajú v dôsledku infekcií, intoxikácie, úrazu, nádorov, porúch ciev, dôsledkom metabolických zmien a iných porúch, ktoré postihujú mozog. Do tejto druhej skupiny patrí aj vaskulárna demencia, ktorá vzniká v dôsledku poruchy mozgových ciev alebo v dôsledku nadbytočného alebo naopak nedostatočného krvného zásobenia.
Pre prácu liečebného pedagóga je dôležité poznať jednotlivé štádiá demencie. Preto uvádzame delenie demencií podľa intenzity poškodenia kognitívnych funkcií (Novotný a kol., 2010, s. 13). Pri ľahkej demencii pokles kognitívnych schopností zhoršuje výkon v každodennom živote, pacient môže pociťovať problémy pri zložitejších činnostiach akými sú organizovanie stretnutí, finančné operácie, šoférovanie. Pokles výkonu však nie je taký, aby bol pacient závislý od pomoci okolia, potrebuje len občasný dohľad. Stále však dokáže pracovať a zúčastňovať sa sociálnych aktivít. Môže sa sťažovať na problémy s pamäťou, veľmi často však prvé príznaky rozpoznajú rodinní príslušníci. Vyšetrenie častokrát odhalí problémy s koncentráciou a pamäťou. Pri stredne ťažkej demencii pokles kognitívnych funkcií už nedovoľuje pacientovi fungovať bez pomoci iných ani pri bežných každodenných činnostiach, ako je nakupovanie, telefonovanie, či výber vhodného oblečenia. V domácom prostredí dokáže vykonávať jednoduché činnosti (zohriať pripravené jedlo, ale nie uvariť ho). Potrebuje asistenciu pri obliekaní, úprave zovňajšku, udržiavaní hygieny. Je narušená kritickosť k ochoreniu. Pri ťažkej demencii ide o hlboký nedostatok až úplnú stratu kognitívnych schopností a bežných zručností, takže pacient je plne odkázaný na celodennú pomoc a opateru okolia. Kritickosť k ochoreniu celkom chýba, pravidelne sa vyskytujú nekognitívne, ale aj telesné symptómy. Zvyšuje sa zraniteľnosť a problémy s pohyblivosťou, príjmom potravy, vylučovaním.
Detekovanie demencie je v kompetencii praktických lekárov. Psychiatri a neurológovia sú konzultantami a úzko spolupracujú pri nozologickej diagnostike a liečbe (Pidrman, Kolibáš, 2005). Moderný diagnostický proces pozostáva z viacerých častí a to z vyšetrenia kognitívnych funkcií, klinického a laboratórneho vyšetrenia, rádiologických zobrazovacích metód a vyšetrenia mozgovo-miechového moku (Čunderlíková a kol., 2018). Podľa

biomedicínskeho modelu účinná liečba nie je zatiaľ dostupná, preto je nanajvýš dôležité rozvíjať efektívne liečebné postupy alebo preventívne opatrenia.

Biopsychosociálny model demencie

Biopsychosociálny model demencie poskytuje teoretický rámec a ambicióznejší prístup k demencii, zohľadňuje pozitívne aj negatívne faktory a najmä ponúka postupy, ako pracovať s ľuďmi s demenciou po stanovení diagnózy. Ochorenie nevníma ako stav, ale ako proces, nakoľko sa rozvíja a mení v čase. Spector a Orrell (2010) rôzne existujúce modely demencie zlúčili do revidovaného pragmatického modelu (obr. 1), ktorého cieľom je zvýšiť naše pochopenie faktorov, ktoré môžu viesť k zlepšeniu alebo zhoršeniu demencie a ilustrujú úlohu psychosociálnych faktorov v kontexte biologických procesov. Model naznačuje, že v oboch, v psychosociálnej aj biologickej oblasti existujú fixné faktory (aspekty, ktoré sa týkajú osobnej histórie alebo rizikových faktorov, a preto ich nemožno zmeniť), ovplyvniteľné faktory (aspekty, ktoré sa môžu zmeniť) a intervencie s potenciálnym prínosom.



Obr. 1 Biopsychosociálny model demencie podľa Spector a Orrella (2010)

V tomto biopsychosociálnom modeli je trajektória demencie prezentovaná ako proces, ktorý sa začína vo vyššom veku človeka, pokračuje organickými zmenami, miernou kognitívnou poruchou až prichádza k diagnostikovaniu demencie, strate nezávislosti, inštitucionalizácii, starostlivosti na konci života a posledným štádiom je smrť. Fixné a ovplyvniteľné faktory môžu ovplyvniť bod, v ktorom sa prejavia prvé príznaky ochorenia, rýchlosť a povaha zhoršenia aj primeranosť a efektívnosť intervencií.

Do biologických fixných faktorov patrí vek, zdravotný stav, genetika, senzorické deficity. Práve vek je rizikový faktorom vzniku demencie, riziko sa zvyšuje každých päť rokov po dosiahnutí 65. roku života. Genetické faktory môžu zohrávať dôležitú úlohu pri Alzheimerovej chorobe so skorým

začiatkom (Blennow a kol., 2006). Čo sa týka zdravotného stavu, vysoký krvný tlak, problémy so srdcom môžu viesť k rozvoju vaskulárnej demencie (Gorelick, 2004). Senzorické deficity môžu mať vplyv na kognitívne funkcie a môžu prispieť k delíriu a k strate orientácie. Psychosociálne fixné faktory v tomto modeli predstavujú vzdelanie, IQ, významné životné udalosti a osobnostné rysy. Existujú dôkazy, že vzdelanie a IQ človeka môže súvisieť s rozvojom demencie. Kognitívna rezerva je zodpovedná za to, že starší ľudia s vyššou úrovňou vzdelania sú schopní lepšieho výkonu v kognitívnych úlohách napriek úbytku šedej hmoty (Steffener a kol., 2014). Dramatické zhoršenie u ľudí s demenciou môže nastať aj v dôsledku životných udalostí ako je úmrtie partnera či člena rodiny alebo zmena bydliska napr. odchod do zariadenia sociálnych služieb. Významným pri rozvoji symptómov demencie sa zdajú byť osobnostné rysy človeka. Low a kol. (2002) vyslovili hypotézu, že vyššia miera neuroticizmu môže byť príčinou poruchy myslenia a správania.

Biologické ovplyvniteľné faktory sa týkajú fyzického zdravia a zmyslov. Tie môžu byť ovplyvniteľné intervenciou. Fyzické zdravie súvisí s demenciou. Potvrdzuje to Laurin a kol. (2001) ktorí na vzorke porovnávali žiadnu aktivitu a fyzické cvičenie. Fyzické aktivity boli spojené s nižším rizikom vzniku kognitívnych porúch a Alzheimerovej demencie. Aj keď fyzická aktivita nie je sama o sebe ochranným faktorom pred demenciou, má významnú úlohu v udržaní si dobrého zdravia, ktoré súvisí s kognitívnymi funkciami. Druhým uvádzaným biologicky ovplyvniteľným faktorom je poškodenie zmyslov. Hoci sú deficity v senzorickej oblasti popísané ako fixné, stupeň znevýhodnenia osoby je možné považovať za ovplyvniteľný. To preto, lebo môže byť ovplyvnený buď psychosociálnou intervenciou napr. multisenzorickou stimuláciou, alebo biologickou intervenciou napríklad zrakové znevýhodnenie môže byť kompenzované okuliarmi (Spector a Orrell, 2010). Psychosociálne ovplyvniteľné faktory popisujú autori revidovaného pragmatického modelu ako mentálnu stimuláciu, ktorá má potenciál zmierniť príznaky demencie. Ďalej sem patrí podpora zo strany okolia, najmä pri závažných životných udalostiach. Poruchy nálady sú pomerne časté. Výskyt depresie môže byť 30% pri vaskulárnej demencii a pri demencii pri Alzheimerovej chorobe, a viac ako 40% v demencii spojenej s Parkinsonovou a Huntingtonovou chorobou (Kitching, 2015). Ďalšími z faktorov sú stratégie zvládania a životné skúsenosti. Čo sa týka sociálneho prostredia má značný vplyv na človeka s demenciou. Ľudia, ktorí žijú sami, bez sociálnych kontaktov majú zvýšené riziko vzniku demencie (Fratiglioni a kol., 2000).

Súčasné biologické intervencie zahŕňajú najmä farmakologickú liečbu, ktorá sa delí na „primárnu“ a „sekundárnu“ liečbu. Primárnou rozumieme kognitíva, liečivá na symptomatickú liečbu kognitívneho deficitu pri demenciách, ktorými je možné spomaliť progresiu ochorenia, a sekundárnou ostatné liečivá, používané v symptomatickej liečbe neuropsychiatrických symptómov demencií, napr. depresie či psychotických príznakov (Králová, 2017). Psychosociálne intervencie nazvané aj nefarmakologické prístupy v liečbe demencie sú doménou našej liečebnopedagogickej práce. Existuje celý rad psychosociálnych intervencií. Sú navrhnuté tak, aby vplývali na rôzne oblasti života človeka s cieľom zmeny (Woods a Clare, 2008). Biopsychosociálny model demencie podľa Spector a Orrella zaraďuje medzi psychosociálne intervencie kognitívne intervencie, beha-

viorálne intervencie, sociálne intervencie a multisenzorickú stimuláciu.

Kognitívne intervencie sa zameriavajú na podporu kognitívnych funkcií. Sem zaraďujeme napríklad terapiu zameranú na orientáciu v realite, kognitívny tréning, kognitívnu stimuláciu, reminiscenčnú terapiu, muzikoterapiu. Medzi behaviorálne intervencie, ktoré môžu pozitívne ovplyvniť správanie, sociálne prostredie, vzťahy, sebaobraz patrí napr. reminiscenčná terapia, muzikoterapia, ergoterapia, arteterapia a validácia (Čunderlíková a kol., 2019). Sociálna intervencia môže byť realizovaná ako spoločenský program. Príkladom takéhoto typu programu sú komunitne orientované programy, ktorých cieľom je znížiť úroveň sociálnej izolácie medzi osobami trpiacimi demenciou a ich neformálnymi opatrovateľmi tým, že poskytujú príležitosť na posilnenie svojej sociálnej siete prostredníctvom účasti na živote komunity (Sun, Clarke, Madahey, Zou, 2019). Ďalšími intervenciami sú tie, ktoré zahŕňajú multisenzorickú stimuláciu. V kontexte liečebnej pedagogiky medzi multisenzorické prístupy patrí senzorická integrácia, senzorické stratégie (senzorická diéta), bazálna stimulácia, Snoezelen, multisenzorické miestnosti, senzomotorický stimulačný program a iné. (Lessner Lištiaková a kol., 2017). Ako už bolo uvedené, demencia sa časom mení. Každé štádium ochorenia si vyžaduje iný nefarmakologický prístup a liečebný pedagóg preto musí nefarmakologické prístupy prispôsobovať zdravotnému stavu a schopnostiam človeka s demenciou.

V prezentovanom modeli podľa Spector a Orrella (2010) sa ešte nachádzajú dve prerušované linky. Prvá linka označuje, kde je osoba v súčasnosti plne funkčná – aktuálna funkčnosť. Druhá linka označuje, kde sa môže osoba potenciálne nachádzať s optimálnou intervenciou a podporou – potenciálna funkčnosť. Hranicu medzi nimi tvorí obmedzenie nad objektívny stav, ktorý by sa dal voľne preložiť ako strata schopnosti, ktorá ale nesúvisí s diagnózou (napr. ak opatrovateľ vykonáva činnosť namiesto človeka s demenciou, človek stráca schopnosť túto činnosť vykonať sám).

Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia – MKF (International Classification of Functioning, Disability and Health ICF) je ďalším nástrojom pre popísanie a klasifikáciu zdravia a zdravotného stavu jednotlivca. Tento klasifikačný systém umožňuje kódovanie informácií o zdravotnom stave človeka s demenciou (Hopper, 2007). Plné znenie poslednej verzie klasifikácie MKF je v súčasnosti k dispozícii pre lekárov, iných zdravotnícky pracovníkov, sociálnych pracovníkov a výskumníkov a vytvára základňu, ktorá vychádza zo štyroch rovín (Orgonášová, Palát, 2004):

a) z roviny telesných alebo somatických funkcií,
b) z roviny telesných štruktúr,
c) z roviny aktivít a participácie postihnutého jedinca na týchto aktivitách a
d) z roviny environmentálnych faktorov, ktoré zasahujú do oblasti zdravia.

Oblasti klasifikácie pri demenciách podľa MKF môžu byť (Hopper, 2004):

- globálne mentálne funkcie b100-b139,
- špecifické mentálne funkcie b140-b189,
- funkcia pamäti b144,
- funkcia pozornosti b140,
- vyššie kognitívne funkcie b164,
- mentálne funkcie jazyka b167 (expresia hovoreného jazyka b16710, recepcia hovoreného

jazyka b16700, recepcia písaného jazyka b16701),
- psychomotorické funkcie b147,
- komunikácia – prijímanie, vnímanie d310-329,
- komunikácia – produkcia d330-349,
- konverzácia a používanie komunikačných pomôcok a techník d350-369,
- konverzácia d3500, udržiavanie d3501 a ukončenie konverzácie d3502 s ostatnými a dokončenie úloh, ktoré zahŕňajú používanie jazyka na čítanie, písanie, rozprávanie a porozumenie druhým v každodenných činnostiach (napr. používanie telefónu d3600, čítanie novinových správ alebo receptu d325 a porozumenie užívaniu liekov d325),
- komunikácia, však, určite ovplyvňuje aj ďalšie domény v rámci roviny aktivít a participácie, ako sú učenie sa a uplatňovanie vedomostí d110-d179 a interpersonálne interakcie a vzťahy d710-799.

Degeneratívna povaha demencie predstavuje výzvu pre odborníkov, ktorí musia poskytovať kvalifikované intervencie, ktoré napomáhajú zlepšovať fungovanie ľudí s demenciou. Medzinárodná klasifikácia MKF je tak aj rámcom pre usmerňovanie starostlivosti o ľudí s demenciou. Poskytuje tiež jednotný a štandardný jazyk, ktorý pomáha formálne uznať vplyv viacerých faktorov na fungovanie a zdravotné postihnutie (Hopper, 2004).

V odbornej medicínskej literatúre sa pri starších ľuďoch s demenciou používa označenie patologické starnutie. Čo je ale normálne starnutie a čo už je patologické? Človek bez príznakov ochorenia môže vnímať svoje starnutie ako patologické, zatiaľ čo človek s príznakmi demencie môže svoj život vnímať zmysluplne a šťastne, môže mať dobré zdravie a bohatú sociálnu sieť. Naomi Feil, ktorá celý život pracovala so starými ľuďmi a za svoje dielo získala uznanie na medzinárodnej úrovni, popisuje skupinu osôb - seniorov, ktorí vykazujú príznaky demencie ako je kognitívny úpadok, dezorientácia, strata flexibilného správania, stiahnutie sa z prítomnosti, pridržiavanie sa prekonaných rolí, ale ich starnutie nenazýva patologickým. Týchto ľudí nazvala ako veľmi starých a dezorientovaných. Stav mozgu je iba jedným z kritérií a neponúka dostatočné informácie o človeku. V správaní týchto veľmi starých dezorientovaných ľudí, v tom, že sa snažia prostredníctvom návratu do minulosti prežiť, vidí hlbokú múdrosť. Sťahujú sa z neistotou naplnenej prítomnosti do minulosti, aby naplnili svoje potreby. Zaoberajú sa spracovávaním, zmierením, znovu prežitím a sebavyjadrením (Feil, de Klerk-Rubin, 2015). Naomi Feil nevníma iba straty funkčnosti v jednotlivých štádiách dezorientácie, ale nazerá na človeka v jeho celistvosti, na jeho biografiu, jeho vlastnosti, schopnosti a silné stránky. Tak by sa mal na človeka s príznakmi demencie pozerať aj liečebný pedagóg. Nevnímať iba neurodegeneratívne zmeny na mozgu, ale mal by pri liečebnopedagogickej diagnostike a následnej starostlivosti brať do úvahy aj psychosociálne faktory, ktoré sa podieľajú na vzniku ochorenia, ktorému hovoríme demencia. Je potrebné, aby sme zmenili postoj k tomuto ochoreniu a nepovažovali ho za konečný patologický stav. Ide o proces, ktorý sa mení a kde je možné vhodnou intervenciou, ktorá bude zahŕňať farmakologický a nefarmakologický prístup, dosiahnuť zmenu, nápravu, zlepšenie.

Záver

Je dôležité zvážiť niektoré silné stránky biomedicínskeho modelu demencie. Napríklad veľmi dôkladne popisuje jednotlivé štádiá demencie. To poskytuje určitú štruktúru pre pochopenie toho, čo sa deje, a tým sa stáva ochorenie predvídateľnejšie. Pre pacienta je jednoduchšie nastaviť si plán do budúcnosti. Biomedicínsky model demencie má určite stále dôležité miesto pri liečbe demencií, ale ochorenie vníma iba cez jednu rovinu. Biopsychosociálny model vytvára priestor pre integráciu biologického a psychosociálneho prístupu, je teda nadstavbou biomedicínskeho modelu. Je užitočným nástrojom nielen pre vedcov a lekárov, ale aj pre nás odborníkov z pomáhajúcich profesií, aby sme mohli názorne opísať mechanizmy zmeny komplexne, teda vrátane fixných a ovplyvniteľných faktorov, čím nám na podklade vedeckých poznatkov vyvstali reálne možnosti uplatnenia psychosociálnych intervencií, ktoré majú potenciál zlepšiť kvalitu života človeka s demenciou a znížiť obmedzenia nad objektívny rámec. Zároveň upozorňuje na potrebu spolupôsobenia intervencií v rámci správneho poskytovania starostlivosti a multidisciplinárny prístup.

Zoznam literatúry:

BLENNOW, K. a kol. 2006. Alzheimer´s disease In *THE LANCET*. ISSN 0140-6736, 2006, roč. 368, č. 9533, s. 387-403.

CUIJPERS, Y. VAN LENTE, H. 2015. Early diagnostics and Alzheimer´s disease: Beyond ´cure´ and ´care´. In *Technological Forecasting & Social Change.* [online]. roč. 93, 2015, str. 54-67 [cit. 2020-08-16]. Dostupné na internete: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0040162514000985?via%3Dihub>.

ČUNDERLÍKOVÁ, M. a kol. 2018. *Zaostrené na Alzheimerovu chorobu. Príručka základných informácií.* 1. vyd. Bratislava: Slovenská Alzheimerova spoločnosť o.z., 2018. 48 s. ISBN 978-80-971103-8-3.

ČUNDERLÍKOVÁ, M. 2019. *Demencia. Čo je potrebné vedieť o tomto ochorení.*1. vyd. Bratislava: Centrum MEMORY n.o. s podporou Ministerstva zdravotníctva SR, 2019. 51 s. ISBN 978-80-971716-7-4.

FEIL, N. DE KLERK – RUBIN, V. 2015. *Validácia. Cesta, ako porozumieť starým dezorientovaným ľuďom.* 1. vyd. Bratislava: OZ Terapeutika, 2015. 186 s. ISBN 978-80-971766-1-7.

FRATIGLIONI, L. a kol. 2000. Influence od scoial network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. In *THE LANCET,* ISSN 0140-6736, roč. 335, č. 9212, str. 1315-1319.

GORELICK, P. 2004. Risk factors for vascular dementia and Alzheimer´s disease. In *Stroke*, ISSN 1524-4628, roč. 35, č. 11, str. 2620-2622.

HOPPER, T. 2007. *The ICF and dementia. In Seminars in Speech and Language*, ISSN 0734-0478, roč. 28, č. 4, str. 273-282.

HERETIK, A. HERETIK, A. jr. a kol. 2007. *Klinická psychológia*. 1. vyd. Nové Zámky: Psychoprof, 2007. 815 s. ISBN 978-80-89322-00-8.

JIRÁK, R. – HOLMEROVÁ, I. – BORZOVÁ, C. a kol. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče.* Praha: Grada Publishing, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KITCHING, D. 2015. Depression in dementia. In *Australian Prescriber*. [online]. 2015, roč. 38, č. 6 [cit. 2020-08-16]. Dostupné na internete: <https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/depression-in-dementia>.

KRÁLOVÁ, M. 2017. *Demencie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, Lekárska fakulta, 2017. 88 s. ISBN 978-80-223-4307-7.

LAURIN, D. a kol. 2001. Physical acitivity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. In *Archives of Neurology*. [online]. 2001, roč. 58, č. 3 [cit. 2020-08-16]. Dostupné na internete: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/778849>.

LESSNER LIŠTIAKOVÁ, I. (ed.) 2017. *MULTISENZORICKÉ ASPEKTY LIEČEBNOPEDAGOGICKÝCH TERAPIÍ.* Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2017, 156 s. ISBN 978-80-223-4476-0.

LOW a kol. 2002. A study of pre-morbid personality and behavioural and psychological symptoms of dementia in nursing home residents. In *International*

Journal of Geriatric Psychiatry, ISSN 1099-1166, roč. 17, č. 8, str. 779-783.

MEDZINÁRODNÁ KLASIFIKÁCIA CHORÔB MKCH-10. Národné centrum zdravotníckych informácií. [online]. 2006. [cit. 2020-07-07]. Dostupné na internete: <http://data.nczisk.sk/old/infozz/mkch/mkch-10/cast0500.pdf>.

NOVOTNÝ, V. et al. 2010. *Špeciálna psychiatria.* Bratislava: Univerzita Komenského, 2010, s. 76-98. ISBN 978-80-223-2624-7.

ORGONÁŠOVÁ, M., PALÁT, M. 2004. *MKF - Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia – príručka.* Bratislava, 2004. 41 s. ISBN 80- 968689-1-8.

PIDRMAN, V. KOLIBÁŠ, E. 2005. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.

SPECTOR, A. ORRELL, M. 2010. Using a biopsychosocial model of dementia as a tool to guide clinical practice. In *International Psychogeriatrics*. [online]. 2010, roč. 22, č. 6 [cit. 2020-08-16]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20561384/>.

STEFFENER, J. a kol. 2014. The Role of Education and Verbal Abilities in Altering the Effect of Age-Related Gray Matter Differences on Cognition. In *PLOS ONE*. [online]. 2014, roč. 9, č. 3, [cit. 2020-08-16]. Dostupné na internete: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0091196>.

SUN, W. – CLARKE, S-L. – MADAHEY, H. – ZOU, P. 2019 Recovery Intervention to Promote Social Connectedness through Social Recreational for Persons with Dementia: A Critical Analysis. In ASHRAF, G. Md. 2019. *Advances in Dementia Research.* [online]. 2019. [cit. 2020-08-16]. Dostupné na internete: <https://www.researchgate.net/publication/330952031_Recovery_Intervention_to_Promote_Social_Connectedness_through_Social_Recreational_Programs_for_Persons_with_Dementia_A_Critical_Analysis>. eBook (PDF) ISBN 978-1-83962-128-4.

WOODS, R. CLARE, L. 2008. Psychological interventions with people with dementia In WOODS, R. CLARE, L. (eds.) 2008. *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing,* 2. vyd. Chichester: Wiley, 2008. s. 523-548. ISBN 978-0-470-01230-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2017. *Global action plan on the public response to dementia 2017 – 2025.* Geneva: WHO document Production Services, 2017. 44 s. ISBN 978-92-4-151348-7.

Výzvy a prekážky súčasného otcovstva

Challenges and obstacles to current fathering

Erika Janušková, Pavol Janoško

Pedagogická fakulta, Univerzita Komenského, Bratislava

januskova7@uniba.sk, janosko@fedu.uniba.sk

Abstrakt: *Príspevok sa zaoberá problematikou súčasného otcovstva, popisuje špecifiká role otca, ako aj prekážky, ktorým dnešní otcovia čelia. Súčasťou je správa z prieskumu, ktorého cieľom bolo identifikovať súčasné podoby otcovstva u otcov žijúcich na území Slovenskej a Českej republiky.*

Kľúčové slová: otec a dieťa, rola otca, výchova a starostlivosť, súčasné otcovstvo, prekážky otcovstva.

Abstract: *The article deals with the issue of contemporary fatherhood, describes the specifics of the role of the father, as well as the specific obstacles that today's fathers face. It includes a report from a survey, the aim of which was to identify the current forms of paternity in fathers living in Slovakia and the Czech Republic.*

Key words: father and child, role of father, upbringing and care, current fatherhood, obstacles of fatherhood

Príspevok je súčasťou riešenia projektu KEGA č. 072UK-4/2019 (MŠVVaŠ SR)

Vstup do témy súčasného otcovstva

Na chápaní otcovstva sa okrem tradícií a osobných predstáv podieľajú aj očakávania spoločnosti súvisiace s plnením rodičovských a spoločenských úloh u ľudí v produktívnom veku. Autori Brandth a Kvande, 1998 a Johansson, 2011 opisujú "obraz dobrého otca" v rôznych kontextoch - z hľadiska vlastnej profesie, životných skúseností, rodových postojov, ekonomiky, potrieb a pod. Napr., zo psychologických aspektov sa vyzdvihuje dôležitosť zabezpečenia blízkeho kontaktu, zapojenie otca do starostlivosti, podpora vývinu a zájmov dieťaťa.

Narastanie významu pracovného uplatnenia matky a jej práva na sebarealizáciu súvisí s tlakom na zdôraznenie rodovej rovnosti a rovnocennosti aj v otázkach rodičovstva. Z niektorých výskumov (McLaughlin a Muldoon, 2014; Brandth a Kvande, 1998) však vyplýva, že nový model „spolurodičovstva“ v praxi ešte nie je veľmi rozšírený. Otcovia sa síce už bežne zapájajú do starostlivosti o deti, no s domácimi prácami a inými povinnosťami sa rovnocenne deliť nechcú. V rámci Európy (Johansson, 2011) sa k tomuto modelu pomerne úspešne prikláňa Švédsko, kde sa podporujú modely rovnocenných príležitostí a rovnocenného rozdelenia povinností medzi otcov a matky týkajúce sa ich pracovného a rodinného života. Niektorí otcovia tu už tieto modely prijímajú, podporujú a aj ich praktikujú, čo vyzerá napríklad tak, že sa vystriedajú s partnerkou na rodičovskej dovolenke a všetky svoje povinnosti majú rovnomerne rozdelené.

V Slovenskej republike k takémuto modelu vyrovnanej participácie primárnych vzťahových osôb dieťaťa/detí na starostlivosti a výchove smerujeme veľmi pomaly. Sociologický výskum (Filadelfiová et al., 2006), týkajúci sa spoluúčasti otcov na domácej starostlivosti, potvrdzuje výrazný posun v myslení a názoroch našej spoločnosti na ideálneho otca – od vyznávania autoritatívneho otca k otcovi tolerantnému a starostlivému – no čo sa týka praktickej deľby starostlivosti, väčšina zodpovednosti za starostlivosť o rodinu stále spočíva na matkách. Možno však nájsť aj malú skupinu rodín, kde je deľba zodpovednosti rovnocennejšia a otcovia sa aktívnejšie zapájajú. Je pravdepodobné, že sa ich počet, pod vplyvom efektívnych legislatívnych zmien, bude zvyšovať.

Špecifiká otcovstva

Tak ako materstvo, aj otcovstvo v sebe skrýva nové výzvy a do života dieťaťa prináša niečo výnimočné a dôležité pre jeho vývin. Otcovia (tak ako matky, pozn.) sa na svojej ceste za rodičovstvom stretávajú s prekážkami, výzvami a ťažkosťami, ale aj radosťou, úžasom a nadšením z novej životnej roly. Ide o dlhodobý a komplexný proces, nie udalosť. Predstavuje učenie sa novým veciam, zmenu životného štýlu a aj vyššie nároky na osobnostný rast. *„´Stávanie sa otcom´ je komplexný stav bytia, ktorý vyžaduje zmeny v emočnej oblasti aj v oblasti životného štýlu a to trvá určitý čas“* (Crespi a Ruspini, 2015, s. 355). Faktormi, ktoré naň vplývajú sú - samotný vek otca, ekonomické zázemie, zamestnanie, vzťah s jeho vlastnými rodičmi, vzťah s partnerkou a pod. Ovplyvňujú, ako muž prijme svoju rolu otca, do akej miery sa bude zaujímať o dieťa a zapájať sa do starostlivosti oň a tiež aký si vytvorí obraz o tom, v čom spočíva jeho úloha ako otca.

Nový potomok predstavuje množstvo nových informácií, ktoré otcovia potrebujú prijať a tiež množstvo nových schopností a činností, ktoré si potrebujú osvojiť. So súčasnými zmenami v chápaní otcovstva prirodzene prichádza aj poznanie, že

schopnosť starať sa o dieťa nie je niečo špecificky ženské. Túto možnosť majú ľudia všeobecne – ženy aj muži. Skutočnosť, že sa muži nestarajú o dieťa (nechcú, nemôžu), neznamená, že toho nie sú potenciálne schopní. Tiež platí, že **rodičom sa človek nerodí**, **ale stáva, a to vtedy, keď vstupuje do vzťahu s dieťaťom**, **je v ňom trvale, stará sa o dieťa a preberá zodpovednosť za prospievanie dieťaťa – bez ohľadu na pohlavie rodiča** (Maříková, 2008b). Je dôležité, aby si otec vytváral spojenie s dieťaťom už pred narodením. Podľa Vreeswijk et al. (2014) u otcov, ktorí ohlásili vyššiu a kvalitnejšiu mieru väzby (attachment) k nenarodenému dieťaťu, bola vyššia pravdepodobnosť vyváženej predstavy o dieťati, zatiaľ čo otcovia s nižšou mierou väzby mali sklon k nezaujatým, emocionálne vzdialeným predstavám o dieťati, čo môže prirodzene ovplyvňovať vzájomný vzťah aj po narodení.

Keď sa muži stávajú otcami, prechádzajú vonkajšími zmenami životného štýlu a aj vnútorným osobným procesom premeny. Predstavujú si seba ako otca, mení sa ich vnímanie samého seba. Cítia sa viac zodpovední, múdrejší, zrelší. V rámci vonkajších zmien sa mení aj vzťah otcov k zamestnaniu a vnímajú, že budú musieť zásadnejšie zmeniť svoj život a prehodnotiť priority (Miller, 2011). Podľa štúdie Nešporovej (2019) otcovia v očakávaní veľa uvažovali práve o zmenách v zamestnaní – zmeny pracovného času, návykov – aby mohli byť skôr doma a pomôcť s dieťaťom alebo naopak plánovali pracovať viac, aby rodinu lepšie zabezpečili. Tiež spomínali, že budú mať menej času na svoje hobby. Neplánovali sa ich úplne vzdať, ale rátali s tým, že sa budú musieť prispôsobiť aj v tejto oblasti.

Súčasné podoby otcovstva (správa z prieskumu)

Skúmaniu otcovstva sa aj pod vplyvom vyššie uvedených spoločenským a kultúrnych zmien začína venovať vyššia pozornosť. Na rozdiel od Slovenska, v zahraničí prebehlo viacero komplexnejších výskumných šetrení a je k dispozícii väčšie množstvo relevantných publikačných výstupov (MPSV ČR, 2010; McLaughlin a Muldoon, 2014; Miller, 2011; Vreeswijk et al., 2014; John et al., 2005). Zámerom nášho prieskumu bolo ponúknuť náhľad do situácie otcov v súčasnosti a prispieť k vyššiemu povedomiu o téme otcovstva tak v odbornej ako aj laickej verejnosti.

Hlavný cieľ a vedľajšie ciele prieskumu

Hlavným cieľom prieskumu bolo *identifikovať súčasné podoby otcovstva u otcov žijúcich na území Slovenskej a Českej republiky*.

Čiastkové ciele:

- Zistiť postoje a názory súčasných otcov na rolu otca v rodine, výchovu detí a rozdelenie rodičovských rolí.
- Identifikovať mieru zapojenia súčasných otcov do výchovy, starostlivosti o dieťa a do aktivít s deťmi.
- Zistiť, či sa súčasní otcovia prikláňajú viac k „tradičnému“ alebo viac k „modernému“ otcovstvu.
- Identifikovať prípadné prekážky, s ktorými sa súčasní otcovia pri plnení svojej roly stretávajú.
- Zistiť, ako súčasní otcovia vnímajú svoju vlastnú otcovskú rolu.

Metodológia prieskumu

Prieskumnú vzorku tvorili muži – otcovia, ktorí museli spĺňať dve podmienky. Prvá sa

týkala veku dieťaťa/ detí (aspoň jedno neplnoleté dieťa). Toto obmedzenie malo poslúžiť k tomu, aby vzorku tvorili súčasní a aktívni otcovia, na ktorých bol náš prieskum zameraný. Druhou podmienkou bolo, aby otcovia v čase realizácie prieskumu žili na území Slovenskej alebo Českej republiky z dôvodu organizácie prieskumu v rámci týchto území.

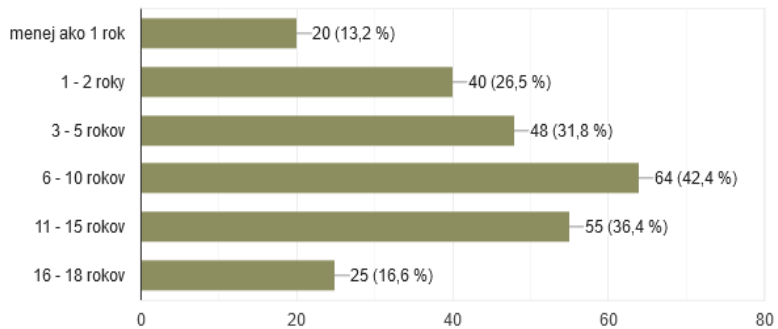
Z metodologického hľadiska sme použili model zmiešaného výskumu, resp. kvantitatívno-kvalitatívneho výskumného dizajnu. Vzhľadom na stanovené ciele prieskumu a súčasnú pandemickú situáciu sme ako metódu zberu údajov zvolili dotazník. Pre jeho príprave sme sa opierali o sociologický výskum s názvom *Podoby otcovství v ČR*, ktorý bol súčasťou dvojročnej verejnej informačnej kampane na podporu otcovstva realizovanej Ministerstvom práce a sociálnych vecí Českej republiky a prebiehal od októbra 2009 do februára 2010 (Európsky sociálny fond v ČR). Dotazník bol vytvorený elektronickou formou a distribuovaný pomocou webového odkazu. Potenciálnych respondentov sme z veľkej časti oslovovali priamo, ale využili sme tiež uverejnenie na sociálnej sieti a v internetových skupinách. Viaceré odpovede boli získané aj prostredníctvom tzv. „snowball sampling“ metódy, kedy oslovení respondenti preposlali dotazník ďalším respondentom. Zber odpovedí prebiehal od januára do marca 2021.

Výsledky prieskumu

V rámci našej prieskumnej vzorky (n=151) boli najviac zastúpené vekové kategórie otcov 40 – 49 a 30 – 39 rokov. Prevažná väčšina našich otcov bola zamestnaná. Takmer všetci otcovia vyrastali v rodine s otcom a matkou a tri štvrtiny otcov bolo prvýkrát ženatých. Najviac otcov malo dve deti, tesne za tým bola najviac označená možnosť jedno dieťa. Najviac zastúpená veková kategória detí bola 6 – 10 rokov.

Aký je vek Vášho dieťaťa? Ak máte viac detí, označte vekové kategórie všetkých Vašich detí, ktoré sú vo veku 0 - 18 rokov (môžete zvoliť viac možností).

151 odpovědí



Graf: Vek dieťaťa/detí respondenta

92 % otcov žilo v spoločnej domácnosti s partnerkou/manželkou a deťmi a väčšina otcov nala príjem vyšší ako ich partnerka. Počas pracovných dní strávili otcovia so svojimi deťmi najčastejšie 1 – 3 hodiny denne, počas víkendov viac ako 6 hodín denne. Zistili sme, že otcovia boli aktívne zapojení do rôznych činností týkajúcich sa rodinného života a detí, pričom najviac do finančného zabezpečenia rodiny, nákupu potravín a vymýšľania programu na víkend.

62,9% otcov sa prikláňalo k prísnejšiemu výchovnému štýlu. V otázke výchovy bolo pre otcov veľmi dôležité zachovať si autoritu v rodine a zároveň mať kamarátsky vzťah s deťmi. Chceli tiež deťom venovať čo najviac času, no bolo pre nich dôležité nájsť si čas aj pre seba. Viac ako 62 % otcov sú názoru, že malé fyzické tresty vo výchove nie sú škodlivé (viď Tab. 1).

Tabuľka 1: Výroky – výchova a vzťah k deťom

všetci respondenti, n=151	určite áno		skôr áno		skôr nie		určite nie	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Otec by mal v rodine vždy predstavovať určitú autoritu.	75	49,7%	66	43,7%	9	6,0%	1	0,7%
Otec by mal byť pre deti predovšetkým partnerom a kamarátom.	32	21,2%	88	58,3%	26	17,2%	5	3,3%
Najviac dám svojim deťom, pokiaľ s nimi budem tráviť čo najviac času.	94	62,3%	43	28,5%	13	8,6%	1	0,7%
Myslím si, že pár capnutí po zadku nikomu neuškodí.	41	27,2%	53	35,1%	41	27,2%	16	10,6%
Správny otec má venovať svoj voľný čas predovšetkým deťom.	48	31,8%	76	50,3%	24	15,9%	3	2,0%
Deti sú tým najkrajším, čo ma v živote stretlo.	104	68,9%	39	25,8%	8	5,3%	0	0,0%
Svoje deti zásadne nebijem.	39	25,8%	44	29,1%	53	35,1%	15	9,9%
Muž by si mal aj v rodine udržať svoje záujmy a koníčky.	76	50,3%	67	44,4%	7	4,6%	1	0,7%
Snažím sa vychovať z detí predovšetkým individuality.	34	22,5%	75	49,7%	36	23,8%	6	4,0%
Myslím si, že dnešné deti potrebujú predovšetkým tvrdú ruku.	10	6,6%	39	25,8%	76	50,3%	26	17,2%
Otcovia sa kvôli deťom musia v mnohých veciach obmedzovať.	21	13,9%	71	47,0%	52	34,4%	7	4,6%
Najviac pomôžem svojim deťom, keď ich finančne zabezpečím.	9	6,0%	42	27,8%	84	55,6%	16	10,6%

Respondenti tiež podporovali spravodlivé rozdelenie povinností medzi otca a matku a vedeli si samých seba predstaviť aj v „typicky ženských“ pozíciách ako je napríklad rodičovská dovolenka. 72,9% otcov by za určitých okolností bolo ochotných zostať na rodičovskej dovolenke. Zároveň však viac ako polovica otcov (53%) považovala matku za kompetentnejšiu osobu, ktorá by mala zostať na rodičovskej dovolenke. V otázke zamestnania veľká väčšina otcov nemala problém zladiť rodinný a pracovný život a zamestnávateľ im v záležitostiach rodiny vychádzal v ústrety.

Tabuľka: Výroky - rola matky a otca

všetci respondenti, n=151	určite áno		skôr áno		skôr nie		určite nie	
	n	%	n	%	n	%	n	%
V čase choroby sa o dieťa najlepšie dokáže postarať matka.	41	27,2%	88	58,3%	17	11,3%	5	3,3%
Vstávať k deťom v noci mi vôbec nevadí.	50	33,1%	44	29,1%	42	27,8%	15	9,9%
Matky by sa mali viac venovať praktickému zaisteniu starostlivosti o deti a otcovia hraniu sa s deťmi.	5	3,3%	35	23,2%	88	58,3%	23	15,2%
Radšej organizujem voľný čas detí, než vykonávam každodennú starostlivosť o deti.	11	7,3%	59	39,1%	67	44,4%	14	9,3%
Každodennú starostlivosť o deti by si mali rodičia spravodlivo rozdeliť.	52	34,4%	73	48,3%	25	16,6%	1	0,7%
Som skôr za tradičnú deľbu práce – žena sa stará o deti a domácnosť a muž zarába.	11	7,3%	53	35,1%	63	41,7%	24	15,9%
Moja partnerka má rovnaké právo sa realizovať ako ja.	100	66,2%	44	29,1%	7	4,6%	0	0,0%
Viem si predstaviť, že by som zostal s dieťaťom na rodičovskej dovolenke.	63	41,7%	48	31,8%	34	22,5%	6	4,0%
Zostal by som kľudne s deťmi doma, ale partnerka rodinu neuživí.	20	13,2%	43	28,5%	61	40,4%	27	17,9%

92,7% otcov bolo počas tehotenstva na ultrazvuku a 80,8% bolo prítomných pri pôrode dieťaťa. Po narodení sa až 98% otcov aktívne zapájalo do starostlivosti o malé dieťa, pričom sme zistili, že vykonávali na dennej báze takmer všetky z činností starostlivosti o dieťa (kŕmenie, prebaľovanie, uspávanie a pod.).

Tabuľka: Starostlivosť o novorodené/malé dieťa

n=148	denne		týždenne		mesačne		menej často		nikdy	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kŕmenie	86	58,1%	42	28,4%	4	2,7%	8	5,4%	8	5,4%
prebaľovanie	106	71,6%	29	19,6%	3	2,0%	9	6,1%	1	0,7%
uspávanie	83	56,1%	42	28,4%	6	4,1%	11	7,4%	6	4,1%
výber a nakupovanie vybavenia pre dieťa (kočík, postieľka, oblečenie)	28	18,9%	43	29,1%	34	23,0%	33	22,3%	10	6,8%
kúpanie	88	59,5%	44	29,7%	3	2,0%	7	4,7%	6	4,1%
obliekanie/prezliekanie	101	68,2%	37	25,0%	4	2,7%	5	3,4%	1	0,7%
nosenie na rukách, hojdanie	137	92,6%	8	5,4%	1	0,7%	1	0,7%	1	0,7%
hranie sa	128	86,5%	17	11,5%	1	0,7%	1	0,7%	1	0,7%
maznanie sa	128	86,5%	16	10,8%	2	1,4%	1	0,7%	1	0,7%
prechádzky vonku	81	54,7%	57	38,5%	5	3,4%	4	2,7%	1	0,7%
nočné vstávanie k dieťaťu	61	41,2%	56	37,8%	9	6,1%	14	9,5%	8	5,4%
návštevy lekára	28	18,9%	42	28,4%	43	29,1%	33	22,3%	2	1,4%

Takmer tri štvrtiny otcov (72,2 %) bolo spokojných s tým, koľko času venovali svojim deťom. Otcovia, ktorí neboli spokojní, ako najčastejšiu prekážku uvádzali vyťaženie v zamestnaní. Otcovia sa aj vo svojom voľnom čase aktívne a pravidelne venovali svojim deťom, pričom denne sa spoločne rozprávali a hrali s hračkami a na týždennej báze chodili spolu na výlety, prechádzky či športovali.

Tabuľka: Spoločné činnosti vo voľnom čase

všetci respondenti, n=151	denne		týždenne		mesačne		menej často		nikdy	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
čítanie kníh	48	31,8%	56	37,1%	16	10,6%	23	15,2%	8	5,3%
hranie sa s hračkami	82	54,3%	46	30,5%	11	7,3%	9	6,0%	3	2,0%
hranie hier (stolové hry, pohybové hry a pod.)	45	29,8%	73	48,3%	23	15,2%	7	4,6%	3	2,0%
kreatívne činnosti (kreslenie, vyrábanie, vymaľovávanie)	26	17,2%	69	45,7%	30	19,9%	16	10,6%	10	6,6%
rozprávanie sa	121	80,1%	26	17,2%	2	1,3%	2	1,3%	0	0,0%
výlety do prírody, na ihrisko, prechádzky	41	27,2%	95	62,9%	8	5,3%	4	2,6%	3	2,0%
športovanie - bicykel, lyže, futbal, plávanie a pod.	19	12,6%	74	49,0%	27	17,9%	20	13,2%	11	7,3%
návšteva kina, divadla, koncertov	4	2,6%	18	11,9%	38	25,2%	52	34,4%	39	25,8%
sledovanie televízie, videa, DVD	57	37,7%	59	39,1%	9	6,0%	17	11,3%	9	6,0%
dobrodružné výpravy iba ja a deti	5	3,3%	29	19,2%	52	34,4%	38	25,2%	27	17,9%
rodinné výlety	14	9,3%	64	42,4%	56	37,1%	13	8,6%	4	2,6%

Posledná otázka v dotazníku bola otvorená a bola dobrovoľná. Otcov sme sa opýtali: *Čo pre Vás znamená otcovstvo, ako Vás ovplyvnilo (zmenilo)?* Získali sme odpovede od 125 otcov (n=125), v ktorých sme identifikovali viacero kvalít a rozmerov otcovstva, ktoré sme kategorizovali nasledovne:

Kategória	Počet odpovedí	Príklady odpovedí
vnútorné naplnenie	41	*Deti dali môjmu životu úplne iný rozmer, sú zmysel života, denne sú zdrojom šťastia.*
		Naplnění mého života, získal jsem smysl toho, proč vše dělám.
		Je to napĺňanie života niečím krásnym, milým, čo ma každodenne obohacuje a robí šťastným.
záväzok a zodpovednosť	38	*Zodpovednosť za niekoho iného ako len za seba.*
		Zodpovednosť za deti, v každom období ich života v niečom.
		Být otcem je veliký závazek a dřina, ale výsledek stojí za všechno zlato světa.

zmena	27	*(Otcovstvo) zmenilo životné priority.*
		Zmenilo celý môj život, resp. prístup k životu.
		Je to aj veľká zmena, ale príjemná a nemenil by som.
zmysluplnosť - poslanie	24	*Dáva to môjmu životu zmysel. Pokora, služba, zastavenie.*
		Byť pre deti vzorom, autoritou, ale aj spoločníkom, doprevádzateľom života... je veľké poslanie.
		Otcovstvo vnímam ako jedno z mojich najdôležitejších poslaní v živote.
zdroj učenia sa	22	*Deti ma učia spontánnym emóciám a nepredvídateľnosti života.*
		Zcela zásadní životní role, která učí vidět vlastní chyby a omezení.
		Nový priestor na učenie sa a vlastný rozvoj.
náročná úloha	19	*Veľa starosti, ale aj radosti. Náročné na psychiku, čas, ale aj fyzicky.*
		Najkrajšia a zároveň najnáročnejšia udalosť v mojom živote.
		V zložitých situáciách sa jedná o extrémne ťažkú a náročnú úlohu.
iné	29	*Ovplyvnilo ma vo všetkom (otcovstvo). Dospel som. Super zkušenost. Je to neopísateľný pocit. Skompletizovalo ma to atď.*

Významné propozície (kategórie), ktoré sa v priebehu prerozprávania vyskytli, sme „upratali“ tak, aby dávali zmysel a následne sme zostavili dynamickú schému týchto propozícií.

Propozičná schéma

zmena → **naplnenie** **náročná úloha** **poslanie** → **záväzok** a **zodpovednosť** → **zdroj učenia sa** **zmysluplnosť**

Na propozičnej schéme môžeme vypovedať základný príbeh našej podrobnejšej kvalitatívnej analýzy: Keď sa muž stane otcom, predstavuje to zásadnú zmenu, ktorá ovplyvňuje jeho osobnosť na všetkých úrovniach – fyzickej, psychickej, sociálnej aj duchovnej. Táto zmena vedie k hlbokým pocitom vnútorného naplnenia u otcov, no zároveň aj k obavám a pochybnostiam, či sú/budú schopní zvládať mnohé náročné úlohy spojené s plnením otcovských povinností, ako aj povinností v partnerskom vzťahu. Otcovia však túto úlohu vnímajú ako poslanie, čo ich vedie k vnútornému záväzku a prevzatiu zodpovednosti za úlohy a výzvy, ktoré otcovstvo prináša. V konečnom dôsledku pre našu vzorku predstavuje tento nový stav významný zdroj učenia sa a prináša im pocit vyššej zmysluplnosti svojej existencie.

Diskusia

Pokiaľ ide o postoje a názory súčasných otcov na rolu otca v rodine, výchovu detí a rozdelenie rodičovských rolí, až 93,4 % otcov súhlasilo s tým, že otec by mal predstavovať v rodine určitú autoritu. Zároveň však vo veľkej miere respondenti prieskumu považovali za dôležité byť pre deti kamarátom a partnerom. Rovnaké výsledky sa preukázali aj vo výskume Podoby otcovství v ČR, pričom autori výskumu to pomenovali ako diskrepanciu a nejasnosť vo vymedzení otcovskej roly (MPSV ČR, 2010). Pre otcov bola teda autorita v rodine dôležitá, avšak nie v zmysle prísneho patriarchu, ktorý vyžaduje bezpodmienečnú poslušnosť. Z odpovedí je zjavné, že im aktuálne záleží na bližšom vzťahu s dieťaťom. Na strane druhej, viac ako 60 % otcov sa prikláňalo k prísnejšiemu výchovnému štýlu a kládlo dôraz aj na dodržiavanie pravidiel a hraníc vo výchove. Zistili sme tiež, že otcovia už nepovažovali za svoju najvýznamnejšiu úlohu v živote dieťaťa finančné zabezpečenie (zaopatrenie rodiny), ale súhlasili s tým, že pre deti je najlepšie, ak im venujú čo najviac času. V oblasti rozdelenia rodičovských rolí otcovia podporovali rovnosť, spravodlivé rozdelenie povinností medzi matkou a otcom a tiež právo partnerky na vlastnú realizáciu. Skôr nesúhlasili s tradičnou deľbou práce, kedy sa matka stará o domácnosť a deti a otec sa venuje najmä zarábaniu a s deťmi sa iba hrá. Zaujímavým zistením však bolo, že viac ako polovica otcov považovala matku za nezastupiteľnú osobu pre dieťa vo veku 2 - 4 roky a myslia si, že skôr ona by mala zostať na rodičovskej dovolenke. Vo výskume Podoby otcovství v ČR tento názor zastávali až dve tretiny otcov (MPSV ČR, 2010). Možno to bol jeden z dôvodov, prečo v našej spoločnosti nájdeme tak málo otcov na rodičovskej dovolenke. Pritom v iných štátoch je bežnou praxou, že s malým dieťaťom zostáva aj otec.

Náš prieskum potvrdil predpoklad, že súčasní otcovia sa aktívne zapájajú do výchovy, starostlivosti o dieťa a aktivít s dieťaťom. Takmer polovica otcov sa zapája do domácich prác ako je upratovanie či žehlenie, venuje sa príprave jedla a plánovaniu rodinných aktivít. 82,7% otcov zabezpečuje nakupovanie potravín. Otcovia sa tiež venujú starostlivosti o deti – uspávanie, hygiena a organizovanie voľného času dieťaťa. Až 98 % našich otcov sa aktívne zapájalo do starostlivosti o novorodenca/ dieťa v ranom veku. Činnosti ako kŕmenie, prebaľovanie, kúpanie či prechádzky vykonávali na dennej báze.

Jeden z našich čiastkových cieľov sa týkal „tradičného“ a „moderného“ otcovstva. Za rozlišovacie faktory sme si určili postoj k autorite, čas strávený s deťmi, postoj k úlohám otca v rodine a chápanie roly otca a matky v rodine. Tradičného otca sme definovali ako takého, ktorý preferuje autoritatívnu výchovu, s deťmi netrávi príliš veľa času, za svoju hlavnú úlohu považuje zabezpečenie rodiny a preferuje tradičnú deľbu rolí, kde sa matka stará o domácnosť a deti a otec zarába. Tradičný otec má bližšie k modelom prísneho patriarchu a vzdialeného živiteľa, ako to popisujú Pleck a Pleck (1997). Za moderného otca považujeme takého, ktorý sa snaží o blízky vzťah s dieťaťom, s deťmi trávi veľa času, aktívne zapája do záležitostí rodinného života a starostlivosti o dieťa a podporuje rovnocenné rozdelenie rodičovských aj rodinných povinností medzi matku a otca. Tento otec má bližšie k modelom zapojeného otca a spolurodiča (co-parent) (Pleck a Pleck, 1997).

Počas pracovných dní otcovia strávia s deťmi 1 – 3 hodiny denne, cez víkendy je

to u takmer polovice otcov viac ako 6 hodín denne. Otcovia zároveň vo veľkej miere súhlasili s tým, že čas je to najlepšie, čo môžu svojim deťom dať a že správny otec svoj voľný čas venuje predovšetkým deťom. Zistili sme, že 89,2% otcov označilo finančné zabezpečenie rodiny ako jednu z činností, do ktorých sú najviac zapojení, no zároveň iba 33,8% otcov túto činnosť považuje za to najlepšie, čo môžu pre deti urobiť. Otcovia sa tiež veľmi aktívne podieľali na starostlivosti o malé dieťa a pravidelne sa venovali spoločným aktivitám s deťmi. Necelá polovica otcov sa zapájala do domácich prác. Tradičnú deľbu práce podporovalo 42,2% otcov, no až 95,3% otcov súhlasilo s tým, že ich partnerka má rovnaké právo sa realizovať. Z uvedeného môžeme usúdiť, že nie je jednoznačné, či sa otcovia prikláňali viac k tradičnému alebo k modernému otcovstvu. Výsledky naznačujú výskyt oboch modelov v našej spoločnosti a dalo by sa povedať, že sme na pomedzí medzi týmito dvoma modelmi. Naše výsledky korešpondujú s výsledkami výskumu Podoby otcovství v ČR, kde bola táto situácia pomenovaná ako *„obdobie prechodu od tradičného otcovstva k modernému poňatiu a vnímaniu otcovstva“* (MPSV ČR, 2010, s. 5).

Náš ďalší čiastkový cieľ sa týkal identifikácie prípadných prekážok, s ktorými sa súčasní otcovia stretávajú. Rozpoznali sme ich niekoľko. Síce až 91,4 % otcov sa nestretlo s tým, že by boli oproti matkám v niečom znevýhodňovaní, ale tí, ktorí sa s tým stretávali, spomínali matku ako preferovanú osobu pri deťoch a rozvodoch. Otcovia, ktorí neboli spokojní s tým, koľko času trávia so svojimi deťmi, spomínali najčastejšie ako prekážku vyťaženie v zamestnaní. Polovica otcov tiež pociťuje, že kvôli práci majú menej času na deti. Prekážkou v trávení času s dieťaťom bola aj matka dieťaťa a chýbajúca podpora z jej strany a tiež skutočnosť, že dieťa nežilo s otcom v spoločnej domácnosti.

Pokiaľ ide vnímanie vlastnej otcovskej role zo strany respondentov, identifikovali sme niekoľko charakteristík otcovstva, ktoré sa v odpovediach často opakovali. Predovšetkým je to radosť a šťastie, ktoré deti otcom prinášajú, ide to však ruka v ruke so zodpovednosťou a záväzkom. Otcovia často spomenuli tieto dve charakteristiky otcovstva spoločne. Zistili sme tiež, že otcovia pociťujú náročnosť rodičovstva, ktoré so sebou prináša aj obmedzenia a menej voľného času. Mnoho otcov napísalo, že otcovstvo pre nich znamenalo zmenu vo viacerých oblastiach. Vnímali ho ako veľkú zmenu v živote, nový rozmer života a zmysel života. Zmeny nastali aj v prioritách a hodnotách otcov. Na prvé miesto dávali dieťa a správnu výchovu. V neposlednom rade sa zmenili aj otcovia samotní, začali vnímať život inak, lepšie si uvedomovali svoje konanie a svoj vplyv na dieťa. Otcovstvo je podľa slov otcov aj priestor pre učenie sa: trpezlivosti, vďačnosti, pokory a mnohého ďalšieho. Ako poslednú charakteristiku sme v odpovediach identifikovali vnímanie otcovstva ako poslanie, životnú cestu a úlohu, ktorá je súčasťou života. Naše výsledky korešpondujú s poznatkami Miller (2011), Maříkovej (2008a) a Nešporovej (2019), ktoré rovnako hovoria o zodpovednosti u otcov, zmene vnímania a života a zmene priorít ako aj o obmedzení času pre seba.

Záver

Cesta k dnešnej podobe otcovstva nebola krátka a ani vždy jednoduchá. Očakávania spoločnosti, požiadavky v zamestnaní, rodinný život, výchova detí, vzťah s partnerkou či osobné vnútorné konflikty –

s tým všetkým sa dnešní otcovia stretávajú a musia nachádzať spôsoby, ako viaceré oblasti života vyvážiť. Je to však prirodzený proces, ktorý s rodičovstvom a rodinou prichádza a každý otec v ňom potrebuje nájsť svoje miesto, kde sa bude cítiť komfortne a zároveň sám sebou.

Súčasné podoby otcovstva môžeme identifikovať ako rôznorodé. Sú otcovia, ktorí sa v rodine angažujú menej, ale aj otcovia, pre ktorých je rodina a deti všetkým. Z nášho prieskumu vyplynulo, že dnes nájdeme stále viac otcov, pre ktorých ich otcovstvo znamená veľa a v rodinnom živote ako aj v živote detí sú veľmi aktívni. Už nepovažujú za svoju hlavnú úlohu len obživu rodiny a starostlivosť o deti neprenechávajú prevažne iba na matku. Naopak, otcovstvo vnímajú ako poslanie, chcú byť pre svoje deti dobrými otcami a uvedomujú si dôležitosť času stráveného s deťmi. Túžia byť pre deti blízkymi osobami, ktorí ich budú sprevádzať životom až do dospelosti.

Zoznam literatúry

BRANDTH, B., KVANDE, E. 1998. Masculinity and Child Care: The Reconstruction of Fathering. *The Sociological Review* [online]. 1998, roč. 46, č. 2, s. 293–313. ISSN 0038-0261, 1467-954X. Dostupné na: doi:10.1111/1467-954X.00120

CRESPI, I., RUSPINI, E. 2015. Transition to fatherhood: New perspectives in the global context of changing men's identities. *International Review of Sociology* [online]. 2015, roč. 25, č. 3, s. 353–358. ISSN 0390-6701, 1469-9273. Dostupné na: doi:10.1080/03906701.2015.1078529

FILADELFIOVÁ, J., KICZKOVÁ, Z., SZAPUOVÁ, M. 2006. *Úloha mužov pri podpore rodovej rovnosti: participácia otcov na domácej starostlivosti (názory a skúsenosti populácie SR).* 2006. B.m.: Slovenské národné stredisko pre ľudské práva.

JOHANSSON, T. 2011. Fatherhood in Transition: Paternity Leave and Changing Masculinities. In *Journal of Family Communication* [online]. 2011, roč. 11, č. 3, s. 165–180. ISSN 1526-7431, 1532-7698. Dostupné na: doi:10.1080/15267431.2011.561137

JOHN, W. St, CAMERON C., MCVEIGH, C. 2005. Meeting the Challenge of New Fatherhood During the Early Weeks. In *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* [online]. 2005, roč. 34, č. 2, s. 180–189. ISSN 08842175. Dostupné na: doi:10.1177/0884217505274699

MAŘÍKOVÁ, H. 2008a. Caring Fathers and Gender (In)Equality. *Polish sociological review*. 2008, č. 2, s. 135–152. ISSN 1231-1413.

MAŘÍKOVÁ, H. 2008b. Rodičovská (je) pro oba rodiče! In KŘÍŽKOVÁ, A., DUDOVÁ, R. 2008. *Práce a péče: Proměny "rodičovské" v České republice a kontext rodinné politiky Evropské unie*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-86429-94-6.

MCLAUGHLIN, K., MULDOON, O. 2014. Father Identity, Involvement and Work-Family Balance: An In-depth Interview Study: Father identity and work-family balance. In *Journal of Community & Applied Social Psychology* [online]. 2014, roč. 24, č. 5, s. 439–452. ISSN 10529284. Dostupné na: doi:10.1002/casp.2183

MILLER, T. 2011. *Making sense of fatherhood : gender, caring and work*. New York, USA: Cambridge University Press. ISBN 978-0-521-74301-3.

MPSV ČR, 2010. *Podoby otcovství v ČR - sociologický výskum* [online]. Dostupné na: http://www.tatanaplnyuvazek.cz/wp-content/uploads/2013/05/zaverecna-zprava-podoby-otcovstvi.pdf

NEŠPOROVÁ, O. 2019. Hazy Transition to Fatherhood: The Experiences of Czech Fathers. In *Journal of Family Issues* [online]. 2019, roč. 40, č. 2, s. 143–166. ISSN 0192-513X, 1552-5481. Dostupné na: doi:10.1177/0192513X18806028

PLECK, E. H., PLECK, J. H. 1997. Fatherhood ideals in the United States: Historical dimensions. V: M. E. LAMB, ed. In *The role of the father in child development, 3rd ed*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc, s. 33–48. ISBN 978-0-471-11771-1.

VREESWIJK, CH. et al. 2014. Fathers' experiences during pregnancy: Paternal prenatal attachment and representations of the fetus. Injohn *Psychology of Men & Masculinity* [online]. 2014, roč. 15, č. 2, s. 129–137. ISSN 1939-151X, 1524-9220. Dostupné na: doi:10.1037/a0033070

„Potláčanie a ukrývanie úzkosti vedie len k jej zosilneniu“.

Kazuistika

Ivana Vlašič

Béda (68r.)

- F.41.2 Zmiešaná úzkostná a depresívna porucha, pacientka hospitalizovaná v psychiatrickej liečebni (bez ochranného nariadenia súdu)

Osobná anamnéza

Béda vyrastala ako druhá v poradí zo 6 detí v rodine vysokoškolsky vzdelaných ľudí. Otec evanjelický farár, matka učiteľka. Detstvo opisuje ako harmonické a spoločenské v skupine rovesníkov, aj keď nezabudla spomenúť chudobnejšie pomery a prenasledovanie z dôvodu vierovyznania v danom období. Vyrastala v rodine, kde ako prvá dcéra v poradí často sa podieľala na domácich prácach a výchove svojich súrodencoch. V popredí ako signifikantný člen rodiny stojí jej otec, evanjelický kňaz, ktorý vštepil do Bédy liberálnu výchovu a možnosť rozhodovania sa a slobodnej voľby aj čo sa týka ďalšieho štúdia a zamerania v živote. S matkou mali veľmi blízky vzťah, ktorý pretrval až do smrti matky.

Béda má ukončené vysokoškolské vzdelanie na technickej Univerzite. V priebehu života aktívna aj vo vedúcich pozíciách. Fyzicky aktívna do vysokého veku, mysliac tým športové aktivity, pracovné nasadenie, ďalšie vzdelávanie, získanie vodičského preukazu vo veku 60 rokov. Fyzicky a psychicky v neustálom dynamickom tempe. Po úspešnom ukončení vysokoškolského štúdia sa vydala. Manžel, vysokoškolský diplom v technickom odbore. Z manželstva pochádzajú dve deti, obaja vysokoškolskí vzdelaní ľudia, dcéra psychiatrička v zahraničí, syn bývajúci s rodinou v blízkosti matky a otca. Pani Béda má 4 vnúčatá.

Manželstvo opisuje ako harmonické, príkladné, kde si vzájomne boli oporou. Dopĺňanie sa v rôznych činnostiach v domácností, pracovných vzťahoch, pri výchove detí, vnúčat. Neskôr, v priebehu liečebnopedagogicko-terapeutického procesu dopĺňame osobnú a rodinnú anamnézu. Manžel výrazne dominantný typ a voči manželke autoritatívny. Vysoké požiadavky voči Béde. Bližšie informácie v rodinnej anamnéze.

V roku 2019 prekonala trombózu v ľavej DK, prítomná hypertenzia kompenzovaná na liekoch, varixy DK, cervikokraniálny, cervikobrachiálny a lumboischiadický syndróm, operácia prínosovej dutiny. Úrazy hlavy a epilepsiu neguje, magnetická rezonancia a CT vyšetrenie bez organického poškodenia mozgu. Po prekonaní trombózy úspešne stabilizovaná s terapeuticko-rehabilitačným plánom.

V roku 2018 zomrela matka pacientky. Do vysokého veku sa o ňu starala v domácom prostredí hoci bola imobilná, neskôr preložená do DSS, kde aj umrela. Smrť matky niesla pacientka ťažko, v roku 2018 nastala prvá dekompenzácia s príznakmi anxiety a depresie. V roku 2018 dvakrát hospitalizovaná na psychiatrickom oddelení v rôznych mestách, neskôr navštevovala denný psychiatrický stacionár, 2019 dvakrát hospitalizovaná na psychiatrii, v roku 2020 v psychiatrickej liečebni manžel. V 2018 stav po pľúcnej embólii, iné operácie a úrazy neguje, v bezvedomí nebola, bez epiparoxyzmov.

U pacientky dominuje výrazná anxieta s depresívnym ladením, ktorá ju obmedzuje v dennom režime a pri zvládaní aj osobnej hygieny. V psychiatrickej liečebni hospitalizovaná 1 krát.
Subj.: mám dve deti a štyri vnúčatá. Mám strach zo všetkého, mentálny blok, že nemôžem nič urobiť, som málo aktívna. Pociťujem nepokoj, neviem ako ďalej, nezvládam si umyť zuby, nechcem, aby sa o mňa starali...nič nie je dobré..

Obj.: Pacientka bez lakrimozity, verbálny kontakt nadviazala, vedomie lucídne, vigílne, PMT primerané, orientovaná allo a auto psychicky správne, nálada depresívne a anxiózne ladená, anxieta s vegetatívnym doprovodom, hyposomnia, anorexia, hypobúlia, anhedónia, myslenie katatýmne skreslené, koherentné, bez suicidálnych ideácií a tendencií, bez porúch vnímania, osobnosť diferencovaná. Toho času na starobnom dôchodku.

Rodinná anamnéza
Béda pochádza z rodiny bez neuropsychiatrickej záťaže. Súrodenci vysokoškolskí vzdelaní ľudia, najmladšia sestra zomrela pri pôrode a pacientka spolu so sestrami vychovávali svoje netere. Pacientka na to spomína ako na náročnú životnú etapu. Otec pôsobil ako evanjelický farár v malej dedine a matka ako pedagóg. Po ukončení vzdelania pôsobila strojárskej firme, neskôr sa venovala programovaniu a pôsobila vo vedúcej funkcii do starobného dôchodku. Po ukončení pracovného pomeru, na žiadosť manžela, ktorý založil firmu, sa edukovala v účtovníctve a daniach. Nové zameranie vo vyššom veku v oblasti nie jej blízkej, vytváral intrapsychickú tenziu, ako opisuje pacientka. Vzťah s manželom bol autoritatívny a pani Béda v submisívnej polohe. Verbalizovali to neskôr sestra, aj dcéra pacientky. Manžel za pacientkou pravidelne dochádzal, komunikoval s primárom a liečebným pedagógom. Spolupráca bola na vysokej verbálnej, ale aj pracovnej úrovni.

Manžel pacientky – dôchodca, pri nástupe do starobného dôchodku, založil firmu v IT sektore, kde Béda mala vykonávať účtovnícke postupy.

Prvá dekompenzácia smrť matky, druhá dekompenzácia chyba v účtovníctve. Subj.: ublížila som mu, teraz bude mať problém vo firme, neodpustí mi...

Objektívna vstupná dg. individuálna terapia
68 ročná žena, prijatá kvôli zhoršeniu stavu - prvá hospitalizácia v psychiatrickej liečebni Predtým hospitalizovaná v troch rôznych psychiatrických zariadeniach a v rôznych mestách. Bez terapeutického zásahu, len medikamentóznou formou. Verbálny kontakt nadviazala, vedomie lucidné, vigílne, psychomotorické tempo primerané, orientovaná auto a allo psychicky správne, nálada depresívne ladená, anxieta s vegetatívnym doprovodom, hypobúlia, anhedónia, myslenie katatýmne skreslené, koherentné, toho času bez suicidálnych ideácií a tendencií, osobnosť diferencovaná.

Vlastné pozorovanie
S pacientkou Bédou som prišla prvýkrát do kontaktu po prvotnom vyšetrení primárom oddelenia. Prišla som za pacientkou do izby, zoznámili sme sa a následne na rannej komunite, kde bola predstavená celému oddeleniu pacientov a personálu, edukovaná o režime, pravidlách oddelenia a neskôr po adaptácii zaradená do terapeutického procesu. Sociálna, emočná inteligencia, bez spontánnej verbálnej produkcie, gramotnosť, prejav boli v norme. Bez kognitívneho deficitu. Komunikácia počas prvého stretnutia bola iba po forsírovaní terapeutom. Nadobú-

danie dôvery bolo s pacientkou veľmi náročné, keďže bola vo výraznej anxiete sprevádzaná intrapsychickou tenziou a verbálna stránka bola oploštená len na odpovede, ktoré boli strohé. Časté forsírovanie bolo podmienkou na odpoveď, ktorá bola jednoslovná. Pôsobenie liečebno-pedagogickej intervencie vnímala ako bezvýznamné, nemožné, neskôr v terapeutickom procese hľadala logické súvislosti a dopytovala sa. Prvé tri týždne hospitalizácie prevládala farmakoterapeutická zložka. Z pohľadu liečebného pedagóga bol dôležitý moment dôvery a sociálnej vzťahovej intimity pacienta v terapeutickom procese. Tento čas bol využitý na budovanie dôvery, kde v priebehu vizity, ale ja celého dňa som pacientku niekoľkokrát navštívila, nadviazala očný kontakt neskôr po týždni sprevádzaný jednou vetou upokojením a dodaním istoty a bezpečia.

Po troch týždňoch u pacientky nastal menší progres, kedy ma fixovala pohľadom na oddelení, ale aj počas vizít s primárom oddelenia. Jej odpovede počas dialógu s primárom boli venované očným kontaktom smerom k liečebnému pedagógovi. Ďalšie obdobie pobytu v psychiatrickej liečebni som k nej pristupovala očným kontaktom, slovným doprovodom. a položením rúk na obe ramená ako pocit ,,uzemnenia, stability“, ktorý Bédu upokojil v daný moment, kedy so mnou komunikovala. Položením dlaní na jej ramená sa očný kontakt zafixoval a začala ma intenzívnejšie vnímať.

V priebehu celej hospitalizácie bola výborná komunikácia s rodinou a najmä manželom, kde pri každej návšteve došlo k vzájomnej verbálnej interakcii, spolupráci na liečebno-pedagickom procese. Bol to prvý krok k nadobudnutiu dôvery, a mohol sa tak rozvíjať, budovať plnohodnotný terapeutický vzťah.

Nadobúdanie dôvery išla ruka v ruke s autenticitou a kongruenciou zo strany liečebného pedagóga. Postupne po terapiách, individuálnych a skupinových, sa pacientka adaptovala, resocializovala. Na vychádzky začala chodiť v sprievode manžela a detí cca v polovici liečby. V závere hospitalizácie bola pacientka edukovaná o možnosti denných psychiatrických stacionárov a poskytnutie kontaktov na ďalších možných odborníkov v oblasti liečebnej pedagogiky.

Analýza situácie a návrh postupu

Liečebnopedagogická práca s pacientom na oddelení v psychiatrickej liečebni je zaujímavá z pohľadu práce a prístupu k pacientovi. Ide o zmiešané oddelenie diagnóz, ale v chronickom štádiu, akútni pacienti sú preložení do iného psychiatrického zariadenia. Komunikácia s nimi je spontánnejšia a otvorenejšia; tak, ako to bolo pri pacientke Béde.

Primárne je vytvoriť priestor na adaptáciu pacienta na oddelení, prijatie pacienta, na abreakciu negatívnych nahromadených pocitov, prijímať aj jeho prípadnú hostilitu počas liečebno-pedagogického procesu. Prijať pacienta bez hodnotenia, posudzovania a pristupovať k nemu ako bio-psycho-sociálnej-spirituálnej individuálnej bytosti, vytvoriť mu priestor na vybudovanie dôvery, autonómie, akceptovať celú jeho osobnosť. Nechať mu zároveň priestor, aby sa mohol naplno prejaviť v skupine spolupacientov na oddelení, v komunite. Táto interakcia je niekedy viac prínosnejšia ako samotný prístup personál-pacient. Možnosť saturovať tie zložky, ktoré ten pacient potrebuje najviac. A samotné ,,oko a ucho“ odborníka je veľkým prínosom na tejto ceste liečby.

Návrh postupu

Pacientka Béda sa nachádza v období, kedy nevníma východisko z problému, v ktorom sa opakovane nachádza. Pocit straty kontroly nad svojim životom, uvedomenie si neschopnosti zvládať rutinné veci v dennom režime, na aký bola zvyknutá. Spomalenie psychomotorického tempa, až bradypsychické myslenie. Potláčanie emócií si vyžaduje veľkú energiu, čo vedie ku kontrole a tá k vyčerpanosti a k ďalšej úzkosti. Vytvára sa tak bludný kruh. V takom prípade je dôležité definovať a pomenovať zdroj. Preto je potrebné si v prvom rade stanoviť ciele:

- Ponúknuť prostredie tak, aby sa pacient mohol cítiť bezpečne a byť prijatý samotným personálom oddelenia a tiež spolupacientmi. Na to slúžia ranné komunity, kde sa pacient všetkým predstaví a pravidelne sa na nich zúčastňuje. Výrazne sa tu zdôrazňuje dodržiavanie poriadku a denného režimu, ako jedna zo základných povinností fungovania pacienta v psychiatrickej liečebni.
- Priebežne pracovať na budovaní dôvery medzi pacientom a personálom a zvlášť odborným pracovníkom (liečebným pedagógom a psychológom). Pacientka Béda pri budovaní dôvery bola v prvých štádiách opatrná.
- Motivovať pacientku, aby aktívne pristupovala k samotnej liečbe cez farmakoterapiu, individuálnu i skupinovú terapiu. Okrem vyššie uvedených terapií je vhodné u pacienta podporovať rozvíjanie sebakompetencií, aby po návrate do domáceho prostredia vedel využiť benefity, ktoré mu prináša samotná hospitalizácia a odborný tím. Jednou zo sebakompetencií bolo uvedomenie a prevzatie zodpovednosti za seba. V procese hospitalizácie a liečby bolo signifikantné u pacienta podporiť zodpovednosť za svoj život a prijatie smrti blízkeho človeka a následné zmierenie sa.
- U pacienta na psychiatrickom oddelení je nutné zaujať a aktivizovať. Preto je nastavený denný režim, ktorý začína rannou rozcvičkou. V priebehu dňa vnímať pacienta komplexne vrátane psychomotorického tempa, nálady, porúch vnímania, správania a na základe toho zvoliť, prípadne zaradiť pacienta do terapií, ktoré bude zvládať.
- Zameranie a využitie potenciálu celého pracovného tímu, ktorý je k dispozícii v daný deň. Na pracovisku psychiatrickej liečebni tím pozostáva z primára oddelenia, 1 liečebného pedagóga, 1 psychológa, vrchnej zdravotnej sestry, 1 zdravotnej sestry, 1 sociálnej sestry, sanitára a upratovačky. Tento vymenovaný tím sa spolupodieľa na chode oddelenia, odovzdávajú si potrebné informácie o pacientoch, prípadne ďalšie postupy. Všetci sa starajú o príjemnú atmosféru a vytvárajú tak dôležité komunikačné kanály medzi sebou navzájom a medzi pacientmi.
    - Pokiaľ je terapeutický tím a verbálna zložka narušená a pôsobí tak diametrálne, jeho ciele sú ťažšie dosiahnuteľné, výsledky dočasné. V psychiatrickom zariadení je nutne udržať kooperáciu medzi sebou navzájom tak, aby sa pacient

necítil byť ohrozený, ale naopak prijatý po každej stránke.

U pacientky Bédy boli zaradené dostupné možné terapie:

1. Budovanie dôvery medzi pacientkou a terapeutickým tímom komplexne, prehlbovanie spolupráce, získavanie nadhľadu, spracovávanie a sebauvedomenie si kauzality svojich problémov, sebahodnotenie, prijatie samého seba ako plnohodnotnej bytosti so svojimi potrebami.
2. Skupinová podporná animácia voľného času pod vedením sestry na oddelení.
3. Individuálna muzikoterapia – individuálna práca s emóciami, uvedomenie si prenatálneho vývinu, restimulácia spomienok cez hlboko zafixované rytmy.
4. Skupinová psychomotorická terapia - uvoľnenie emócie cez pohyb, získanie seba-obrazu, prijatie a uvedomenie si na základných pohyboch moje fungovanie v reálnom živote. (techniky: zrkadlenie, prvky kpt v proces, jacobsonova progresívna relaxácia, archetypálna dynamická terapia)
5. Individuálna vstupná terapia - slúži na získavanie dg. anamnézy, cez verbálny kontakt a pozorovanie, prípadne projektívne techniky aj za pomoci psychológa.
6. Terapia zameraná na prítomnosť ako forma nekauzálneho pohľadu.
7. Individuálna krízová intervencia a poradenstvo
8. Nekauzálny pohľad na riešenie problémov, ktoré cez katatýmne myslenie pacient nevie uchopiť. Zameranie sa na prítomnosť, tu a teraz.
9. Edukácia destigmatizácie, prijatie samého seba.
10. Biblioterapeutické techniky cez sebauvedomenie si prítomného okamihu, zamerané na vzťahy v blízkom okolí, hodnoty života, viera.

Priebeh intervencie

V úvodnej fáze som s pacientkou Bédou nadviazala už spomínaný očný kontakt, neskôr doprevádzaný verbálnym spojením a dotykom na obe ramená, kvôli pocitu uzemnenia a stabilizácie, podpory. Celý tento proces trval denne v priebehu celého mesiaca. Do procesu som nesvtupovala skôr, ako bude zahájená farmakoterapia a intrapsychická tenzia bude miernejšia. Neskôr som pacientku informovala a edukovala o možnostiach terapeutického procesu, ponúkla som jej slobodnú voľbu v rozhodovaní sa. To bol signifikantný prístup, keďže pacientka v tom prejave bola vychovávaná a v manželstve neskôr potlačená. Po mesačnej adaptácii na psychiatrickom oddelení, došlo k prehĺbeniu liečebnopedagogického vzťahu a mohli sme sa v procese posunúť. Bolo dôležité, aby pacientka cítila, že je plne zodpovedná za seba samú a svoj prístup k liečbe. Ak si to pacient plne uvedomuje je vysoká šanca, že dôjde k progresu, prípadne minimálne k stabilizovaniu stavu. S pacientkou Bédou som realizovala v priebehu 12 týždňov 10 individuálnych terapií, skupinovú psychomotorickú terapiu, ale aj s prvkami muzikoterapie, dramatoterapie, biblioterapie. Pri tejto konkrétnej pacientke išlo o kohéziu, zmes všetkých dostupných techník „šitých na mieru“. Vzhľadom na to, že Béda bola technicky zameraný človek, bolo potrebné, ale aj veľmi ťažko preniknúť do „pravej

hemisféry“ a zamerať sa tak na kreativitu, slobodu tvorenia, voľnosť. Vzhľadom na časovú náročnosť a na polo-otvorenú skupinu, kde pacienti ubúdali a pribúdali, som využívala prvky každej jednej terapie a vzájomne prepájala, aby si pacientka Béda odniesla z terapií sebauvedomenie v najširšom rozsahu v rámci jej sebauvedomenia.

Ak berieme do úvahy, že u pacientky hrala veľkú rolu anxieta, ktorá je bránila v sebaobslužných denných činnostiach (napr. umývanie zubov, sprchovanie, obliekanie). Zamerali sme sa na amygdalu ako centrálu strachu a emócií, ktorá je v bežnom živote aktívna len v priebehu ohrozenia. U pacientky bola neustále aktívna. Preto sme zvolili základné monotónne rutinné opakujúce sa pohyby cez psychomotoriku. Napríklad navliekanie klbka vlny aspoň dvakrát za sebou. Prvé týždne po adaptácií natáčala klbko bez verbálneho prejavu, neskôr sme pridali, verbálny prejav podložený na pozitívnych spomienkach zo života. Po dvoch týždňoch som pridala doprevádzanie počas navíjania klbka jej obľúbenú skladbu od Karla Gotta a v rytmických miernych klopaní na stehná som jej aktivovala svalový tonus. Vtedy sa pacientka rozhovorila o tom ako zlyhala v novej práci v manželovej firme ako si to vyčíta a spustila sa lakrimozita, ktorá bola potlačená od smrti matky. V skupinových psychomotických terapiách sme sa zamerali na dynamické archetypálne vnímanie ženstva, uvoľňovali sme úzkosť. Použili sme solfeggio frekvencie (396 Hz, 417 Hz), začínali sme na 3 min, max. 6 min. Zaradené boli aj relaxačné techniky ako jacobsonová progresívna relaxácia, imaginatívne techniky. V priebehu liečebnopedagogicko terapeutického procesu som využívala aj prvky biblioterapie, kde sme cez citáty pracovali so zmyslom života, rodinou, hodnotami a vierou.

Výrazný posun nastal, keď pacientke bola umožnené priepustka do domáceho prostredia. Ak prišla úzkosť, Béda ju vedela uchopiť a navoliť dýchacie a pohybové techniky na zmiernenie. Druhý posun bolo zvládnutie základných kompetencií v režimovom dni, ranná hygiena večerná hygiena, a spontánna resocializácia na oddelení pri skupinovej činnostnej tvorbe. Aktivizovaná.

Pacientku, ako terapeutický tím, sme v priebehu dňa pozorovali a zapájali do činnostných aktivít na oddelení. V začiatkoch pod dohľadom personálu, neskôr samostatne. Postupne, v priebehu terapií a farmakoterapií sa viditeľne zmiernili prejavy anxiety a sociálnej izolácie. Jej stav bol stabilizovaný rámci ochorenia. Pacientka resocializovaná. Došlo k prejasneniu nálady, k zmierneniu anxiety, úprave spánkového režimu.

Záver a prognóza:

Psychická pohoda, vnútorná radosť, osobný i pracovný úspech – to sú niektoré z mnohých hodnôt, ktoré by chcel mať vo svojom živote asi každý. Nie každý však vie, ako to dosiahnuť. Mnohí sa iba zaplietajú vo svojich myšlienkach a nevedia nájsť cestu, ako obnoviť svoju duševnú rovnováhu.

Liečebno-pedagogická intervencia v prípade pacientky Bédy mala svoje opodstatnenie. Spolupráca na terapeutických stretnutiach individuálne alebo v skupinách bola zo začiatku náročna, vyžadovala viac individuálneho prístupu. Cieľom bolo získanie a rozvíjanie sebakompetencií, perspektívy, odvrátenie od emocionálneho dna. Získať objektívnejší pohľad na mieru vlastnej zodpovednosti. A keď vieme, že úzkosť sa

viaže na konkrétnu udalosť v živote, znamená to, že máme možnosť svoje pocity aktívne a vedome ovplyvniť.

V danom období života a vo vzťahu k ťažkostiam, s ktorými pacientka prichádzala, bolo dôležitým cieľom akceptácia toho, čo sa stalo, pokojné zmierenie sa s minulosťou. Lebo strach a úzkosť je lipnutie na minulosti, ale aj na budúcnosti. Pani Bédu bolo nutné sprítomniť do Tu a Teraz. Vnímať život optikou danej prítomnosti. V liečbe došlo k prejasneniu nálady, zmierneniu anxiety a tenzie, úprave spánkového režimu. Socializovala sa, stav bol kompenzovaný. Pacientka bola naďalej v úzkom kontakte s rodinou a deťmi. Pracovnú činnosť vo firme obaja zanechali aj na podnet detí a širšej rodiny.

Na základe odborných vyšetrení zo strany primára oddelenia a terapeutického tímu je možné predpokladať, že vzhľadom na opakované dekompenzácie pacientky a prehlbovanie anxiety (možná chronicita), ktorá má dopad na emočnú rovinu, ale aj na sebakompetencie v priebehu dňa, má pacientka Béda predpoklad zvládnuť základné sebaobslužné kompetencie, prípadne ich rozvíjať už v domácom prostredí. Jasnejšie vnímala príčiny dekompenzácie aj svoje emócie, ktoré dokázala lepšie uchopiť a zastabilizovať. V závere hospitalizácie došlo k prijatiu starobného dôchodku ako istej etapy života. Béda sa snažila nachádzať zmysel života nielen v práci, ale v pre ňu dôležitých hodnotách a v rodine.

Vzhľadom k maximálnej dĺžke pobytu (3 mesiace) nie je možné pacientom poskytnúť úplnú terapeutickú pomoc, je to sústavná a dlhodobá práca na jej osobnosti a na získaní náhľadu na súčasné problémy. Pri odchode z psychiatrickej liečebne bola edukovaná a upovedomená o nutnosti navštevovať odborných terapeutov ako aj lekárov psychiatrov a dôležitosti a význame dodržiavania medikamentóznej liečby.

ZÁVER

Výber vhodných metód vždy súvisí s povahou problému, s ktorým človek za liečebným pedagógom prichádza. Prispôsobujú sa spôsobu, ktorý najviac vyhovuje vyjadrovacím možnostiam človeka, aby kvalita získaných informácií cez diagnostiku bola čo najspoľahlivejšia. Pacienti prichádzajú s diagnózou, ktorá nemusí byť vyjadrením všetkých potrieb, ktoré chcú riešiť. Ak pomenujú svoje ťažkosti, môže sa časom ukázať, že boli len okrajové, lebo závažnejšie veci sa odkryjú až v priebehu intervencie. Diagnostické vyšetrenie nie je zamerané na patologické symptómy jednotlivca, ale je orientáciou v jeho situácii. To je v súlade s liečebnopedagogickým, na zdroje a možnosti orientovaným prístupom. Platí, že každý rozhovor alebo spoločné konanie prináša nové informácie, ktoré sú z hľadiska posúdenia situácie pacienta dôležité. Aj keď sa zdanlivo nedeje nič nové (pacient nerozpráva, pasívne sedí), aj to je možné vnímať ako pozoruhodnú skutočnosť, ktorá má svoj význam. Zbieranie informácií je spojené s vytváraním predpokladov pre liečebnopedagogickú intervenciu, ktorá má svoje výrazné opodstatnenie v prístupe a v liečbe k pacientom s úzkostnými poruchami. Úzkostné poruchy sa v dnešnej dobe vyskytujú čoraz častejšie. Zvládnuť tieto deštruktívne pôsobiace pocity býva zložité. Málokedy existuje rýchle a pritom účinné riešenie. Lepšie je začať skúmať svoj život. Liečebný pedagóg svojím prístupom môže pacientovi otvárať cesty na preskúmanie svojho života a pomôcť mu nachádzať zdroje a možnosti ako

nachádzať cestu k spokojnosti a rovnováhe a to aj napriek ťažkým životným etapám. To sa môže podariť vtedy, ak človek prestáva byť zajatcom svojho utrpenia a svojich úzkostí. Život sa odohráva tu a teraz, nie v minulosti, nie v budúcnosti a to je dôležitá hodnota, ktorú liečebný pedagóg môže cez svoju intervenciu pacientovi trpiacemu úzkosťou sprostredkovať. Tento prístup deklaruje aj predložená kazuistika.

PaedDr. Ivana Vlašič

liečebná pedagogička

Svet zdravia, a.s. Nemocnica s poliklinikou Svidník
Psychiatrická liečebňa MUDr. Pribulu, Svidník

E-mail: ivana.pisancikova7@gmail.com

A přesto říci životu ano - Viktor E. Frankl

reflexia na knihu

Karin Hricová

Celá kniha je vlastne o tom ako psychológ prežíva koncentračný tábor. Svoje skúsenosti spája s jemu blízkymi teóriami filozofov. Opisuje koncentračný tábor zvnútra. Čo si milióny ľudí zažívali a ako tieto zážitky pôsobili na ich psychický stav. Tiež je to určitá sebareflexia zážitkov samotného autora, ktorý sa pokúša svoje zážitky psychologicky vysvetľovať. Popíšem teda situácie, ktoré mne osobne najviac utkveli z knihy v pamäti a myslím, že sa mi v mojej budúcej profesií liečebného pedagóga môžu zísť.

Autor v úvode popisoval príchod a adaptáciu na režim koncentračného tábora. V prvej fáze, ako psychologický jav, autor opisoval šok z príchodu do koncentračného tábora. Ako nový väzeň si nechcel veľa vecí pripustiť, väčšinou ticho nasledoval dav a pozorne v strachu a očakávaní pozoroval svoje okolie. Postupne sa snažil adaptovať na nový režim. V druhej fáze už väzni, ktorí boli dlhšie v koncentračnom tábore pociťovali citovú apatiu, citový chlad voči veciam, ktoré sa okolo nich diali. Ich mozog ich tak akoby ochraňoval pred prílišnou psychickou záťažou. Vytvorili si akoby citovú ulitu. Zaujímavá mi prišla najmä situácia, kedy autor spomínal, ako sa odlišovali novo pribudnutí väzni od väzňov, ktorí v koncentračnom tábore už boli dlhšie. Popisoval to na situácii kedy chlapcovi odcvakávali zamrznuté odumreté prsty na nohách. Nový väzeň sa na túto situáciu pozeral a často s nechuťou odvracal zrak. Naopak starší väzeň, čo bol citovo obrnený len pozrel a bez reakcie pokračoval v pochode za prácou. Vysvetlil tým teda vplyv citovej apatie na reakcie človeka. Rovnakú citovú apatiu by si napríklad liečebný pedagóg podľa mňa mohol všimnúť u dieťaťa, ktorého rodičia sú puntičkári a všetko robia zaňho, nepustia ho k ničomu – napríklad ako následok odmieta sám naďalej vynakladať úsilie, sám tvoriť, byť kreatívny. Alebo aj pri násilí na ľuďoch, ktorým je tak veľmi ubližované napr. znásilneniami, že zostanú ľahostajní k životu, citovo sa obrnia pred ubližovaním, rezignujú.

Ďalšia situácia, ktorá ma zaujala, bol autorov opis snov v koncentračnom tábore a nočné mory svojho spiaceho suseda na drevenej posteli. Autor hovoril, že odjakživa mal súcit s ľuďmi sužovanými nočnými morami a podobne. Keď spozoroval, že sa jeho sused šklbe a mračí zo sna, chcel ho automaticky zobudiť, ale neurobil tak. Odôvodnil to tým, že žiadna nočná mora nemôže byť horšia, ako skutočnosť, ktorej musí čeliť tu v koncentračnom tábore. Prečo by ho do nej mal teda vracať.

Ďalej sa u väzňov javili v snoch primitívne túžby, ako sny o polievke. Vysvetlil to tým, že mozog sa ako keby naladil na jeho primitívnu bázu a to napríklad prežiť a dostať jedlo. A tak iné túžby utláčal automaticky do úzadia (ako napríklad sny o peknej susede).

Tu som si uvedomila ako sny dokážu vypovedať veľa o duševnom a telesnom stave človeka a jeho túžbach. A že tiež môžu byť výklady snov, napríklad v psychoanalýze, užitočným zdrojom informácií o intrapsychickom stave klientov pri diagnostike ich problémov.

Veľmi ma zaujalo najmä to ako autor opisoval, že medzi sebou rozoznávali, kto

zomrie ďalší v poradí podľa symptómov, aké mal (napr. symptómov podvýživy). Medzi sebou sa takto väzni pozorovali a naozaj do druhého dňa takí ľudia zomierali. Potom sa oni sami pozreli do zrkadla pri odvšivovaní a videli samých seba, veľmi podobných kuracím skeletom. Ako sa asi museli cítiť? Prišlo mi na um, ako už len na nás, ženy, vplýva náš vzhľad v zrkadle. Ako sme ovplyvňované módnymi trendami, ideálmi krásy a falošnými photoshopovými fotografiami modeliek na internete. Takéto prehnané sebahodnotenie a kritizovanie vlastných nedostatkov a honba za nesplniteľnou, umelo vytvorenou dokonalosťou zapríčiňuje vznik porúch príjmu potravy ako je mentálna anorexia, ktorej frekventovanosť u mladých dievčat stále stúpa.

Prekvapila ma aj taká maličkosť ako odštipovanie chleba, ktorý autor používal aj ako psychoterapiu. Nezjedol svoj prídel hneď, ale nechal si malú povzbudivú vec, ktorú postupne jedol, keď mu bolo najhoršie. Napríklad videl hrozivé situácie, obesencov a tiež strácal motiváciu bojovať. Krásne je tu pre mňa vidieť, ako je pre nás dôležité v živote prežívať pozitívne zážitky a stále sami hľadať naše svetielka na konci tunela. Udržiavať akoby vnútornú homeostázu organizmu, ktorá keď je narušená, vzniká nejaký patologický jav napríklad v správaní alebo budovaní sebaobrazu.

Autor spomínal, tiež jednu peknú myšlienku. Že im ostala duchovná sloboda. Že aj keď človeku všetko zoberú, tak mu nezoberú možnosť vlastného postoja k voľbám, ktoré bude uskutočňovať. Napríklad keď bol podráždený, že apatickí ľudia s týfom, o ktorých sa mal starať, rozhadzujú stebielka trávy po izbe, keď mala prísť kontrola poriadku a celú noc nespal + musel si strážiť oheň, aby nevyhasol. Aj vtedy bolo len na jeho uvážení, ako sa k pacientom bude správať. Či od nervozity bude po chorých kričať alebo zachová chladnú hlavu a naplní svoje prirodzene ľudské hodnoty v rámci ,,pochopenia" a spolupatričnosti. Tieto hodnoty im dávajú teda možnosť stále usporadúvať a žiť svoj ťažký život v koncentračnom tábore aspoň trochu zmysluplne. Lebo ten, kto stratí zmysel v živote, stratí účel svojej existencie a oddá sa pádu.

Skutočne psychicky podľahnú koncentračnému táboru aj tí, čo už nemajú svoju vnútornú duchovnú oporu. Ako napríklad spomienky na svojich blízkych, vieru... Tu som pochopila aké dôležité sú pre ľudskú psychiku hodnoty a vzťahy, ktoré si za život utvárame. Uvedomujem si, že to nikdy nepochopím do takých rozmerov ako človek čo si prežil ťažké ubližovanie v koncentračnom tábore a mohol sa spoľahnúť len na tieto svoje hodnoty. Ktoré rozhodovali o zhoršovaní či už jeho charakteru (sadistickí kápovia) alebo aj telesnom a duševnom úpadku.

Človek v koncentračnom tábore nevedel, kedy sa dostane von. Vytvoril si teda niečo ako svoje ,,provizórne bytie" a strácal možnosť zameriavať sa na svoje životné ciele. Akoby strácal možnosť zamerať svoj život na budúcnosť. Preto v tejto bezvýchodiskovej situácii väzni sami sebe aj okoliu pripomínali bezduché živé mŕtvoly, odosobnené od okolitého sveta, unášané prúdom rozkazov. Sami seba odosobnili od bolestivej prítomnosti a uzavreli sa do svojich vízií a predstáv. Autor spomenul, že v psychoterapiách u bývalých väzňov preto bolo najdôležitejšie znovu im pomôcť vytvoriť ciele v ich živote. Spomínal ako účinnú metódu kopernikovský obrat. T.j. aj keď oni od života už nič neočakávajú, majú sa zamerať na to, čo sám život ešte očakáva od nich. Akú dôležitú nezameniteľnú úlohu v tomto utrpení môžu ešte mať? Zaujímavé to pre

mňa bolo preto, lebo som si toto rozprávanie spojila s ľuďmi, ktorí sú odkázaní kvôli svojim disabilitám na celkovú pomoc od druhých. Aké je pre ich zdravotnú a psychickú stránku teda kľúčové, aby sme im čo najviac umožnili ako terapeuti žiť ich život zmysluplne, motivovať ich k vytváraniu nových cieľov a aby sme neignorovali ich vlastné životné ciele. Aj pri pokusoch o samovraždy u ľudí so sebapoškodzujúcim správaním je dôležité, aby sami znovu prevzali zodpovednosť za žitie svojho života. Tu sa mi zdá kopernikovský obrat ako veľmi užitočná metóda pri terapií.

V neposlednej rade ma zaujalo ako autor zaujímavo vysvetľoval správanie dozorcov SS, kde okrem iného spomínal, že ľudské správanie a rozhodovanie ovplyvňuje len človek sám. Aj kápo a dozorca nebol teda každý násilný. Našli sa aj takí, ktorí potajme väzňom kupovali lieky. Tu sa mi vnukla spomienka na moju prezentáciu z násilia v rodine. Výpovede agresorov o tom, že týrané ženy si násilie zaslúžili a spôsobovali samé. A znovu pripomínam, že žiadny dôvod nikomu nikdy neospravedlňuje jeho rozhodnutie konať násilie. Túto myšlienku však treba vštepovať každému bez výnimiek. Lebo autor spomínal najmä tiež obete po prepustení z koncentračného tábora, ktorým bolo ublížené a veľa z nich zabúdalo na túto myšlienku. Chceli sa pomstiť za to, že im bolo krivdené. Osobne teda považujem za dôležité spomenúť, že aj obeť sa môže jednoducho stať agresorom. Prepustením z utrpenia po oslobodení sa ich trápenia životom nekončia. Stále a opakovane nám bežný život bude klásť nové prekážky a neplánované zvraty, kde bude záležať na tom, čo si sami zvolíme ako správne.

Celkovo mi táto kniha teda umožnila pochopiť detaily psychologických aspektov ľudí, ktorí prežívajú ťažké alebo bezvýchodiskové životné situácie. Osobne nerada čítam knihy o koncentračných táboroch. Je pre mňa emocionálne náročné čítať o ľudskom utrpení. Knihu som napriek tomu veľmi rýchlo prečítala a som za túto príležitosť rada. Jednoznačne mi rozšírila obzory. Lebo najmä hrozivé situácie, ktoré ľudia prežijú, sa najhlbšie vrývajú do pamäti. Odporúčam ju najmä psychológom a terapeutom pracujúcimi s ľuďmi, ktorí prežili napríklad násilie v rodine. Ku koncu by som len spomenula pár krátkych súvisiacich výrokov. Vážme si to, čo máme, lebo naša maličkosť môže byť pre druhého celým svetom. Správajme sa k svojmu okoliu len tak, ako sami chceme, aby sa naše okolie správalo k nám. Žime svoj život. Vytvárajme si v ňom svoje ciele. Prežívajme radosti aj starosti, lebo tento život, nech už je hocijaký, z nás vytvára jedinečné nenahraditeľné osobnosti.

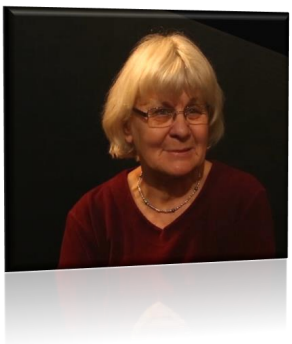
Karin Hricová

študentka 2 r. Bc. programu LP

Katedra liečebnej pedagogiky
Pedagogická fakulta UK
E-mail: hricova67@uniba.sk

BHP (*Berufs- und Fachverband Heilpädagogik*) udeľuje od roku 2017 každé dva roky ocenenie osobnosti z radov liečebných pedagógov, ktorá sa zaslúžila o rozvoj liečebnej pedagogiky.

Prvou držiteľkou tohto ocenenia bola v roku 2017 ***Irmela Mensah-Schramm***, liečebná pedagogička a aktivistka za menšinové práva: https://de.wikipedia.org/wiki/Irmela_Mensah-Schramm und https://hassvernichtet.de/



V r. 2019 bol ocenený ***Hans-Peter Feldhusen***.

Tento rok výkonný výbor BHP nominoval na túto cenu Slovenku, našu dlhoročnú kolegyňu, profesorku ***Martu Horňákovú***, za jej dlhoročnú medzinárodnú zásluhu pri rozvíjaní odboru liečebná pedagogika, za založenie a spoluprácu pri rozvíjaní spoločnosti IGhB (medzinárodná spoločnosť združujúca liečebnopedagogické profesijné organizácie) a jej neprestajné úsilie o etablovanie odboru na Slovensku a Európe.

Odovzdávanie ceny by malo prebehnúť v septembri na online podujatí BHP.

„Milá Marta, srdečne Ti blahoželáme k oceneniu a ďakujeme za Tvoje celoživotné dielo a úsilie, ktoré vynakladáš na etablovanie nášho odboru na Slovensku.

Veľa zdravia a spokojnosti!

Pracovná skupina liečebných pedagógov pracujúcich s klientmi so psychiatrickými diagnózami

Ivana Lessner Lištiaková

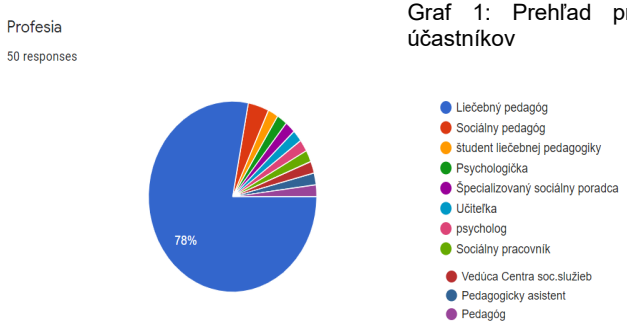
V pondelok 22. februára 2021 prebehlo prvé pracovné stretnutie pracovnej skupiny liečebných pedagógov, ktorí majú skúsenosti s prácou s klientmi so psychickými ochoreniami. Pracovné stretnutie (Obrázok 1) bolo zároveň súčasťou seminára Psychosociálna rehabilitácia v liečebnej pedagogike, ktorý prebehol vo februári online formou videoprednášok.

Obrázok 1: Fotografia z online stretnutia pracovnej skupiny

Príspevky na seminári zahŕňali informácie o štandardných diagnostických a terapeutických postupoch v liečebnej pedagogike - Psychosociálna rehabilitácia u ľudí so závažnou duševnou poruchou (Zuzana Yakhyaev), príklady z praxe liečebného pedagóga na akútnej psychiatrii (Viera Bosáková a Veronika Schönmotlová) a informácie o rozbiehajúcom sa arteterapeutickom výskume (Zuzana Ťulák Krčmáriková).

Záujem o seminár prejavilo 50 registrovaných účastníkov, prevažne liečebných pedagógov, ale aj iných príbuzných profesií (Graf 1). Skúsenosť s prácou na psychiatrii má 33% (n=13) účastníkov. Na psychiatrickom stacionári pracuje alebo v minulosti pracovalo 23% (n=9) účastníkov a s deťmi s poruchami správania má skúsenosť 35% (n=14) zúčastnených odborníkov.

Graf 1: Prehľad profesií prihlásených účastníkov



Online formu vopred nahratých prednášok považujeme za úspešnú, keďže hlavná prednáška dosiahla v deň diskusie 51 pozretí, ostatné príspevky si pozrelo 25-38 účastníkov. Videá budú so súhlasom prednášajúcich dostupné aj naďalej na stránke www.prolp.sk.

Diskusia otvorenej pracovnej skupiny bola veľmi podnetná. Hovorilo sa o výzvach v praxi liečebných pedagógov na psychiatrických oddeleniach, ale aj o konkrétnych pozitívnych skúsenostiach, ako tieto výzvy úspešne prekonávať (Tabuľka 1).

Výzvy	**Skúsenosti s pozitívnym prekonaním výzvy a ďalšie návrhy**
• Potreba reformy psychiatrickej starostlivosti vo všeobecnosti z ústavnej na ambulantnú • Nedostatok psychiatrických stacionárov na Slovensku	• Tvorba a priebežná aktualizácia štandardov • Audit štandardov psychosociálnej rehabilitácie slúži ako dôkaz potreby vytvoriť viac pracovných miest LP, ktorí budú psychosociálnu rehabilitáciu podľa štandardu uplatňovať • Plánuje sa založenie Centra duševného zdravia
• Je málo vytvorených miest liečebných pedagógov na psychiatriách • Liečební pedagógovia v sociálnych službách pôsobia na iných pracovných pozíciách	• Je potrebné byť priebojní, najmä voči etablovaným profesiám ako psychológovia • Je vhodné získavať prax napríklad ako dobrovoľník a postupne si vytvárať vzťah s vedením • Centrum duševného zdravia poskytne ďalšie pracovné príležitosti • Štandard je oficiálny materiál, ktorý je možné použiť pri žiadosti o vytvorenie pracovného miesta
• Je málo príležitostí pre prax študentov • Zložitá byrokracia v zdravotníctve	• Liečební pedagógovia sú ochotní prijímať študentov na prax • KLP má skúsenosť s byrokratickým vybavením praxe • Potrebné je zosieťovanie liečebných pedagógov, informácie o tom, kde liečební pedagógovia pôsobia – medailóniky na ProLP • Centrum duševného zdravia poskytne ďalšie možnosti praxe
• Liečební pedagógovia sú málo viditeľní • O liečebných pedagógov je záujem, ale je ťažké ich nájsť • Zamestnávatelia v zdravotníctve a iní kolegovia majú málo informácií o role liečebného pedagóga a jeho zručnostiach	• Potrebné zviditeľnenie LP na odborných konferenciách v medicínskom prostredí – posielať pozvánky na konferencie a spájať sa, dohodnúť sa na účasti • Spojiť sa s ProLP a vystupovať na konferencii v zastúpení asociácie • Písať o liečebnopedagogickej práci v medicínskych časopisoch • Používať štandardy, ktoré vysvetľujú prácu liečebného pedagóga • Projekt Arte prispeje k zhromaždeniu dôkazov, aj kvantitatívnych, ktoré sú v oblasti zdravotníctva významné

• Málo viditeľná činnosť ProLP z hľadiska konkrétnych krokov, akčného plánu • Nízka aktivita liečebných pedagógov (zo 400 kontaktov ProLP iba 130 aktívne vyjadrilo súhlas so zasielaním informácií emailom, čo je kvôli GDPR potrebné.	• Potrebné medailóniky liečebných pedagógov na stránke ProLP • Pracovné skupiny (LP na psychiatrii a LP v školstve, a iné) sa venujú konkrétne zameraným krokom a sú flexibilnejšie

Tabuľka 1: Výzvy a riešenia

Záznam zo stretnutia si môžete vypočuť tu https://youtu.be/KXpFZN8Ness.

Program seminára bol pre účastníkov podnetný. **Zo spätných väzieb** sa ukázalo ako veľmi dôležité práve online živé stretnutie, ktoré bolo podnetné pre udržiavanie kontaktov, nadobudnutie pocitu, že nie sme sami. Skupina prispieva k zosieťovaniu liečebných pedagógov, spolupráci, dáva priestor pre inšpiráciu a zdieľanie nápadov, čo účastníci veľmi ocenili. Vyjadrili, že im to dodalo pocit istoty.
Preto vás chceme povzbudiť, aby ste sa do zdieľania skúseností v ďalších stretnutiach tiež zapojili.
Účastníci sa utvrdili o význame psychosociálnej rehabilitácie a odniesli si myšlienku, že zviditeľnenie práce liečebného pedagóga je veľmi dôležité. Liečební pedagógovia tiež cítia potrebu robiť kroky na úrovni politiky, čo sa týka zvýšenia podpory psychosociálnej rehabilitácie z pozície štátu.

Najbližšie kroky pracovnej skupiny zahŕňajú:

- Vytvorenie medailónikov liečebných pedagógov, ktorí pracujú na psychiatriách alebo s klientmi so psychiatrickými ochoreniami v iných sektoroch (do konca marca 2021)
- Vytvorenie sekcie pracovnej skupiny LP na psychiatrii na webstránke ProLP a uverejnenie medailónikov (do konca apríla 2021)
- Príprava ďalšieho seminára a stretnutia, ktoré sa uskutoční **24. mája 2021 od 08.30 do 9.30** a bude sa zameriavať na konkrétne aspekty štandardu – multidisciplinárna spolupráca, case manažment a komunitná liečba

Dlhodobejšie plány pracovnej skupiny zahŕňajú:

- Vypracovanie štandardu pre poruchu FASD – momentálne sa tejto téme venujú Dr. Petra Mitašíková a Dr. Barbora Vodičková v spolupráci s centrom FAScinujúce deti (Zuzana Tomanová a Petra Šteinecker)
- Revízia a aktualizácia štandardu psychosociálnej rehabilitácie
- Klinický audit štandardu psychosociálnej rehabilitácie

Informácie si pracovná skupina bude zdieľať aj priebežne na nástenke: https://padlet.com/ivana_listiakova/LPpsych
Registrovaní účastníci seminára prejavili záujem aj o ďalšie témy. V oblasti psychiatrickej liečby a psychosociálnej rehabilitácie sa javia ako dôležité témy ďalšieho vzdelávania zamerané na oblasť intervencií:

- Podpora pacienta so psychiatrických ochorením, terapia
- Techniky a postupy v psychosociálnej rehabilitácii
- Arteterapia, dramatoterapia, psychosomatika, psychoterapia
- Intervencia v sociálnom prostredí klienta, zapojenie rodiny
- Koncept zotavenia, kroky a pomoc k samostatnému životu
- Zdieľanie skúseností, novinky z literatúry, modely v zahraničí

Druhou oblasťou záujmu je detská psychiatria a prevencia:

- Emocionálne poruchy, agresivita u detí
- Rizikové správanie (obdobie dospievania), preventívne postupy a programy
- Prevencia na školách

Pre veľký **záujem o témy týkajúce sa školstva**, pripravujeme aj pracovnú skupinu liečebných pedagógov v oblasti školstva. Záujem je najmä o tvorenie nového školstva na Slovensku, inovatívne prístupy v pedagogike, pôsobenie liečebného pedagóga vo vyučovaní a inkluzívnu pedagogika v praxi. Zatiaľ máme k dispozícii nástenku na zdieľanie nápadov: https://padlet.com/ivana_listiakova/LPskolstvo

Ďakujeme všetkým, ktorí sa na príprave seminára a diskusie podieľali. Budeme sa tešiť, keď nás oslovíte s príspevkami do ďalšieho pokračovania seminára.
Kontaktovať nás môžete na lp.psych.rehab@gmail.com alebo priamo cez konkrétneho liečebného pedagóga.

Mgr. Ivana Lessner Lištiaková, PhD.

University of Suffolk, School of Social Sciences and Humanities

E-mail: I.LessnerListiakova@uos.ac.uk
ivana.listiakova@gmail.com

Pavol Janoško a kol. *Učiace sa spoločenstvo - výzva pre inkluzívne vzdelávanie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2020. ISBN 978-80-223-5053-2

Do rúk sa mi dostala vysokoškolská učebnica pre študentov pedagogických odborov *Učiace sa spoločenstvo - výzva pre inkluzívne vzdelávanie*. Učiace sa spoločenstvo je tiež charakteristickým fenoménom inkluzívneho vzdelávania. Prispieva k podpore osobnostného rastu všetkých aktérov vzdelávania a k minimalizovaniu bariér učenia. Inkluzívne vzdelávanie vytvára podmienky, aby všetky deti napredovali a aby sa pre ne škola stala prijímajúcim spoločenstvom, píše Barbora Vodičková. Aby sme mohli tieto podmienky využiť, je potrebné, aby sa deti a ich učitelia poznali a ich poznanie prerástlo v úprimný záujem a otvorený vzťah. Dnes už vieme, že k dobrému učeniu potrebuje dieťa rozvíjať vzťah k sebe samému, k deťom okolo seba a tiež k svojmu učiteľovi. Mení sa aj rola učiteľa. Už to nie je absolútny sprostredkovateľ vedomostí, ale stáva sa koordinátorom, facilitátorom učenia, poradcom a tiež spoluvytvárateľom tvorivej klímy.

Pri čítaní knihy mi vírili v hlave podobné otázky: Ako vníma inakosť naša spoločnosť? A ako ju vnímame my odborníci a k akému vnímaniu inakosti vedieme našich študentov? Ide o postoj? O filozofické vysvetlenie hodnoty človeka? Kedy začať tento postoj tvarovať a rozvíjať? Ako napĺňať myšlienku E. Lukasovej (2014), ktorá hovorí o tom, že nie je to tak, že človek musí preukázať svoju hodnotu, aby sme ho mohli oceniť, ale musíme človeka oceniť, aby sa mohla rozvíjať jeho skutočná hodnota?

Učebnica na začiatku vymedzuje základné pojmy týkajúce sa inklúzie a učiaceho sa spoločenstva tak, ako ich vnímajú a chápu autori. Jednotlivé kapitoly sú prehľadné, grafickou úpravou upriamujú pozornosť čitateľa, študenta na to, čo je podľa autorov dôležité. Na konci každej kapitoly sú otázky pre študenta, čitateľa a zoznam literatúry, z ktorých autor, autori čerpali. Veľmi inšpirujúcim zdrojom, ktorý sa prelína jednotlivými autormi, je kniha od Medinu Pravidla mozgu dítetě z roku 2011.

Autormi knihy sú vysokoškolskí učitelia, liečební pedagógovia. Spája ich prijímanie človeka v jeho jedinečnosti, v hľadaní jeho možností a v otvorenej budúcnosti. Hľadajú spolu so svojimi klientami, čo je dobré, čo je zachované, na čom sa dá v učení aj v terapii stavať. Salutogenetický postoj prevláda nad popisovaním chýb a nedostatkov.

Liečebný pedagóg sa stáva súčasťou podporného tímu v škole. Jednotlivé aktivity popísané v učebnici môže využívať v skupinovej práci s deťmi, pri rôznych preventívnych aktivitách, tiež v spolupráci s učiteľom pri terapeuticko-výchovných

aktivitách. Môže využiť aktivity vychádzajúce z jednotlivých liečebnopedagogických terapií a inšpirovať sa prvkami z hry, pohybu, výtvarného alebo hudobného umenia, či drámy. Samozrejme vychádzajúc z poznania „svojich detí“ vie jednotlivé aktivity prispôsobiť ich možnostiam a podmienkam. Obohatením knihy sú aj reflexie autorov na jednotlivé aktivity, tak ako ich realizovali so skupinou. Čitateľ v nej nájde aj odporúčania ako jednotlivé aktivity zmeniť.

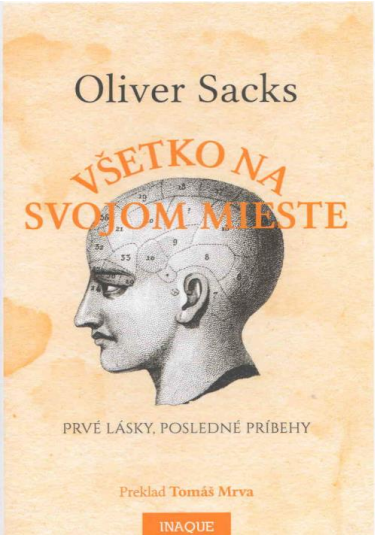
Veľmi inšpiratívna kniha plná nápadov ako to v škole robiť inak, ako zapojiť celú skupinu. Ako využiť potenciál každého jej člena. Sama mnohokrát navštevujem najmä školské zariadenia. Pedagógovia sú často bezradní, keď skupinu navštevuje dieťa, ktoré je „iné“, keď vývin a správanie neprebiehajú podľa našich čakávaní. Sú pod mnohorakým tlakom. Rôznorodá skupina detí má svoje zákonitosti a potreby, tlak vytvára nutnosť s touto rôznorodou skupinou detí „prebrať učivo“ a ďalším tlakom sú očakávania rodiča, pre ktoré je každé dieťa jedinečným pokladom. K tomu, aby táto učebnica naplnila svoj cieľ, je potrebné, aby ju brali do rúk nielen študenti pomáhajúcich profesií, ale aj študenti ďalších pedagogických odborov a aby si ju na „vlastnej koži“ mohli zažiť pedagógovia v praxi napríklad formou workshopov obohatených o dobrú otvorenú diskusiu.

Jednu učebnicu v každom prípade vezmem so sebou do škôlky, kam chodím za tým strapatým, veselým a „živým“ chlapčekom, ktorý inštrukcie pani učiteľky napĺňa tak nejak inak....

PaedDr. Monika Stupková, PhD.

liečebná pedagogička

Ambulancia liečebnej pedagogiky
Bárdošova 2A, 831 01Bratislava
E-mail: stupkovam@gmail.com

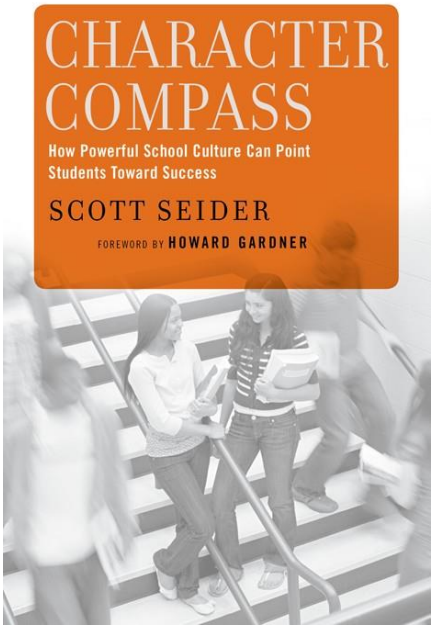


Sacks, O. *Všetko na svojom mieste. Prvé lásky, posledné príbehy*. Bratislava: Inaque, 2020. ISBN 978-80-8207-073-9.

Čitatelia, ktorých potešili a zaujali knihy ako Migréna, Antropologička na Marse, Muž, ktorý si mýlil manželku s klobúkom, Muzikofília, Zrak mysle, Na čom si stojím ai., iste už objavili poslednú z kníh tohto autora.
Poznať životný príbeh obľúbeného autora je lákavý a silný zážitok. Veď možno spoznať jeho lásky, príbehy z kliniky, ktoré mu utkveli v srdci, ale aj posledné postrehy z obdobia, ktoré bolo poznačené chorobami a nevidomosťou. Napriek ťažkým životným okolnostiam sa znova všetky stránky vyznačujú hlbokým poznaním, láskou k človeku a múdrosťou. To nesklame čitateľov ani tentoraz.
Sacks pôsobil ako lekár, neurológ. Kto by povedal, že k jeho životným láskam patrilo plávanie, múzea, prírodoveda, chémia, že periodickú tabuľku prvkov považoval za veľkolepú a formatívnu pre svoju vieru a život. Hlboký obdiv k prírode a prekvapujúca šírka záujmov o výskum a objavy ho spájala s výnimočnými osobnosťami vedy. S viacerými sa poznal a spolupra-

coval. Ich prínos popísal v kontexte ich zápasov, prekážok a mnohého úsilia. Pestoval si úctu k histórii a knihám, ktoré zachytávali „ľudskú skúsenosť“. Naša súčasná požiadavka, aby sme ako odborníci používali hlavne najnovšie publikácie a cenili si poznatky overené výskumom (nie skúsenosťou), mi zrazu pripadala absurdná a ochudobňujúca.
Poznanie Olivera Sacksa bolo spravidla vecou jeho skúsenosti, pričom mu veľmi pomáhala jeho empatia a pozorovacie schopnosti. Preto príbehy z kliniky nestratili živosť opisu, túžbu poznať do hĺbky a spájanie so svetom vedy. V kapitole Stratené cnosti útulku sa venoval starostlivosti o pacientov so psychiatrickými ochorenia. Popisuje úžasné zariadenia, ktoré poskytovali miesto pre kvalitný život a ich zničenie pre myšlienku odstrániť segregáciu, ktorá dostala pacientov na ulicu a okraj spoločnosti. Popisuje flámske mestečko Geel, ktoré je už sedem storočí zvláštnym príkladom pre zmysluplné spolunažívanie zdravých a psychicky chorých v rodinách, ktoré sa ich rozhodli prijať za svojich členov.
Posledná časť má nadpis Život ide ďalej. Nemožno sa ubrániť úcte k múdrosti starca, ktorý vie, že všetko je na svojom mieste a život ide ďalej, kým on ustupuje a reflektuje veci a dianie s humorom a prajným úmyslom prospieť človeku vystavenému spôsobom moderného života.

prof. PhDr. Marta Horňáková, PhD.
vysokoškolská pedagogička
Katedra liečebnej pedagogiky
PdF UK v Bratislave
E-mail: hornakova@fedu.uniba.sk



Scott Seider. ***Character Compass. How Powerful School Culture Can Point Students Toward Success***. 2016. Cambridge: Harvard Education Press, 2016. 286 s. ISBN 978-1-61250-486-5.

Pútavá publikácia je výstupom ročného výskumu, v ktorom Scott Seider, vývinový psychológ a odborník v oblasti vzdelávania, sledoval spôsoby charakterového vzdelávania a ich vplyv na žiakov. Autor ukazuje, ako môžu prajné podmienky, vytvorené školou, podporiť a posilniť rozvoj charakteru mladých ľudí, ako ich inšpirovať k tomu aby viedli dobrý a úspešný život, osožný aj druhým. V knihe zaznamenáva výskum na troch vysoko úspešných charterových bostonských školách, ktoré vystavali silné a produktívne kultúry na troch odlišných charakterových základoch. Tieto školy navštevujú prevažne žiaci z okrajových mestských

častí, často zo znevýhodneného prostredia, z komunít s nízkym príjmom. Základom charakterového vzdelávania je istá predstava o tom, čo je dôležité vo formácii charakteru žiaka či študenta, ktoré stránky a charakteristiky sa škola rozhodne podporiť a zamerať na nich svoje pôsobenie. Možno nám vyvstáva otázka, čím je charakterové vzdelávanie výnimočné oproti vzdelávaniu s prirodzenými výchovnými prvkami, aké sú v školskom prostredí bežne prítomné. V autorovom popise daných škôl vidíme, že kľúčová hodnota, ktorá stojí v centre záujmu školy je rozvoj charakteru. Je to prvá priorita, ktorá sa neobmedzuje na hodiny etiky či organizovanie dobročinnej aktivity. Celá kultúra školy, kurikulum, očakávania, určitý spoločný jazyk školy aj vyučovací proces sú vystavané tak, aby podporovali tento základný cieľ. Seider dodáva, že tieto školy vystavali svoj vzdelávací systém tak, že charakterové vzdelávanie je nástrojom pomoci v ceste na a cez vysokú školu, skôr než cieľom rozdielnym od akademického úspechu. V konečnom dôsledku k nemu prispieva, no nie je mu podriadené a deje sa veľmi cielene.

Autor vychádza z prístupu vývinového psychológa Marvina Berkowitza, ktorý je považovaný za vedúceho odborníka na poli charakterového vzdelávania. Berkowitz definuje charakter ako súbor psychologických charakteristík, ktoré motivujú jedinca a umožňujú mu fungovať ako morálny aktér. Seider z tejto definície, ukotvenej v publikácii Americkej psychologickej asociácie, vyzdvihuje, že rozvoj charakteru neznamená jednoducho sledovanie správneho zámeru, motivácie, len samotné vytvorenie kognitívneho postoja, no rovnako zahŕňa aj vyvíjanie požadovaných kompetencií a zručností na jeho dosiahnutie ("*umožňovať fungovanie*"). Hovorí tiež o tom, že je isté spektrum charakterových stránok a čŕt, z ktorých si vychovávajúci alebo škola môže vybrať priority pre špecifické charakterové vzdelávanie. Berkowitz ďalej konceptualizuje charakter okolo troch komponentov: kognitívneho, afektívneho a behaviorálneho - inými slovami charakter možno opísať ako súhrn myšlienok, pocitov a konania jednotlivca. Kognitívny komponent okrem poznávania a racionálneho odôvodňovania toho, čo je dobré, zahŕňa aj tzv.interpersonálnu a intrapersonálnu inteligenciu, ktorá rozpoznáva a chápe nálady, túžby, motivácie a úmysly konania druhých i seba, či schopnosť pozrieť sa na problém z rôznych perspektív. Afektívny komponent a s ním súvisiace vzdelávacie ciele by sa podľa stanfordskej filozofky Nel Noddings mali orientovať na usmerňovanie vášní a špeciálne morálnej senzitivity, vštepovania takých citov, ktoré vhodne odrážajú povahu toho, čo ich vyvolalo - napríklad pri bolesti druhého by sme mali cítiť túžbu odstrániť alebo zmenšiť jeho utrpenie, pri zlej veci by sme mali cítiť odpor, čeliac vlastnej túžbe zraniť by sme mali byť aj šokovaní aj ochotní čeliť realite. Stratégie škôl zameraných na tento komponent charakteru sa môžu venovať komunitným službám, kooperatívnemu učeniu, rovesníckemu túroringu, či mentoringu mladších spolužiakov a ďalším podobným praktikám, ktoré podporujú "etiku starostlivosti", ktorá je podľa Noddings srdcom charakteru. Behaviorálny komponent Berkowitzovho modelu charakteru sa skúma cez premenné ako je angažovanie sa v komunitnej službe, dobrovoľnícka činnosť, vytrvalosť a sebadisciplína pri činnosti.

Niektoré prístupy k charakterovému vzdelávaniu by sa teda dali vysvetliť aj na základe rôzneho akcentovania jednotlivých

uvedených komponentov. Tak je tomu aj pri troch školách, kde bol realizovaný Seiderov výskum. Spája ich presvedčenie, že charakterové vzdelávanie je základom úspechu žiaka ale odlišujú sa typom komponentov charakteru, ktoré stoja v ich centre. Prvá škola, Boston Prep, sústreďuje charakterové vzdelávanie na morálny charakterový vývin, druhá, Roxbury Prep, na charakterový vývin spojený s výkonom a tretia, Pacific Rim, na vývin občianského charakteru. Každá z nich má definované svoje "školské krédo", víziu, v ktorej je ukotvené práve špecifické charakterové vzdelávanie. Vízia Boston Prep hovorí o prostredí sústredenom okolo vzdelanosti a osobnostného rozvoja, ktoré kultivuje v študentoch cnosti odvahy, súcitu, integrity, vytrvalosti a rešpektu. Takmer každý aspekt školského dňa nejako súvisí práve s týmito piatimi cnosťami, od hodiny etiky, kde sa oboznamujú s chápaním týchto cností u Aristotela, Platóna či Rousseaua, cez diskusie a písané eseje, kde z hľadiska daných cností reflektujú vlastné role a zodpovednosti ako študenti Boston Prep a členovia rodín a komunít. Roxbury Prep si vytyčuje cieľ rozvoja akademických ako aj životných zručností, ako byť "pozitívnym hráčom" vo vlastnom vzdelávaní. Poradenské hodiny sa venujú témam ako príprava na skúšky, úspešná účasť na pohovore, akademickej debate či prezentácii. Posledný ročník žije kultúrou "pozitívnych lídrov", ba aj túrorov či mentorov svojim mladším spolužiakom. Pacific Rim, škola, ktorá sa snaží zlúčiť západnú a východnú vzdelávaciu prax, neustály rozvoj komunity a vytrvalosť, využíva napríklad rituál udeľovania triedneho skóre - ocenenia triedy v rozsahu, ako efektívne spoločne pracovali počas hodiny pre rozvoj všetkých a akú vytrvalosť ukázali pri učení sa obsahu danej hodiny. Zapojenie študentov do rôznych komunitných projektov a aktivít, blízkych ich záujmom, čím konkrétnym spôsobom participujú na rozvoji určitej komunity, je ďalším príkladom konkrétnej praxe zameranej na občiansky charakter. Autor poukazuje aj na to, že takáto formácia ku "prispievaniu do komunity" pomáha mladým prežívať pocit zmyslu, ktorý ich podporuje zodpovedne nasmerovať svoje životy.

Seider prostredníctvom množstva kvantitatívnych výskumných nástrojov, ako aj hĺbkových pozorovaní a rozhovorov s pedagógmi, žiakmi a rodičmi v priebehu roku sleduje pozitívne zmeny v konkrétnych charakterových črtách, silných stránkach a hodnotách. Ukázalo sa, že prax daných škôl je skutočne úspešná. Napríklad pri sledovaní vytrvalosti, porovnanie vstupných hodnôt a hodnôt po roku ukázalo, že byť študentom na Roxbury Prep, pozitívne korelovalo s nárastom hodnôt meranej vytrvalosti. Podobne na Pacific Rim vyššia odvaha po roku navyše korelovala s dobrým prospechom a pocitom veľkej súdržnosti voči školskej komunite.

Ako podotýka harvardský prof.Gardner v predslove ku knihe, prax skúmaných škôl ukazuje, že užšia koncentrácia na istý špecifický "výsek charakteru" s jasnou predstavou konkrétnych výsledkov sa ukazuje zmysluplnejšia než všeobecný prístup s rozstrúsenými cieľmi celého charakteru, ktorý môže skôr zmiasť než uspieť. Je to cenná informácia do praxe. Zaujímavé je aj adaptovanie charakterového vzdelávania na konkrétny kontext konkrétnej školy - tak napr. Boston Prep časom zistila, že v prichádzajúcom ročníku je dobré zamerať sa na rozvoj rešpektu a empatie, aby naladili žiakov na kultúru školy po príchode zo základných škôl. Autor porovnáva svoje výstupy s

ďalšou štúdiou o školách, ktoré prebrali pripravené projekty charakterového vzdelávania bez hlbšej adaptácie na svoju kultúru a ich efekt na študentov bol minimálny. Autor podotýka, že iné prostredie a vývinové potreby si vyžadujú špecifickú realizáciu, zdomácnenú v súlade s poslaním školy, jej kontextom a cieľmi pre študentov a žiadna kultúra sa nedá jednoducho preniesť na inú školu len rovnakými praktikami. Veľmi špecifická orientácia školy, ktorá si zadefinuje svoje hodnotové ciele vzhľadom na charakteristický kontext, tak nastavuje konkrétne praktiky, zvyšuje predpoklad úspechu. Istý kontextuálny rámec v takomto prístupe je mi, ako LP, veľmi sympatický!

Kniha vyvracia obavy, že dosadenie inej hodnoty do centra vzdelávacieho procesu školy - hodnoty inej ako len akademická zručnosť, vysoké skóre v testoch či široká ponuka krúžkov - by žiakovi sťažilo cestu akademického úspechu. Práve naopak, pokiaľ sa do centra položia hodnoty, ktoré presahujú sféry akademického života, ba kľúčovo definujú úspešný a šťastný život človeka, a preniknú čo najhlbšie do života školy, akademický úspech je prirodzeným a nezanedbateľným vedľajším efektom. Ukazuje, že charakter v centre záujmu vzdelávacieho kurikula posilňuje pozitívne charakterové črty žiakov. Prof. Gardner navyše dodáva, že ani ekonomické a politické problémy v spoločnosti často nie sú otázkou nízkej akademickej úspešnosti profesionálov. Na vedúcich pozíciách stávajú tí, ktorí hviezdili v akademických zručnostiach a túto hodnotu vzdelávania zväčša skutočne dostáli. No ustáť výzvy moci s pevným charakterom a zodpovednosť s ohľadom na druhých už mnohí nezvládnu, preto treba prehodnotiť, čo je pri vzdelávaní budúcich profesionálov skutočne kľúčové. Na ceste usmernenia vzdelávacieho systému k prekvitaniu a úspechu žiakov je kniha obrovskou inšpiráciou a Scott Seider rozhodne skvelým kormidelníkom.

Bc. Alžbeta Hortová

Pedagogická fakulta

Univerzita Komenského v Bratislave

Katedra liečebnej pedagogiky

E-mail: hortova2@fedu.uniba.sk

INFORMÁCIE PRE PRISPIEVATEĽOV

Vážené odborníčky, vážení odborníci v pomáhajúcich profesiách.

Radi privítame Vaše príspevky k jednotlivým rubrikám časopisu: štúdie, z praxe, zo zahraničia, informácie, recenzie atď. (viď obsah prezentovaného čísla).

Uzávierka prijímania príspevkov je **priebežne**! Príspevky sú schvaľované redakčnou radou časopisu a recenzované vybratými odborníkmi. Svoj príspevok/príspevky spolu so sprievodným listom posielajte v elektronickej podobe na jeden z nasledovných mailových kontaktov:

janoskopavol@gmail.com,
viera.valastekova@gmail.com

DÔLEŽITÉ UPOZORNENIE!
PROSÍME VÁS, ABY STE SA RIADILI UVEDENÝMI POKYNMI PRE TVORBU PRÍSPEVKU. V OPAČNOM PRÍPADE VAŠE PRÍSPEVKY NEBUDEME MÔCŤ AKCEPTOVAŤ!!

NÁZOV PRÍSPEVKU/ TITLE OF PAPER [ARIAL CAPITAL 14 POINT, BOLD, CENTRED]
riadok voľný / leave a space

NÁZOV PRÍSPEVKU V AJ/ TITLE OF PAPER IN ENGLISH [ARIAL CAPITAL 11 POINT, BOLD, CENTRED]
riadok voľný / leave a space

Meno autora/ov / Author Name(s) [ARIAL, 12 point, bold, centred]
Názov inštitúcie/Name of Institution [10 point, normal, centred]
Mesto /Štát - City /Country [10 point, normal, centred]
E-mail [10 point, italic, centred]
riadok voľný/ leave a space

Abstrakt [ARIAL 10 point, bold, centred]
Text abstraktu by mal mať od 150 do 200 slov (vrátane kľúčových slov), s použitím písma ARIAL 10-point including up to five keywords or key phrases; zarovnanie vľavo
riadok voľný/ leave a space

Kľúčové slová* [ARIAL 10 point, italic, bold]*:
aktuálne kľúčové slová [ARIAL 10 point, zarovnanie vľavo]
riadok voľný/ leave a space

Abstract in English [ARIAL 10 point, bold, centred]
The text of the abstract should be a maximum of 200 words and written in italicized text, using ARIAL 10-point including up to five keywords or key phrases; aligned left
Leave a space

Keywords [ARIAL 10 point, italic, bold]*: actual key words* [ARIAL 10 point, aligned left]
riadok voľný/ leave a space

Text príspevku [ARIAL, 12 point, bold, riadkovanie 1,0; zarovnanie na oboch stranách]
Medzi odsekmi riadok nevynechávať, obrázky a tabuľky označiť a očíslovať.

riadok voľný/ leave a space

Zoznam literatúry/ [ARIAL, 10 point, bold, riadkovanie 1,0, zarovnanie na oboch stranách]
Uvádzať iba citovanú literatúru v abecednom poradí autorov.
Vzor
FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Brno : Cesta, 2006. ISBN 80-7295-085-1.
STUPKOVÁ, M. Interné činitele v prevencii syndrómu vyhorenia. In: *Revue LP*, roč. III, č. 6, 2009, s. 4-10. ISSN 1337-5563.

PRI **RECENZII** JE SPOLU S PRÍSPEVKOM POTREBNÉ ZASLAŤ **NASKENOVANÚ TITULNÚ STRANU** RECENZOVANEJ PUBLIKÁCIE.

ISSN 1337-5563