Barbora Kováčová (Ed.)

VÝCHOVA VERZUS TERAPIA

- hranice, možnosti, riziká

Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie konanej 8. a 9. novembra 2010

Bratislava
2011

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.)
VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká
Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie 2010.
Univerzita Komenského v Bratislave
2011, 158 s.

Garanti vedeckej konferencie:
Prof. PhDr. Marta HORŇÁKOVÁ, PhD.
Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta, Katedra liečebnej pedagogiky

Doc. PhDr. Albín ŠKOVIERA, PhD.
Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej pedagogiky a vychovávateľstva

Recenzenti zborníka
doc. PhDr. Helena KUBEROVÁ, PhD.
Katolícka Univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Mgr. Ivan PODMANICKÝ, PhD.
Trnavská univerzita v Trnave, Pedagogická fakulta

Vydavateľstvo
© Univerzita Komenského v Bratislave

Vydanie
prvé

ISBN 978-80-223-3006-0
EAN 9788022330060

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

OBSAH ZBORNÍKA

Úvodné slovo
Barbora KOVÁČOVÁ 5

Liečebná a sociálna výchova. Úlohy v poli pôsobnosti liečebnej pedagogiky medzi výchovou a terapiou
Maximilian BUCHKA 6

Situácia a možnosti traumatizovaných utečencov v Rakúsku
Andrea ELLEK 12

Dyslexie v rodině a její rizika pro vývoj dítěte
Helena FRANKE, Marína MIKULAJOVÁ 14

Východiská liečebnopedagogickej terapie a jej miesto vo výchove
Marta HORŇÁKOVÁ 19

Výchovná dimenzia terapie - terapeutická dimenzia výchovy v kontexte podpory rozvoja osobnosti dieťaťa
Pavol JANOŠKO 24

Liečebná pedagogika v procese liečby závislosti
Erika KOVÁCSOVÁ 29

Snoezelen terapia a terapia senzorickej integrácie u detí sporuchou autistického spektra
Ivana LIŠTIAKOVÁ 32

Snoezelen v podmienkach domova sociálnych služieb na Slovensku
Zuzana LUCKÁ - Jana STRAŠILOVÁ 32

Biblioterapia a dramatoterapia pri liečbe ľudí závislých od alkoholu
Katarína MAJZLANOVÁ 43

Liečebný pedagóg v detskom domove - práca a perspektívy
Martina MANKOVÁ 56

Terapia verzus výchova, alebo terapia a výchova?
Albín ŠKOVIERA 61

Rodina v záťaži a jej sprevádzanie
Jana ŠPÁNIKOVÁ 65

Terapeuticko výchovná pomoc mládeži s delikventnými poruchami správania
Tatiana TOMČÍKOVÁ 72

Možnosti a hranice uplatnenia expresívnych terapií v špeciálnopedagogickej starostlivosti v ČR
Barbara VALEŠOVÁ MALECOVÁ 77

Problematika výchovy v rodinách detí so špecifickými vývinovými poruchami učenia
Barbora VODIČKOVÁ 84

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Edukácia a terapia detí závislých od počítačových hier
Paweł WITEK - Robert PELEWICZ.....90

Životný príbeh ako terapeutický nástroj
Hroznata ŽIVNÝ.....94

Dieťa s postihnutím v rodine liečebného pedagóga
Katarína HERÁKOVÁ - Ľuboš HERÁK.....101

Ako (vy)používame svoj mozog
Katarína KAROĽOVÁ.....108

Závislosť a jej liečba
Erika KOVÁCSOVÁ - Hroznata ŽIVNÝ.....112

Senzorická integrácia v dramatoterapii
Ivana LIŠTIAKOVÁ.....115

Dôsledky zvýšenej záťaže u detí s predikciou ŠPU – kazuistika
Alžbeta SYKORJAKOVÁ.....123

Vonkajšie a vnútorné hranice
Magdaléna SZABOVÁ.....131

Silné stránky detí – Deti v kontexte duševných porúch
Mária BENDÍKOVÁ.....135

Dobrovoľníctvo ako forma pomoci deťom a mládeži zo sociálne znevýhodneného prostredia
Martina KRAVÁROVÁ.....138

Interaktívny program na podporu rozvíjania sociálnych zručností sluchovo postihnutých predškolákov v integrovanom prostredí
Ľubica KROČANOVÁ.....143

Videotvorba a animovaná tvorba ľudí s mentálnym postihnutím ako prostriedok rozvoja ich osobnosti
Helena KUSÁ, Róbert ORESKÝ.....148

Možnosti profesionálneho a osobnostného rastu liečebných pedagógov
Jana ŠPÁNIKOVÁ.....153

Pevné objatie podľa Prekopovej - terapia aj životný štýl
Katarína ZBORTEKOVÁ.....154

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

ÚVODNÉ SLOVO

V dňoch 8. - 9. novembra 2010 sa v priestoroch Základnej školy internátnej pre žiakov so sluchovým postihnutím na Hrdličkovej ul. v Bratislave, uskutočnila medzinárodná konferencia s názvom Výchova verzus terapia - hranice, možnosti, riziká. Hlavnými organizátormi konferencie boli: Katedra liečebnej pedagogiky Pedagogická Fakulta Univerzity Komenského v Bratislave, Občianske združenie PRO LP Asociácia liečebných pedagógov, Katedra liečebnej pedagogiky Fakulty špecializačných zdravotníckych štúdií SZU. Realizácia vedeckej konferencie má niekoľkoročnú tradíciu ako súčasť Liečebnopedagogických dní.

V priebehu konferencie vystúpili a svoje príspevky prezentovali viacerí zahraniční a slovenskí liečební pedagógovia a iní odborníci z pomáhajúcich profesií.

Príspevky v zborníku sú rozdelené na **prednášky**, v ktorých sa prispievatelia zaoberali teoretickým zázemím výchovy a/verzus terapie v súvislosti s liečebnou pedagogikou. Prispievateľmi sú: prof. Maximilian Buchka (Nemecko) s príspevkom *"Liečebná a sociálna výchova. Úlohy v poli pôsobnosti liečebnej pedagogiky medzi výchovou a terapiou"*, dr. Andrea Ellek (Rakúsko) s príspevkom *"Situácia a možnosti traumatizovaných utečencov v Rakúsku"*, dr. Helena Franke (ČR) v spoluautorstve s doc. Marínou Mikulajovou (SR) s príspevkom *"Dyslexie v rodině a její rizika pro vývoj dítěte"*, prof. Marta Horňáková (SR) s príspevkom "*Východiská liečebnopedagogickej terapie a jej miesto vo výchove"*, Mgr. Pavol Jánoško (SR) s príspevkom *"Výchovná dimenzia terapie - terapeutická dimenzia výchovy v kontexte podpory rozvoja osobnosti dieťaťa"*, Dr. Erika Kovácsová (SR) s príspevkom *"Liečebná pedagogika v procese liečby závislosti"*, Mgr. Ivana Lištiaková (SR) s príspevkom *"Snoezelen terapia a terapia senzorickej integrácie u detí sporuchou autistického spektra"*, Mgr. Zuzana Lucká v spoluautorstve s Mgr. Janou Strašilovou (SR) s príspevkom *"Snoezelen v podmienkach domova sociálnych služieb na Slovensku*", doc. Katarína Majzlanová (SR) s príspevkom "*Biblioterapia a dramatoterapia pri liečbe ľudí závislých od alkoholu*", Mgr. Martina Manková (SR) s príspevkom *"Liečebný pedagóg v detskom domove - práca a perspektívy"*, doc. Albín Škoviera s príspevkom *"Terapia verzus výchova, alebo terapia a výchova?"*, Dr. Jana Špániková (SR) s príspevkom *"Rodina v záťaži a jej sprevádzanie"*, Dr. Tatiana Tomčíková (SR) s príspevkom *"Terapeuticko výchovná pomoc mládeži s delikventnými poruchami správania"*, Dr. Barbora Valecová Malecová (ČR) s príspevkom Možnosti a hranice uplatnenie expresívnych terapií v špeciálnopedagogickej starostlivosti, Dr. Barbora Vodičková (SR) s príspevkom *"Problematika výchovy v rodinách detí so špecifickými vývinovými poruchami učenia"*, Dr. Paweł Witek (PL) a Dr. Robert Pelewicz (PL) s príspevkom *"Edukácia a terapia detí závislých od počítačových hier"* a Dr. Hroznata Živný (SR) s príspevkom *"Životný príbeh ako terapeutický nástroj"*.

Po teoretických východiskách problematiky výchova verzus terapia - možnosti, hranice, riziká môže čitateľ nájsť aj **príspevky z tvorivých dielní** a informácie, s ktorými sa účastnici oboznámili počas **posterovej prezentácie**.

2011 editorka

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

PREDNÁŠKY

Liečebná a sociálna výchova
Úlohy v poli pôsobnosti liečebnej pedagogiky medzi výchovou a terapiou

Maximilian BUCHKA
Univerzita pre umenie a spoločnosť, Bonn/Alfter

Liečebná pedagogika už od začiatku stála medzi dvoma úlohami:

- na jednej strane ohrozených, narušených postihnutých detí a mládeže, kde im mala poskytnúť individuálnu pomoc v učení a fungovaní,
- na druhej strane bola to vždy snaha, umožniť im sociálne začlenenie sa a účasť na živote v spoločnosti.

Vymedzenie úloh druhej oblasti:

Mohli by sme túto liečebnopedagogickú úlohu pomenovať aj ako integratívnu pedagogiku, alebo aj skupinovú prípadne vzťahovú, na spoločnosť orientovanú pedagogiku. Ale budem ju v skratke volať sociálna výchova.

Vo vede v rámci sociálnej práce je veľmi často sociálna výchova ponímaná ako praktická sociálna pedagogika. Sociálna pedagogika vo svojej podstate je interpretovaná ako špecializovaná pedagogika, podľa Gertrud Baumerovej, ktorá zreformovala sociálnu pedagogiku, a začlenila ju mimo školskej a výchovnej pedagogiky (pozri 1929). Sústreďovala sa na zanedbané deti a mladistvých, a tie ktoré vyžadujú inštitucionálnu starostlivosť.
Metódy a prostriedky v rámci klasickej sociálnej výchovy v rámci sociálnej práce, majú sociálny a pedagogický charakter.

Sociálna výchova ako oblasť liečebnej pedagogiky stojí je medzi vzdelaním/výchovou a terapiou, kde terapia prevláda. Takto sa líši od tradičnej sociálnej pedagogiky a štátnej výchovnej starostlivosti, alebo v dnešnej terminológií, od „výchovnej pomoci“ rámci VIII. Zákonníka sociálnej starostlivosti. Ďalšími nemeckými reformátormi v oblasti výchovy v rámci prvej verzie tohto zákona boli Gertrud Bäumer a Herman Nohl, a keď sa Gertrud Bäumer potom stala Ministerskou poradkyňou vo vtedajšej nemeckej ríši Ministerstvo vnútra spustilo 1922/24 zákon do praxe.

Aby sme dokázali rozlišovať klasickú a sociálnu výchovu aj jazykovo, preto hovoríme o "terapeutickej sociálnej výchove". Po tomto výklade pojmov, už budeme odteraz používať liečebnopedagogický význam pojmu "sociálna terapeutická výchova", bez toho aby sme museli konkrétne reagovať na odlišnosti od "tradičnej" sociálnej pedagogiky

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Predmet terapeutickej sociálnej výchovy

- Sociálna terapeutická výchova je vždy potrebná, ak bežná výchova detí a mladých ľudí je v koncoch, najmä ak sa prejavuje neovládaným a odlišným, deficitným správaním. Vyžaduje to špeciálne vedomosti, postoje a zručnosti potrebné k pomoci aby sa mohli aplikovať správne koncepcie pomoci. Tu sú potrebné , postoje vedomosti a schopnosti, aby sme v rámci špeciálnych konceptov pomoci mohli primerane pomôcť.
- Pre tieto socializačné, špeciálne, výchovné opatrenia, v rámci špecifických konceptov konania, je potrebná vedecká koncepcia, ktorú označujeme ako terapeutická sociálna pedagogika.

Dalo by sa teda definovať:

- **Sociálna pedagogika** je teória a prax pedagogickej pomoci pri patologických podmienkach vzdelávania a socializácie.
- **Terapeutická sociálna výchova** ponúka rôzne formy pomoci, pre prispôsobenie, podporu vývinu, dozrievania a vzdelania, (Pfaffenberger, 1969, XVI), ktoré vníma výchovnú pomoc ak je nevyhnutná, ak hrozí sociálne a výchovné ohrozenie , alebo už dokonca prišlo k poškodenia. Terapeutická sociálna výchova je v tomto zmysle "výkon starostlivosti o ľudí so sociálnymi problémami" (Khella, 1983, s. 11). Pre určenie predmetu terapeutickej sociálnej výchovy je ešte dôležité dodať, že sa nezameriava len na sociálne ale aj na individuálne psychické problémy, keď tieto spoločnosť diagnostikuje ako odchýlku od normy, a človeku hrozí, že bude negatívne vyčlenený, stigmatizovaný.

Teoretické východiská terapeutickej sociálnej výchovy

Z hľadiska dejín teórie existuje príbuznosť k:

- Sociálnej výchove, ktorú vnímame ako výchovu pomoci za účelom poskytnutia dobrých životných podmienok detí a mladých ľudí, a tým ich tak chrániť pred zanedbaním (Nohl, 1927; Bäumer, 1929)
- K úlohe sociálnej starostlivosti a náhradnej výchovy (Mollenhauer, 1976; Gernert, 1993; Giesecke, 1981)
- preventívnej alebo ochranej výchove (Bach, 1995), ktorá sa zameriava na posilnenie pri zjavnom zanedbaní (Röhrs, 1968).

Ďalej existuje prepojenie na teoretické zázemie disciplín ako sú: pedagogika narušených, (Wurr, Trabandt, 1980), inkluzívna pedagogika (Biewer, 2009), integratívna pedagogika (Eberwein, 2001).

Predmet výskumu v rámci terapeutickej sociálnej výchovy

Sem zaraďujeme narušené správanie a sociálne kontrolné mechanizmy, ktoré sú pomenované ako dissociality. O dissocialitu ide vtedy, keď je narušené správanie, ktoré

vznikne na základe zranenia alebo poškodenia u jednotlivca, ktorý patrí do sociálneho systému. Je tu narušená normatívna rovnováha (Rössner, 1977).
Narušené správanie môže byť spôsobené:

- následkom patologickej výchovy jednotlivcov a /alebo socializácie v rámci ekosystému a sociálne prostredie v ktorom žijú resp. ich obklopuje,
- dôsledkom psychosociálnych faktorov, ktoré v sebe samotní jednotlivci už majú.

Teda k jednotlivým výskumným objektom patria individuálne, sociálne a ekosystémové faktory, ktoré sú z jedným z možných dôvodov, vzniku narušeného správania.

Cieľové skupiny terapeutickej sociálnej výchovy

- Jednotlivcov a skupiny s rôznymi výchovnými problémami.
- Jednotlivcov a skupiny s rôznymi poruchami socializácie.
- Ekologické asociálne svety, ktoré môžu vyvolať nápadné psychosociálne ohrozenia a poškodenia u jednotlivcov a skupín.

Spoločným rysom všetkých cieľových skupín sú označené "odchýlky" od normy, alebo stavu u jednotlivcov, či skupín osôb. Pojem "odchýlka" sa nachádza - u ohrozených, znevýhodnených a „sociálne nápadných“ ľudí (Wolf, 1977, s. 11)

- U osôb s duševnými, sociálnymi a situačnými následkami , ktoré vznikli počas núdze/ potreby , alebo konfliktu v rámci ľudského životného cyklu (Holtstiege, 1978, 45),
- S ohrozením vývoja alebo s poruchami (Mollenhauer, 1964, 290),
- U ľudí so socializačnými problémami a konfliktami (Keil, 1975, 34),
- U dospievajúcich, ktorých sociálne ohrozenie alebo poruchy vznikli na základe nesprávnej výchovy a tým sú aj podmienené (Gerner, 1984),
- U dospelých, u ktorých nesprávnou výchovou a vzdelaním v období ich dospievania: nastal vznik rizika narušenia socializácie , alebo to viedlo ku vzniku porúch (Gerner, 1984).
- Pre komunity a skupiny, ktoré cez ich vplyv ovplyvňujú výchovu a socializáciu u adolescentov s narušeným správaním (Hentig, 1976),
- Pre vytvorenie ekosystémového a sociálneho prostredia, na výchovu a socializáciu u dospievajúcich s narušeným správaním

Aby sme to opäť jasne zdôraznili: k cieľovým skupinám terapeutickej / liečebnej/ sociálnej výchove nepatria len ľudia (jednotlivci a skupiny), ale zahŕňa aj ľudské prostredie ktoré provokuje /podnecuje patogénne narušené správanie a prispieva k ohrozeniu zdravia.

Didakticko- metodický prístup v terapeutickej sociálnej výchove má rôzne oblasti pôsobnosti: V oblasti výchovy musí byť re-výchova, vzdelávanie a kompenzačná výchova

priamo nasadená na narušené správanie. To sa vykonáva v pedagogickom vzťahu so špecifickou pred - a po prípravou , tu by bolo možné použiť pojem "intenzívna výchova".
Táto intenzívna výchova ktorá používa primárne terapeutický postup pre výchovné účely (pozri Klenner, 1980, s. 44) je zameraná jednoznačne na všeobecné vzdelávanie resp. výchovu , pochopenie, aj keď niektoré aspekty, ako sú narušené formy a postupy výchovy a socializácie sú obzvlášť brané v úvahu.
V oblasti socializácie v didakticko-metodickom prístupe ide o terapeutický prístup sociálnej výchovy tak, aby sa dali diagnostikovať existujúce patologické sociálne pochody skupín a jednotlivcov, za účelom odvodiť výsledky zodpovedajúcich efektívnych stratégií.
Tak môžu napríklad viditeľné patologické fázy socializácie byť obnovené, ale momentálne už s pozitívnym úspechom, socializačné fázy môžu byť zopakované, alebo nahradené ak boli vynechané , s dôrazom na to aby sa sociálne patologické správanie v budúcnosti už nenastalo. (von Hentig, 1976).

Dopad prostredia, v ktorom sú viditeľné patologické javy, má vplyv na ekologickú, sociálnu a psychickú podstatu bytia, aby sme predchádzali narušenému správaniu u detí a mladistvých, je potrebné nanovo toto prostredie pretvárať.
Účinným kritériom je zohľadnenie primeranej kvality, zosúladenia didakticko- metodických intervencií. (Germain, Gitterman, 1988).
V súhrne možno povedať, že na rozdiel od tradičnej sociálnej výchovy v sociálnej práci, ktorá sa zaoberá mnohými oblasťami života, je terapeutická sociálna výchova ako pedagogický systém pomoci resp. podpory pri patologickej výchove- a socializačných fenoméhoch /javoch/ ktorá sa môže vymedziť len na jasne definované výskumné pole pôsobnosti.

Sociálna terapeutická výchova musí vysvetliť príčiny a etiologické súvislosti narušeného vývinu a nesprávnych postojov, prispieť tak prostredníctvom výchovných prostriedkov k ich prekonaniu, a krok za krokom k opätovnému začleneniu do spoločnosti.(Röhrs, 1993, 368). Ak sa dôvody netýkajú jednotlivca, tak sa terapeutická sociálna výchova pokúša výchovne pôsobiť na skupiny, inštitúcie a na ďalšie sociálne a psychologické a biologické subsystémy, a sociálne prostredie detí alebo mladistvých s narušeným správaním tak, aby pretransformovala a vyvíjala pozitívny vplyv na jednotlivca či jeho sociálny systém ktorý ho obklopuje.

Zhrnutie a záver

V súhrne možno povedať, že, na rozdiel od tradičnej sociálnej výchovy v sociálnej práci, ktorá sa zaoberá mnohými oblasťami života, je terapeutická sociálna výchova ako pedagogický systém pomoci resp. podpory pri patologickej výchove- a socializačných fenoméhoch (javoch), ktorá sa môže vymedziť len na jasne definované výskumné pole pôsobnosti. Sociálna terapeutická výchova musí vysvetliť príčiny a etiologické súvislosti

narušeného vývinu a nesprávnych postojov, prispieť tak prostredníctvom výchovných prostriedkov k ich prekonaniu, a krok za krokom k opätovnému začleneniu do spoločnosti.(Röhrs, 1993, 368).

Ak sa dôvody netýkajú jednotlivca, tak sa terapeutická sociálna výchova pokúša výchovne pôsobiť na skupiny, inštitúcie a na ďalšie sociálne a psychologické a biologické subsystémy, a sociálne prostredie detí alebo mladistvých s narušeným správaním tak, aby pretransformovala a vyvíjala pozitívny vplyv na jednotlivca či jeho sociálny systém ktorý ho obklopuje.

V prehľade možno povedať, že popisovaná terapeutická sociálna výchova existuje už dlhšiu dobu. Vynakladá úsilie v oblasti výskumu, vzdelávania a výučby , tak ako aj analyzuje príčiny vzniku narušeného správania (Bär, 1981, Iger, 1979, Gerner, 1984, Hentig, 1967) a rozvíja teóriu.(Rössner, 1977; Wurr -Trabandt, 1980; Buchka, 2003).

Teraz platí, že v dnešnej situácii v terapeutickej sociálnej výchove je úlohou nanovo vyšpecifikovať výchovu a terapiu v rámci liečebnej pedagogiky. Je alarmujúci fakt, že sa zdá že je čoraz väčší narastajúci počet dospievajúcich s narušeným správaním a preto je tým poznačená celá spoločnosť.

Zaujímavé prístupy k ďalšiemu rozvoju terapeutickej sociálnej pedagogiky, predstavili Klein a Neuhauser, ich dielom (knihou) k liečebnej pedagogike ako terapeutickej výchove (2006) a Schwendtner s jeho prístupom (konceptom) k sociálnej terapii (2000).

Nakoniec môžeme povedať, že terapeutická sociálna výchova je podľa nášho názoru výborný a úspešný systém pomoci a podpory v liečebnej pedagogike, disciplíne, ktorá stojí medzi výchovou a terapiou, aby mohla zlepšiť kvalitu života a tak prispieť k zlepšeniu životných podmienok u dospievajúcich so sociálnymi deviáciami.

POUŽITÁ LITERATÚRA

Bärsch, W. (1981). Erziehungskonflikte. Bewältigung abweichenden Verhaltens. Königstein/Taunus

Bäumer, G. (1929). Die historischen und sozialen Voraussetzungen der Sozialpädagogik und die Entwicklung ihrer Theorie. In: Nohl, H.; Pallat, L. (Hrsg.): Sozialpädagogik. Handbuch der Pädagogik,. Band V. Leipzig/Langensalza, 3-17

Biewer, G. (2009). Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik. Bad Heilbrunn

Buchka, M. (2003). Theoriemodelle der Sozialpädagogik. In: Badry, E.; Buchka, M.; Knapp, R. (Hrsg.): Pädagogik. Grundlagen und sozialpädagogische Arbeitsfelder. 4. Aufl., München, 1191-208. (2003)

Eberwein, H. (Hrsg.). Einführung in die Integrationspädagogik. 2. Aufl., Weinheim/Basel

Germain, C.B.; Gitterman, A. (1988). Praktische Sozialarbeit. Das „Life Model“ der sozialen Arbeit. 2. Aufl., Stuttgart

Gerner, B. (1984). Pathologie der Erziehung. Eine Einführung. Darmstadt

Gernert, W. (1993). Jugendhilfe. Kurze Einführung in die sozialpädagogische Praxis. 4. Aufl., München/Basel

Giesecke, H. (1981). Einleitung. In: Giesecke, H. (Hrsg.): Offensive Sozialpädagogik. Göttingen

Giesecke, H. (2001). Einführung in die Pädagogik. 6. Aufl., Weinheim/München

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Hentig, H. von (1967). Versuch einer Einführung. In: Sozialisierung in der asozialen Gesellschaft. Beiträge zu einer offensiven Sozialpädagogik. In. Neue Sammlung, 7

Hentig, H. von (1976). Sozialpathologie der Schule. Ein Versuch, zu verstehen, was das heißt. In: Merkur 30, 213-233

Herriger, N. (1979). Verwahrlosung. Eine Einführung in Theorien sozialer Auffälligkeit. München

Holtstiege, H. (1978). Sozialpädagogik – Aspekte eines Theorie-Dilemmas und Überlegungen zu seiner Überwindung. In: Wollenweber, H. (Hrsg.): Sozialpädagogik in Wissenschaft und Unterricht. Paderborn

Keil, S. (1974). Sozialpädagogik. In: Keil, S. (Hrsg.);: Familien- und Lebensberatung. Stuttgart/Berlin

Khella, K. (1983). Einführung in die Sozialarbeit und Sozialpädagogik. In: Handbuch der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Band 2. Hamburg

Klein, F.; Neuhäuser, G. (2006). Heilpädagogik als therapeutische Erziehung. München/Basel

Klenner, W. (1980). Erziehungshilfen zwischen Pädagogik und Therapie aus heilpädagogischer Sicht. In: Neue Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe AFET. Heft 31: Erziehungshilfen zwischen Pädagogik und Therapie. Hannover

Mollenhauer, K. (1964). Sozialpädagogik. In: Groothoff, H.-H. (Hrsg.): Pädagogik. Frankfurt/M., 288-296.

Mollenhauer, K. (1976). Einführung in die Sozialpädagogik. Probleme und begriffe der Jugendhilfe. 2. Aufl., Weinheim/Basel.

Nohl, H. (1927). Die Pädagogik der Verwahrlosten. In. Nohl, H. (Hrsg.): Jugendwohlfahrt. Sozialpädagogische Vorträge. Leipzig, 101-112.

Pfaffenberger, H. (1969). Einleitung zur deutschsprachigen Ausgabe. In: Friedländer, W.A.; Pfaffenberger, H. (Hrsg.): Grundbegriffe und Methoden der Sozialarbeit. Neuwied/Berlin, XIII-XXXVI.

Röhrs, H. (1993). Allgemeine Erziehungswissenschaft. Eine Einführung in die erziehungswissenschaftlichen Aufgaben und Methoden. Weinheim

Rössner, L (1977). Erziehungs- und Sozialarbeitswissenschaft. Eine Einführung der Problemskizze. München/Basel.

Schwendter, R. (2000). Einführung in die Soziale Therapie. Tübingen

Wolf, A. (1977). Zur Geschichte der Sozialpädagogik im Rahmen der Entwicklung. Donauwörth.

Wurr, R.; Trabandt, H. (1980). Abweichendes verhalten und sozialpädagogisches Handeln. Lehr- und Arbeitsbuch zur Sozialpädagogik. Stuttgart/Berlin/Köln/Main.

Príspevok preložila (so súhlasom autora,pozn.) :
PaedDr. Eszter Lemponen Hornyáková

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Situácia a možnosti traumatizovaných utečencov v Rakúsku
Situation and possibilities for traumatized refugees in Austria

Andrea ELLEK
University of Applied Sciences, Matthias Corvinus-Straße, St. Pölten

ABSTRACT
Presently about 20 000 asylum seekers are living in Austria. While their asylum claims are being processed, they depend on a basic income provision. The most of them arrived from currently war-torn areas. Many of them are traumatized due to their experiences during the war and the flight from their homes.The idea for a research paper about traumatized refugees developed in my nine years of providing counseling service to asylum seekers in St. Pölten. This paper attempts to show the opportunities and limitations in social work with traumatized refugees. During this time several very interesting questions arose in my mind:
With what kind of problems do these people come to a counseling session?
What do these people need and what kind of support services are there for them?
What is the underlying difference between counseling and therapy?
How does traumatisation affect the process of integration?

Einleitung

Migration, Bürgerkriege und Krisenherde in verschiedenen Weltregionen haben zu einem starken Anstieg der Zahl von Vertriebenen und Flüchtlingen geführt.
Vgl.: Flüchtlinge weltweit: 43 Mio
Neue Asylanträge 2009: Österreich 15.830, BRD 27.650, Tschechien 1260,Slowakei 820 (wie in USA 15 Anträge auf 100.000 Einw.)

Ursachen für die Leiden sind Krieg, Verfolgung, Haft und Folter im Heimatland, ein lange Zeit dauerndes Asylverfahren unter schwierigsten sozialen Bedingungen sowie der Kulturschock im Aufnahmeland. Die Kombination aus sozialen, medizinischen und psychischen Problemen erfordert eine psychosoziale Betreuung, die nur im Rahmen einer Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen (ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen) gewährleistet werden kann.
Psychotherapeutische Behandlung traumatisierter Flüchtlinge unter Mitwirkung von DM beinhaltet drei Themenbereiche: 1. Behandlungskonzept der PTB, 2. Kulturelle Dimension und 3. Zusammenarbeit mit DM.

2. Kulturelle Dimension

- Angesichts des internationalen Klientels gilt das Angebot einer muttersprachlichen Beratung als grundlegende Voraussetzung für eine effektive Betreuung.
- Zur wichtigen Rolle der/des DolmetscherIn gehe ich später noch ein.
- Der Kulturelle Aspekt ist unerlässlich beim Aufbau einer therapeutischen Beziehung, der Diagnosestellung und bei der Planung von weiteren Therapieschritten.

- Unsere TherapeutInnen beklagen es sehr, dass Trauma selten im Zusammenhang mit Interkulturalität und Flucht thematisiert wird, sondern meistens im Kontext mit Naturkatastrophen, Verkehrsunfällen, Banküberfällen.
- Es ist aber etwas völlig anderes, ob ich in meiner gesicherten Lebenssituation einen Banküberfall erlebe, oder ob ich mit der Ermordung meiner Angehörigen in einer Situation fertig werden muss, in der meine ganze Existenz vernichtet ist, meine Sprache, mein Beruf nichts mehr zählen.
- Wenn ich die Menschen zurücklassen musste, die mich jetzt stützen könnten, und mich deshalb schuldig fühle.
- Traumatherapie fängt damit an, Sicherheit zu geben und zu stützen. Der Mensch muss erst wieder Vertrauen gewinnen. Diese Phase kann lange dauern. Auf die Auswirkungen auf den Integrationsprozess hinweisen!
- 20-40% der Menschen mit Trauma entwickeln eine PTB.
- Soziale Interaktion
- Im sozialen Kontakt beeinflusst das Verständnis von geschlechtsspezifischen Rollen und hierarchischen Strukturen den Umgang miteinander. In afrikanischen und asiatischen Kulturen gilt es z. B. als unhöflich, Mitmenschen mit den eigenen Problemen zu konfrontieren.
- Direkter Blickkontakt gilt in vielen asiatischen und afrikanischen Ländern als Zeichen von Indiskretion . Meiden des Blickkontaktes kann daher in einigen Kulturen Ausdruck einer Respektsbekundung sein, in westeuropäischen Kulturen dagegen als Zeichen von Unsicherheit und Lügen.
- Die TherapeutIn-KlientIn Beziehung kann daher als Begegnung zweier Kulturen angesehen werden.

3. Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen

- TherapeutIn-DolmetscherIn-Klient
- Gemeinsame Sprache ermöglicht es DM KL schneller hinsichtlich des Bildungsgrades, sozialer und ethnischer Herkunft einzuschätzen.
- Bsp. Afghanischer DM, der als Flüchtling 20 Jahre Bürgerkrieg erlebt hat, hat andere Möglichkeiten der Empathie als der Therapeut, der diesen Bürgerkrieg nur aus den Medien kennt.
- Geschlecht von DM: Vergewaltigte Frauen aus verschiedenen Kulturen ziehen eine Landsmännin als DM vor. Geschlecht der Therapeuten ist viel seltener als angenommen von Bedeutung.
- Therapeut ist während der Sitzung verantwortlich für die Gesprächsführung.
- DM für die ungefilterte Wiedergabe der sprachlichen Interaktion zwischen Therapeut und KL.
- Schweigepflicht des DM und Therapeuten.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Dyslexie v rodině a její rizika pro vývoj dítěte

Helena FRANKE, Marína MIKULAJOVÁ
Katedra logopédie
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

ABSTRAKT
158 rodičům pětiletých dětí ze třech skupin (s typickým vývojem; NVŘ – vývojovou dysfázií a dětí z rodin s výskytem dyslexie) byly administrovány v rámci longitudinální studie „Identifikace rizikových faktorů vývoje gramotnostních dovedností" dotazníky sloužící k zachycení časných ukazatelů dyslexie. Jednalo se o „Dotazník komunikačních dovedností dítěte – CCC-2" a „Dotazník předností a nedostatků dítěte – SDQ". Děti s typickým vývojem byly v obou dotazníkových metodách hodnoceny jako nerizikové. U dětí s vývojou dysfázií a dětí z rodin s výskytem dyslexie bylo zjištěno jak v komunikačních dovednostech tak v přidružených behaviorálních projevech významně vyšší procento deficitních výkonů, které poukazují na zvýšené riziko pro výskyt dyslexie.

Úvod

Výzkum v oblasti dyslexie se v posledních letech významně zaměřil na identifikaci časných ukazatelů budoucího gramotnostního vývoje a na diagnostiku rizikových faktorů pro vznik dyslexie. Výzkumný zájem se proto soustředil na předškolní období, ve kterém se pro potřeby screeningu významně uplatňují rodičovské dotazníkové metody. Studie, která je realizovaná na Katedre logopédie Pedagogickej fakulty UK v Bratislave, si klade za cíl zjistit, které faktory (kognitivní a environmentální) zvyšují riziko vzniku dyslexie, a které naopak mají protektivní charakter. Za tím účelem byl v roce 2009 zahájen tříletý longitudinální výzkum celkem 158 dětí. Vývoj dětí ze dvou rizikových skupin (děti s vývojovou dysfázií a děti z rodin s výskytem dyslexie) je porovnáván s kontrolní skupinou dětí s typickým jazykovým a řečovým vývojem.

Teoretická východiska

„Dyslexie je specifická porucha učení, která má neurobiologický původ, pro kterou jsou charakteristické obtíže s přesným a/nebo plynulým rozpoznávaním slov a slabé schopnosti v psané řeči a dekódovaní, které typicky vyplývají z deficitu ve fonologické složce jazykových schopností. Sekundárně mohou následky zahrnovat problémy s porozuměním čteného a omezenou zkušenost se čtením, což může mít následky na nárůst slovní zásoby a základních znalostí" (Lyon, G. R., Shaywitz, S. E., Shaywitz, B. A., 2003). Scarborough upozornila na skutečnost, že dyslexie koluje v rodinách. U dětí, jejichž rodiče jsou dyslektici bylo zjištěno riziko stejného deficitu 6-7,7 krát častěji než v rodinách, kde se dyslexie nevyskytovala (Scarborough, 1990). Různé vývojové vady mají tendenci se vyskytovat častěji v koexistenci s jinými vadami (Caron & Rutter, 1991 in Gooch, Nash, Snowling, Hulme, 2010.) Z předcházejících výzkumných zjištění (Hulme, Snowling, 2009) víme, že dyslexie se vyskytuje až z 50% v koexistenci s narušeným vývojem řeči. Podobně 25 - 40% dětí

s ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou, s jádrem problému v exekutivních funkcích) se potýká rovněž s dyslexií. U deficitů v oblasti jemné a hrubé motoriky se jedná o komorbiditu s dyslexií v rozsahu 30%. V některých případech je dyslexie referována společně s výskytem dyskalkulie, tedy narušením matematických představ (Gooch, Nash, Snowling, Hulme, 2010).

Výzkumné otázky

S ohledem na výše uvedená teoretická východiska jsme se snažili odpovědět na otázku, které časné rizikové ukazatele dyslexie (v oblasti řeči, jazyka a přidružených deficitů) můžeme identifikovat u dětí předškolního období formou rodičovských dotazníků. Náš zájem jsme soustředili na oblast komunikačních dovedností dětí a na oblast emocionality, behaviorálních projevů, hyperaktivitu a sociální vztahy.

Výzkumné metody

1. CCC_2 - Dotazník komunikačních dovedností dítěte

(The Children´s Communication Checklist, Bishop, 2003)

Oblast komunikačních dovedností jsme zkoumali prostřednictvím „Dotazníku komunikačních dovedností dítěte CCC_2“ - „The Children´s Communication Checklist“, britské psycholožky D.V.M.Bishop (2003). Dotazník je určen pro děti od 4 let do 16 let a podmínkou jeho administrování u dětí je schopnost tvořit věty. Dotazník byl vytvořen jako screeningová metoda k identifikaci dětí s pravděpodobností narušené komunikační schopnosti; k identifikaci pragmatických deficitů u dětí s komunikačními obtížemi a v neposlední řadě k vyhledávání dětí s poruchami autistického spektra. Dotazník byl vytvořen pro práci logopedů, psychologů a pediatrů.

Struktura dotazníku:

CCC_2 se skládá ze sedmdesáti položek a jeho administrace trvá shruba mezi 10 - 20 minutami. Položky jsou rozděleny do deseti rovin (viz. tabulka 1), po sedmi položkách. CCC_2 využívá ratingové hodnocení, které umožnujě responentům popsat pozorované chování s ohledem na frekvenci jeho výskytu.

Tabulka 1. Roviny dotazníku CCC_2

A	řeč	**F**	stereotypie v řeči
B	syntax	**G**	použití kontextu
C	sémantika	**H**	neverbální komunikace
D	koherence	**I**	sociální vztahy
E	nepřiměřené iniciace	**J**	Zájmy

První čtyři roviny, **A: řeč, B: syntax, C: sémantika a D: koherence** hodnotí charakteristiky jazykové formy, slovník a mluvený projev - vyjadřování. Jedná se o oblasti, které jsou často narušené u dětí s narušeným vývinem řeči (NVŘ).

Následující čtyři roviny, E: nepřiměřené iniciace, **F: stereotypie v řeči, G: použití kontextu a H: neverbální komunikace** pokrývají oblast pragmatických askeptů komunikace.

Poslední dvě roviny, **I : sociální vztahy a J: zájmy, hodnotí projevy**, které jsou obvykle spojené s autismem. Dotazníkový software automaticky vygeneruje na základě hrubých dat z rodičovských odpovědí dvě kompozitní skóre. První je kompozitní skóre obecné komunikace – GCC. Zde je kritická hranice normy a rizika stanovena na 55 bodů; pod touto hranicí se chování hodnotí jako rizikové. Druhé je kompozitní skóre odchylek v sociální interakci - SIDC. Pro screeningové účely odhalení dětí s klinicky významnými komunikačními obtížemi lze využít skóre GCC, které odráží dovednosti dítěte v prvních osmi dotazníkových rovinách. Skóre SIDC vyjadřuje neshodu mezi sumami v rovinách E, H, I a J a sumami v rovinách A, B, C a D. Toto kompozitní skóre může pomoci identifikovat děti s komunikačním profilem, který je charakteristický pro autismus.

2. SDQ – Dotazník předností a nedostatků dítěte

(The Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman, 1993)

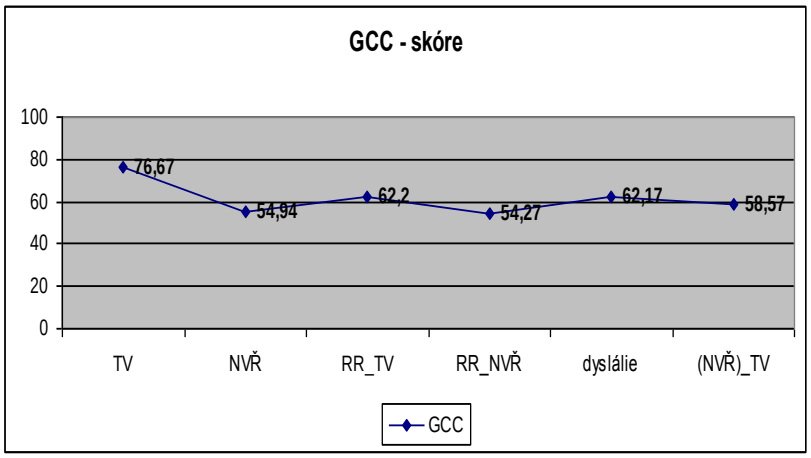
Dotazník předností a nedostatků dítěte byl vytvořen jako stručný screening chování pro děti ve věku od 3 do 16 let. Je používán již řadu let jak ve výzkumu, tak v klinické praxi a ve školství. Formát dotazníku umožňuje jak hodnocení dítěte druhou osobou, tak poskytuje prostor i pro sebeevaluační vyjádření žáků. Dotazník tvoří 25 položek, které jsou rozděleny do pěti oblastí: emoční symptomy; obtíže v chování; hypearaktivita/nepozornost; potíže ve vztazích s vrstevníky; prosociální chování. Každá oblast posuzuje rysy individua, a to jak jeho silné tak i slabé stránky. Ze všech položek pro každou z pěti oblastí je vypočítáno hrubé skóre. Toto hrubé skóre je potom převedeno do kategorií o rozpětí 1 – 3. Výkony, které odpovídají kategorii 1 jsou hodnoceny jako výkony v pásmu normy. Kategorie 2 označuje výkony v hraničním pásmu a kategorie 3 jako výkony abnormní. Celkové skóre dotazníku SDQ je souhrnným výsledkem hodnocení v prvních čtyřech oblastech. Oblast prosociálního chování je posuzována jako samostatná kategorie.

Výzkumná zjištění

Následující graf 1 ukazuje průměrné hodnoty kompozitního skóre obecné komunikace - GCC pro zkoumané skupiny, získané z dotazníku CCC_2. Výsledky nám ukázaly, že děti s typickým jazykovým a řečovým vývojem (TV) byly rodiči hodnoceny významně lépe (dosáhly v průměru 76,67 bodů) než děti z klinických skupin. Výkony dětí ze skupiny s narušeným vývojem řeči (NVŘ) a dětí z rodin s výskytem dyslexie s vlastním narušeným vývojem řeči (RR_NVŘ) jsou v průměru pod kritickou hodnotou pro diagnostiku NVŘ - 55 bodů. Děti z NVŘ skupiny dosáhly v průměru 54,94 bodů a děti RR_NVŘ - 54,27 bodů.

Z hlediska výskytu rizika pro dyslexii jsou zajímavá hodnocení dětí z ostatních klinických skupin. Podobnost v hodnocení vidíme především u dětí z rodin s výskytem dyslexie s typickým jazykovým a řečovým vývojem (RR_TV - 62,2 bodů) a u dětí s pouze dyslalickými chybami ve výslovnosti (dyslálie - 62,17 bodů). Skóre 58,57 bodů dosáhly děti ze skupiny s nepotvrzeným podezřením na vývojovou dysfázii, (NVŘ)_TV. Byly to děti, jejichž komunikační schopnosti rodiče považují za rizikové, ale v našich jazykových testech se riziko neprokázalo. Svědčí to o tom, že přestože tyto děti nesplňují experimentální kritéria pro stanovení diagnózy NVŘ, v očích rodičů se pohybují stále blízko kritické hranici, která signalizuje možné riziko vzniku dyslexie.

Graf 1 Průměrné hodnoty kompozitního skóre GCC v dotazníku CCC-2.



Analýzou dat z dotazníku SDQ jsme zjistili, že na rozdíl od skupiny dětí s typickým jazykovým a řečovým vývojem, které v průměru skórovaly v SDQ v pásmu normy byl u všech klinických skupin dětí zjištěn častější výskyt skóre v pásmu hraničních či abnormních výkonů. Zjištěná data poukazují na fakt, že u dětí z klinických skupin se častěji vyskytují přidružené deficity v chování. Zjistili jsme, že u dětí, které jsou nositely jednoho rizikového faktoru pro vývoj dyslexie (děti ze skupiny NVŘ, N = 51) se dokonce až ve 41 % případů vyskytují přidružené obtíže v chování. Podrobná studie profilů výkonů těchto dětí zjistila, že nejčastější deficity se u nich vyskytovaly v oblasti hyperaktivity a nepozornosti. Hyperaktivita se na druhém místě vyskytovala nejčastěji u dětí s nepotvrzeným podezřením na vývojovou dysfázii a u dětí s dyslalickými obtížemi (v obou případech u 13,9%). To svědčí o tom, že tyto děti mohou mít osvojování gramotnostních dovedností komplikováno jinými deficity než jazykovými. U dětí z rodin s výskytem dyslexie, které mají typický řečový vývoj, RR_TV, se hyperaktivita vyskytovala u 11% případů a u rodin

s dyslexií při NVŘ dětí, RR_NVŘ, to bylo pouze u 6,9% případů. Výskyt hyperaktivity byl u dětí s typickým vývojem referován jen u 4,6% respondentů z celkového počtu 52 dětí.

Závěry

Z dat získaných v dotazníku komunikačních dovedností dítěte CCC_2 a dotazníkem přednostní a nedostatků dítěte SDQ vyplývá, že u dětí z klinických skupin, tj. u dětí s narušeným vývojem řeči, dále u dětí dyslektických rodičů, které nemají narušený vývoj řeči a taktéž u dětí dyslektických rodičů, které mají narušený vývoj řeči, u dětí s dyslálií a též u dětí, jejichž rodiče vyslovili obavy o vývoj jejich komunikačnćhch schopností, ale u kterých jsme nepotvrdili vývojovou dysfázi, se i v pohledu rodičů potvrdil výskyt takových výkonů v komunikačních dovednostech i v přidružených behaviorálních projevech, které představují potenciální riziko pro pozdější vznik dyslexie. Bylo zjištěno, že rodiče poskytují o komunikaci i o chování svých dětí validní informace, které při doplnění klinickým vyšetřením vytvářejí komplexní obraz o faktorech rizikového vývoje dětí předškolního věku.

POUŽITÁ LITERATÚRA

BISHOP, D. V. M.. (2003). CCC-2. The Children´s Communication Checklist. The Psychological Corporation.

GOODMAN, R. (1993). SDQ. The Strengths and Difficulties Questionnaire. Youthinmind.

GOOCH,D., NASH, H., SNOWLING, M., HULME, CH. (2010). Executive function and motor skills in pre-school children at risk of dyslexia. SSSR, Berlín.

HULME, CH., SNOWLING, M. (2009). Developmental disorders of language learning and cognition. London, Wiley-Blackwell.

LYON, G. R., SHAYWITZ, S. E., SHAYWITZ, B. A. (2003). A definition of dyslexia. Annals of Dyslexia, 53, pp. 1-14.

SCARBOROUGH, H. S. (1999). Very early language deficits in dyslexic children. Child Development, 61 (6), pp. 1728-1743.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Východiská liečebnopedagogickej terapie a jej miesto vo výchove

Marta HORŇÁKOVÁ
Katedra liečebnej pedagogiky,
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

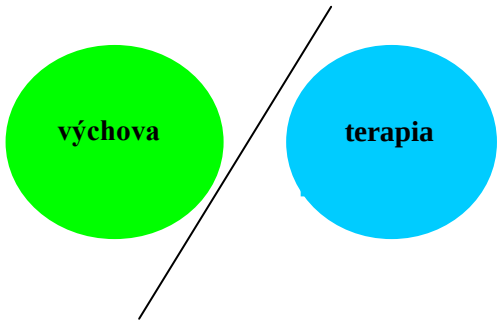
ABSTRAKT
V liečebnej pedagogike ide o integráciu výchovného a terapeutického úsilia. Príspevok je zameraný na pojem terapia v kontexte podpory zdravia, habilitácie, rehabilitácie, podpory vnímania, životných zručností a kvality života v kontexte výchovy a pedagogiky.

Pri súčasnom zameraní pedagogiky na školskú oblasť je namieste zdôrazniť, že pod výchovou rozumieme pomoc a podporu človeku pri jeho rozvoji a sebaaktualizácii smerom k osobnostne zrelej, prosociálnej a tvorivej bytosti. Vzdelávanie, sociálna starostlivosť a výchova, sú tri aspekty komplexného procesu. Výchove sa spravidla dostáva najmenej vážnosti a pozornosti. Ani na odborných podujatiach nie je preferovanou témou. Kvalitných a dlhodobých výskumov sa v tejto oblasti robí málo. Hovoriť o výchove v rovine „malo by sa“, alebo pomenovávanie chýb a problémov je nielen neefektívne ale aj únavné a deptajúce. Často tvrdenia o kríze a zlyhaní výchovy sa opierajú o skutočnosť, že vzory, ktoré sa predkladajú mladej generácii, nemajú osvojené ani dospelí. Sú však aj inšpirujúce príklady a podnety, ktoré sú výzvou aj povzbudením.

Azda nikdy nebolo toľko poradenských príručiek na tému ako správne vychovávať a ani tak veľa rôznych teórií a terapií. Ich využívanie komplikuje skutočnosť, že žiadna z nich nie je univerzálna. Človek vo svojej životnej a výchovnej situácii, so svojimi danosťami a možnosťami je vždy neopakovateľne jedinečný.

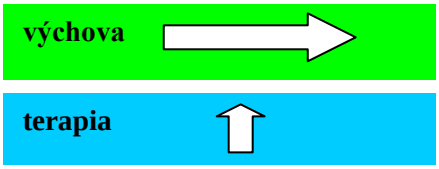
V kontexte výchovy a liečebnopedagogickej terapie vzniká ešte viac nedorozumení, lebo tu sa stretáva medicínsky koncept so sociálnym a pedagogickým. V praxi sa stretávame sa s viacerými modelmi vzťahu výchovy a terapie:

1) Výchova a terapia sa chápu striktne oddelene ako dva nesúvisiace procesy



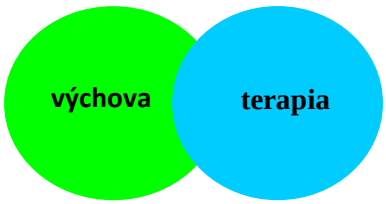
Popis:
chýba komunikácia, nevymieňajú sa informácie ani v prípade vyhrotenej situácie, existuje mnohé tabu.

2) Výchova a terapia ako samostatné a súbežné procesy



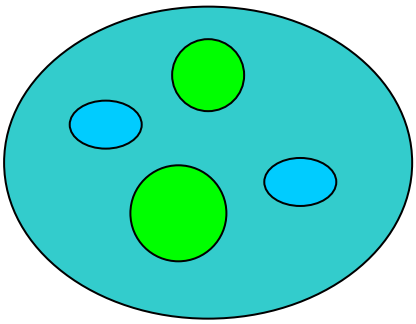
Popis:
nízka informovanosť, chýba spolupráca,
opatrenia môžu byť rozporuplné, málo efektívne

3) Výchova a terapia sa čiastočne prelínajú



Popis:
terapeutické intervencie sú integrované čiastočne do výchovy, existuje aj spolupráca, je dobrá komunikácia, hrozí „terapeutizovanie výchovy“ ak sa techniky používajú nekvalifikovane

4) Terapia je integrovaná do výchovy a tvorí s ňou jeden celok



Popis:
výchova je vedená v súlade s terapeutickými cieľmi, intervencie sú integrované, pružné, aktuálne tu a teraz, je dobrá komunikácia a spolupráca i s odborníkmi, ktorí sa podieľajú na starostlivosti

Samozrejme, závisí aj od povahy problému. Nie všetko sa dá riešiť v bežných výchovných skupinách a prostrediach. Posledný model má ale nesporne výhody. Dieťa nemusí dochádzať za pomocou, profitujú z nej aj ostatné deti – rozširujú sa ich skúsenosti, získavajú informácie, učia sa empatii, kreatívnosti, cvičia sa v sociálnych zručnostiach.

Integrovanie terapie do výchovy a naopak znamená také intervencie (vzťahy, skúsenosti, modely konania, situácie, možnosti), ktoré mobilizujú sily jednotlivcov, posilňujú ich mechanizmy zvládania a podporujú procesy uzdravovania. Striktné oddelenie výchovy a terapie už nie je možné. Podobne Smeyers, Smith a Standish (2007, s. 1, s. 4) nerobia deliacu čiaru medzi výchovou a terapiou keď tvrdia, že terapia je spojená s progresívnymi konceptmi edukácie. Nejde o „terapeutizovanie edukačných procesov v zmysle patologizovania vývinu a osobnosti dieťaťa“, ale o hľadanie možností ako obmedziť dopad negatívnych okolností a podporiť to, čo je zdravé.

Vysokoškolská pedagogička Budniková (2001 s.77- 91), ktorá pôsobí na univerzite v Halle a zaoberá sa poruchami správania, sa v kontexte poskytovania pomoci deťom v školách zamerala na možnosti využitia logoterapie. Opiera sa aj o práce Lotza (Liečebnopedagogické cvičenia ako hľadanie zmyslu, 1993) a Lukasovej (Logoterapie ve výchově, 1997), ktorí v kontexte liečebnej pedagogiky a výchovy zdôraznili potrebu hľadania zmyslu v situácii utrpenia, porozumenie a prijatie svojho „životného priestoru" a jeho napĺňanie hodnotami. Zamýšľa sa nad využitím paradoxnej intencie pri tréningu schopnosti zaujať odstup odľahčiť humorom záťažovú situáciu.. Dereflexia zase posilňuje schopnosť sebatranscendencie a môže pomôcť v situácii, kedy sa deti cítia byť obeťou a sú príliš precitlivené a pasívne. Cvičenie v citlivosti na vnímanie momentálnej skutočnosti pomáha uvedomovať si svoj problém a nachádzať riešenia. Uvádza ďalších autorov (Kurz, 1991, Böschemeyer, 1988), ktorí pracovali s týmito metódami pomocou príbehov, hier a učili „žiť svoj život". (Budnik, 2001, s 126) Táto kniha približuje aj iné skúsenosti a príklady:

V 80. rokoch vnikol **Gilliganovej koncept** „**caring community**" postavený na troch morálnych rovinách: etika účasti (starostlivosti), pomoc slabším a striedavý vzťah medzi inými a sebou samým. Za vzťahy boli zodpovedné obe strany. Formovanie vzťahov považovala za prvok morálnej výchovy. Aby „mohol byť človek zodpovedný za seba, musí mať jasno v tom, čo má robiť. Úlohou pedagóga bolo vytvoriť podmienky, aby žiak mohol bez strachu naplniť svoju potrebu po uznaní, vrelosti, úcte, zodpovednosti."

Model terapeutického prostredia podľa Redla (výchovné zariadenie v Detroite v 40. rokoch) bol uplatnený aj v psychiatrickom zariadení pre deti. Išlo o vytvorenie prostredia bez „jedu" (don´t put poison in their soup) a vylúčenie škodlivých vplyvov. Základom bolo uspokojenie bazálnych potrieb, prispôsobenie požiadaviek vývinovému obdobiu, pružnosť v prispôsobení okolnosti tak, aby chorobné správanie stratilo opodstatnenie.

Tiež rešpektovanie iných pomáhajúcich opatrení, systémovosť, tímovosť a poskytovanie pomoci v každodenných situáciách.

Model vývinovej terapie podľa Wooda a Bergsonovej (podľa Budnik, 2001, s. 85-91) prebiehal v Essene jedno desaťročie v 70. rokoch "na celej škole. Vychádzal zo štyroch zásad:

1. **normalita verzus narušenosť;** primerané i problémové formy správania sú veľmi individuálne poprepájané a spočiatku je ťažko identifikovať, o čo ide. Dôležité je pomenovať najprv to, čo sa javí byť v poriadku a na tom postaviť intervenciu;
2. **vývin sa deje v sekvenciách;** osobnostný, sociálny vývin prebieha postupne a v sekvenciách, tento proces je individuálny ale predvídateľný, ponuka vychádza z vývinových potrieb,.
3. **radosť a úspech**; zrelšie a vývinovo primerané správanie prináša radosť a spokojnosť. Prostredie školy musí sprostredkovať dieťaťu túto skúsenosť;

4. **relevantné skúsenosti;** učenie a vývin sú možné, keď dieťa vníma svoje skúsenosti ako zmysluplné v kontexte svojich záujmov a života v spoločnosti. Dôležité je prepojenie školy s realitou života.

Projekt viedol k výraznému progresu u detí a bol veľmi úspešný. Išlo tu o integrovanie liečebnopedagogických terapeutických ponúk do vzdelávacieho procesu.
Pritom je zmysluplné a dôležité tiež zdôrazniť aj emancipačný aspekt, kde **ide o podporu sebaurčenia a sebauplatnenia –** výhodou je, že samotná pomoc (cvičenia, programy) sa poskytujú v reálnych životných situáciách, v prostredí dieťaťa a majú priamy dopad na zlepšenie kvality jeho života. Dôležité je prijímanie všetkých daností – ikluzívna klíma, kde sa odlišnosti dáva pozitívny význam a úcta je samozrejmosťou .

Význam úcty a prijatia potvrdzujú aj výsledky výskumu mozgu. Rozvoj mozgovej činnosti je značne závislý na sociálnom prostredí. Speck (2008) hovorí o mozgu ako o sociálnom orgáne. Sociálna opora a bezpečné zázemie dodáva odvahu pre konfrontáciu s novými úlohami a aktivitu.

Výskumy mozgu pomáhajú lepšie pochopiť tieto procesy. Speck (2008, s. 138) uvádza, že to, čo voláme dialógom, umožňujú tzv. "zrkadliace neuróny" /Speigelneurone/, nervové bunky, ktoré umožňujú reagovať na to, čo robia iní, cítiť a myslieť. Umožňujú intuitívne a spontánne pochopenie iných, ich pohybov, výrokov, prežívania. Aktivujú v mozgu pozorované modely správania, ktoré potom môže dieťa napodobňovať, predvídať, rozvíjať... Ak sa to, čo je dané geneticky a na základe schopností nevyužíva v aktivitách, teda nie je neuronálne budované, stráca sa. Terapeutická intervencia vo forme cvičení v prijímajúcom prostredí môže zachrániť neuróny a podporiť tvorbu nových spojení. Odmietanie sociálnej náklonnosti vedie nielen k psychickým, ale aj k somatickým ochoreniam. Systematické vystavovanie násiliu aj v miernej forme (mobingu) môže viest k ťažkým poruchám zdravia (Speck, 2008, s. 140).

Pomoc znamená **podporu individuálnych daností** na základe pochopenia človeka; neexistuje univerzálna metóda pomoci, vždy je potrebné hľadať formy pomoci v kontexte životnej reality a dovtedajších skúsenosti a daností jednotlivca. Poznať iného možno len čiastočne. V praxi to znamená potrebu byť stále otvorený novému poznaniu, vychádzať z možností (nie z obmedzení), a vnímať dieťa v dynamike jeho vývinu. Znamená zo aj nutnosť pracovať s kategóriami psychológie zmyslu ako sú nádej, hodnoty, dôvera v možnosti zmeny a potenciál (aj tam kde je nízky), a vytvárať situácie, kde má dieťa možnosť zvládnuť pri nasadení úsilia rôzne úlohy, ako aj radosť zo svojej aktivity a vzťahov.
Podľa Utza (2006) je najlepšou cestou **identifikovať aké úspešné stratégie dieťa používa v interakcii a podporovať ich** – rozširovať, obmeňovať, aby získalo, čo najviac skúseností a dôverovalo svojim schopnostiam. Treba mu umožniť, aby si našlo podnety vo svojom okolí, ktoré práve potrebuje. Preto je nevyhnutné **v úcte rešpektovať dieťa s jeho možnosťami**

i obmedzeniami. Tie netreba brať ako negatíva, ale ako jedinečné možnosti pre rast niečoho iného.

Tiež je dôležité **vytvorenie rámca pre rozhodovanie a smerovanie**. Z výchovného hľadiska to znamená poskytovať jasnú hodnotovú orientáciu, príklad. Pomáha pravidelnosť, rituály, oslavy, spoločné plánovanie aktivít a vťahovanie dieťaťa do diania v okolí. Dieťa musí skúsiť, že ak sa o niečo snaží, môže zmeniť aspoň niečo vo svojom okolí k dobrému.

Modely životných skúseností, ktoré sú úspešné, podporujú stabilitu. Spoločné objavovanie úspešných stratégií, presvedčenie, že aj neúspech je cesta k úspechu, podporujú aktivitu a orientáciu na zvládanie.

Dobrá výchova môže urobiť terapiu neaktuálnou, ale terapia v sťažených životných situáciách pridáva výchove na aktuálnosti a otvára nové možnosti pre dozrievanie a pozitívne zmeny.

POUŽITÁ LITERATÚRA

BUDNIK, I. (2001). *Loghotherapie und Existenzanalyse in der schulischen Erziehungshilfe*. Bad Heilbrunn : Klinkhardt, 195s.

ESSAU, C. (2003). *Angst bei Kindern und Jugendlichen*. München Basel: Ernst Reinhardt Verl.

HAEBERLIN, U.(1985). *Allgemeine Heilpädagogik*. In: Einführung in die Heilpädagogik. Band. 1, Freiburg: HPI.

HILLEBRANDT, C. (1999). *Didaktik bei Unterichts- und Verhaltensstörungen*. München : Ernst Reinhardt Verlag.

HORŇÁKOVÁ, M. (2007). *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava. OZ Sociálna práca.

KEBZA, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.

LORENZ, R. (2004). *Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. München – Basel Reinhardt.

LUKASOVÁ, E. (1997). *Logoterapie ve výchově*. Praha : Portál, 207 s.

LOTZ, D. (1993). Heilpädagogische Übungshandlungen auf der Suche nach Sinn. Bielefeld : Kleine Verlag.

MEHRINGER, A. (1979). *Eine kleine Heilpädagogik*. 6. bearb. Aufl. München: Reinhardt.

ONDRÁČEK, P. (2003). *Františku, přestaň koněčne zlobit, nebo…*Praha : ISV nakladateľstvo.

PORTERFIELDOVÁ, K. M. (1997). *Jak se vyrovnat s následky traumatu*. Praha: NLN.

SMEYERS, P., SMITH, R., STADISCH, P. (2007). *The Therapy of Education*. New York : Palgrave Macmillan.

UTZ, H.E. (2006). *Zur Aktualität der Neurowissenschaften: Zwischen Machbarkeitsglauben,gediegener Aufklärung und der Fundierung bewärter heilpädagogischer Prinzipien.* Heilpädagogik.de, 4, pp. 3 –11.

UTZ, H.E. (2006). *Zur Aktualität der Neurowissenschaften: Zwischen Machbarkeitsglauben, gediegener Aufklärung und der Fundierung bewärter heilpädagogischer Prinzipien.* Heilpädagogik.de, 3, pp. 3-9; 4, pp. 3 –9.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Výchovná dimenzia terapie - terapeutická dimenzia výchovy v kontexte podpory rozvoja osobnosti dieťaťa

Pavol JANOŠKO
Katedra pedagogických štúdií
Pedagogická fakulta TU v Trnave

ABSTRAKT
Príspevok sa zameriava na proces výchovy a terapie v kontexte podpory rozvoja osobnosti dieťaťa. Možno hovoriť o dvoch paralelne idúcich líniách, vzájomne sa odďaľujúcich, zbližujúcich či prienikujúcich. V procese edukácie ide o konkrétne a systematické pôsobenie na žiaka smerujúce k čo možno najvyššiemu rozvoju jeho osobnosti so snahou naplnenia stanovených edukačných cieľov. Podobnou systematickosťou a zacielenosťou je možné charakterizovať aj terapeutickú intervenciu, ktorej cieľom je najmä podpora vnútorných zdrojov človeka nachádzajúceho sa v ťažkej životnej situácií.

Osobnosť dieťaťa v kontexte výchovy

Pre optimálny vývin osobnosti každého jednotlivca je potrebná úplná, čiže čo najkomplexnejšiu podpora a stimulácia počas celého obdobia života. Kvalitný pedagóg profesionál v edukácií by mal disponovať širokou škálou odborných kompetencií, medzi ktoré je potrebné zaradiť aj schopnosť rozumieť stálym charakteristikám osobnosti žiaka[1], diagnostikovať a predikovať jednotlivé prekážky jej rozvoja, ako aj schopnosť nachádzať vhodné spôsoby podpory dieťaťa.

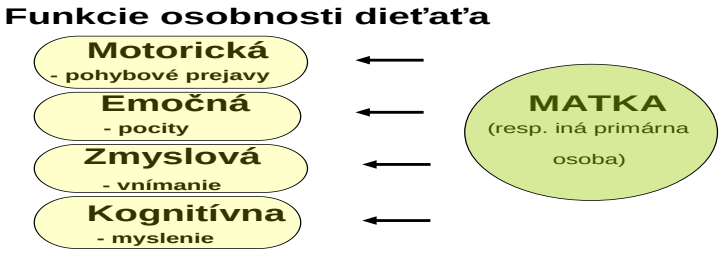
Osobnosť dieťaťa má multidimenzionálny charakter. Pre osobnosť ako systém je typické, že „*každá časť je vo vzťahu s inými časťami takým spôsobom, že zmena jednej vyvolá zmenu všetkých ostatných*“ (V. Satirová, Baldwinová, 1983). Akékoľvek obmedzenie niektorej z jej vlastností alebo funkcií vedie k celkovej disharmónií a spomaleniu, až narušeniu optimálneho vývinu osobnosti, ktorý je „*daný individuálne variabilnou dispozičnou zložkou a komplexom najrôznejších vonkajších vplyvov a situácií, ktoré prispievajú k vzniku určitej skúsenosti*“ (M. Vágnerová, 2004, s. 29).

Význam rodiny pre optimálny vývin dieťaťa

Rodina je prvým miestom, kde sa prostredníctvom komunikácie, kontaktu a vzťahu s rodičmi začína výchovné pôsobenie orientované na rozvoj osobnosti dieťaťa. To má už od narodenia všetky zdroje, „*vybavenie pre ďalší vývin*“ (Horňáková, 2010, s. 33), ktoré je

[1] M. Zelina (2004, s. 16) definuje osobnosť ako *„systém regulujúci vzťahy človek – svet*“, pričom „*štruktúra osobnosti vyjadruje relatívne stále charakteristiky systému osobnosti*“, akými sú napr.: psychické procesy, funkcie a vlastnosti (ibid., s. 17). Podobne M. Vágnerová (2004) popisuje osobnosť človeka ako „*integrovaný celok, ktorý je individuálne typický a vo svojich charakteristických rysoch i relatívne stabilný*“ (ibid., s. 511).

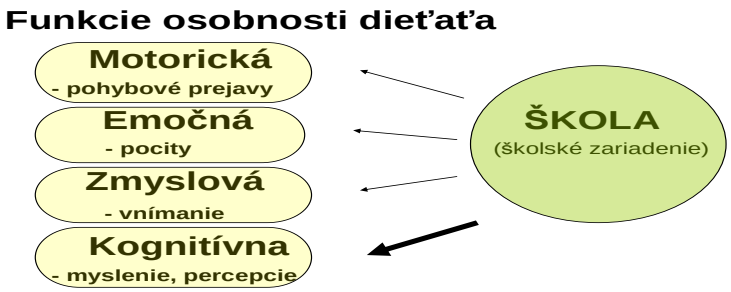
potrebné a nevyhnutné vhodným spôsobom stimulovať a samotné dieťa viesť k schopnosti účinne zaobchádzať so svojimi zdrojmi. Rodičia nie sú považovaní za profesionálov vo výchove alebo terapii (pokiaľ nedisponujú pedagogickým, či terapeutickým vzdelaním); nie sú odborníkmi, ktorí by mohli podrobne poznať jednotlivé zákonitosti osobnostného vývinu dieťaťa. Napriek tomu väčšina z nich dokáže už od počatia dobre rozpoznávať potreby svojho dieťaťa a komplexnou mierou podnecovať aj jednotlivé funkcie jeho osobnosti: motorickú (pohybové prejavy), emočnú (pocity), zmyslovú (vnímanie), kognitívnu (myslenie) - Obr.1). Sprievodnými faktormi procesu tohto pôsobenia sú prijatie, podpora, bezpečie atď.



Obr. 1: Pôsobenie matky (resp. inej primárnej osoby) na jednotlivé funkcie osobnosti dieťaťa

Rodina verzus škola

Deti z rodinného prostredia prichádzajú do materskej školy a neskôr základnej školy, kde výchovné a podporujúce pôsobenie pokračuje. Ich adaptácia na toto nové prostredie patrí často k zložitým (až krízovým) obdobiam v živote rodiny, ale vo väčšine prípadov je úspešne zvládnutá. Deti sú ďalej vychovávané odborníčkami a odborníkmi v edukácií a okolitý svet spoznávajú najskôr prostredníctvom hry a „*hravého interaktívneho podnecovania*“ (P. Mitašíková, 2010, s.101), ktoré je už dlhšiu dobu súčasťou ich života a do školského prostredia už vchádzajú s potrebou takéhoto podnecovania. S pribúdajúcim vekom však s hrou súvisiace rozvíjanie kreativity ustupuje do úzadia a dochádza naopak k čoraz väčšiemu zameraniu na stimulovanie kognitívnych funkcií osobnosti. Systematická a komplexná výchova, čiže „*zámerné, cieľavedomé pôsobenie, ktoré je zamerané na všestranné formovanie osobnosti vychovávaného jedinca*“ (B. Šmahelová, 2007, s. 20) sa akoby začína zužovať a prestáva sa v plnej/dostatočnej miere praktizovať. Potreba podpory jednotlivých zložiek osobnosti sa vynára často len v prípade, že sa v kontexte edukačnej reality vynorí určitý výchovný problém. Naopak čoraz viac sa výchova obmedzuje na vzdelávanie, ako „*proces zámerného a organizovaného osvojovania poznatkov, schopností, postojov atď., typicky realizovaný prostredníctvom školského vyučovania*“ (J. Průcha, 2000, s. 15 podľa B. Šmahelová, 2007, s. 20) (Obr. 2).



Obr. 2: Zvyšovaný dôraz školy na stimuláciu kognitívnych funkcií osobnosti dieťaťa.

Výchova verzus terapia v praxi

Odborníci v pomáhajúcich profesiách sa zhodujú na tom, že významnou zložkou terapeutického procesu je pre(výchova)/edukácia klienta a naopak učenie, predovšetkým učenie zážitkom, skrýva vo svojom jadre terapeutický potenciál. Tieto podporné oblasti sú teda vo svojom vzájomnom vzťahu skôr partnermi, ako protivníkmi a tak by to malo byť aj v kooperácií jednotlivých odborníkov, vykonávajúcich v školskom systéme jednotlivé odborné činnosti. Dôležitou súčasťou výchovy aj terapie sú základné teoretické predpoklady a presvedčenia o ľuďoch a ľudských procesoch. Ak napr. pedagóg alebo terapeut nie sú presvedčení o schopnosti dieťaťa/klienta zvládnuť určitú úlohu a zdolať prekážku vlastnými silami, ťažko ho dokážu optimálnym spôsobom podporiť. Ak si odborník myslí, že správanie dieťaťa je vyjadrením jeho hodnoty a pri jeho negatívnych prejavoch ho považuje za zlého, nenapraviteľného a pod., nielen že bude pravdepodobne opakovane zažívať veľa sklamaní, ale utrpí tým aj samotný kontakt a vzťah medzi ním a dieťaťom.

Existuje niekoľko spoločných cieľov terapie a výchovy, akými sú napr.:

- snaha o zmenu na úrovni zvládania (coping) životných situácií, napr. schopnosť zvládať záťažové situácie/stres, schopnosť orientovať sa v zložitých životných situáciách,
- komplexný prístup k jednotlivým zložkám osobnosti,
- zážitkové učenie a upevňovanie dosiahnutých zmien prostredníctvom zážitku,
- podpora pozitívnych zdrojov klienta, napr. zodpovednosti, schopnosti správne sa rozhodovať atď.
- prepájanie intrapsychickým a interpersonálnych procesov,
- podpora schopnosti žiť zmysluplný život, prekážky vnímať ako výzvy a pod.

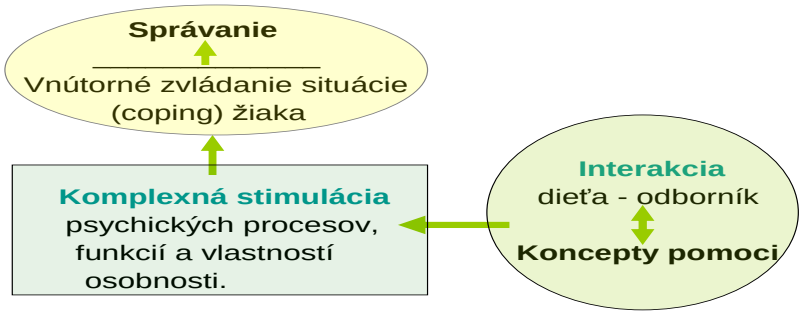
Deti sú v školskom prostredí vystavené vysokej miere tlaku, pretože sa od nich veľa očakáva a málo rešpektuje ich rôznorodosť. Často nie sú napĺňané ich základné potreby a zlyháva aj individuálny prístup. To vedie u detí často k únikovým reakciám, negatívnym

komunikačným pozíciám a môže spôsobovať napr. ťažkosti v učení, pozornosti a koncentrácii, správaní. Deti sa často v školách cítia neakceptované, až osamotené a s pocitom, že im učitelia nerozumejú. Za jednu z možných príčin považujeme práve zameranie učiteľa na výkon a na vonkajšie prejavy dieťaťa v rovine správania. Nevenuje sa dostatočný priestor na pátranie po príčinách vyvolávajúcich špecifické poruchy učenia a správania. Jednou zo základných úloh súčasnej pedagogiky je na základe rešpektovania špecifických vlastností a funkcií osobnosti vytvárať adekvátne možnosti pre podporu jej potenciálu.

Liečebnopedagogická intervencia

Napredovanie ľudí ako sociálnych bytostí je úzko spojené so sociálnymi interakciami. Učíme sa a rastieme na základe vzťahov s inými ľuďmi. Ak sú tieto vzťahy nejasné, neisté alebo inak narušené, strácame tým pevnú pôdu pod nohami a motiváciu. Aj svoje možnosti potom vnímame ako nejasné, obmedzené a svet pre nás prestáva byť bezpečným miestom. Podľa Horňákovej (2003, s. 43) má „*interakcia podporiť identitu a integritu indivídua - t.j. jeho schopnosť orientovať sa, rozumieť sebe a svojmu prostrediu, prežívať zmysluplnosť svojho bytia, byť rezistentný voči záťaži, prijímať adekvátny hodnotový systém a vzťahy*“.

Úlohou odborníkov je pomocou liečebno-pedagogických konceptov a účinnej interakcie podporiť dieťa v nadobudnutí vnútornej rovnováhy, pričom terapeutické pôsobenie má byť čo najkomplexnejšie, tak interdisciplinárne ako aj systémové, pričom „*každé dieťa je pre liečebného pedagóga novou, rozsiahlou, zaujímavou a často aj ťažkou výchovnou úlohou*“ (F. Klein, F. Meinertz, R. Kausen, 2009, s. 129). Takáto intervencia vedie k pozitívnym zmenám jednotlivých zložiek osobnosti a podpore adaptačných mechanizmov vedúcich k požadovanej zmene na úrovni postojov a správania (Obr. 3).



Obr. 3: Podpora osobnosti dieťaťa odborníkom

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Záver

Škola je životným priestorom dieťaťa v ktorom získava viac, ako len určité vedomosti. Je špecifickým miestom, v ktorom sa dieťa postupne stáva stabilnou osobnosťou, schopnou prostredníctvom nadobudnutej dôvery a istoty (vnútornej sily) čeliť náročným životným situáciám, ktorým je mimo denne vystavený.

Hovorí sa, že práca v pomáhajúcich profesiách je službou. Väčšina odborných pracovníkov si toto povolanie nevyberá pre sľubný zárobok, ani kariéru. V popredí je skôr ochota a chuť pracovať s deťmi/ľuďmi a pozitívnym spôsobom vplývať na ich osobnostný rozvoj. To sa uskutočňuje pomocou bezprostredného pôsobenia na celkový psychický, somatický a duševný stav dieťaťa. Ten, kto podceňuje tieto profesie si význam a hodnotu a náročnosť takéhoto pôsobenia pravdepodobne v dostatočnej miere neuvedomuje.

POUŽITÁ LITERATÚRA

HORŇÁKOVÁ, M. (2003). *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie.* Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 144 s.

HORŇÁKOVÁ, M. (Ed.) (2010). *Včasná intervencia orientovaná na rodinu.* Bratislava: Univerzita Komenského, 260 s.

KLEIN, F., MEINERTZ, F., KAUSEN, R.(2009). *Liečebná pedagogika*. Bratislava: Sapientia, 277 s.

PRŮCHA, J. (2006). *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. Praha : Portál, 272 s.

SATIR, V., BANMEN, J., GERBERM, J. & GOMORI, M. (1991). *The Satir Model: Family Therapy and Beyond*. Palo Alto, CA : Science &behavior Books, Inc.

ŠMAHELOVÁ, B. (2007). Pedagogika ako vedecká disciplína. In SVOBODOVÁ, J., ŠMAHELOVÁ, B. 2007. *Kapitoly z obecné pedagogiky*. Brno: MSD, 140 s.

VÁGNEROVÁ, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhajíci profese*. Praha: Portál, 872 s.

ZELINA, M. (2004). *Teórie výchovy alebo hľadanie dobra*. Bratislava: SPN.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Liečebná pedagogika v procese liečby závislosti

Erika KOVÁCSOVÁ
Centrum pre liečbu drogových závislostí,
Hraničná ul., Bratislava

ABSTRAKT
V liečebnej pedagogike ide o integráciu výchovného a terapeutického úsilia (Horňáková, 2003). V procese liečby závislostí od psychoaktívnych látok realizuje liečebný pedagóg svoju intervenciu ako: liečebnopedagogické poradenstvo, liečebnopedagogickú diagnostiku a terapeuticko-výchovné pôsobenie prostredníctvom rôznych terapií, ako je činnostná terapia/ergoterapia, arteterapia, didaktoterapia, dramatoterapia, biblioterapia, muzikoterapia, psychomotorická terapia a terapia hrou.

Problematike závislosti od psychoaktívnych látok sa venuje pomerne veľká pozornosť. Ide o zložitý, multidisciplinárny problém, ktorý si vyžaduje multidisciplinárny prístup. Dôležitá je tímová spolupráca, nakoľko sa touto problematikou nezaoberajú iba lekári a iní zdravotnícki pracovníci, ale aj politici, policajné zložky, právnici, učitelia, psychológovia, liečební pedagógovia, sociálni pracovníci, rodičia, rodiny závislých a ďalší, ktorých sa priamo alebo nepriamo táto problematika týka. Pre každého člena tímu je potrebné a nutné ďalšie vzdelávanie, či už formou špecializačného štúdia, výcvikov, alebo inak.

Častokrát sa zabúda na to, že závislosť postihuje celú rodinu, nie je len chorobou jednotlivca. Zasahuje do rodín na individuálnej, ale aj na komplexnej (systémovej) úrovni. Bez ohľadu na to, či sa jedná o závislosť dieťaťa v rodine, rodiča, partnera, manžela, manželky alebo ktoréhokoľvek iného blízkeho človeka. Je to choroba, ktorá postihuje zákonite celý rodinný systém - partnerský vzťah, vzťahy medzi rodičmi, medzi súrodencami, vzťahy rodiča k ostatným deťom a podobne. Rodinný systém vytvárajú všetci členovia rodiny, a preto akákoľvek zmena u jedného z nich pôsobí nielen na ostatných členov v rodine, ale aj na rodinu ako celok.

Vznikom a vývojom závislosti v rodine nastávajú zmeny v partnerskom vzťahu, vo vzťahu medzi rodičmi, medzi súrodencami, mení sa tak isto aj vzťah rodičov k ostatným deťom, ktoré nemajú problémy so závislosťou od psychoaktínych látok a pod. Meniaca sa osobnosť člena rodiny so závislosťou ovplyvňuje celý chod domácnosti i duševných stavov ostatných členov rodiny. Členovia rodiny, v ktorej žije jedinec so závislosťou, sa častokrát stávajú spoluzávislými. Dokonca aj uzdravujúci sa členovia rodiny so závislosťou od psychoaktívnych látok počas liečby zistili, že boli spoluzávislí ešte dlho predtým, než sa stali sami závislými. Aj tento fakt som ilustrovala v liečebnopedagogickej kazuistike, ktorá odznela v závere mojej prednášky.

Rodina je významným prostredím výchovy. Rodičia sú považovaní za prvých a hlavných vychovávateľov svojich detí. Plnenie výchovných funkcií rodiny predpokladá určité podmienky a nekončí sa dosiahnutím dospelosti. Napriek tomu, že neexistuje návod na správnu výchovu, musí sa uskutočňovať premyslene a cieľavedome.

Východiskom pre konanie dieťaťa sa stáva správanie rodičov. Ním je možné docieliť, aby dieťa bolo čestné, pravdovravné, malo úctu k iným ľuďom, vedelo rozlíšiť dobro od zla a pod. Treba však brať do úvahy, že vplyv na dieťa v rodine má aj to, keď sa stretáva napríklad s nemorálnym správaním a konaním samotných rodičov, s ich závislosťou od psychoaktívnych látok, atď.

Rodina hrá dôležitú úlohu v prevencii, v liečbe a v doliečovacom procese závislosti. Preto práca s človekom, ktorý je závislý, by mala vždy zahŕňať prácu s rodinou. Neraz sa však pozornosť zameriava len na problém jediného člena celého systému, a to člena so závislosťou (identifikovaný pacient). Ostatní zostávajú bokom.

Pre závislého nie je vôbec jednoduché rozhodnúť sa k zmene vlastného života. Ani pre príbuzného (spoluzávislého) nie je ľahké zistiť, že hoci nevedome a nechtiac, napriek tomu podporoval závislosť blízkej osoby.

Postavenie človeka v každej starostlivosti, tak aj v liečebnopedagogickej závisí od toho, kým je pre nás človek (Pružinová, 2003). Keď každého človeka považujeme za Božie stvorenie, ktoré Boh stvoril na svoj obraz a podobu, povolal k účasti na svojom živote, potom je zrejmé, že človek musí byť v strede každej starostlivosti, ktorá sa ho týka, teda i liečebnopedagogickej (ibid.).

V liečebnej pedagogike neide len o jednotlivé funkcie a schopnosti človeka, ale komplexne o človeka v jeho životnej situácii. Predmetom záujmu je človek s jeho problémami a možnosťami v procese rastu a dozrievania, nie jeho problémy samotné.

V liečebnej pedagogike ide o integráciu výchovného- a terapeutického úsilia (Horňáková, 2003). V centre výchova aj terapia stojí jedinec. Podľa Živného (2008) je výchova aj terapiou a terapia aj výchovou. V oboch rolách (terapeut, učiteľ), ako aj v rámci oboch vzťahoch (terapeutický, edukačný) uvažujeme o hraniciach, pravidlách, vzájomnej úcte, dohode o spolupráci (terapeutickej dohode), zrozumiteľnosti, etických princípoch (Živný, 2008), ale aj o možných rizikách alebo možnostiach.

Všeobecné úlohy liečebnej pedagogiky formuloval Speck (1991, In Horňáková, 2003) nasledovne: prevencia (všeobecná, selektívna, indikovaná), liečebná výchova, sociálna integrácia, normalizácia, poradenstvo a sprevádzanie.

Liečebný pedagóg, ako člen tímu, ktorí sa podieľa na práci s ľuďmi so závislosťou od psychoaktívnych látok, zohráva dôležitú úlohu nielen v prevencii a v liečbe závislosti, ale aj v doliečovacom procese. Svoju intervenciu realizuje ako:

- liečebnopedagogické poradenstvo,
- liečebnopedagogickú diagnostiku,

• terapeuticko-výchovné pôsobenie prostredníctvom rôznych terapií, ako je: didaktoterapia, arteterapia, činnostná terapia/ergoterapia, dramatoterapia, biblioterapia, muzikoterapia, psychomotorická terapia a terapia hrou.

Všetky vymenované intervencie sú v procese liečby osôb so závislosťami vhodné, je však potrebné zohľadniť fyzický a psychický stav pacienta. Určite je rozdiel v intervenciách pred vstupom do liečby, v ústavnej liečbe - v detoxifikačnej liečbe a v strednodobej liečbe, alebo v doliečovacom procese.

V závere prednášky odznela liečebnopedagogická kazuistika s názvom „Cesta k sebaprijatiu“, ktorá je k dispozícii v špecializačnej práce autorky: „Závislosť od psychoaktívnych látok v rodine“.

POUŽITÁ LITERATÚRA

HORŇÁKOVÁ, M. (2003). Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie. 1. vyd. Bratislava : Občianske združenie Sociálna práca. 133 s.

KOVÁCSOVÁ, E. (2009). Závislosť od psychoaktívnych látok v rodine [špecializačná práca]. Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. Fakulta zdravotníckych špecializačných štúdií Katedra liečebnej pedagogiky. Bratislava : FZŠŠ SZU.77 s.

PRUŽINOVÁ, T. (2003). Človek v strede liečebnopedagogickej starostlivosti. In MAJZLANOVÁ et al. Človek v centre liečebnopedagogickej starostlivosti. 1.vyd. Bratislava : Humanitas, pp. 11-13.

ŽIVNÝ, H. (2008). Výchova je i terapiou, terapia je i výchovou. Čistý deň, 2, VI, pp.12-13

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Snoezelen terapia a terapia senzorickej integrácie u detí sporuchou autistického spektra

Ivana LIŠTIAKOVÁ
Katedra liečebnej pedagogiky, Pedagogická fakulta UK v Bratislave
Anutistické centrum Andreas, n.o., Bratislava

ABSTRAKT
U detí s poruchou autistického spektra sa vyskytujú rôzne poruchy vnímania, hypo- alebo hypersenzitivita na rozličné podnety, odlišné vnímanie a dysfunkcie v spracovávaní a vyhodnocovaní vnemov a neprimerané reakcie na podnety. Terapeutické miestnosti Snoezelen terapie a pomôcky motivujúce senzorickú integráciu zabezpečujú deťom podnety rôznych kvalít a intenzity. Dieťa sa nachádza v interaktívnom a bezpečnom multisenzorickom prostredí, ktoré okrem potrebných zmyslových podnetov poskytuje aj možnosť relaxácie alebo naopak prebúdza vlastnú aktivitu dieťaťa. Okrem zrakového a sluchového vnímania sa v terapii pracuje aj s povrchovým a hĺbkovým hmatovým vnímaním, impulzmi pre proprioceptívny a vestibulárno-kinestetický systém (informácie zo svalov a šliach, informácie o polohe a pohybe tela). Dieťa má možnosť nasýtiť sa podnetmi, ktoré sú potrebné pre jeho vývin. Autistické centrum Andreas, n.o. vytvorilo pre svojich klientov bielu miestnosť Snoezelen terapie, ktorá slúži predovšetkým na relaxáciu, ale aj desenzibilizáciu a učenie sa. Dobrodružná miestnosť je plná pomôcok, ktoré vzbudzujú pohybovú aktivitu dieťaťa a senzorickú integráciu.

Úvod

Multisenzorické vnímanie považujeme za dôležitú zložku procesu učenia sa, pretože umožňuje informáciu prijať komplexne cez všetky kanály a spracovať je tak, aby z nej človek mohol vyťažiť čo najviac pre svoje konanie. Deti s postihnutím potrebujú prísun stimulov ešte oveľa viac než zdravé deti. Ak mozog funguje zmeneným spôsobom alebo si dieťa nedokáže samo zabezpečiť primeraným spôsobom všetky podnety, ktoré potrebuje pre svoj vývin, musíme mu vytvoriť prostredie, v ktorom sa maximalizujú možnosti pre jeho rast. Poskytujeme pomoc pri orientácii sa v zhluku vnemov, s ktorými napr. deti s poruchou autistického spektra, o ktorých budeme ďalej hovoriť, mávajú často problém.

Vnímanie

Schopnosť organizmu vnímať podnety z vnútorného a vonkajšieho prostredia je základnou podmienkou prežitia. Pre učenie sa a celkovo pre schopnosť efektívne konať, reagovať na výzvy prostredia, je potrebné prepojenie informácií prichádzajúcich z jednotlivých senzorických systémov. Túto súhru podnetov, ktorá sa v mozgu odohráva nazýva Jean Ayres schopnosťou senzorickej integrácie. Dôležitosť však okrem zrakového a sluchového vnímania pripisuje aj taktilnému, vestibulárno-kinestetickému a proprioceptívnemu systému. V terapii senzorickej integrácie, ktorú táto kalifornská ergoterapuetka vyvinula, sa teda dieťaťu ponúkajú aktivity, ktoré podporujú prepojenie

a spracovanie podnetov prichádzajúcich z rôznych senzorických systémov. Podobný proces sa odohráva aj v Snoezelen terapeutickej miestnosti. Multisenzorické prostredie a nedirektívny prístup umožňujú dieťaťu zážitok z vnímania netradičných podnetov. Dôraz kladie aj na čuchové a vibračné vnímanie a vytvára priestor pre bazálnu stimuláciu.

Senzorický systém	**Snoezelen**	**Senzorická integrácia**
vizuálny (zrakový)	svetelné podnety, meniace farbu, pohybujúce sa, odrážajúce sa od zrkadiel	prepojenie zrakovej koordinácie s pohybom
auditívny (sluchový)	relaxačná hudba, zvuky interaktívnych pomôcok, zvuky bublinového valca, vody	zvukový doprovod pri pohybových činnostiach, zvuk pomôcok
taktilný (hmatový)	masáže, vnímanie vlastného tela pri ležaní na matracoch, kontakt s mäkkými materiálmi, chlpaté deky, pierka, taktilné pexeso, dotyková stena	pohybové aktivity v prostredí, kde telo prichádza do tesného kontaktu s materiálmi, kotúľanie sa, hojdanie, dotyk s terapeutom
olfaktorický (čuchový)	aromaterapia	prepojenie vône a zvukov, vône a zrakového podnetu
proprioceptívny (hĺbkový hmat zo svalov, šliach, vnútorných orgánov)	záťažová deka, mäkký vak, vibračné pomôcky, deky, techniky bazálnej stimulácie	všetky aktivity zahŕňajúce pohyb, cítenie tlaku látky hojdačky, na ktorú tlačí váha vlastného tela
vestibulárno-kinestetický (vnímanie polohy a pohybu tela)	hojdačka, ležanie na matracoch, kontrola vlastných pohybov v zrkadle	kužeľ, tunel, valec, hojdačky, trampolína prepojené so sluchovým a zrakovým vnímaním, vykonávaním činnosti so zrakovou kontrolou pri pohybe tela

Zmenené vnímanie u detí s poruchou autistického spektra

Keďže Snoezelen si nevyžaduje verbálnu komunikáciu, je jednou z možností ako vstúpiť do kontaktu, interakcie a komunikácie s deťmi s autizmom. Ponuka fascinujúcich podnetov otvára cestu k ťažko dostupnému dieťaťu.

Deti s poruchou autistického spektra sa vyznačujú tým, že ich vnímanie okolitého sveta je odlišné od vnímania bežného dieťaťa a je náročné vniknúť do sveta, ktorý vyzerá inak než ten náš, pretože mozog dieťaťa spracováva realitu iným spôsobom. Preto sa môže stať, že deti s poruchou autistického spektra budú reagovať na podnety neočakávane, zvláštne, odmietavo, alebo naopak s neskutočnou fascináciou.

Nedirektívne prostredie terapeutických miestností umožňuje odpovedať na senzorické potreby klienta, nech ide o potrebu zmenšenia senzorického pretlaku z okolia, alebo naopak nasýtenia sa chýbajúcimi podnetmi.

Snoezelen

Prostredie Snoezelen miestnosti pôsobí na človeka upokojujúco, navodzuje pocit bezpečia a istoty, ktorý je podmienkou uvoľnenia sa. Dieťa s autizmom nadobúda istotu najmä prostredníctvom pravidelného rytmu – terapia je pravidelne zaradená do programu, dieťa je zvyknuté na terapeuta a pravidelný čas terapie. Miestnosť Snoezelen je preň lákavá

svojimi podnetmi, a to si získava jeho dôveru, prebúdza záujem. Deťom s autizmom sa nesmierne páčia svetelné podnety. Rodičia si často povzdychnú: „Kiež by si mal takúto detskú izbu.“ Alebo nadšene komentujú, že takáto miestnosť je pre ich dieťa hotovým kráľovstvom. Pre rodičov je často náročné nájsť hračky, ktoré by sa dieťaťu páčili. Dieťa s poruchou autistického spektra sa hrá iným spôsobom ako bežné deti. Práve sledovanie pohybujúcich sa svetiel, ich odrazy, alebo aj hudba si získavajú ich pozornosť a zaujatie.

Relaxácia

Hlavnou úlohou bielej Snoezelen miestnosti je **relaxácia**. Dieťa do ničoho nie je nútené, podnety sú mu ponúkané a samé si zvolí, či sa mu je daný podnet v aktuálnej chvíli páči. Príjemnosť podnetov zabezpečuje maximálne uvoľnenie sa dieťaťa. Biela miestnosť Snoezelen vytvára atmosféru pokoja – mäkké matrace, na ktoré si človek môže ľahnúť, mäkké voňavé deky, do ktorých sa dá zabaliť, vankúše, hojdačka, relaxačná hudba, prítmie zabezpečené závesmi, odhlučnenie od zvukov ulice a k tomu niečo, čo zaujme zrak: delfíny alebo obláčiky na stene, farebné odrazy z točiacej sa diskogule, bublinkový valec, či svetelné vlákna.

Stimulácia

Deťom s hyperaktivitou pomôže k upokojeniu aj záťažová prikrývka, ktorá okrem uvoľnenia poskytuje aj podnety dôležité pre uvedomenie si vlastného tela – a teda dodáva informácie pre proprioceptívny systém – zosilňuje podnety pre hĺbkový hmat a tým zlepšuje komunikáciu svalov, šliach a vnútorných orgánov s príslušnými centrami v mozgovej kôre. Medzi ďalšie pomôcky patria masážne loptičky rôznych tvarov a veľkostí, vibračný vankúš a vibračná tyčinka. Tieto pomôcky spĺňajú aj druhý veľmi dôležitý cieľ Snoezelen terapie a tým je aktivizácia, prebudenie záujmu, **stimulácia** zmyslov, zosilnenie potrebných podnetov.

Snoezelen predstavuje kontrolované prostredie, ktoré môže slúžiť k odstráneniu rušivých vplyvov a zameraniu sa iba na jeden typ podnetu, alebo naopak môže spĺňať funkciu multisenzorickej stimulácie. Dieťa sa potrebuje nasýtiť farbami svetiel, zvukmi, možnosťou aktívne ovplyvniť, čo sa okolo neho deje, skúša a vychutnáva.

Učenie sa

Okrem terapie zameranej na relaxáciu alebo aktivizáciu môžu pomôcky v Snoezelen miestnosti slúžiť aj na rozvoj kognitívnych schopností klienta, učenie sa, rozvoj jemnej a hrubej motoriky. Na tento účel je v Snozelen miestnosti nainštalovaná interaktívna stena. Po stlačení tlačidiel sa ozvú zvuky a rozsvietia svetielka. V počítačovom programe je možné nastaviť, podľa cieľa terapie, či sa po stlačení ozve názov príslušnej farby, alebo zvuky predstavujúce emócie, ako aj iné programy. Deti s poruchou autistického spektra majú často problémy s rozlišovaním pocitov, čítaním výrazov tváre u druhých ľudí, ako

aj s prejavovaním vlastných emócií. Jednou z pomôcok v Snoezelen miestnosti je aj interaktívna stena, ktorá zobrazuje usmiatu a zamračenú tvár v sprievode s príslušným zvukom predstavujúcim radosť alebo smútok. Deti sa takýmto spôsobom oboznamujú so základnými pocitmi, ktoré sa naučia rozlišovať a napodobňovať. Zvuky prichádzajúce po stlačení tlačidla sú pre ne motivujúce a povzbudzujú ich k opakovaniu. Na tieto tlačidlá nadväzuje aj program nastavenia mäkkého klavíra - matraca s označením kláves ako na klavíri, ktoré po stlačení taktiež vydávajú rozličné ľudské zvuky. Iné nastavenie klavíra zase umožňuje spoznávať zvuky zvierat, alebo prírody. Dieťa sa prostredníctvom interaktívnych materiálov učí taktiež zákonitostiam príčiny a následku, vidí, že svojou aktivitou spôsobuje zmeny v prostredí.

Naplnenie potrieb klienta

Práca v Snoezelen miestnosti podlieha potrebám klienta. Deti s poruchou autistického spektra môžu mať ťažkosti s precitlivenosťou na určité podnety – **hypersenzitivita.** Vtedy sa dá Snoezelen využiť na postupnú desenzitvizáciu a naučenie sa prijímať daný podnet, dokázať ho aj v reálnom živote zvládať. Napr.: klient, ktorý mal strach z búrky dokázal v bezpečnom prostredí zvládnuť zvuky vetra, víchrice, dažďa, ktoré sa ozývali po stlačení kláves klavíra. Po ukážke sa rukami dotýkal aj plazma valca, ktorý vysiela blesky. Na ďalšom stretnutí už sám prezentoval pomôcku: „Ten blesk môžeš takto chytiť, ide za tvojím prstom a cítiš na ruke teplo a to ti nič neurobí, lebo je to za sklom.“ Alebo dieťa, ktoré neznáša taktliné podnety sa pri hre s rozličnými pomôckami môže spriateliť s rôznymi povrchmi. Tie sú mu poskytnuté na interaktívnej stene ako aj pri hmatovom pexese, či masážnych loptičkách, alebo jemných pierkach, do ktorých sa dá fúkať, alebo skúšať ich dotyk na vlastnom tele.

Niekedy je práve naopak potrebné, aby sa dieťa s hypoaktivitou, **hyposenzitivitou** stalo vnímavé na podnety a prejavovalo aktivitu. Bublinkový valec je pravdepodobne najobľúbenejšou pomôckou v Snoezelen miestnosti. Pozornosť si aj vďaka zrkadlám, ktoré sú umiestnené za ním, získava na dlhú dobu. Dieťa pozoruje farebné premeny a samé chce zasiahnuť do zmeny farby bubliniek pomocou farebných tlačidiel. Terapeut v Snoezelen terapii musí mať pri výbere ponuky podnetov pre dieťa na zreteli zmenené senzorické funkcie u klienta. Dieťaťu je potrebné umožniť, aby sa nasýtilo podnetmi, ktoré pre svoj vývin potrebuje, a to v bezpečnom prostredí. Napr.: Dieťa s autizmom a hyperaktivitou sa pri hre často udieralo o hlavu, hádzalo sa silno o zem, či sedačky. Mäkké matrace Snoezelen miestnosti, ako aj veľký relaxačný vak mu umožnili nasýtiť sa týmito podnetmi bez toho, aby mu hrozilo, že si ublíži. Vďaka Snozelen terapii sa u detí s autizmom znižujú prejavy nervozity, stereotypné správanie, agresívne a sebapoškodzujúce správanie.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Senzorická integrácia

Deti s poruchou autistického spektra vnímajú svet zmeneným spôsobom. Všímajú si detaily, zameriavajú pozornosť na veci, ktoré iným uniknú, sú fascinovaní zvukom, alebo pohybujúcim sa svetlom. Niekedy nedokážu zniesť zmes podnetov, sú pre nich prisilné, alebo príliš zmiešané. Tieto symptómy patria do **poruchy senzorického spracovania,** ktorá sa inak nazýva aj **porucha senzorickej integrácie.** Okrem autizmu môže byť aj súčasťou, či príčinou porúch učenia (dyslexie, dysgrafie, dyspraxie), porúch správania, hyperaktivity a iných problémov. Senzorická integrácia je funkciou mozgu, ktorá prepája informácie prichádzajúce z jednotlivých zmyslových systémov do celku, ktorý dáva človeku význam a na základe ktorého je možné efektívne konať v prostredí. Pri poruche senzorickej integrácie je obmedzená schopnosť takejto **adaptívnej odpovede** a tým je znížená celková kvalita života človeka, nech sa táto porucha prejaví akýmkoľvek spôsobom. Teória senzorickej integrácie počíta okrem „tele"- receptorov (zrak a sluch) aj s prepojením informácií z proprioceptívneho systému (impulzy zvnútra tela, zo svalov a šliach), vestibulárno-kinestetického systému (poloha a pohyb tela) a z taktilného systému (hmat). Pri terapii sú teda ponúkané vždy podnety viacerých kvalít, ktoré povzbudzujú nielen jednotlivé systémy, ale najmä ich integráciu do celku. Tak napríklad pri hojdaní sa, ktoré podporuje vestibulárno-kinestetický systém, je dôležitá aj zvuková zložka v podobe prihovárania sa dieťaťu, riekanky, či piesne. Skákanie na trampolíne sa taktiež sprevádza zvukovo a môže sa skombinovať aj so zrakovou kontrolou – dieťa počas skákania chytá a hádže loptu. Ďalším z cvičení zameraných na senzorickú integráciu je napríklad hojdanie sa na štvorbodovej hojdačke, pri ktorom dieťa leží na bruchu a naťahuje sa za kotúľajúcimi sa loptičkami, ktoré potom hádže do cieľa. V terapeutickej miestnosti nájdeme okrem viacerých fitlôpt aj matrace, žinenky, mäkké schody so šmýkačkou, ktorá vedie do guľôčkového bazéna, jednobodovú, dvojbodovú a štvorbodovú hojdačku a ďalšie. Napr.: tunel podporuje koordináciu hrubej motoriky, povzbudzuje dieťa v štvornožkovaní, motivuje ho k prekonávaniu strachu z úzkych priestorov. Valec, do ktorého si dieťa ľahne a môže sa kotúľať podporuje vestibulárne vnímanie, uvedomovanie si vlastného tela a jeho funkcie ovládať pohyb. Mnoho terapeutických pomôcok nahrádza chýbajúce podnety, ktoré deti kedysi získavali prirodzenou hrou v prírode. Kotúľanie vo valci nám pripomína kotúľanie sa dolu svahom po lúke, lezenie po mäkkých schodoch zase štveranie sa na kopu sena. Dnes v mestskom prostredí tieto podnety deťom často chýbajú. Zdravé deti si ich väčšinou dokážu nájsť samé, ak sú ich prirodzené potreby podporované prostredím. Dieťa s postihnutím potrebuje podporu v dodávaní podnetov. Jednou zo zásad je vytvorenie vhodných podmienok, prostredia, miesta a času, kedy si dieťa môže napĺňať svoje senzorické potreby. Práve na to slúžia miestnosti Snoezelen terapie a terapie senzorickej integrácie.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Záver

Snoezelen terapia a terapia senzorickej integrácie majú v praxi mnoho styčných bodov, a to najmä v tom, že ich hlavným cieľom je poskytovanie senzorických podnetov, vytvorenie stimulujúceho prostredia, ktoré podporuje prirodzený vývin dieťaťa.

POUŽITÁ LITERATÚRA

AYRES, A. J. (2005). *Sensory Integration and the Child. Understanding hidden sensory challanges.* Revised and updated by Pediatric Therpay Network. Los Angeles, California : 2005, Western Psychological Services. 211 s.

BUNDY, A. C. – LANE, S. J. – MURRAY, E. A. (2002). *Sensory Integration. Theory and Practice.* 2. vydanie. Philadelphia : F. A. Davis Comapny. 496 s.

KOOMAR, J. et al. (2007). *Answers to Questions Teachers Ask about Sensory Integration.* 3. vydanie. Arlington, Texas : Future Horizons. 63 s.

KRANOWITZ, C. S. (2005). *The Out-of-Sync Child. Recognizing and Coping with Sensory Processing Disorder.* New York : Penguin Group. 356 s.

LIŠTIAKOVÁ, I. (2009). *Senzorická integrácia.* Diplomová práca. Bratislava : Pedagogická fakulta UK. 83 s.

MYLES, B. COOK, K. at al. (2005). Asperger Syndrome and Sensory Issues. Autism Asperger Publishing Co, Kansas.

PONECHALOVÁ, D. (2009). *Snoezelen – Úvod do tematiky*. Bratislava : 3lobit, o.z., 2009. Dostupné online na http://www.3lobit.sk/publikacie/snoezelen/2009%2002%20snoezelen%20low.pdf [cit. 2010-10-31]

Internetové stránky venujúce sa problematike Snoezelen

http://www.isna.de/index2e.html

http://www.flaghouse.com/SnoezelenAL.asp

http://www.snoezeleninfo.com/main.asp

http://www.worcestersnoezelen.org.uk/

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Snoezelen v podmienkach domova sociálnych služieb na Slovensku

Zuzana LUCKÁ - Jana STRAŠILOVÁ
Katedra liečebnej pedagogiky,
Pedagogická fakulta UK v Bratislave

Domov sociálnych služieb pre deti a mládež,
Sibírska 69, Bratislava

ABSTRAKT: V našom príspevku sa zaoberáme problematikou multisenzorickej terapie Snoezelen v prostredí zariadenia sociálnych služieb pre ľudí s viacnásobným postihnutím. Príspevok je doplnený fotografiami dvoch Snoezelen miestností v našom zariadení – bielej, takzvanej relaxačnej miestnosti, a tmavomodrej miestnosti určenej na aktivizáciu klienta. Ponúkame naše zážitky z tvorby týchto miestností od samotného začiatku, sprevádzame celým procesom vzniku, až po dokončenie a následné používanie našimi klientmi. Poukazujeme na možnosti zaobstarávania jednotlivých komponentov na Slovensku a pripájame skúsenosti s objednávaním a inštaláciou výrobkov z Anglicka.

Klientmi zariadenia, ktorého podmienky popisuje tento príspevok, sú deti a dospelí vo veku od 6 do 61 rokov s ťažkým viacnásobným postihnutím, kde prevažuje kombinácia mentálneho a telesného postihnutia v spojení s pridruženými zmyslovými, rečovými a duševnými poruchami.

Snoezelen, multisenzorická terapia, sa realizuje v pre klienta príjemnom prostredí, prostredníctvom zvukových, svetelných, čuchových a hmatových podnetov, ktorých cieľom je vyvolať u klienta zmyslové pocity aké nemajú možnosť zažiť v bežnom živote. Ciele terapie Snoezelen sa stanovujú u každého klienta individuálne na základe jeho konkrétnych problémov. V našom zariadení sociálnych služieb všeobecne medzi ciele patrí :

- podpora zmyslového vnímania
- podpora komunikácie
- podpora interakcie s okolím
- poskytovanie podnetov s ktorými sa nemajú klienti s viacnásobným postihnutím možnosť stretnúť spontánne

V procese, kedy miestnosť určená na Snoezelen terapiu vzniká, je dôležité začať s výberom vhodnej miestnosti. Zohľadňujeme jej veľkosť, hlučnosť okolitého prostredia, a v neposlednom rade vetrateľnosť. Pokračujeme navrhnutím umiestnenia jednotlivých komponentov v priestore miestnosti. Táto fáza je veľmi dôležitá vzhľadom na to, že správne umiestnenie zvyšuje možnosť využitia prvku. Jednotlivé komponenty potrebné k realizácii miestnosti, nie sú väčšinovo dostupné na území Slovenskej republiky, preto je potrebné zistiť vopred, ktoré komponenty musia byť objednávané z Anglicka, a ktoré je možné zakúpiť u nás. Tu je výhodou kontaktovať ľudí so skúsenosťami s distribúciou komponentov z Anglicka. Ďalším krokom je vytvorenie centrálneho elektrického ovládania všetkých

zariadení, ktoré uľahčí neskoršie nerušené chvíle strávené s klientom v miestnosti.

Pri skúmaní miestnosti sa sústredíme na prípadné nebezpečné miesta v miestnosti, a na ich zabezpečenie vopred – ide napríklad o ostré hrany radiátora, okenice.

Komponenty bielej miestnosti a ich využitie u klientov s viacnásobným postihnutím.

HOJDAČKA V TVARE PADAJÚCEHO LÍSTIA

- slúži na stimuláciu vestibulárneho vnímania, ktoré podporuje intenzívnejšie vnímanie vlastného tela, uvedomovanie si polohy jednotlivých častí tela a ich vzájomného rozloženia, a tiež pohybu, zodpovedá za koordináciu pohybu
- uvedomenie si jednotlivých častí tela môže následne stimulovať pohyb, /podľa konceptu bazálnej stimulácie pohyb predchádza myšlienke na pohyb, čomu predchádza uvedomenie si časti tela, s ktorou chcem vykonať pohyb/
- medzi reakcie klientov patrí napríklad: celkové upokojenie a uvoľnenie, vnímanie pohybu a polohy tela, sústredenie sa na plynulý kolísavý pohyb, zvýšenie záujmu o pozorovanie okolia,

VODNÁ MUZIKÁLNA POSTEĽ

- podporuje hlbšie vnímanie vlastného tela prostredníctvom vibrácií, ktoré sú vnímané kožnými receptormi a proprioreceptormi na celom tele, intenzitu vibrácií je tak možné regulovať
- sprostredkováva výrazné zážitky s vlastným telom a to formou vlnových náporov vytvorených tlakom na rôznych miestach postele, ktoré narážajú na telo klienta,
- stimuluje aktívny a spontánny pohyb hravou interaktívnou formou, voda v matraci vytvára nestály a hýbajúci sa povrch a ak sa klient hýbe, vodou sa prenáša pohyb, ktorý následne stimuluje k ďalšej motorickej odozve
- reakcie klientov: uvoľnenie, spánok, motorické reakcie- zdvíhanie hornej polovice tela a následné ľahnutie si- sú v interakcii s pohybom vody, ktorý spôsobia vlastným telom, pretáčanie, menia polohy jednotlivých častí tela, intenzívnejšia produkcia expresívnych prejavov v rečovej a emocionálnej oblasti

ZRKADLOVÁ GUĽA S REFLEKTOROM

- povzbudzuje pozornosť a zrakovú fixáciu pohyblivých svetelných bodov po celej miestnosti,
- aktivizuje vnímanie pasívnych klientov,
- stimuluje vôľu klientov v zmysle cieleného pohybu za svetelným bodom
- reakcie klientov: nadšenie, zvýšenie koncentrácie pozornosti, sledovanie pohybujúcich sa svetelných bodov, snaha o koordinovaný cielený pohyb za bodom, ktorý prechádza po jeho tele- dotýkanie sa častí vlastného tela

OPTICKÉ VLÁKNA

- podporujú zrakovú fixáciu a celkový záujem o zaujímavý objekt (trs 100ks tenkých vlákien, ktoré menia farbu), čo má povzbudzujúci vplyv na koncentráciu pozornosti a jej udržanie v časovom aspekte,
- stimulujú koordináciu oko- ruka, čo následne vplýva na presnosť cielených pohybov,
- rozvíjajú jemnú aj hrubú motoriku, podnecujú k pohybu
- reakcie klientov: prejavy koncentrovanejšej a udržateľnejšej pozornosti, spontánny pohyb rukou za vláknami, zvýšená zraková kontrola pohybu
- rúk, snaha o uchopenie vlákien do dlane, vnorenie dlane do vlákien, prehrabávanie sa v trse vlákien, odstraňovanie vlákien rozložených po tele, radostné prežívanie kontaktu s vláknami

INTERAKTÍVNY BUBLINKOVÝ VALEC SO ZRKADLOVOU STENOU

- podnecuje zrakové vnímanie a zrakovo-motorickú koordináciu,
- provokuje ku koncentrovanej pozornosti
- stimuluje spontánnu aktivitu klienta
- reakcie klientov: sústredené pozorovanie toku bublín vo valci, pozorovanie valca ako objektu, ktorý mení farbu a jeho znásobeného odrazu v zrkadlovom rohu, prikladanie si dlaní na stenu valca, približovanie sa k valcu, búchanie po farebných tlačidlách, opakované stláčanie vypínača pre zastavenie a púšťanie bublín, vôľa naučiť sa používať ovládač, nadšené prežívanie kontaktu s valcom a jeho efektmi,

OLEJOVÝ A OBRAZOVÝ PROJEKTOR

- podporuje zrakové vnímanie, sledovanie pohyblivého objektu na stene, analýzu obrázku, vnímanie figúra- pozadie,
- rozvíja zrakovo-motorickú koordináciu,
- podnecuje motoriku,
- stimuluje koncentráciu, udržanie a prenášanie pozornosti
- reakcie klientov: koncentrované pozorovanie premietaného obsahu a pohyb hlavou pri zmene jeho umiestnenia, zdvíhanie hlavy v ľahu na chrbte, zdvíhanie sa na lakte v ľahu na bruchu so zámerom vidieť na plochu, dotýkanie sa premietacej plochy, ak je na dosah, natáčanie celého tela v smere projekcie, ukazovanie a sledovanie vybraného detailu a jeho následné pomenovanie, radostné prejavy, nadšenie, záujem

BUBLINOSTROJ

- podporuje zrakové vnímanie, vnímanie hĺbky- teda bubliny padajúcej dole,
- a tiež vnímanie približujúceho sa objektu, ak je klient umiestnený pod bublifukom,

- stimuluje tiež somatické vnímanie a orientáciu na vlastnom tele, prostredníctvom pociťovania mokrých a studených bublín dopadajúcich na holú kožu na rôznych častiach tela, čo môže následne podporiť pohyb ako reakciu na podráždenie kožných receptorov, čo podporuje vnímanie konkrétnej časti tela
- reakcie klientov: zatváranie očí pred bublinou dopadajúcou na tvár, pozorovanie padajúcich bublín, pohybové alebo expresívne reakcie na pociťovanie bublín na koži, naťahovanie ruky za bublinami, opakované dotýkanie sa bublín s úmyslom ju prasknúť

AROMADIFUZÉR

- vedie k celkovému telesnému a psychickému uvoľneniu, relaxácii a oddychu, prežívaniu príjemných zážitkov,
- stimuluje čuchové vnímanie
- reakcie klientov: prejavy spokojnosti a príjemného prežívania

DOTYKOVÁ STENA

- rozvíja hmatové vnímanie,
- podporuje koordinovaný pohyb,
- manipuláciu (krčenie, stláčanie, uchopovanie, držanie)
- orientáciu na ploche
- reakcie klientov: sústredený koordinovaný pohyb, hladenie a trenie rôznych povrchov, stláčanie šušťavého materiálu, uchopovanie držiakov z lán, sledovanie prstami ryhy v stene, prechádzanie rukou po drevených lištách v rôznych smeroch, plieskanie po gumenej vypukline, prejavy radosti a záujmu

SVETELNÝ STROP

- stimulujú zrakové vnímanie,
- podnecujú k orientácii v priestore,
- provokujú motorické reakcie,
- intenzívne podporujú uvoľnené a radostné prežívanie atmosféry v miestnosti ako v krajine zázrakov
- reakcie klientov: pozorovanie stropu s veľkým záujmom, zdvíhanie hlavy smerom k stropu, intenzívne prežívanie radosti a nadšenia, ukazovanie na strop

HUSTÝ A MÄKKÝ KOBEREC

- forma somatickej a hmatovej stimulácie,
- rozvíja jemnú a hrubú motoriku,
- zabezpečuje príjemné a uvoľňujúce zážitky

- reakcie klientov: trenie si tváre o povrch koberca, hladkanie a uchopovanie vlasu a zabáranie prstov do neho, otáčanie celým telom, rozsiahle pohyby rukami, pohyb po koberci za objektom

Komponenty tmavej miestnosti a ich využitie u klientov s viacnásobným postihnutím.

UV LAMPA

PREDMETY Z UV AKTÍVNEHO MATERIÁLU:LÁTKOVÉ LEPIACE PÁSKY, JEMNÉ ŠATKY, FAREBNÉ TRUBICE, HADICE

- stimulujú zrakové vnímanie, zrakovo-motorickú koordináciu, zrakovú kontrolu vlastných pohybov,
- rozvíjajú manipulačné schopnosti,
- podporujú somatické vnímanie a tým aj pohyb,
- stimulujú orientáciu na vlastnom tele,
- podnecujú výkony pozornosti v oblasti koncentrácie, výdrže a jej prenosu
- reakcie klientov: uchopovanie trubíc a hadíc so zrakovou kontrolou a zaujatím, držanie a púšťanie v a z dlane, uchopovanie a krčenie šatiek, pasívne prijímanie hladenie jemnými šatkami po tvári a tele, zatváranie dlane- pohyb prstov ako reakcia na preťahovanie šatky, či trubíc cez dlaň, pozorovanie bielych svietiacich objektov či vlastného oblečenia, lepšie výkony v orientácii na tele, radostné a intenzívne prežívanie netypickej atmosféry

Záver

Prínos Snoezelen terapie a vzniku terapeutických Snoezelen miestností v zariadení sociálnych služieb pre deti a dospelých s viacnásobným postihnutím pozostáva najmä z poskytnutia novej škály podnetov, ktoré by inak títo klienti nemali možnosť zažiť a prežiť si. U týchto klientov prispieva najmä ku výraznej kvalite podnetov a skvalitňovaniu vzťahu terapeut - klient. Ak je takáto miestnosť v zariadení vytvorená, je to len prínosom pre klientov i pre zamestnancov, ktorí týmto môžu prísť k novým horizontom vnímania podnetov okolo nás.

POUŽITÁ LITERATÚRA

http://rompa.com/cgi-bin/rompa.storefront [cit. 1.11. 2010]

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Biblioterapia a dramatoterapia pri liečbe ľudí závislých od alkoholu

Katarína MAJZLANOVÁ
Pedagogická fakulta UK Bratislava,
Katedra liečebnej pedagogiky

ABSTRAKT
Príspevok je zameraný na prezentovanie praktických skúseností pri práci s osobami závislými od alkoholu v rámci biblioterapeutických a dramatoterapeutických stretnutí.

Malý princ sa pýta človeka: „Prečo piješ?“ – „Lebo som smutný“.
*„A prečo si smutný?“ – „Lebo pijem“ odpovedal človek. (*Exupéry).

Objasnenie základných pojmov

Biblioterapiu chápeme ako zámerné, systematické a cieľavedomé terapeutickovýchovné pôsobenie jednotlivými zložkami literárneho prejavu na postihnutých, narušených, ohrozených a chorých jednotlivcov tak, aby sa napomohlo zlepšiť alebo upraviť ich celkový stav v zmysle zmiernenia alebo aj eliminácie problémov v správaní a v prežívaní. Biblioterapia ako metóda komunikatívneho charakteru, má podnecujúci vplyv na verbálny prejav klientov, môže slúžiť ako interakčný činiteľ, stimulátor emocionálneho, etického a sociálneho vývinu.

Poetoterapia je biblioterapeutická metóda, pri ktorej sa využíva symbolika poézie, ktorá evokuje klienta k vyjadreniu pocitov, k oživovanie problémov, skúseností a zážitkov. Poézia môže prispieť k uvolneniu napätia, k lepšiemu porozumenie seba samého, k rozvíjaniu interpersonálnych a komunikačných zručností (Majzlanová, 1987).

Paremiologická terapia sa využíva v individuálnej i v skupinovej práci s klientami. Je prostriedkom pomáhajúcim k identifikácii a vyjadrovaniu pocitov, nástrojom skúmania nových možností a súvislostí vo vlastnom živote. K parémiám patria príslovia, aforizmy, apoflegmy (krátke, vtipné, poučné výroky, sentencie) heslá (stručné, výroky vyjadrujúce hlbokú myšlienku, životnú pravdu, poučenie, výrok), príslovia, porekadlá, glosy, hádanky, slovné hračky a pod.

Zo skúseností s uplatnením biblioterapie u ľudí závislých od alkoholu

V rámci biblioterapie v liečbe alkoholizmu sme využívali literárne texty s cieľom dosiahnuť vytýčené terapeutické ciele. Podľa M. Bútoru (1979) takýmito cieľmi môžu byť napr.: náhľad na chorobu, nabúranie racionalizácie, lojalita k liečebnej inštitúcii a k liečebnému režimu, vytváranie skupinovej kohézie, tvorba systému pozitívnych cieľov v abstinencii, spolupráca a postoje rodinného partnera v priebehu terapie, zverejňovanie abstinencie v relevantnom prostredí atď.

V rámci biblioterapie sme s osobami závislými od alkoholu pôsobili so skupinou ôsmych mužov vo veku 28 – 45 rokov (pacienti, na pobytovej liečbe). Stretnutia sa uskutočňovali 1x týždenne (16). Uplatňovali sme

- *Emocionálno-projektívne biblioterapeutické techniky*, v rámci ktorých sa využívajú umelecké potencie literárneho diela. Hlavnou technikou bola poetoterapia, paremiologická terapia a práca s príbehom.
- *Autobiografické biblioterapeutické techniky, v ktorých ide o expresívne formy biblioterapie,* keď pacienti formou tvorby stvárňujú vlastné zážitky a skúsenosti v súvislosti s ich liečbou a terapeutickými aktivitami. V rámci uvedeného prístupu sme zaradili spracovávanie informácií a zážitkov brainstormingom, priebežné písanie poznámok (sumár), vypisovanie výrokov, písanie denníka (mimo stretnutí), anonymnú anketu, zrnko múdrosti, hlúposti,...
- *Racionálno-didaktické biblioterapeutické techniky,* ktorých hlavnou náplňou je čítanie odborných, resp. populárno-náučných textov. Túto formu biblioterapie sme realizovali aj na podnety niektorých pacientov, ktorí mali záujem o čítanie odborných kníh. Pacienti na stretnutiach informovali ostatných členov skupiny o obsahu prečítaneho textu a s výpismi v denníku. Tieto aktivity evokovali pacientov ku komentárom, polemike, k vyjadreniu vlastných názorov a postojov.

Ciele stretnutí:

Prostredníctvom biblioterapie pochopiť vlastnú situáciu, svoje reakcie a problémy, posilniť sebadôveru, hľadať východiská a riešenia, znížiť počet stereotýpií vo vzťahu k užívaniu alkoholu, vplývať na zvyšovanie aktivity pacientov počas stretnutí.

Schéma a náplň stretnutí

l. Rozhovor, úvodné (rozohrievajúce) techniky - *hra asociačný reťazec, na rýmy, vytváranie slov na začiatočné písmená svojho mena, doplňovanie viet, zhotovenie vizitky, vyjadrenie nálady slovom,...*

Klientom sme dali vyplniť dotazník, ktorý poskytol obraz o čitateľských záujmoch pacientov, ich vzťahu k poézii, resp. o skúsenostiach s čítaním alebo počúvaním poézie.

2. *Čítanie básne, počúvanie básní z gramafónovej platne, spoločná tvorba básní, skladanie rozstrihaných častí básne, tvorba príbehu na vopred určené slová, kritické a tvorivé čítanie* (kritické čítanie sa využíva aj pri prozaických dielach, pri charakterizácii hlavných i vedľajších postáv literárneho diela. Pacient môže navrhnúť vlastný model reagovania literárnej postavy, riešenia problémov v danej situácii a pod.). Ďalej je to dokončenie príbehu, doplňovanie výrokov, tvorba citátu, písanie listu literárnemu hrdinovi, písanie listu sebe samému, práca s obrázkom (vymysli názov, text, vtip, príbeh), práca s komixom.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

V rámci poetoterapie sme využili:

- **básne** V. Mihálika (Epidémia, Príchod, Búrka, Pred snom,...),
  J. Lenku (Večerné hľadanie človeka, Ak raz si ľúbil báseň – Na krížových cestách),
  K. Majzlanovej – Môj svet, Poetico-terapeutica, Čakanie, Len tak,...
- **parémie:** Slávne výroky o ženách a mužoch (J. Milen): Nesmrteľné príbehy slávnych.
- **populárno-náučnú literatúru a beletriu**: román J. Londona: Láska k životu, Démon alkohol, od J. Skálu: Až na dno, od H. Fallada: Pijan, J. Vaceka: Žiť, hoci aj na kolenách, Turčeka: Alkohol a deti, Dostojevského: Zločin a trest, J. Minarčíka: Čtvrtý rozměr závislosti, E. Zolu: Zabiják.

3. Integrálnou súčasťou stretnutí bola diskusia nasmerovaná na vyjadrenie dojmov, zážitkov a pocitov z prečítaného, počutého, z vlastnej tvorby.

Z výpovedí pacientov – na základe viacerých stretnutí:
l. Nuda,
2. Príjemná zábava,
3. Báseň ma dojala,
4. Je to užitočné,
5. Nikdy som sa s tým nezaoberal,
6.Uvedomujem si, že som v kaši,
7. Vidím, že som škodil sebe, aj iným,
8. Rozmýšľam ako ďalej,
9. Chcem sa z toho dostať, ...

Odpoveď na otázku :"Čo mi dala biblioterapia"?

- *Biblioterapia ma priviedla k tomu, aby som premýšľal, kde som urobil chybu.*
- *Stretnutia ma naučili vidieť aj to, čo som predtým nevidel.*
- *Otvorili sa mi oči.*
- *Vnímam aj iné stránky života.*
- *Viacej čítam a premýšľam.*
- *Mám z toho dobrý pocit.*

Prínos stretnutí bol podľa nášho názoru aj v tom, že u pacientov postupne dochádzalo k uvoľneniu napätia, k ochote diskutovať, vypovedať o svojich pocitoch, problémoch a pozitívne konštruktívne reagovať na názory a výpovede ostatných členov skupiny (spočiatku boli zdržanliví vo svojich výpovediach, príznačná bola recesia, čierny humor).

Jednotlivé žánre a techniky (citáty o ženách a mužoch, o rodine, priateľstve, reflexie na slová autora, diskusie alebo písomné vyjadrenia) odzrkadľovali posun v prežívaní a v názoroch pacientov na svoje problémy. (V rámci prvých stretnutí častejšie obviňovali - čo sa týka konzumácie alkoholu - skôr svoje okolie, však postupne prejavovali viacej sebakritiky a introspekcie).
Mnohé zápisy do denníkov, ako aj vlastná tvorba sa stali dôležitým diagnostickým doplnkom pacienta a prognostickým „materiálom“ pre ďalšie možné intervencie.

Dramatoterapia predstavuje súčasť liečebno-výchovných prístupov u detí, mládeže a dospelých s rôznymi druhmi porúch a postihnutí, v ktorých ide o špecifické aplikovanie divadelných štruktúr a dramatických procesov s cieľavedomím terapeutickým zámerom, ktorými sú symptómová úľava, emocionálna a fyzická integrácia a osobnostný rast.
V dramatoterapii využívame relaxačné metódy (zamerané na uvoľnenie), zážitkové metódy (dramatické hry, hranie rolí), scénické metódy (dramatická metafora), motivačné metódy (rozvíjanie záujmov, pocit dôvery), sebareflexné metódy (uvedomovanie si správania v rôznych situáciách), nácvikové metódy (zvládanie nových zručností), behaviorálne prístupy (posilňovanie žiaduceho správania).

Dramatoterapia u osôb závislých od alkoholu, ako aj od iných drog je zameraná na plnenie terapeutických cieľov u každého klienta s využívanie dramatických štruktúr so špecifickým cieľom pomôcť klientovi zažiť emócie, získať vnútornú motiváciu a schopnosť lepšie sa orientovať v problémoch, v situáciách, vo vzťahoch. Ide o cielenejšie a dlhodobejšie zmeny v prežívaní pomocou množstva komponentov, ktorými sú lepšie sebapoznávanie, sebaakceptácia, získanie nadhľadu, pochopenia, istej rezistencie voči stresovým situáciám, posun v ich vnímaní a prežívaní.

Zo skúseností s uplatnením dramatoterapie u ľudí závislých od alkoholu

Podstata terapeuticko-výchovného pôsobenia dramatoterapiou na klientov je založená na princípe, že dráma a terapia sú reflexnými procesmi, cez ktoré je klient vtiahnutý do života charakterov, v ktorých objavuje sám seba. Počas procesu improvizácie pomocou dramatických metafor sa formuje základ pre porozumenie klientovho správania či problému. V dramatoterapii klient vo svojej vlastnej role pátra po zmysle a účele svojej existencie v pokuse o tvorivé zvyšovanie a prekonávanie svojich medzí.

V rámci dramatoterapie u pacientov v ambulantnej forme liečby sme využívali modifikovanú formu psychodrámy a improvizovanú rolovú hru, v rámci ktorých sa využívali techniky výmeny rolí, alter ego a svedomie. Skupinu tvorilo 6 mužov a 2 ženy – stretnutia (10) sa uskutočňovali 1-krát týždenne

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Cieľom dramatoterapeutických stretnutí bolo odbúravanie racionalizácie a stereotypov, aktivizácia pacientov k hľadaniu riešení a východísk z danej situácie.

Náplň dramatoterapeutických stretnutí

Pacientov sme oboznámili *so psychodrámou*, jej základmi a významom.

Úvodom sme využívali tzv. *rozohrievajúce techniky* na vyjadrenie nálady telom (chôdza, pocit - emocionálne zrkadlo, emocionálny telegraf, dramatické cvičenia vo dvojici - zrkadlo, tieň, bábka a bábkovodič, hra Na sochy,...), vytváranie reťazového deja (jeden pacient začne improvizovať, druhý pokračuje).

V ďalšej časti stretnutí sme k príprave na psychodrámu realizovali *Techniku prázdnej stoličky* a *Playback divadlo,* ktorého základom je rozprávanie príbehu pacienta, ktorý ostatní účastníci stvárňujú, vyjadrujú sa neverbálne, verbálne alebo kombináciou oboch prístupov. Samotná psychodráma je založená na popise situácie, ktorú si chce protagonista „zviditeľniť". Pred prehrávaním je dôležité, aby protagonista *pomenoval cieľ,* ktorý chce psychodrámou dosiahnuť. Protagonista si do svojho príbehu zvolí postavy ako aj alternatívne zastúpenie seba samého pomocným hercom z radov pacientov, aby sa na jednotlivé situácie mohol kedykoľvek „pozrieť zvonku". Prehrávané témy navrhuje režisér skupiny alebo pacienti.

Z prehrávaných tém

„Začiatky s alkoholom, V spoločnosti ľudí konzumujúcich alkohol, Odmietnutie alkoholu, V liečebni, Návrat domov, Návrat na pracovisko, Život bez alkoholu,...

Pri psychodráme je dôležitá/é

- príprava, naladenie pacienta na prehrávanie (uvolnená atmosféra, pacient sedí s terapeutom na stoličkách pred skupinou, možnosť aktuálne vypovedať o svojich pocitoch,..)
- pomenovanie cieľa (za pomoci terapeuta pacient formuluje ciel „svojej" psychodrámy)
- pomenovanie scenára, rolí, obrazov (miesto, role)
- prehranie role „na nečisto" - v prípade, ak je pacient neistý
- prehrávanie alternatív reagovania – rôzne stvárnenie identických rolí
- integrácia role do bežného života – v čom sa podobá a v čom sa líši od charakteristiky pacienta (pacient si vyberie model, ktorý mu najviac vyhovuje),
- posilňovanie pozitívnych návrhov a rozhodnutí pacienta,
- v priebehu stretnutí je vhodné aktuálne zaradiť relaxačné a uvoľňovacie hry a cvičenia, venovať pozornosť diskusii a reflexiám hráčov.

Po ukončení psychodrámy pomocní herci charakterizujú svoje prehrávanie (aké bolo hrať danú rolu, ako sa cítili), rovnako môžu dať protagonistovi spätnú väzbu na daný problém, či situáciu („ja by som to riešil"... resp. – v podobnej situácii som reagoval...). Protagonistu by nemal nikto kritizovať, ani mu radiť. Protagonista sa k prehrávanej téme

a k reflexiám hráčov vyjadruje posledný, pričom nie nutné, aby bezprostredne po psychodráme zaujal konkrétne stanovisko či vyjadroval svoje pocity a pod.

Závery

Podľa sledovanej škály správania sa u každého pacienta počas stretnutí znížil počet racionalizácií na stretnutiach v súvislosti s konzumáciou alkoholu (dôvody, motivácia). Aktivita pacientov v riešení a navrhovaní alternatív správania, v aktivitách mala výrazne stúpajúcu tendenciu. Psychodráma prispela k zlepšeniu náhľadu členov rodiny i samotného pacienta na problémy v súvislosti so závislosťou od alkoholu, a tým aj k účinnejšej vzájomnej podpore a k hľadaniu vhodných riešení.

Odporúčania pri biblioterapeutickej a dramatoterapeutickej intervencii u ľudí závislých od alkoholu a iných drog

1. Pred prvým stretnutím vypracovať pravidlá práce v skupine, aby klienti zachovávali patričnú úctu vo vzájomnej komunikácii, dodržiavali zásadu zachovania mlčanlivosti, dochádzku na stretnutia a pod.
2. Využívanie rituálov – pozdrav, vystúpenie z roly, sedenie v kruhovom útvare, symbolické odloženie momentálnych neriešiteľných problémov na inú príležitosť,...- môže prispieť k lepšiemu porozumeniu vlastnej individualite a spoločenskej identite.
3. Zaradenie imaginatívnych uvoľňujúcich cvičení, relaxácie napomáha odbúravať stres, učí navodzovať príjemné predstavy a pocit pohody (aj bez užívania drogy).
4. Neverbálne techniky pomáhajú pri sebaovládaní, poznávaní fyzických i psychických hraníc.
5. Pri problémoch s jednotlivcami v skupine (agresivita, nedostatočná sústredenosť) je dôležité venovať sa jednotlivcovi, dovysvetľovať pravidlá, pomôcť pri sebarealizácii a sebareprezentácii sa v rámci aktivít, pôsobiť na klientovo správanie pomocou zrkadlenia alebo kinestetickej empatie (reflektovanie emocionálneho naladenia klienta neverbálnym vyjadrením).
6. Venovať dostatok času diskusii a reflexii pacientov v priebehu alebo záverom jednotlivých aktivít.
7. V rámci biblioterapeutických i dramatoterapeutických aktivít využívame známe mýty a príbehy, ktoré korešpondujú s aktuálnymi problémami klienta v rámci ktorých môžu hráči tvoriť a navrhovať alternatívne riešenia.

POUŽITÁ LITERATÚRA

BÚTORA, M. (1979). Modelová biblioterapia. Protialkoholický obzor, 14, 1979, č. 4, s. 249, 253).
CYROLNIK, B. (1999). Un merveleilleux malheur. Paris, Editions Odile jacob.
MAJZLANOVÁ, K.(1987). Prvé skúsenosti s poetoterapiou u nás.
In: Horizonty psychoterapie. - Františkové Lázně, - S. 20-2 [Horizonty psychoterapie. Celostátní psychoterapeutická konference. Františkové Lázně, 13.-17.12.1987]

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

MAJZLANOVÁ, K. (1995). Biblioterapia. Liečebná pedagogika I. Bratislava: PdF UK.
MAJZLANOVÁ, K. (2004). Dramatoterapia v liečebnej pedagogike. Bratislava: Iris.
NEJDLOVÁ, D. (2005). Alkoholizmus nie je iba problémom alkoholikov, je omnoho širší. In: Časopis Čistý deň. Galanta: 2/2002, 32 s.
PILARČÍKOVÁ – HÝBLOVÁ, S. (1997). Biblioterapia. Liptovský Mikuláš: Norami.
PRESL, J. (1994). Drogová závislosť. Může být ohroženo i vaše dítě? Praha, Maxdorf.
VALENTA, M.. (2003). Projektování v dramaterapii. Praha, Portál.
WINICOTT, D.K. (1985). Playing and reality. Oxford, Penguing.
ŽIVNÝ, H. a kol. (2004). Kapitoly z terapie závislosti od psychoaktívnych látok. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca.

PRÍLOHY

Príloha 1 **Poetoterapia**

Možné postupy:

1. Pacienti dostanú rovnaký počet a druh básní, po prečítaní si vyberú tú, ktorá najlepšie vyjadruje ich postoje, naladenie a pod., čo potom komentujú.
2. Pacienti pracujú s básňou rôzneho obsahu. V texte môžu podčiarkovať, vyškrtávať, dopisovať slová, vytvoriť nový text a pod.

Pacienti predstavia „svoju“ tvorbu a s ostatnými sa podelia o svoje dojmy, pocity.

3. Tvorba vlastnej básne na základe skladania rozstrihaných slov.

NEPOKOJ

Túžba po objatí
privoláva lásku
Ale nad ránom
sa rozplynú aj prízraky
Hamlet sa skryje za rohom
z hradieb zostanú trosky
kohútie kikiriki
odnesie vietor
ba ani z mračna nič
nevypadne
Vyroníš slzu
a tak opečiatkuješ
ešte nenapísané
listy zajtrajšku

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

POÉZIA

Vezme za ruku
aj keď človek o ňu nestojí
Odpovie
keď ju bolesť osloví
Útulok
núka poslovi

Koľko slov
dopovie v nemom dotyku
Koľko myšlienok urovná
ktoré sa dali do kriku

Neuhne v zradnej chvíli
a znásobí radostnú
(ANIRA)

NÁVRATY

I.

Po cestách domov súri sa čas
Pohľady predbiehajú let vtákov

V pelerínach domov
tušíme blízkosť blízkych
a veci sviatočne známe
V mysli ich
berieme do rúk
aby sme odzbrojili clivotu

Naježený deň sa rozplynul
v krajci chleba
Do hrsti sa zbehli
posledné kropaje poludnia

II.

Keď vstúpiš do domova
a ruky vložíš do jeho vône
pokoja

povieš si:
Toto je šťastie
viac mi netreba
Pokoj sa ustlal do práce

Na rozhraní chvíľ
oslovuješ blízkosť blízkych
a berieš do rúk
veci dôverne známe
Stokrát ti pripomenú
Kto si
a kam patríš.

Zdroj: Poetoterapia (v tlači)

Príloha 2 Návrh dramatoterapeutického programu pre závislé osoby (od alkoholu aj iných drog), príklady dramatoterapeutických aktivít.[2]

1. *Úvodné dramatoterapeutické aktivity zamerané na nadviazanie kontaktu a uvolnenie (Zoznamovacie techniky, hry zamerané na koncentráciu, relaxačné imaginatívne cvičenia).*

Hry na zoznámenie

- Hráči povedia svoje meno a zároveň predvedú určitý pohyb (úklon, poskok,... podľa vlastnej voľby)
- Hádzanie a chytanie lopty (svoje meno povie ten, kto chytí loptu a vysloví meno toho, komu ju hádže).

Hľadanie a stretnutie

Hráči sa rozostavajú po miestnosti. Na pokyn sa začnú prechádzať (ideme po korze) a reagujú na základe inštrukcií dramatoterapeuta:

- pri stretnutí so spoluhráčmi sa pozdraviť bez zastavenia sa - gestom, pohybom, úsmevom, žmurknutím
- zastaviť sa pred niekým, skúmať jeho tvár a pokračovať v chôdzi
- pozdraviť sa dotykom rúk a pokračovať v chôdzi
- nájsť niekoho, kto má niečo podobného (ústa, nos, dĺžka vlasov,...)
- nájsť niekoho, s kým sa chcem porozprávať:

[2] Program realizovaný autorkou tohto príspevku na výcvikovom kurze organizovaného Nadáciou Podané ruce v Brne (pozn.).

Dvojice po poslednej inštrukcii si vzájomne povedia niečo o tom, ako sa cítia a čo očakávajú od workshopu. Potom vždy jeden z dvojice sa po usadení sa na miesto (stoličky v kruhu) pred ostatnými prezentuje výpoveď svojho spoluhráča.
Pozn.: Vždy pred novou inštrukciou sa hráči na dohovorené znamenie zastavia.

Predstav si
Podľa inštrukcií si hráči v uvolnenej polohe predstavia

- obľúbený predmet - ako vyzerá, akú má farbu, vôňu, predstavia si, že ho zoberú do rúk, na niečo ho použijú,...
- obľúbené zviera - ako vyzerá to zviera, aké je, komunikácia so zvieraťom,...
- osobu - kto to je, v akej situácii, o čom je komunikácia,...
- Na začiatku je dobré predstavy uskutočňovať po jednej úlohe.

2. Dramatoterapeutické techniky zamerané na sebapoznávanie, sebavyjadrenie, prácu s emóciami, kontakt a komunikáciu
(Ja vo vzťahu k sebe samému - telo, pocity, potreby), Ja a bližšie spoločenstvo (rodina, priatelia, členovia skupiny,...), Ja a okolitý svet (bližšie i vzdialenejšie okolie).

Akú mám náladu
Vymedzenie priestoru na stene, ktorý tvorí obraz bez rámu. Hráči sa postupne postavia do obrazu tak, aby čo najlepšie vyjadrili svoju momentálnu náladu, prežívanie. Ak bude obraz hotový (všetci hráči sú v ňom), postupne sa každý pozrie, ako vyzerá.

Znovuzrodenie
Hráči si nájdu miesto, kde sa môžu uvolniť. Dramatoterapeut navodzuje imaginatívne cvičenie: Je tma, teplo, cítim svoje telo - hlavu, tvár, oči, nos, ústa, uši, hruď, ruku - pravú, ľavú, nohu - pravú ľavú, končeky prstov, vnútorné orgány,... Všetko vo mne sa mobilizuje, pretvára, cítim novú silu, ktorá ma núti postaviť sa na nohy. Aké zvuky počujem? Skúsim vydať hlas, slovo, vetu. Reflexie o pocitoch pri cvičení. Čo je na mne nové? Ako to vnímam?

Zázračný obchod
V obchode sa dá všeličo kúpiť, aj odložiť. Dramatoterapeut ponúka „tovar“ - napr. trpezlivosť, láskavosť, radosť, vytrvalosť,... Kto si čo kúpi a čo ponúka? A čo by chcel dať do záložne, čoho by sa chcel zbaviť? V roli predavača sa hráči môžu striedať.
Diskusia na tému, čo som si kúpil/a/, čo som ponúkol/a/ a pod.

Vývinové premeny (1 - 4):
1. Hráči spolupracujú vo dvojiciach. Jeden z hráčov predstavuje dospelého a druhý je v roli dieťaťa v ľubovoľnom veku. Dospelý - rodič sa stará o dieťa, hojdá ho, hladká, kŕmi (adekvátne vzhľadom k veku dieťaťa). Hráči si vymenia svoje úlohy.

Záverom je diskusia - ako som sa cítil/a/ v jednotlivých rolách.

2. Jeden hráč zaujme relaxujúcu, pokojnú polohu a vyzve druhého, aby ho - napríklad hladkal po tvári, po rukách, prehrabával sa mu vo vlasoch a pod. Hráči sa na pokyn terapeuta po určitej dobe vystriedajú.

Záverom nasleduje diskusia o pocitoch počas techniky.

3. Jeden z dvojice predstavuje starého človeka. Druhý mu robí poskytuje v prípade potreby oporu alebo spoločnosť a sprevádza ho po miestnosti (môžu sa vyjsť aj mimo miestnosť).

Hráči si vymenia role a záverom hovoria o svojch pocitoch v priebehu hry.

4. Každý hráčje v tom období, v ktorom by sa najlepšie cítil (môže byť a terajšie) a vyjadruje toto obdobie akoukoľvek činnosťou.

Reflexie o tom, prečo si kto zvolil práve dané obdobie.

Dychové cvičenie s koncentráciou

Hráči vedome prenášajú pozornosť do rôznych častí tela, vnútorných orgánov a snažia sa vžiť sa do rôznych duševných stavov - nepokoj, strach, bolesť, hnev, ľahostajnosť, radosť, spokojnosť - najprv pomaly, potom rýchlo (zmena). Posledný je stav pokoja a harmónie, v ktorom hráči zotrvajú.

Diskusia a navodených pocitoch. Ktorý je najcharakteristickejší v bežnom živote?

Dabléri

Hráč - protagonista si sadne na stoličku tak, aby čo najlepšie vyjadril svoju náladu. Ostatní sa postupne pripoja k nemu - pričom sa výrazom tela (v stoji, v sede, v ľahu) snažia vyjadriť podobné naladenie. Po vytvorení obrazu protagonista za seba vyberie niekoho iného (kto ho na stoličke zastúpi a po vzhliadnutí obrazu vyjadrí slovami, nakoľko scéna korešponduje (znázorňuje) jeho pocity (prípadne usmerní niektorých hráčov, aby zmenili niečo vo svojom pohybe, či výraze).

Hráči sa v úlohe protagonistu môžu vystriedať.

Obmena - Protagonista hovorí o svojich pocitoch - ako sa cíti, na čo myslí, čo ho zamestnáva a ostatní hráči postupne vytvárajú o tom obraz.

Reflexie o pocitoch protagonistu a ich stvárnení hráčmi.

Vodenie bábky

1. „Bábka“ leží na zemi. Jeden z dvojice sa ju snaží oživiť - pohybuje jej rukami, nohami, hlavou. Keď sa bábka postaví, vedie ju po miestnosti. Po tlesknutí terapeutom sa bábka nepodvolí vedeniu, ale sa snaží ísť vlastným smerom.
2. Hráči sa vystriedajú a opakuje sa to isté.
3. Harmonizácia - hráči sa nedohodnú, že kto bude viesť a kto bude vedený, ale snažia sa o spoločné „dobré fungovanie“ (raz je jeden bábkou a raz druhý).

Simultánne pantomimické cvičenie - úspešný a neúspešný človek
Hráči sa rozdelia na dve skupiny podľa toho, či chcú zobrazovať úspešného, alebo neúspešného človeka. Spolu vytvoria krátku pantomimickú etudu, v ktorej budú zobrazovať jednotlivé typy ľudí.
Po prehraní scénky budú hráči komentovať, prečo si vybrali daný typ človeka, charakterizovať čo je úspech a neúspech z ich vlastného hľadiska, aké vlastnosti sú potrebné k dosiahnutiu úspechu, čo ho môže prekaziť a pod. Čo sa komu nepodarilo dosiahnúť v živote a naopak čo ano a prečo sa tak stalo.
Reflexie o tom, aké to bolo byť bábkou alebo viesť ju a pri rozhodnutí ísť vlastnou cestou.

Ďakujem
Hráči dajú pred seba na zem 3 veci (predmety), ktoré vlastnia a sú pre nich charakteristické (okuliare, rúž,...) Každý si zoberie veci od tých osôb, ktorým chcú poďakovať za niečo, čo sa od nich naučili, čo sa im v priebehu práce v skupine na nich páčilo a pod.
(Môžeme nechať „volný priebeh hry“ alebo možno určiť aký počet predmetov si hráči môžu vybrať, resp. aj určiť počet vybraných predmetov od jedného hráča).

3. Rolové psychodramatické prehrávanie zamerané na konkrétny problém pri práci s protagonistom[3]

Reťazové prehrávanie
Dve osoby sa stretnú na scéne a vedú dialóg o tom, že dcéra ukradla matke 20 eur. (Je podozrenie, že dcéra berie drogy). Po chvíli vstúpi na scénu ďalšia osoba a pokračuje v dialógu s druhou osobou (prvá odíde). Hra pokračuje, kým sa nevystriedajú (podľa záujmu aj viackrát) všetci hráči.

Imaginatívne cvičenie
Navodenie predstavy hráčov príchodu na ľubovolné miesto. Stretávame osobu/y, s ktorými komunikujeme. Protagonisti po jednom vytvárajú scénu pomocou osôb, ktoré vyberajú zo skupiny. Protagonista ich dotykom na plece „ozvučí“ povie za nich slová, ktoré by podľa jeho predpokladu povedali. Potom si vymenia role a odpovedajú za seba.
Diskusia: Aké bolo stretnutie - príjemné/nepríjemné, prečo?

Kto sedí na stoličke
Predstav si niekoho, s kým máš problémy. Sedí na jednej stoličke (zastupuje ju hráč, ktorého si vyvolí protagonista) a Ty na druhej.
Čo by povedala tá osoba?

[3] (Práca s príbehom a s metaforou, psychodramatické prehrávanie - výmena rolí, zrkadlo, alter ego, pozn.).

Čo by chcela?
Ako by sa tvárila?
Dialóg protagonistu s fiktívnou osobou, výmena rolí. (Hráč v roli človeka na stoličke zopakuje vždy iba to, čo povedal zaňho protagonista).
Reflexie, ako sa protagonista cítil, keď hral vlastnú rolu a ako, keď vytváral repliky za niekoho iného.

Psychodramatické prehrávanie
Prehrávanie problémovej situácie podľa návrhu protagonistu.
Dramatoterapeut spolu s protagonistom (jeho podnecovaním) určia tému, cieľ, miesto, osoby, postavenie scény, obrazov, miesto pre protagonistu,...
Pri prehrávaní sa využijú techniky psychodrámy - výmena rolí, alter ego, zrkadlo, sebaobrazovanie.
Obmena :
Po postavení scény, ktokoľvek môže na ňu vstúpiť a pomôcť riešiť problém.
Diskusia o tom, ako riešime podobné situácie v bežnom živote?

Príprava scenára na rolovú hru - práca v skupine
Rozdelenie hráčov do skupín pomocou na inštrukcie postaviť sa do kútov miestnosti
Skupina spolupracuje na scenári príbehu: Drogová závislosť
Názov príbehu:
Hlavná postava:
Vedľajšie postavy:
Aké sú prekážky:
Kto/Ako možno pomôcť?:
Ako to riešiť?
Záver
Príprava na zahriatie improvizovaného príbehu scéna 1,2,... v rámci jednotlivých skupín.

4. Diskusia účastníkov workshopu, otázky, reflexie, hodnotenie

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Liečebný pedagóg v detskom domove – práca a perspektívy

Martina MANKOVÁ
Detský domov Svetluška, Banská Bystrica

ABSTRAKT
Práca a úlohy liečebného pedagóga v detskom domove. Využívanie Snoezelenu a ostatných terapií v detskom domove. Špecifiká práce liečebného pedagóga v detskom domove.

Práca liečebného pedagóga

Hlavná činnosť podľa nariadenia vlády č. 341/2004 Z.z. V znení neskorších predpisov uvedená pod č. 17. 12. 2005 je: Samostatná odborná činnosť zahrňujúca liečebno-výchovnú, psychoterapeutickú, individuálne orientovanú starostlivosť o deti a mládež s narušeným psychosociálnym vývinom alebo s inými špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, spojená so špeciálnopedagogickou diagnostikou a s výchovným poradenstvom v nadväznosti na výchovno-vzdelávací proces, ktorú zabezpečuje liečebný pedagóg v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.

Liečebno-pedagogická diagnostika

- použitie funkčných a vývinových testov a škál (Strassmeier, Gessel, Stručný prehľad PSMT vývinu a jednotlivých zručností),
- interný materiál vypracovaný pre potreby DeD psychológom a lieč. pedagógom,
- návrh krátkodobých a dlhodobých liečebno-pedagogických intervencií a individuálnych stimulačných programov,
- na základe výsledkov diagnostiky odporúča lieč. pedagóg cielené využitie terapií (v našom zariadení využívame predovšetkým snoezelen, hipoterapiu, canisterapiu, hydroterapiu, biofeedback). Spolupráca s fyzioterapeutom.

Využívanie Snoezelenu a ostatných liečebno-pedagogických terapií v práci liečebného pedagóga v detskom domove

Hlavným cieľom Snoezelen je zlepšenie kvality života a rozvoj osobnosti predovšetkým u ľudí s postihnutím (napr. u ľudí s ťažšou formou postihnutia, s poruchami senzorickej integrácie a výrazným komunikačným deficitom).
Snoezelen prebieha v špeciálne zriadenej miestnosti, v pokojnej a príjemnej atmosfére, kde sú zmysly stimulované hudbou, rozmanitými zvukmi, svetelnými efektmi, ľahkými vibráciami,

masážami a jemnými pohybmi, príjemnými vôňami, možnosťou polohovania a bazálnej stimulácie. Stimulácia môže byť kontrolovaná, teda zintenzívňovaná alebo redukovaná. Miestnosť stimuluje a rozvíja všetky ľudské zmysly: sluch, hmat, čuch, zrak, chuť a taktiež vestibulárny a proprioceptívny systém.

Liečebný pedagóg pôsobí ako sprievodca

Čas strávený v Snoezelene závisí od klientovej idividuálnej potreby.

Pri práci v Snoezelene využívame bublinkové valce so zrkadlovým pozadím, zrkadlovú guľu a farebné bodové svetlo, projektor s vymeniteľnými kotúčmi, vodnú posteľ, interaktívne optické vlákna, CD prehrávač, UV lampu, polohovací vak, hojdačku, hviezdne nebo, plazmovú lampu, dotykový panel, hudobné nástroje, haptické pomôcky, predmety svietiace pod UV svetlom.

Uplatenie Snoezelenu u jednotlivých klientov

- Vývinové poruchy (autizmus, poruchy učenia a pod.)
- Mentálne, telesné, zmyslové, viacnásobné postihnutie
- Poruchy správania (hyperaktivita)
- Poúrazové poškodenia mozgu
- Psychické choroby
- Chronická bolesť
- Fetálny alkoholový syndróm
- Predčasne narodené deti

V Snoezelene

foto: archív autorky príspevku

Pri hipoterapii

foto: archív autorky príspevku

Naším deťom kone pomáhajú predovšetkým pri uvedomovaní pohybu a vnímaní okolia. Kontakt s koníkmi a s okolitou prírodou emocionálne pozitívne podporuje vývoj sociálnych vzťahov a poznávacích schopností. **Hipoterapia** ich napĺňa nielen radosťou, ale hlavne ich obohacuje vo všetkých smeroch potrebných pre pozitívny osobnostný vývin.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Pri canisterapii

foto: archív autorky príspevku

Pri canisterapii spolupracujeme s externými odborníkmi, ktorí k nám prichádzajú s ich psíkmi. Naším najmenším deťom pomáhajú pri cvičení, pohybovaní a pri lepšom spánku. Deti sú na psíkoch polohované, tí nahrievajú ich telíčko a svaly, následne dochádza k príjemnému uvoľneniu a vtedy je vhodné s deťmi cvičiť. Pravidelný dych a tlkot srdca psíka pozitívne pôsobí na nervovú činnosť, kedy u detí dochádza k emocionálnemu uspokojeniu.
Canisterapia u väčších detí prebieha riadene terapeutom na rôznu tému.
Deti sa učia, ako sa ku psíkom majú správať, učia sa časti tela, farby.....
Kladie dôraz na riešenie psychologických, citových a sociálno - integračných problémov. Je veľmi pekné pozorovať deti ako sa popri psíkoch menia, na kamarátskych, tolerantnejších a vnímavejších.

Pri biofeedbacku emWave PC Stress Relief System je počítačový systém určený na snímanie srdcovej variability, ktorý prostredníctvom ušného senzora sníma údaje o srdcovom rytme a prenáša ich do počítača. Program tieto informácie spracuje do užívateľsky príjemnej a zrozumiteľnej grafickej podoby na obrazovke počítača ako hru.
Úlohou hráča je dostať sa do koherencie - pod tým rozumieme stav synchronizácie medzi srdcom, mozgom a autonómnym nervovým systémom. Program je určený pre: nadobudnutie osobnej rovnováhy, energie, vnútornej pohody, keďže pri hre hráč potrebuje pokoj a sústredenie, cvičí si aj pozornosť a trpezlivosť, tiež pracujeme emocionálnou stránkou hráča a ovládaní jeho negatívnych emócii a výbuchov. Tento program sa u nás využíva predovšetkým na prácu s deťmi so špecifickými potrebami a poruchami správania.

Príprava a realizácia tréningu psychosociálnych zručností

- so zameraním na prevenčnú činnosť (prevencia látkových a nelátkových závislostí, sexuálna prevencia) a tiež rozvoj sociálnych zručností ako napr. komunikácie, vhodného správania, sebaovládania, sebaspoznávania, vzťahoch, životnej zameranosti a pod.
- Spolupráca s profesionálnymi rodinami - pravidelné návštevy 2x za mesiac, spolupráca a participácia na tvorbe IPRODov, metodické usmerňovanie, pomoc a podpora pri riešení problémových situácií.
- Aktívna spolupráca s poradenskými zariadeniami a inými odbornými zariadeniami zaoberajúcimi sa starostlivosťou o deti.
- Koordinovanie dobrovoľníckej činnosti.
- Účasť na pravidelnom mesačnom hodnotení IPRODu dieťaťa.
- Spolupráca s vychovávateľmi – poskytovanie liečebno-výchovnej pomoci, konzultácií, poradenstva, metodickej pomoci.

Perspektívy

„ Pomôž mi, aby som to dokázal urobiť sám“, táto myšlienka M. Montessori je našim krédom, podľa ktorého plánujeme zmeniť koncepciu výchovy na alternatívnu „podľa Montessori“. Vychádza zo zážitkovej formy učenia a pripravenosti prostredia.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Terapia verzus výchova, alebo terapia a výchova?

Albín ŠKOVIERA
Katedra sociálnej pedagogiky a vychovávateľstva
Pedagogická fakulta UK Bratislava

ABSTRAKT
Nosnou otázkou príspevku je odborný obsah pojmov terapia, psychoterapia, výchova a prevýchova. Autor sa pokúša vymedziť spoločné a rozdielne znaky. Upozorňuje na rozdielne východiská pri tvorení pojmov zo zložených slov (napr. psychoterapia, muzikoterapia, kanisterapia). Kriticky sa stavia k veľmi širokému ponímaniu pojmu terapia, považuje ho často viac za účelové, ako obsahovo presné.

Terapiou je dnes temer všetko. A tak nie div, že sme dostali, prof. Zelina a ja, asi pred piatimi rokmi, kritický mail od známeho slovenského psychológa Stana Filu. Komentoval v ňom nadužívaniu pojmu terapia. V závere napísal: „Keď si sadneme s dieťaťom oproti sebe na stoličky a budeme si hádzať loptu, tak to bude vlastne ***stoličkoloptoterapia***“. Jeho logický záver je trocha provokáciou i karikatúrou, ale je aj našim zrkadlom. Vyvoláva celý rad otázok. Pokúsim sa zaujať stanovisko aspoň k piatim.

- Ako sa tvoria odborné pojmy?
- Je všetko to, čo nazývame terapiou, naozaj terapia?
- Prečo dochádza k „mäteniu pojmov“?
- Je výchova „menej“ ako terapia?
- Je terapia len skrátenou verziou pojmu psychoterapia a terapeut vlastne psychoterapeutom?

Prvý okruh problémov súvisí s tým, že pojmy psychoterapia, terapia i výchova majú dve rozdielne úrovne šírky vymedzenia – všeobecnejšiu a špecifickejšiu. Na všeobecnejšej úrovni ide o akési simplifikované konštatovanie, na špecifickejšej úrovni je spravidla definícia spájaná s odbornosťou realizátora, charakteristikou a zameraním procesu a definovaním cieľa. Pokiaľ ide o pojem ***terapia***, nejasnosti sú spojené aj s tým, že v psychoterapeutickej, psychologickej a medicínskej literatúre sa používa prakticky výlučne vo význame *liečba,* zatiaľ čo liečebná pedagogika ho vníma aj v súlade s pôvodným významom aký mal v klasickej gréčtine, teda ako ***služba*** a ***starostlivosť***.

Druhým okruhom problémov pojmu terapia je, že v slovnom spojení označuje hierarchicky tri odlišné kategórie:

- Farmakoterapiu, psychoterapiu, či socioterapiu môžeme vnímať ako najvšeobecnejšiu kategóriu východiskových prístupov (farmaceutické prostriedky, psychologické prostriedky, sociálne prostredie) „liečby“.
- Muzikoterapiu, dramaterapiu, ergoterapiu či psychomotorickú terapiu môžeme vnímať ako istú metódu, resp. metodiku „liečby“.

- Kanisterapiu či hypoterapiu vnímame ako činnosť spojenú s konkrétnym prostriedkom (nástrojom) „liečby".

Tretí okruh problémov súvisí s tým, že terapia (farmako, psycho, socio) je oveľa skrytejšie spojená s konkrétnymi filozoficko-ideologickými východiskami (pritom sa „tvári", že je celkom neideologická), ako výchova. Je nepochybné, že „bylinkári", klasickí farmakoterapeuti a homeopati majú nielen iné teoretické, ale aj filozofické východiská. Behaviorálna psychoterapia je ideovo „na míle vzdialená" od logoterapie. Výchova nezamlčuje východiská, deklaruje, či je cieľom výchovy človek zbožný, poslušný, spoločensky užitočný, či šťastný. Tento fakt spolu s verejnou mienkou, že „vychovávať môže každý", sú základom pre vnímanie výchovy ako niečoho, čo má nižšiu spoločenskú prestíž ako terapia. Mať terapeuta je „in". Mať vychovávateľa „in" nie je.

V snahe zorientovať sa v prostredí „mätenia pojmov" som sa pokúsil pomenovať (zatiaľ) deväť základných a štandardných spôsobov, ako sa pojem predovšetkým v rámci odbornej terminológie nielen vytvára, ale aj zaužíva.

a) Pojem je sémanticky logicky odvodený od etymológie daného slova (slov) a je v podstate presný. *Napr.: elektroencefalograf, demokracia,*
b) Pojem vychádza z historickej alebo mytologickej modelovo podobnej situácie. Je jej paralelou, alebo metaforickým povýšením. *Napr.: Oidipovský komplex, ostrakizmus, Achilova päta.*
c) Pojem je autorský a následne sa v teórii i praxi zaužíva. *Napr.: stres (H.Selye), robot (K.Čapek).*
d) Pojem je spojený priamo s menom autora. *Napr. Gaussova krivka, Braillovo písmo, Archimedov zákon.*
e) Pojem je zaužívaný a akceptovaný napriek tomu, že nie je presný. *Napr.: schizofrénia, maturita, náhradná výchova.*
f) Pojem je operacionalisticky (na úrovni súboru znakov) vymedzený. *Napr.: trestný čin, sociálna starostlivosť.*
g) Z pôvodného viacslovného opisu javu sa cez súbežné používanie skratky pojmu zmenila samotná skratka na pojem. *Napr. ADHD, CAN.*
h) Pojem a jeho význam sú prijaté na základe širokej odbornej dohody. *Napr.: poruchy správania, inteligenčný kvocient.*
i) Pojem je zavedený mocensky - politicky. *Napr.: generalissimus (J.V.Stalin), Žiar nad Hronom* alebo *tzv. slovenský štát.*

Je pre mňa otvorenou otázkou, ktorý z deviatich uvedených spôsobov môžem na pojmy terapeut a terapia aplikovať ***Terapeut*** v zmysle Všeobecného encyklopedického slovníka (2002) totiž je:

- pôvodne príslušník asketickej náboženskej sekty zaoberajúci sa uzdravovaním chorých,
- označenie psychoterapeuta.

Ak terapeut nie je členom asketickej sekty, je teda automaticky psychoterapeutom? Je zrejmé, že kanisterapeut a ďalší terapeuti, nemusia mať s psychoterapeutom veľa spoločného. Líšia sa vzdelaním, zručnosťami, kompetenciami i napĺňaním čiastkových i dlhodobých cieľov. Ak teda napriek tomu dochádza k mäteniu pojmov, je namieste otázka: Prečo? Vnímam tu viaceré „svetonázorové" zdroje. Ide o:

- **Nevedomosť, ľahostajnosť** alebo **povrchnosť užívateľov pojmov** (terapia a psychoterapia, čerešňa a višňa ako synonymá), keď rozlišovať pojmy je nedôležité, či zbytočné.
  - Pojem *terapia,* je široko vymedzený a značne „variabilný". Súvisí to s tým, že sa k nemu hlási liečebná pedagogika i špeciálna pedagogika, psychiatria aj iné medicínske odbory, klinická a poradenská psychológia, sociálna práca, ale i samotná psychoterapia. A každý z odborov si ho upravuje na „svoj obraz".
  - Problémom je aj to, že ak je široko vymedzená terapia, nejestvuje medzi ňou a napr. poradenstvom, či výchovou dostatočne čitateľná hranica. Je pritom samozrejmé, že poradenské i výchovné aktivity často mávajú aj terapeutické efekty, a že terapia, najmä pri deťoch, má byť vždy orientovaná vo vzťahu k hodnotám pozitívne. Poľská odborná literatúra to reflektuje pojmom *výchovná terapia.* Prvé ročníky absolventov štúdia liečebnej pedagogiky boli v tomto progresívne. Mali v absolventskom diplome zapísaný aj *terapeuticko-výchovný smer.*
- **Ideológiu spojenú s relativizáciou pojmov či hodnôt** (napr.: láska, rodina, spravodlivosť, úspech), keď prekrývať a posúvať významy je dôležité.
  Použitie pojmu terapia tu má svoj zaujímavý a pozitívny historický kontext. V špeciálnej a liečebnej pedagogike sa začal častejšie používať po roku 1969, teda v období normalizácie a silného politického tlaku. „Nálepka" či etiketa terapií umožňovala zamerať sa v praxi špeciálnych zariadení na ciele, ktoré boli v svojej podstate výchovné, resp. prevýchovné a formulovať ich inak, ako v rámci terminológie zložiek komunistickej výchovy.
- **Ideológia spojená s úspechom**, marketingový zámer, v ktorom ide o to, aby sa „produkt" čo najlepšie predával, prekrývať a posúvať významy je pragmaticky užitočné. Marketingovo je zrejme terapia oveľa lepším tovarom ako výchova. Medzi statusom terapeuta a pedagóga je rozdiel pravdepodobne nielen v ich vnímaní verejnosťou, ale v mnohých prípadoch aj v ich selfkoncepte.

Ak sa vrátime k terapeutovi ako príslušníkovi náboženskej sekty alebo psychoterapeutovi, je zrejmé, že až na výnimky (inak odborne pripravovaných jednotlivcov) nenapĺňa ergoterapeut či arteterapeut ani jednu z týchto dvoch možností. Je však v súčasnosti

nielen potrebné, ale logické, popri reflektovaní faktu, že existuje muzikoterapia či arteterapia, reflektovať aj jej realizátorov. V praxi to znamená rozšíriť pojem terapeut aj na nich. Vôbec to však následne neznamená, že sú terapeuti vždy aj psychoterapeuti. Terapeuti sú tí, ktorí reálne ergoterapiu či dramatoterapiu aplikujú.

Okrem otázky, kto je a kto nie je terapeut, je tu aj rad ďalších otázok. Napr.: Čo je a čo nie je terapia? Kedy je viac ako terapiou výchovou, prevýchovou alebo špeciálnou výchovou? Aké „terapeutické“ kompetencie má pedagóg, aké „výchovné“ kompetencie terapeut? Považujem za nepochybné, že samotný fakt využívania literatúry, výtvarných, hudobných, či iných aktivít s klientelou (teda nie intaktnou populáciou) neznamená, že sa realizuje biblioterapia, arteterapia či muzikoterapia. Je to téma vážna, ale vhodná na samostatný príspevok, resp. širšiu odbornú diskusiu.

Som presvedčený, že psychoterapia, terapia a výchova majú byť vo vzťahu k dieťaťu, či k dospelému v komplementárnom vzťahu. Aby také boli, potrebujeme dodržiavať minimálne štyri zásady:

- ujasniť si obsah pojmov, aby sme si mohli rozumieť,
- ujasniť si kompetencie, aby sme sa mohli rešpektovať,
- strážiť si a neprekračovať hranice, aby sme sa mohli navzájom cítiť bezpečne,
- vnímať ako nadradený záujem dobro dieťaťa, resp. dospelého, aby sme si mohli vzájomne pomáhať.

POUŽITÁ LITERATÚRA

MAJZLANOVÁ, K., ŠKOVIERA, A., FUDALY, P. (2004). Špeciálna dramatická výchova v sociálnej a špeciálnej pedagogike. Bratislava: Humanitas.

VŠEOBECNÝ ENCYKLOPEDICKÝ SLOVNÍK. S-Ž. (2002). Praha.

ŠKOVIERA, A. (2006). Špeciálne výchovy alebo terapie? In.: Sociálnopedagogické štúdie 2006. Bratislava: Pedagogická fakulta UK. (CD – nosič). pp.69-72.

ŠKOVIERA, A.(2010). Detský domov rodinného typu–pseudológia fantastica, alebo marketingový ťah?. In.: Trendy a nové výzvy v špeciálnej pedagogike. Bratislava: IRIS. pp. 154-156.

ŽIVNÝ, H. (2008). Kontexty výchovy a terapie v oblasti závislosti od psychoaktívnych látok.In: *Zdravie detí - výzva pre všetkých*. Zborník z Medzinárodnej konferencie Bratislava (11.-12. 10. 2007). Bratislava : Univerzita Komenského. pp. 83- 90.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Rodina v záťaži a jej sprevádzanie

Jana ŠPÁNIKOVÁ
Katedra liečebnejpedagogiky
Pedagogická fakulta UK Bratislava

ABSTRAKT
Porovnaním vývoja premeny európskej rodiny, zistíme, že slovenská rodina v mnohom tento vývoj kopíruje. V Európskej únii výrazne pribúdajú osamelí rodičia, osamelé matky, pribúda aj počet detí, ktoré sa rodia nezosobášeným párom. Mnohé deti žijú bez trvalej prítomnosti a hlavne starostlivosti oboch rodičov – matky a otca. Tieto deti okrem iných záťaží prichádzajú aj o prirodzené súžitie a viacgeneračnú životnú oporu. Proces prekonávania spoločenských zmien, ale aj individuálne prekonávanie záťaže v rodine nie je jednoduchý a často nie vždy samotnou rodinou zvládnuteľný. Liečebný pedagóg pri sanácii, obnove či rekonštrukcii rodinného spolužitia je pripravený vyhodnotiť stav záťaže, krízy, či dysfunkcie rodinného systému a následne, v čo najkratšom čase, poskytnúť krízovú intervenciu, poradenstvo a sprevádzať rodinu v období, kedy to stav alebo okolnosti vyžadujú.

> „Rodina môže byť miestom, kde človek nájde lásku, porozumenie a podporu, i keď všetko ostatné sklame – kde sa osviežime, naberieme novú silu a úspešnejšie sa tak vyrovnáme s vnútorným svetlom. Ale pre milióny problémových rodín je to len snom. Zdokonaliť rodinu je pritom tá najťažšia a najkomplikovanejšia práca na svete“ (Satirová, 1994, s.20).

Rodina v premene

Samotná rodina na Slovensku je v dynamickom procese premeny, predovšetkým prechádza zmenami rodinného spolužitia a vzťahov. Sú to zmeny formálne a štrukturálne. Z postavenia rodiny tradičnej, založenej na patriarchálnom charaktere vzťahov, do podoby rodiny modernej.

V súčasnosti už reflektujeme, že narastá počet dvojíc, ktoré spolu žijú bez uzavretia manželstva, ako aj nárast osamelých matiek, pribúda počet rozvedených či opakovaných manželstiev, čím vzniká tak nová netradičná štruktúra vzťahov. Rodinné spoločenstvo je nerozlučne späté s historicko-spoločenským vývojom. Každý život je proces a každý z nás je reťazcom životných udalostí, organizovanou sieťou mikrosveta, svojho mikroprostredia - rodinou.

Porovnaním vývoja premeny európskej rodiny, zistíme, že slovenská rodina v mnohom tento vývoj kopíruje a je predpoklad, že už aj slovenská rodina v budúcnosti bude označovaná ako postmoderná. V Európskej únii výrazne pribúdajú osamelí rodičia, osamelé matky, pribúda aj počet detí, ktoré sa rodia nezosobášeným párom. Kým v roku 1990 ich podľa novej ročenky Európskeho štatistického úradu (Eurostat*) bolo 17,4 percenta, tak v roku 2008 to bolo už viac ako 35 percent z narodených detí. Narastajúci trend sa týka úplnej väčšiny z

27 štátov EÚ, nevyhýba sa ani Slovensku. Na Slovensku sa začiatkom 90. rokov rodilo mimo manželstva 7,6 percenta, pred dvoma rokmi to už bolo 30,1 percenta.
Mnohé deti žijú bez trvalej prítomnosti a hlavne starostlivosti oboch rodičov - matky a otca. Tieto deti prichádzajú aj o prirodzené súžitie a viacgeneračné životné sprevádzanie. Strácajú kontakt aj s oboma prarodičmi - starou mamou a otcom. Oslabenie stability rodiny, rozpad kedysi nemenných rodinných vzťahov, zmeny v motivácii rodičov, preťaženosť a profesionálna emancipácia matky poznačuje výchovu detí.

Rodičovstvo

Tak, ako sa menili názory na rodinu, menilo sa aj jej samotné poňatie prípravy na rodičovstvo a jeho ďalšie usmerňovanie. Nikdy nie je dokonalé obdobie, dokonalý čas, dokonalá zrelosť, dokonalé podmienky, dokonalé zabezpečenie na príchod dieťaťa. Dieťa vždy ovplyvní už vopred zabehaný chod celkového života rodiny. To, že ešte stále ľudia túžia po deťoch, dáva nádej, že ľudstvo nezanikne. Táto životná túžba je motivovaná viacerými prirodzenými ľudskými potrebami a samotné rodičovstvo je pre mnoho párov jednoznačne prínosom.

Potreba stať sa rodičom je psychicky ovplyvnená v spojitosti s potrebou zachovať existenciu rodu a mať pokračovanie. Podľa Matějčeka a Langmeiera (1986) a Vágnerovej (2000) môže mať jedinec prostredníctvom rodičovskej role určitým spôsobom uspokojené základné rodičovské potreby, alebo naopak, pri zabránení ich uspokojenia môže dôjsť k psychickej deprivácii. Spomínaní autori pomenovali týchto **päť základných psychických potrieb, ktoré rodičovstvo uspokojuje:**

- **potreba stimulácie** predstavuje neustály prísun podnetov rôzneho množstva, kvality a premenlivosti. Dieťa poskytuje rodičom množstvo nových skúseností a zážitkov, prináša im aj rozptýlenie a oživenie ich vzájomného vzťahu.
- **potreba citovej väzby a životnej istoty** sa premieta vo vzťahoch rodičov voči svojim deťom. Vzťah s dieťaťom je spoľahlivý a istý, minimálne počas detstva, kedy je dieťa závislé na svojom rodičovi.
- **potreba sebarealizácie a vedomia vlastnej identity a hodnoty**, ale aj spoločenskej prestíže je často napĺňaná prostredníctvom splodení a vychovaní detí. Do určitej miery ju môžeme považovať za jednu z podmienok uznania dospelosti. Ako píše Vágnerová (2000), rodičovská rola je nespochybniteľným dôkazom dospelosti.
- **potrebu zmysluplného sveta** môžeme vidieť naplnenú v určitom poriadku, pravidelnosti a predvídateľnosti chodu ľudského života. Prostredníctvom skúsenosti s dieťaťom rodičia dozrievajú a rastú v životnej múdrosti. Dieťa, alebo predstava o ňom sa však môže stať zmyslom existencie svojich rodičov.
- **potreba otvorenej budúcnosti, čiže potreba nádeje a životnej perspektívy** umožňuje uspokojivé prežívanie osobného behu života. Deti otvárajú budúcnosť, znamenajú pokračovanie života svojich rodičov, prenášajú určité vlastnosti, fyzickú podobu, tradície,

zvyky, spôsoby, znamenajú zachovanie existencie rodu a jeho typických znakov. Strata perspektívy, nejakým spôsobom uzavretá budúcnosť vedie k zúfalstvu.

Príchod dieťaťa

Narodením prvého dieťaťa vzniká rodina. Říčan uvádza (1990, s. 287) „*materstvo a otcovstvo je veľkou príležitosťou začať odznovu svoj vlastný život, akési jeho opravené vydanie. Vo fantázii sa svojím deťom ľahko identifikujeme - a sme to potom vlastne my, kto sa znova hrá s bábikou, znova sa bije v škôlke, znova ide na prvé rande s chlapcom. Je to krásne a zvodné. Je to nebezpečné pre naše dieťa, od ktorého teraz žiadame, aby splnilo všetky naše zmarené sny, aby vynahradilo všetky naše porážky*“.

Príchod dieťaťa a jeho začlenenie do rodiny je síce prirodzený, ale nie jednoduchý proces, závisí predovšetkým od samotného prijatia dieťaťa rodičmi, ale aj celou jeho rodinou a bezprostredného okolia. Dieťa prináša rodičom emocionálny a sociálny zisk, na druhej strane aj zmenu ich doterajších rolí a stratu relatívnej voľnosti.

Dávna tradícia, keď žili rodiny pospolu a prirodzene pomáhali novorodičke so základnými návykmi. Príchod nového človeka na svet, sprevádzal u našich predkov celý komplex úkonov, ktoré jednak chránili novorodenca a jeho matku od "zlých" síl a na druhej strane zabezpečovali jeho sociálne začlenenie a vytvorenie počiatočnej väzby po pôrode. Dnes, kedy pri pôrodoch môžu asistovať aj otcovia. Narodenie dieťaťa, hodiny a dni po pôrode sastávajú citlivým obdobím oboch rodičov. Malý človek má od prvého kontaktu nad matkou a otcom, či starostlivými opatrovateľmi takmer magickú moc.

Rodičovská zodpovednosť a rodičovská rola je nezvratná a ten človek, ktorý sa stane raz rodičom, ním zostáva navždy. Rodičovský vzťah je posledný vzťah, ktorý sa nedá vziať späť! Už nemožno vycúvnuť, nemožno dieťa vymeniť, ak nezodpovedá predstavám rodiča. Rodina je pre jej členov interaktívny a dynamický systém vzťahov a procesov. Všetko, čo v nej nastane, vplýva na každého jej člena, tak aj na súčinnosť celku.

Kríza v rodine

Rodina má svoj životný cyklus, ktorý prináša mnoho bežných, ale i záťažových situácií. Neriešená záťaž v rodine má rôzne tragické podoby a problematika rodinných kríz je veľmi zložitá. Neriešené problémy často vnášajú do života rodiny smútok, zmätok a strach a čo môže byť aj dôsledok konca rodinného spolužitia.

V rodinách s deťmi sa stretávame aj s nasledujúcimi typmi krízami (Vyhnálková, 2004, in Vodáčková, 2004, s. 272):

- krízy súvisiace s vývinom dieťaťa,
- krízy súvisiace s vývinovými etapami v rodine,
- tranzitórne krízy v rodine (*krízy z očakávaných zmien*),
- krízy vyvolané poruchami osobnosti a poruchami správania jedného či viac členov rodiny,
- krízy súvisiace s náhlymi životnými udalosťami v živote dieťaťa a rodiny,

- krízy súvisiace s krízou manželskou.

Spoločenstvo muža a ženy je charakterizované hľadaním, spoznávaním, toleranciou, dôverou a úctou. Muž a žena sa neustále stretávajú a rozchádzajú, milujú a nenávidia, v každodennom živote často dobro nezvíťazí nad zlom, láska nad nenávisťou. Chýba istota. Spojenie v partnerstve, v manželstve či aj rodičovstve prechádza krízami. Procesy stretávania sa, či rozchodov sú spojené s emóciami: od zaľúbenosti až (a to nie zriedkavo) hnevu. Prežitie partnerskej krízy je zložité o to komplikovanejšie je to v prípadoch, keď účastníkom tohto rozkolísaného obdobia je dieťa, ktoré samo vyžaduje osobitú pozornosť.

Dysfunkčná rodina

Rodina, ktorá spôsobuje svojím členom napätie, neistotu, ohrozenie existencie a emocionálny stres je často považovaná za rodinu narušenú - dysfunkčnú. V dysfunkčných rodinách sa je predovšetkým narušená komunikácia medzi jednotlivými členmi a prevláda tam napätie a neistota. Podľa Satirovej (1994) môže táto porucha rodiny prameniť z nedostatočného kontaktu členov, nezvládnutia zmien, ktoré nastali v rodine či z nízkeho sebahodnotenia a hodnotenia iných. Táto rodina si nepripustí zmeny, ktoré nastávajú, alebo rodina nie je schopná zvládnuť toto obdobie. Existuje mnoho príčin porúch rodiny, majú najrôznejší charakter a pramenia z chýb v jednotlivých článkoch systému jednotlivec - rodina - spoločnosť a ich vzájomnej interakcie. V rodinách vyskytuje množstvo problémov a prvkov, ktoré signalizujú v rámci stability rodinného spoločenstva potrebu odborného zásahu. Predkladám vo svojom príspevku dve formy sprevádzania rodiny za participácie liečebného pedagóga: poradenstvo a účasť na podporných programoch.

Formy liečebnopedagogického sprevádzania rodiny

Liečebnopedagogické sprevádzanie rodiny by malo spĺňať zásady ako je:

- profesionalita liečebnopedagogického prístupu (v krízovej intervencii, poradenstve, podpore, terapii),
- empatické naladenie liečebného pedagóga,
- schopnosť transformovať maladaptívne emócie a
- využívať multidiciplnárny prístup.

Pri pravidelných odborných stretnutiach je predovšetkým potrebné mať na zreteli rozvoj rodiča a dieťaťa. Naším úsilím je minimalizovať záťaž, resp.konflikt v rodine(ktorý má často tendenciu sa rozvinúť), posilniť partnerskú spoluprácu v procese sprevádzania, spolupracovať na postupnom zvyšovaní rodičovských kompetencií pri rešpektovaní zásady primeranosti, a to podľa typu rodiny a podľa jej socio-ekonomickej situácie.

Liečebný pedagóg pri práci s rodinou ručí svojim odborným a zodpovedným prístupom, vyberá tie metódy podpory, ktoré sú z odborného hľadiska najoptimalnejšie. Pridržiava sa etických princípov (ako je súhlas k poskytnutej pomoci, mlčanlivosť

a diskrétnosť, hranice profesionálneho vzťahu, individuálny prístup, pozitívny prístup a hlavne odbornosť).

Žiaden intervenčný úkon sa nesmie robiť bez súhlasu, či proti vôli rodiča – informovaný súhlas a poučenie. Potrebné je, aby liečebný pedagóg už v úvodnom rozhovore s rodičmi prezistil ich potreby a očakávania. Pomôcť mu môže SWOT analýza, ktorá sa zameriava na slabé ako aj na silné stránky rodinného fungovania a zároveň na príležitosti a ohrozenia rodiny. Následne v kooperácii s rodičmi a odbornými (lokálnymi možnosťami), stanoví pracovný kontrakt sprevádzania (cieľ, metódy, postupy, harmonogram, pravidlá, etapy...). Frekvencia stretnutí s rodinou sa môže pohybovať v intervaloch denných, týždenných a mesačných. Odporúčania, či úlohy rodičovi je vhodne dávať postupne a je potrebné ho nielen usmerňovať, stimulovať, ale aj kontrolovať ich plnenie. Inštrukciu musí aj viackrát zopakovať, nielen príkladom, ale aj slovným výkladom a zdôvodnením.

Poradenstvo liečebného pedagóga

Poradenstvo patrí k základným formám práce v procese sprevádzania rodiny. Cieľom tohto poradenstva je predovšetkým umožniť rodine lepšiu orientáciu vo svojej ťažkej životnej situácii. Následne cez poradenský proces môžeme ovplyvňovať postoje rodičov a ich predstavy o budúcom rodinnom živote.

Liečebný pedagóg v rámci svojej prípravy je kompetentný sprevádzať, usmerňovať, či radiť rodičom. Je zároveň nápomocný, aby ich sprevádzal a spoločne s nimi hľadal možnosti nápravy. V úvodnom štádiu poradenského procesu je potrebné, aby sa minimalizoval strach rodičov a ich rodičovskú neistotu. Hneď v počiatkoch je potrebné poskytnúť rodičom predovšetkým oporu, pomôcť im odbúrať komunikačné bariéry a posilniť ich kompetencie a sebavedomie. Sústrediť sa na to, čo rodičia pri starostlivosti či výchove svojho dieťaťa považujú za problém a čo im spôsobuje ťažkosti v životnej situácii v ktorej sa nachádzajú. Zo skúsenosti práce v poradni pre rodinu viem, že často krát už samotná ochota byť nápomocná a môj empatický prístup dokáže rodičom priniesť úľavu.

Liečebný pedagóg môže poskytovať rodine ambulantné a terénne poradenské služby ak je požiadaný, môže plniť úlohu koordinátora podporných rodičovských skupín. Avšak pri poruchách rodinného prostredia, ktoré však vyžadujú aj iné profesionálne intervenčné zásahy musí byť opatrný. V prípade, ak liečebný pedagóg ako poradca nie je zorientovaný v probléme rodinného spolužitia, rozhodne nemá dávať rady či usmernenia, prípadne preberať zodpovednosť za rozhodnutia rodičov.

Úrovne poradenstva

1. **Svojpomocné poradenstvo** (posilnenie samostatnosti)

Rodičov môžeme sprevádzať pri riešení ich problému aj bez priameho kontaktu prostredníctvom letákov, brožúriek, webovej stránky, odkaz na články v novinách/časopisoch o konkrétnom riešení.

2. **Asistované informácie** (informácie s asistenciou poradcu)

Ide o priamy kontakt s rodinou (osobne, telefonicky, e-mailom, písomnou korešpondenciou), kedy rodiča počúvame (resp. čítame o prípade). Pri tejto úrovni stanoví liečebný pedagóg diagnózu problému rodiny a všeobecne konštatuje, v čom je problém.

Poradca má dve možnosti:

- zhodnotí, že prípad je náročný a on nemá dostatočné odborné či osobné vybavenie k riešeniu situácie v rodine a nasmeruje klientov na iných odborníkov – špecialistov, resp. organizáciu,
- zhodnotí, že problém ktorý rodina rieši, je v jeho kompetencii a poskytne základné informácie ako riešiť problém, prípadne poskytne ďalšie konkrétne odporúčania.

3. **Všeobecná pomoc** (rozbor konkrétneho problému).

S rodičmi komunikuje priamo, prípadne prechádza písomnú dokumentáciu a vedie komplexný poradenský rozhovor. Určuje detailnú diagnózu, definuje oblasť či oblasti rodinného problému. Usmerňuje rodičov pri najvhodnejšom riešení problému, či korekcie výchovy a či starostlivosti. Významná pomoc liečebného pedagóga je aj z hľadiska poznania ich rodičovských práv a povinností, práv ich dieťaťa, prípadne jeho miesta v sociálnom systéme.

4. **Práca s rodinným prípadom** (sprevádzanie rodiny pri riešení ťažkostí)

V tejto úrovni nasleduje realizácia možností – rozhodnutí rodičov. Liečebný pedagóg na základe poverenia, splnomocnenia môže v tejto úrovni poradenského procesu rodičov zastupovať, prípadne spolupracovať ako koordinátor sprostredkovania ďalších odborných služieb. Môže rodičom pomôcť objasniť, čo môžu pre svoje dieťa urobiť a na aké finančné príspevky a materiálne pomôcky majú právo. V tejto úrovni poradenstva sa stretáva pri komplexnom riešení aj s tretími stranami, s odborníkmi v rámci multidisciplinárneho prístupu, či spolupracujúcimi organizáciami prostredníctvom Fóra pomáhajúcich organizácií (napr: zdravotnícke zariadenie, Polícia, MVO, ÚPSVaR, Centrum pre liečbu drogových závislostí a pod.).

Poradenstvo v Liečebnej pedagogike nevnímame ako jednosmerné udeľovanie rád rodičom, ale ako partnerskú spoluprácu v riešení ich rodinných problémov.

Podporné rodičovské skupiny

Podporné skupiny sú založené prevažne na svojpomoci v ich lokálnom spoločenstve a sú súčasťou selektívnej prevencie báze svojpomoci. Využíva sa princíp sociálnej opory so spoluúčasťou na spoločných alebo podobným problémom. V poslednom období aj liečebný pedagóg využíva možnosť u nás novej formy. V podobe laickej organizovanej pomoci, podpory, sprevádzania či usmerňovania rodičovstva. Tieto skupiny, aj keď sú orientované na svojpomocnú podporu a sú často samoriadiace, potrebujú sčasti aj odborné vedenie svojich procesov. Rodičia prostredníctvom podpornej, svojpomocnej skupiny a podporných preventívnych programov za účasti liečebného pedagóga upravujú

sa, rekonštruujú, posilňujú svoje rodinné vzťahy a rodinnú príslušnosť. Ja osobne mám niekoľkoročné dobré skúsenosti s touto formou pomoci.

Záver

Liečebnopedagogické sprevádzanie, vytváranie siete pomáhajúcich organizácii pre rodinu, otvára nové možnosti stabilizácie rodinného spolužitia pri prežívaní životnej záťaže. Poskytnuté dostupné možnosti, dostatočný priestor a čas k sprevádzaniu ohrozenej rodiny vytvára bezpečné miesto pre jej členov k explorácii emocionálneho prežívania a k reflexii objaveného a znovunájdeného spoločného domova.

POUŽITÁ LITERATÚRA

MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. (1986). Počátky našeho duševního života. Olomouc : Panorama. 367 s.
ŘÍČAN, P. (1990). Cesta životem. Praha: Panorama.
SATIROVÁ, V. (1994). Kniha o rodine. Praha: Práh.
SOBOTKOVÁ, I. (2001). Psychologie rodiny. Praha: Portál.
ŠPATENKOVÁ, N. (2004). Kriza psychologický a sociologický fenomén. 1. vyd. Praha: Grada.
VÁGNEROVÁ M. (2000). Psychopatologie pro pomájající profese. Praha: Portál. 448 s.
VODÁČKOVÁ, D. a kol. (2002). Krizová intervence. 1. vyd. Praha: Portál. 543 s.
http://spravy.pravda.sk/novy-trend-v-zivote-europanov-narasta-pocet-nemanzelskych-deti-pw9-/sk_svet.asp?c=A100910_124720_sk_svet_p23.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Terapeuticko výchovná pomoc mládeži s delikventnými poruchami správania

Tatiana TOMČÍKOVÁ
Katedra sociálnej práce, Pedagogická fakulta
Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici
,

ABSTRAKT
Príspevok sa zaoberá problematikou mládeže s delikventnými poruchami správania. Autorka sa snaží nájsť možné vzťahy medzi osobnostnými vlastnosťami adolescentov a delikventnými poruchami správania. Je predpoklad, že zistené osobnostné špecifiká majú tendenciu pretrvávať u dospievajúcich až do dospelosti a môžu byť signálom neskoršieho vážneho sociálneho zlyhania. Zároveň zaoberá jedným z prístupov v oblasti práce s delikventnou mládežou - terapiou a výchovou, ako neoddeliteľnou súčasťou poskytovania odbornej pomoci.

Úvod

Problematika delikventných prejavov správania u detí a mladistvých sa v súčasnosti stáva aktuálnou otázkou našej spoločnosti. Mládež predstavuje jeden z najcitlivejších elementov z hľadiska jednotlivých členov spoločnosti a tvorí svojrázny sociálno-vekový komplex vzhľadom k tomu, že dokáže podliehať aktuálnym spoločenským vplyvom prejavujúcim sa v ich bezprostrednom správaní. V období dospievania sa mnohí adolescentní jedinci ťažko orientujú v sociálnom okolí, nedomýšľajú dôsledky svojho správania, bývajú zraniteľní, sociálne nevyzretí a ich prežívanie býva často spojené s prázdnotou, beznádejou a permanentnou nudou. To veľakrát vedie k problema-tickému psychosociálnemu vývoju a sebadeštruktívnemu správaniu mladistvého.

Delikventné prejavy správania mladistvých

Poruchy správania predstavujú súhrnné označenie širokej škály prejavov v oblasti prežívania, adaptability a socializácie, ktoré sú dôsledkom emocionálneho, sociálneho alebo kognitívneho narušenia a ktorých nositeľ je všeobecne označovaný ako problémový jedinec. Poruchy správania vznikajú tým, že podmienky sociálneho prostredia, emocionálnej sféry a morálnych hodnôt nevytvárajú pre prirodzený vývin osobnosti jedinca vhodný vzájomný pomer.

Pod pojmom **delikventné správanie mladistvých** rozumieme spravidla porušenie právnych alebo morálnych noriem dospievajúcimi jedincami. Delikventné poruchy správania predstavujú taký typ deviantného správania jedinca, ktoré je pre spoločnosť nebezpečné a zároveň sankcionované (krádeže, vlámania, lúpežné prepadnutia, znásilnenia, výtržnosti, organizovaný zločin, vandalizmus, drogová a majetková trestná činnosť). V poslednom období narastá počet delikventných porúch správania vyznačujúcich sa tým, že rukopis páchateľov delikventnej činnosti je menej čitateľný a prejav kriminálneho správania je

situačne orientovaný na tendenciu opakovania sa (recidívy). Aby sa predišlo kriminalite mládeže v rôznych subkultúrnych skupinách, je potrebné podporovať také socializačné programy, ktoré môžu svojím obsahom a formou osloviť delikventa kognitívnou cestou, nastoliť proces štrukturalizácie jeho osobnosti a zároveň prispieť k adekvátnej prevencii voči kriminálnemu zlyhaniu mladistvého a jeho následnej recidíve.

Aj napriek tomu, že mládež s poruchami správania vie navonok prezentovať spoločnosťou preferované hodnoty, ich presvedčenie smeruje k vlastným hodnotám a skúsenostiam, čo sa napokon odráža v ich správaní. Internalizovaný hodnotový systém pomáha udržať identitu osobnosti a reguluje sebahodnotenie tým, že udržuje harmóniu medzi morálnymi kódmi a sebapresadzovaním. Hoci morálku možno pestovať rôznymi typmi výchovy, je nepredstaviteľná bez vrodenej schopnosti cítiť sa previnilo. (Popper, 2004, s. 7). Ide o funkčnú jednotku s biologickými základmi, ktorá reguluje správanie jedinca podľa internalizovaných etických princípov, ktoré sú vytvárané v detstve identifikáciou rôznych vzorov. Ak boli tieto vzory nefunkčné, ich identita je nejasná a nemá pevné zakotvenie. Klein aj napriek týmto neblahým okolnostiam tvrdí, že mládež s poruchami správania má možnosť identifikácie sa s pozitívnym modelom, pomocou ktorého sa môžu rozvíjať žiadúce spôsoby správania. (Klein a kol., 2001, s.121).

Terapia a výchova mladistvých delikventov

Hlavnou úlohou v predchádzaní delikventných porúch správania mládeže je, aby sa problémové správanie mládeže vhodne socializovalo rozmanitými a účinnými opatreniami. To sa týka najmä širokej škály sociálno-patologických prejavov delikvencie. Najefektívnejším spôsobom je snaha odborníkov v priamej praxi diagnostikovať charakter poruchy správania a následne dospieť k individualizovanému a komplexnému spôsobu zaobchádzania s mladistvými. Niektorí autori v rámci výchovného pôsobenia uvádzajú štruktúru programu týkajúceho sa komplexného zaobchádzania s mladistvými delikventami, ktoré sa môžu podľa výchovných potrieb individualizovať vzhľadom na osobnosť delikventa. (Flimel, Kišková, 2005). Z tohto hľadiska je vhodné pristupovať k výchovnému subjektu na základe individuálneho prístupu, ktorý uvedení autori zaraďujú k najvšeobecnejšiemu a maximálne efektívnemu spôsobu úspešnej výchovnej práce. Individuálny prístup je zameraný na rozvoj osobnosti jedinca, jeho primerané správanie a hodnotovú orientáciu. (Kozoň, 2006, s. 6). V rámci ťažkých porúch správania mladistvého dominujú v tréningovej a terapeutickej časti osobitné výchovné postupy, ku ktorým radíme sociálno-výcvikové, poradenské, psychoterapeutické, reedukačné a špeciálno-pedagogické postupy. Zamerané sú na zlepšenie sociálnych zručností, prehĺbenie sebapoznania, vytváranie sociálnych kompetencií a získanie spôsobilosti konštruktívnejšie riešiť interpersonálne a skupinové konflikty.

Pod špecifickým zaobchádzaním s delikventným jedincom rozumieme súbor komplexných vplyvov, ktoré terapeuticky pôsobia na priechodnosť emocionality osobnosti

delikventa a umožňujú zmysluplnú výchovu, vzdelávanie a nácvik psychosociálnych zručností. Jedná sa o cielený prístup, ktorého hlavným zámerom je výchova a prevýchova pri súčasnom použití rozmanitých terapeutických prostriedkov (činnostná terapia, arteterapia, ergoterapia, dramatoterapia, socioterapia, psychoterapia, suportívna terapia a ďalšie). Význam špecifického zaobchádzania s delikventnou mládežou spočíva v tom, že mladý človek v adolescentnom veku je prístupnejší individualizovaným prístupom prevýchovy a zároveň k trvalejším zmenám postojov (Kozoň, ibid., s. 7).

Špecifické zaobchádzanie týkajúce sa náprav trvalejších porúch správania delikventného jedinca sa opiera o rešpektovanie nevyhnutných podmienok, ktoré sférou svojho vplyvu pôsobia na rozvoj osobnosti. Problémoví mladiství potrebujú usporiadaný životný, učebný a pracovný priestor, ktorý im umožní osobný kontakt v dialógu a tým trvalé a usporiadané sebarozvíjanie. (Ertle, Neidhardt, podľa Klein a kol., 2001, s. 226). Pokiaľ delikvencia u mladistvých predstavuje dlhodobú a hlboko siahajúcu chybu v ontogenéze, je možné očakávať úspechy v intervencii tým skôr, čím včaššie a intenzívnejšie sa pristúpi k primeranému špecifickému zaobchádzaniu. V tomto zmysle Karašinský a Buricová (2005) prinášajú z terapeutickej praxe poznatok o tom, že adolescencia vo zvlášť senzitívnej vývinovej fáze ponúka vhodný okamih na korekciu zvykov a správania. Popri realistickom zvážení a následne cielene vybraných terapeutických opatreniach sa môžu do určitej miery zadržať, prípadne upraviť základné vývinové chyby.

Zdôrazňuje sa predovšetkým včasnosť odborných intervencií, ktoré predstavujú jednu z foriem prevencie vývinu závažných foriem delikventného správania. Základným krokom je včasné poskytnutie pomoci prostredníctvom individuálneho postupu vo vzdelávaní, rozvíjanie záujmov a konkrétnych služieb ďalších špecializovaných inštitúcií, ktoré môžu zaradiť mladistvého do rôznych reedukačných programov. Dôraz sa v týchto prípadoch kladie na intervencie smerom do rodinného prostredia a snahu zaangažovať rodičov na usmernenie výchovných postupov. Nesmierne dôležitá je spolupráca s ďalšími odborníkmi (psychológ, liečebný a špeciálny pedagóg, výchovný poradca, koordinátor prevencie, lekár). Ak pretrvávajú problémy v správaní, je potrebná intenzívnejšia a dlhodobá starostlivosť, ktorú zabezpečujú špeciálne inštitúcie buď ambulantnou formou (centrá výchovnej a psychologickej prevencie), formou krátkodobých reedukačných pobytov (diagnostické centrá) alebo dlhodobé umiestnenie v reedukačnom domove. V prípade kombinácie asociálnej formy poruchy správania a syndrómu ADD/ADHD je možné tiež umiestnenie v liečebno-výchovnom sanatóriu.

V rámci realizácie programov zaobchádzania s delikventnými jedincami je dôležité presne definovať cieľ zvolenej intervencie, ktorý by mal byť zameraný predovšetkým na tú skutočnosť, aby delikventní jedinci dokázali sami so sebou kalkulovať v rôznych životných situáciách a dokázali včas rozpoznať, kedy sa dostávajú do situácií, v ktorých zlyhávajú. Zároveň je nutné venovať pozornosť negatívnym osobnostným charakteristikám mladistvých delikventov, ale súčasne ich pozitívnym osobnostným rysom, vlastnostiam, postojom

a záujmom. Dôležité je pritom rešpektovať hľadisko individuálnej sociálnej zrelosti a stanovenie reálnej sociálnej prognózy v zmysle predpokladaných pozitívnych zmien v správaní, ovplyvňujúcich kvalitu spoločenskej integrácie mladistvého jedinca.
V tomto prípade sa najčastejšie uplatňujú skupinové formy práce - psychokorektívne a terapeutické techniky. V ich rámci sa zámerne využíva vplyv skupiny na zvyšovanie sociálnych kompetencií jednotlivých členov. Skupinová práca s mladistvými delikventami vychádza zo všeobecne známych pedagogických zásad a princípov. Začlenenie mladistvých do systému vzťahov v skupine vytvára atmosféru, ktorá poskytuje určitú mieru ochrany, ale zároveň poskytuje priestor na prezentáciu individuálnych postojov a hodnôt.

V rámci skupín bývajú realizované aj najrôznejšie vzdelávacie aktivity a záujmové činnosti (diskusné skupiny, skupinové poradenstvo, skupiny aktívneho učenia, sociálne výcvikové skupiny a skupinová psychoterapia). Skupinové formy pôsobenia na negatívne orientovanú mládež umožňujú v porovnaní s individuálnym prístupom ľahšiu reprodukciu maladaptívnych postojov v sociálnom poli skupiny, sebapoznávanie prostredníctvom skupiny a korekciu sebadeštruktívnych postojov a názorov. Skupinové interakcie a výpovede členov skupiny častokrát uľahčujú poznať aj individuálny deviantný charakter správania. Účasť v skupine by mala zároveň mladému jedincovi napomôcť získať reálny pohľad svojej aktuálnej životnej situácie a ujasniť si postoj k činom, ktorých sa dopustil.

Záver

Špecifické zaobchádzanie je zamerané na pozitívnu zmenu delikventného správania a súčasne sa stáva jedným z účinných prostriedkov prevencie kriminality mládeže. Špecifické zaobchádzanie ako súčasť osobitných výchovných postupov má pomôcť utvárať identitu a vytvárať rovnováhu v psychickej štruktúre osobnosti delikventného adolescenta. V rámci týchto programov je zmysluplné posilňovať schopnosť jedinca, hodnotiť budúce následky svojich súčasných činov a ovplyvňovať postoje delikventov v intenciách vytvárania prosociálne orientovaných životných perspektív.

POUŽITÁ LITERATÚRA

BULLOVÁ, J. (2005). Psychologické aspekty utvárania prosociálneho správania v procese zaobchádzania u mladistvých odsúdených mužov. In: Medzinárodný seminár „Súčasnosť a perspektívy zaobchádzania s mladistvými obvinenými vo výkone väzby a odsúdenými vo výkone trestu, Omšenie.

FLIMEL, K. – KIŠKOVÁ, L. (2005). Uplatňovanie metód, foriem a prostriedkov zaobchádzania s odsúdenými mladistvými mužmi vo ÚVTOS pre mladistvých Sučany. In: Medzinárodný seminár „Súčasnosť a perspektívy zaobchádzania s mladistvými obvinenými vo výkone väzby a odsúdenými vo výkone trestu, Omšenie.

KARAŠINSKÝ, M. – BURICOVÁ, M. (2005). Špecifiká liečebného zaobchádzania na oddelení dobrovoľnej liečby drogových závislostí v ÚVTOS pre mladistvých Sučany. In: Medzinárodný seminár "Súčasnosť a perspektívy zaobchádzania s mladistvými obvinenými vo výkone väzby a odsúdenými vo výkone trestu odňatia slobody". Omšenie.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

KOZOŇ, A. (2006). Význam špecifického zaobchádzania nielen pre delikventnú mládež vo výkone trestu odňatia slobody. Mládež a spoločnosť. 2, XII, pp. 6-7

KLEIN, F. – MEINERTZ, F. – KAUSEN, R. (2001). Liečebná pedagogika. Bratislava: Sapienta. p. 12, 226.

MATOUŠEK, O. – KROFTOVÁ, A. (1998). Mládež a delikvence. Praha: Portál.

POPPER, M. (2004). Dva uhly pohľadu na prirodzenosť človeka. Anthropos, 2004, p. 7

ZIMMERMANOVÁ, M. - KAČÁNI, P. (2005). Vplyv jednotlivých aspektov výkonu väzby na psychiku mladistvých. In: Medzinárodný seminár "Súčasnosť a perspektívy zaobchádzania s mladistvými obvinenými vo výkone väzby a odsúdenými vo výkone trestu odňatia slobody". Omšenie.

TRAIN, A. (2001). Nejčastejší poruchy chování dětí. Praha: Portál.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Možnosti a hranice uplatnenia expresívnych terapií v špeciálnopedagogickej starostlivosti v ČR

Barbara VALEŠOVÁ MALECOVÁ
Katedra speciální pedagogiky,
Univerzita Karlova v Praze

ABSTRAKT
Príspevok sa snaží o definovanie tzv. špeciálnopedagogických terapií, to znamená možností a hraníc expresívnych terapií v špeciálnej pedagogike. Príspevok prezentuje expresívne terapie v kontexte pedagogiky a snaží sa o vymedzenie základných oblastí uplatnenia expresívnych terapií v špeciálnopedagogickej starostlivosti v ČR. Zdôrazňuje tiež význam zaradenia expresívnych terapií do pregraduálnej prípravy špeciálnych pedagógov.

Expresívne terapie predstavujú vhodnú alternatívu pomoci ako hlavná alebo podporná metóda v špeciálnopedagogickej starostlivosti.

V Českej republike neexistuje odbor liečebná pedagogika, ktorý by poskytoval teoretický rámec pre využívanie terapií v liečebnopedagogickej (špeciálnopedagogickej) intervencii. A teda ani liečební pedagógovia, ktorí by expresívne terapie prakticky uskutočňovali v rámci liečebnovýchovnej (špeciálnopedagogickej) pomoci poskytovanej ľuďom, ktorí ju potrebujú. Preto sa vynára **potreba definovať možnosti a hranice využívania terapií v špeciálnopedagogickej starostlivosti** a dáva opodstatnenie **zaradeniu výučby expresívnych terapií** (resp. tzv. špeciálnopedagogických terapií) **do študijných plánov programov špeciálnej pedagogiky v ČR**. Špeciálni pedagógovia sú (samozrejme po adekvátnej teoretickej a praktickej príprave) plne kompetentní odborníci, ktorí môžu využívať potenciál expresívnych terapií v medziach špeciálnopedagogickej intervencie.
V praxi sa však neraz stretávame s problémom, že špeciálni pedagógovia prekračujú hranice tzv. špecialnopedagogickej terapie a inklinujú k psychoterapeutickému poňatiu bez adekvátneho výcviku. Do veľkej miery je to však dané aj nejasnosťou a nejednotnosťou teoretického vymedzenia kompetencií špeciálneho pedagóga na poli expresívnych terapií.

K zamysleniu sa nad problematikou možností a hraníc expresívnych terapií v špeciálnej pedagogike ma okrem iného priviedli aj otázky študentov špeciálnej pedagogiky. Študenti sa ma často pýtajú:

- *„Aké možnosti a hranice majú expresívne terapie v špeciálnej pedagogike?“*
- *„Kde končí špeciálnopedagogická terapia a kde začína psychoterapia?“*
- *„Aké právomoci a kompetencie má špeciálny pedagóg v oblasti expresívnych terapií?, Čo ešte môžeme ako špeciálni pedagógovia v rámci špeciálnopedagogických terapií uskutočňovať a čo už by sme mali prenechať iným odborníkom?“*

Na tieto otázky je ťažké odpovedať, nakoľko aj názory odborníkov (venujúcich sa tejto problematike) na teoretické zdroje expresívnych terapií, ich súčasné postavenie v rámci odbornej pomoci a na definovanie špeciálnopedagogickej terapie, sa v mnohom rozchádzajú. Napriek tomu je dôležité **odlíšiť tzv. špeciálnopedagogickú terapiu od odbornej pomoci prostredníctvom expresívnych terapií uskutočňovaných inými odborníkmi pomáhajúcich profesií** (napr. psychoterapeutmi, ergoterapeutmi[4] a inými)

Ako už bolo vyššie spomenuté, expresívne terapie či ich prvky využívajú vo svojich intervenciách viacerí odborníci pomáhajúcich profesií – napr. psychoterapeuti, liečební a špeciálni pedagógovia, psychológovia, rehabilitační pracovníci, lekári a iní, ale určite aj učitelia v rámci vyučovania či mimo neho. Možnosti využitia týchto terapií sú nepochybne veľké. A aj keď by sa na prvý pohľad mohlo zdať, že v tejto oblasti sa kompetencie rôznych odborníkov prekrývajú, nie je, resp. nemalo by tomu tak byť. Je potrebné vymedziť hranice využitia terapií v pedagogickej, liečebnopedagogickej či špeciálnopedagogickej intervencii voči psychoterapii. Napriek tomu, že sa v týchto intervenciách aplikujú väčšinou rovnaké metódy či techniky jednotlivých expresívnych terapií, rôznia sa v spôsobe použitia a v cieľoch, ktoré sledujú (Valešová Malecová, 2010).

Terapie v špeciálnej (liečebnej) pedagogike by mali byť ponímané **v pedagogickom kontexte**, v ktorom ide hlavne o učenie, výchovu, hľadanie a podporu možností klienta, rozvoj pozitívnych vlastností či potenciálu klienta.

Terapie v špeciálnej pedagogike by mali byť zamerané na:

- **pomoc a podporu orientácie klienta vo vlastnej životnej situácií**,
- **rozvoj kompetencií klienta, ktoré sú potrebné na to, aby bol schopný plnohodnotne žiť vlastný život a riešiť problém**y (napr. rozvoj komunikačných zručností, sociálnych zručností, empatie, samostatnosti ai.)
- **optimalizáciu života klienta** (napr. aj úprava prostredia, podpora pozitívnych vzťahov, podpora rodiny ai.)

Psychoterapia je orientovaná hlavne **na oblasť psychiky, rieši osobnostné problémy, snaží sa o zásadnejšie a hlbšie zmeny v osobnosti klienta, zmenu či reštrukturalizáciu sociálnych vzťahov** (Horňáková, 2003; Vymětal a kol, 2004). Samozrejme aj špeciálnoterapeutický proces môže mať psychoterapeutický efekt. Zmeny v konaní, zlepšenie orientácie v životnej situácií, rozvoj zručností či zlepšenie životných podmienok môže mať pozitívny vplyv na osobnosť (napr. zmeny v prežívaní, postojoch a i.) a na zmeny vo vzťahoch. Podľa Horňákovej (2003), je potrebné si uvedomiť, že ak sa u klienta vynorí problém, ktorý si vyžaduje psychoterapeutickú pomoc, špeciálny pedagóg, pokiaľ sám nemá psychoterapeutický výcvik, by mal požiadať o spoluprácu psychoterapeuta.

Expresívne terapie vychádzajú z predpokladu, že *problémy človeka sa odrážajú v jeho konaní, takže možno cez interaktívne konanie ovplyvniť celého človeka a dosiahnuť tak*

[4] Ergoterapia sa v ČR študuje v rámci samostatného študijného odboru

pozitívne zmeny (Horňáková, 1995; 2003). To im umožňuje pracovať na princípe „tu a teraz". Dôležitým prostriedkom sú *vlastné zážitky klienta počas terapie*.

Jednotlivé terapie sa môžu realizovať individuálne alebo skupinovo. Indikácia jednotlivých foriem závisí od potrieb a možností klienta, podmienok zariadenia a cieľov terapie. Intenzívne, pravidelné a komplexné terapeutické pôsobenie predstavuje **terapeutický (špeciálnoterapeutický) program**. Terapeutický program sa realizuje v rámci niektorej z expresívnych terapií alebo ich navzájom rôzne kombinuje. Podľa Horňákovej (2003), voľba konkrétnej expresívnej terapie je podmienená záujmami a predpokladmi klienta (napr. pracovať s výtvarným materiálom, literatúrou a pod.), ale aj profesionálnou orientáciou špeciálneho (liečebného) pedagóga. Výber vhodnej expresívnej terapie či jej techník závisí tiež na špecifikách jednotlivých terapií a ich možnostiach či obmedzeniach použitia a vhodnosti v závislosti na probléme klienta a stanovených cieľov.

Expresívne terapie v rámci špeciálnopedagogickej pomoci sú vhodné pre deti aj dospelých, či seniorov ako **metóda prevencie, rehabilitácie** (aj predpracovnej rehabilitácie, či psychosociálnej rehabilitácie), **resocializácie** aj **terapeuticko-výchovnej starostlivosti**. Expresívne terapie je možné využiť v rámci špeciálnopedagogickej intervencie v takých oblastiach ako:

Uľahčenie orientácie

U klientov býva niekedy v dôsledku kognitívnych dysfunkcií či iných problémov narušená schopnosť orientovať sa v okolitom prostredí, v čase a svojej situácii alebo vo vnímaní postupnosti (Kantor, 2009). Štruktúrovanie terapeutického stretnutia a jednotlivých aktivít ako aj samotná náplň jednotlivých techník *uľahčuje orientáciu klienta v časových vzťahoch, zapamätávanie si jednotlivých krokov v činnosti* (napr. obliekanie je možné podporiť pesničkou) a celkovo podporuje *orientáciu v informáciách*. Uvedené spolu so zvyšovaním informovanosti (napr. o chorobe, možnostiach liečby, možnostiach riešenia) pomáha klientom *získať náhľad* na svoju situáciu, hodnoty, problémy – pochopenie (predtým nepochopených) súvislostí medzi vlastnými postojmi, konaním a reakciami okolia. A tak podporuje aj rýchlejšiu *adaptáciu klienta na (novú) životnú situáciu*.

Reedukácia narušených funkcií

Pojem reedukácia v špeciálnopedagogickej terminológií znamená *nácvik využívania zostatkového potenciálu narušených funkcií a ich rozvoj* (Kantor, 2009). Častokrát ide o dlhodobý a náročný proces. Výhodou expresívnych terapií je, že využívajú záujmy klienta, čo zvyšuje jeho motiváciu a ochotu k spolupráci. Napr. hlavným cieľom je rozvoj jemnej motoriky, tak je možné využiť záujem klienta v ručných prácach a prostredníctvom jednotlivých aktivít túto oblasť rozvíjať. Vhodne vybraná technika môže zmeniť nudný a namáhavý nácvik na zaujímavú a zábavnú aktivitu. Zvyšovať motiváciu klienta je možné

tým spôsobom, že na začiatok sa zaradia techniky, ktoré klient zvládne a tým zažije úspech a radosť z vlastného tvorenia (Valešová Malecová, 2010).
Prostredníctvom rôznych techník expresívnych terapií môžeme rozvíjať napr.:

- **kognitívne funkcie:** Prostredníctvom expresívnych terapií môžeme rozvíjať či udržiavať funkcie ako napr. pamäť, pozornosť, divergentné myslenie, tvorivosť, koncentrácia, kreativita, logika, predstavivosť a iné. Napríklad zaujímavá činnosť uľahčuje udržanie pozornosti a koncentrácie klienta.
- **jemnú a hrubú motoriku:** Techniky expresívnych terapií (hlavne ergoterapie, psychomotorickej terapie a dramatoretapie) pomáhajú zlepšiť koordináciu pohybov (prstov a rúk); presnosť pohybov; držanie tela; úchop; zladenie pohybov, harmonizovať pohyby pod.
- **poznávacie procesy:** Opakované zážitky umožňujú získať skúsenosti, postrehnúť súvislosti, vzťahy, zmeny... (Horňáková, 1995)
- zrakovú kontrolu, vizuálnu a sluchovú diskrimináciu, rytmickú produkciu, priestorovú orientáciu a ďalšie.

Rozvoj komunikačných a sociálnych zručností, osvojovanie si nových spôsobov správania

Prostredníctvom najmä skupinových terapeutických techník (vyžadujúcich si vzájomný kontakt a spoluprácu) sa rozvíjajú komunikačné a sociálne zručnosti klienta. Rozvoj týchto zručností pomáha korigovať nevhodné správanie klienta a následne si osvojiť spoločensky prijateľné správanie. V terapeutickom procese je možné, napr.:

- **rozvíjať verbálnu a neverbálnu komunikáciu** (napr. aj podporovať tvorbu pojmov, konkretizované predstavy umožňujú pochopiť „nové pojmy“, schopnosť formulovania vlastných myšlienok)
- rozvíjať **sociálnu interakciu** a interpersonálnu inteligenciu, empatiu,
- podporovať nadväzovanie sociálnych kontaktov, socializovať vzťahy, budovať pocit spolupatričnosti v skupine a zvyšovať vzájomnú dôveru
- korigovať postoje, názory a hodnoty klienta a podporovať budovanie nových,

V rámci **modelových situácií** či už prirodzene vzniknutých pri jednotlivých technikách alebo zámerne vytvorených (napr. pri dramatoterapeutickej technike hranie a výmena rolí v rôznych modelových situáciách či prehrávanie reálnych konfliktov) môžu klienti skúmať a **overovať si úspešnosť vlastného správania**; získať akceptáciu či naopak odmietnutie jednotných aktov správania a konania skupinou a tak **prehodnotiť svoje postoje a správanie**. Klienti si môžu v bezpečnom priestore **odskúšať rôzne formy správania a konania**. To môže mať za následok **rozšírenie repertoáru správania, sublimáciu spoločensky neakceptovateľných foriem správania** a **rozvoj adekvátnych foriem správania a reagovania (prosociálneho správania):** schopnosť spolupráce, robiť

kompromisy, tolerovať iných, prispôsobovať sa, prijať sociálnu spätnú väzbu, pomáhať a prijať pomoc, optimálne riešiť problémy, asertívne sa sebapresadzovať, sebaovládanie. Rozvoj prosociálneho správania napomáha **socializácii klienta** a schopnosti adekvátne **zastávať vlastné sociálne role**.

Relaxácia, emočná abreakcia a zvládanie záťaže

Vhodné techniky expresívnych terapií pomáhajú klientom odreagovať napätie a zbaviť sa tiesne, odvrátiť pozornosť od vlastných problémov či dočasný únik od reality (napr. v nemocnici, u seniorov) a katarziu. Atmosféra dôvery a bezpečia umožňuje emocionálne otváranie sa klienta, netraumatizujúce ventilovanie pocitov, emočnú abreakciu a následnú stimuláciu premeny negatívnych emócií na pozitívne. To prispieva k vnútornej relaxácii klienta a rozvoju schopnosti uvoľniť sa. V prípade potreby je však vhodný aj aktívny nácvik relaxácie.

Klient má možnosť zažiť rôzne sociálne situácie (aj záťažové), postupne si na ne zvyknúť a osvojiť si vhodné copingové stratégie. Tieto stratégie, spolu so schopnosťou efektívne pracovať so svojimi emóciami, pomáhajú zvyšovať frustračnú toleranciu klienta (odolnosť voči negatívnym vonkajším vplyvom, stresu a záťaži) a zvládať tak požiadavky osobného aj pracovného života a predchádzať zlyhaniu.

Rozvoj zdravého sebavedomia

Akceptácia klienta, terapeutický vzťah a terapeutický proces môžu poskytnúť klientovi korektívnu emočnú skúsenosť. Expresívne terapie poskytujú priestor pre sebarealizáciu klienta a možnosť zažiť pocit úspechu a uspokojenia z vlastného tvorenia a tiež získať uznanie za svoju tvorbu od členov terapeutickej skupiny, ale aj od ďalších ľudí (napr. ak sa výrobky vystavujú či predávajú, divadelné predstavenie sa hrá pred publikom).

Úspešné zvládanie činností v terapii napomáha k vytváraniu reálnejšieho obrazu o sebe a svojich schopnostiach a k adekvátnemu sebahodnoteniu, k sebaakceptácií. To posiluje sebadôveru a umožňuje budovanie zdravého sebavedomia, čo sa následné prejaví v sebaprejavení a sebavyjadrení klienta.

Podpora reálnych ašpirácií, predpracovná príprava

Sebapoznanie a rozvoj zdravého sebavedomia úzko súvisí aj s vytváraním reálnych a dosiahnuteľných pozitívnych perspektív do ďalšieho života a úpravou reálnej ašpirácie. V rámci expresívnych terapií môžeme u klienta vzbudiť záujem o niektorú profesiu a/alebo ďalšie vzdelávanie, pripravovať ho na rekvalifikáciu či položiť základy pre úspešnú voľbu povolania rozvíjaním individuálnych predpokladov.

Podpora samostatnosti

Jedným z hlavných cieľov expresívnych terapií je posilnenie sebakompetencie klienta, zodpovednosti za vlastný život a dosiahnutie maximálnej možnej samostatnosti a nezávislosti klienta. Podľa Horňákovej (1995), aktivity v terapeutickom procese umožňujú zlepšenie schopností, rozvoj a osvojenie návykov, zručností, získanie skúseností potrebných pre zvládnutie každodenných situácií, pracovných činností a aktivít voľného času. To vytvára predpoklady pre plné zapojenie klienta do aktivít jeho sociálneho prostredia a komunity.

Podpora a rozvoj záujmov

Expresívne terapie môžu vzbudiť či prehĺbiť záujmy. Ako uvádza Horňáková (1995), podporovanie záujmov typických pre daný vek umožňuje rozšíriť kontakty s vrstovníkmi (aj so „zdravými“) a pomáha zmysluplne tráviť voľný čas.

Harmonizácia osobnosti

Prostredníctvom zmysluplnej aktivity/zamestnania sa podporuje zdravie a duševná pohoda klienta a v terapeutickom procese dochádza k harmonizácii osobnosti a zlepšeniu duševnej rovnováhy.

Podpora celkové vývin klienta

Expresívne terapie sprostredkujú nové podnety a zážitky, dochádza pri nich k mnohostrannej stimulácii, pomáhajú mobilizovať vnútorné zdroje klienta a zlepšujú fyzické, psychické a sociálne vývinové predpoklady a podmienky. To pozitívne podporuje celkový vývin klienta a pomáha predchádzať vzniku porúch u detí s ohrozeným, nerovnomerným vývinom, či vzniku druhotných porúch u postihnutých.

Podpora v školskom prostredí

Okrem uplatňovania expresívnych terapií v rámci komplexného terapeutického (špeciálnoterapeutického) programu, *prvky resp. techniky expresívnych terapií sa dajú veľmi dobre využiť aj na vyučovaní v bežných či špeciálnych školách*, napr. za účelom:

- rozvoja vzájomnej komunikácie a pozitívnych vzťahov v triednom kolektíve, riešenia triednych konfliktov, podpory integrácie postihnutého jedinca do kolektívu a iné.
- rozvoja zručností a funkcií potrebných pre zvládanie školských povinností, napr. rozvoj kognitívnych funkcií, zautomatizovane procesu správneho spôsobu čítania a písania, zlepšenie koordinácie pohybov
- rozvoja pozitívneho vzťahu k učeniu, upevňovania znalostí, tvorivého opakovania učiva
- prevencie aj korekcie porúch učenia či porúch správania

Expresívne terapie majú naozaj široké možnosti uplatnenia v špeciálnopedagogickej pomoci. Úspešne sa dá ich pozitívny vplyv využívať u detí, dospelých či seniorov, u **osôb so zdravotným** či **sociálnych znevýhodnením**, u **ohrozených, narušených jednotlivcov**, ale aj

u **osôb znevýhodnených v dôsledku jazykovej, etnickej či národnostnej odlišnosti** a **vyššieho nadania a talentu**. V rôznych oblastiach pomoci uvedeným skupinám občanov nachádzajú uplatnenie práve špeciálni pedagógovia. Preto zaradenie výučby expresívnych terapií do študijných programov špeciálnej pedagogiky má veľký význam, pretože môže absolventom rozšíriť repertoár možností pomoci klientom. Vysokoškolská príprava môže v oblasti terapií pomôcť špeciálnym pedagógom využívať celý potenciál expresívnych terapií v pomoci klientom a vyvarovať sa prieniku do kompetencií psychoterapeutov. Osvojenie si teoretických východísk, praktických poznatkov a techník expresívnych terapií rozšíri špeciálnemu pedagógovi možnosti zvoliť adekvátnu metódu pomoci, ktorá bude klientovi vyhovovať. Pretože, citujúc slová Prevendárovej (2001, s. 36): „nie klient sa má prispôsobovať metóde, ale naopak voľbu metód treba prispôsobiť klientovi“.

POUŽITÁ LITERATÚRA

HORŇÁKOVÁ, M. (1995). *Činnostná terapia v liečebnej pedagogike*. Bratislava: Vydané vlastným nákladom, Creativpress. 79 s.

HORŇÁKOVÁ, M. (2003). *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. 1. vyd. Bratislava: OZ Sociálna práca. 144 s.

KANTOR, J. (2009). Muzikoterapie a speciální pedagogika. In KANTOR, J. et.al. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. pp. 38-43.

PREVENDÁROVÁ, J. (2001). *Rodinná terapia a poradenstvo. Základné pojmy a teoretické východiská*. 2. vyd. Bratislava : Humanitas. 148 s.

VALEŠOVÁ MALECOVÁ, B. (2010). *Význam expresívnych terapií v pregraduálnej príprave špeciálnych pedagógov*. In Zborník príspevkov z III. medzinárodnej špeciálnopedagogickej konferencie konanej v dňoch 23. a 24. septembra 2010 v Bratislave. Bratislava: IRIS. pp. 412 - 419.

VYMĚTAL J. a kol. (2004). *Obecná psychoterapie.* 2. vyd. Praha: Grada. 340 s.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Problematika výchovy v rodinách detí so špecifickými vývinovými poruchami učenia

Barbora VODIČKOVÁ
Katedra liečebnej pedagogiky
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

ABSTRACT
The paper deals with education of children with specific learning disorders. It describes the emergence of difficulties in school performance and consequential handling which can be a real problem for some families**.** Furthermore / In Addition the paper deals with the basic educational principles and advice for parents of children with specific learning disorders and professionals working with such children.

Čertovský kruh

Výchova detí so znevýhodnením sa uskutočňuje v sťažených podmienkach, píše Kobi (1993). K tejto skupine detí patria aj deti so špecifickými vývinovými poruchami učenia (ŠVPU). V rámci tohto príspevku máme na mysli dyslexiu, dysgrafiu a dysortografiu. Výchova takého dieťaťa predstavuje väčšiu záťaž pre neho samotného, jeho rodičov a učiteľov. Dieťa s ŠVPU a jeho rodina funguje často pod nesmiernym tlakom. Okrem reálnych ťažkostí s učením, Betz (1993) uvádza tri základné dosahy ŠVPU na osobnosť dieťaťa, ktorými sú **poruchy sebahodnotenia, poruchy výkonu a poruchy správania.** Autor popísal fenomén nazvaný *„čertovský kruh"* na možno trochu extrémnom príbehu prváka, ktorý sa teší do školy a všetko je na začiatku v poriadku. Postupne sa objavujú problémy. Dieťa sa učí písmenká, ktoré postupne nezvláda pri čítaní a písaní. Čiastkové deficity psychických funkcií sa v plnej miere začínajú prejavovať. Je inteligentné a vníma, že druhé deti sa učia lepšie. Uvedomuje si svoj hendikep. Znižuje sa pocit jeho vlastnej hodnoty a sebavedomie.

Aj okolie vníma jeho problém. Stáva sa terčom posmechu medzi rovesníkmi. Opakovane sklamáva očakávania svojho okolia, hlavne rodičov. Dieťaťu chýba uznanie, úspech a pocit vlastnej hodnoty je rozdrobený. Dostáva sa do stavu neznesiteľného napätia. Napätie zákonite vyvoláva rôzne neurotické príznaky (bolesti hlavy, poruchy spánku, žalúdka, tiky a pod.). Probstová (2004) píše, že dieťa sa tomuto stavu prirodzene bráni základnými obrannými reakciami, útokom alebo únikom**.** Tieto reakcie vedú k sekundárnym poruchám správania. Útok sa prejavuje nápadným až agresívnym správaním. Je to obranná reakcia voči negatívnemu hodnoteniu a frustrácii z neúspechu. Únik sa prejavuje podvádzaním, záškoláctvom, denným snením, únikom do choroby. Auger a Boucharlat (2005) ešte pridávajú nezapojovanie sa do diania v triede, pasivitu a apatiu.
Dieťa reaguje na svoju situáciu uvedenými reakciami, ktoré majú nejakú odozvu a tá tieto nevhodné prejavy znova posiľňuje.

Betz (1993) ďalej píše, že v tomto období si dieťa vytvára svoj sebaobraz podľa mienky druhých. Na základe svojich zistení si dieťa uvedomuje, že všetko, čo sa naučilo v škole je, že sa nikdy nenaučí čítať a písať, že ostatné deti sú lepšie, že nemá zmysel sa namáhať. Dieťa rezignuje a odmieta školu. Aj napriek enormnej námahe neprichádzajú výsledky. Pocit menejcennosti dieťaťa sa prehlbuje. Všetko, čo súvisí s čítaním a písaním vyvoláva strach. Dieťa robí pokroky, ale oproti spolužiakom malé. Tie sa v zvládaní učiva od neho vzďaľujú. V jeho vedomostiach a schopnostiach sú medzery, čo spätne vplýva na výkon a dieťa zlyháva. Kruh sa uzatvára. Dieťa dostáva strach zo zlyhania a strach oslabuje myslenie, pamäť. Blokuje učenie. Blokovanie prináša ešte väčší strach a objavuje sa porucha výkonu. Posledné štádium je podľa Betza (1993) zmierenie. Dieťa už očakáva len neúspechy a zlé známky. Keď sa mu niečo podarí, domnieva sa, že malo šťastie alebo to bola náhoda. U detí stredného školského veku sa rozvíja **syndróm naučenej bezmocnosti** (Lerner, 2006), v dôsledku dlhodobej frustrácie **strácajú motiváciu učiť sa.**

Podobne Váryová (2002) uvádza autora Stanovicha (1993), ktorý zaviedol do literatúry pojem *„Matúšov efekt“,* ktorým označuje situáciu detí, ktorým sa v škole nedarí.

Popísané fenomény výrazne ovplyvňujú psychický vývin dieťaťa, ktoré si problémy často nesie do dospelého života. Ak nie je zvolený správny výchovný prístup, indikovaná cielená účinná intervencia ako na úrovni učenia, tak aj na úrovni osobnostných ťažkostí dieťaťa, môžu vzniknúť rôzne psychické problémy, rozvinúť sa psychosomatické ochorenia, môže sa narušiť osobnostný vývin dieťaťa.

Ako majú rodičia výchovu dieťaťa s ŠVPU zvládnuť? Čo sa v takejto rodine môže diať, čo rodina môže prežívať?

V prvom rade si treba uvedomiť **jedinečnosť osobnosti dieťaťa** (niektoré sa so záťažou vyrovnáva ľahšie, iné môžu záťažové okolnosti spojené so zle nastavenou rodinnou výchovou výrazne poškodiť) a **rozdielnosť osobností rodičov a štýlu ich výchovy** Szabová (2001) uvádza nasledujúce možné výchovné štýly u detí s postihnutím: extrapunitívny-agresívny, odmietajúci, inrapunitívny-sebaobviňujúci, zanedbávajúci, rezignujúci, pasívne prijímajúci, aktívne akceptujúci, hyperprotektívny prístup- závislé dieťa, sebazničujúci, izolujúci. Pridávame ešte výchovu ambicióznych a nadmerne prísnych rodičov zameraných na výkon.

Z predchádzajúceho vyplýva, čo potvrdzuje aj Vágnerová (2005), že rodičia majú na výkon a správanie dieťaťa rôzne požiadavky a rôznu mieru tolerancie, niektorí nemusia vnímať svoje dieťa ako problémové, iní jeho ťažkosti výrazne prežívajú. Budeme sa venovať druhej skupine rodičov, s ktorými sa zvyčajne vo svojej praxi stretávame.

Švancarová (1999) píše, že rodiča, kým prijmú fakt, že majú dieťa s ťažkosťami prejdú štádiami:

- odmietnutie
- kritika prístupu učiteľa a metodiky

- kritika a obviňovanie seba aj dieťaťa
- prijatie faktu ťažkostí a racionálne úvahy o pomoci dieťaťu

Rodičia sa nemusia dostať do posledného štádia, alebo majú obdobia, kedy sú vyrovnaní so situáciou, ale pri väčšej záťaži (prechod na 2. stupeň, zmena učiteľa) sa ich vyrovnanosť a pozitívne nastavenie „môže rozpadnúť ako domček z kariet".

Strnadová-Lednická (2005) vymedzila 6 základných pôvodcov stresu v rodinách detí s ŠVPU

- spolupráca so školou
- spolupráca s ďalšími odborníkmi
- dyslexia ako postihnutie so všetkým, čo so sebou prináša
- reakcia okolia
- pocity viny
- ekonomická situácia rodiny

Matky ako inštancia riešenia a spracovávania problému

Matky sú väčšinou tie, ktoré riešia problém (Švancarová, 1999). Niektoré s podporou, iné bez podpory otca. Matky musia zvládnuť domácu prípravu, výchovu, dochádzku na odborné intervencie, následné domáce cvičenia. Aj napriek opatreniam a nasadeniu sú úspechy v škole nevýrazné, prípadne škola kladie prekážky (nechce dieťa akceptovať, nechce brať do úvahy jeho ťažkosti).

V nasledujúcich riadkov priblížime výsledky kvalitatívnej analýzy rozhovorov s piatimi matkami detí s ŠVPU. Témy, pocity a prežívanie matiek ilustrujú výňatky z rozhovorov (Vodičková, 2008):

- **Psychické a fyzické vyčerpanie**

„Ja som už bola na dne, mala som blok, nevedela som učiť"

„Vieš, on všetko musí robiť dvakrát tak ako iné deti. Je to náročné pre neho aj pre mňa. Ja mám dosť problémov sama so sebou a toto všetko mi to iba zhoršuje. Chodím cvičiť, to mi pomáha ja to tak ventilujem, inak by som bola na psychiatrii."

„Ja nevládzem, ja neviem dokedy to budem takto ťahať."

Švancarová (1999) uvádza dva extrémy prežívania matky, a to: **syndróm rodičovského vysilenia** - kedy rodičia rezignujú a nechajú vývinu situácie voľný priebeh; a **matka trpiteľka** - kedy matka podriaďuje svoj život požiadavkám dieťaťa, všetko školskej príprave, prehlbuje nesamostatnosť a závislosť dieťaťa.

- **Obavy o budúcnosť svojho dieťaťa**

„Najhoršie je, že ja neviem, na akú školu ho dať, keď sa dostane na učňovku, tam bude trpieť, na gymnáziu asi nebude stíhať, na priemyslovku je dyspraktický."

Matky môžu mať reálne obavy o budúcnosť svojho dieťaťa, ktoré je „síce inteligentné", ale v škole má zlé výsledky a tie ho diskvalifikujú pre získanie lepšieho vzdelania, lepšieho postavenia v zamestnaní. Tieto obavy sme zaznamenali už u matiek školákov na prvom stupni ZŠ.

- **Rozpor v prežívaní**

„Ja by som potrebovala niekoho, kto by sa s ním učil každý deň, ja chcem byť v prvom rade matka, ktorá je milá a usmiata, ktorá vytvára dobrú atmosféru, nie nejaký policajt, ktorý len drezúruje a dozerá, či je všetko splnené.“

- Matky môžu prežívať rozpor medzi svoju materskou rolou a vykonávateľkou všetkých povinností, úloh a cvičení.
- Matky môžu mať pocit, že nerobia dosť alebo dobre.
- Matky môžu mať pocit, že na úkor dieťaťa s ťažkosťami zanedbávajú druhé deti, druhé deti sa často musia podriadiť režimu v záujme problémového dieťaťa.

- **Ja viem svojmu dieťaťu najlepšie pomôcť**

„Ja som mala pocit, že v prvom rade jej ja musím pomôcť. Byť pri nej, učiť sa s ňou. Že to nikto neurobí lepšie ako ja.“ Komunikovala matka dnes už dospelej dcéry s dyslexiou, ktorá vnímala problém inak. Nepotrebovala doučovateľa pre svoju dcéru, chcela byť prvá, ktorá jej bude pri učení pomáhať.

Čo je dôležité povedať rodičom detí s ŠVPU, okrem návodu na intervenčné cvičenia. Ako vychovávať dieťa s ŠVPU?

V tejto podkapitole sa pokúsime nájsť aspoň pár záchytných princípov a zásad, ktoré by sme ako odborníci na poli výchovy a terapie mali komunikovať rodičom:

1) **Rodič ako bezpodmienečne prijímajúci.** Dieťa s ŠVPU je dennodenne konfrontované so svojou nedostatočnosťou. Rodičia by mali svoje dieťa bezpodmienečne prijímať, bez výhrad, bez podmienok (Prekopová, 2009). Poskytovať mu za každých okolností emocionálnu podporu aj napriek neúspechom. Pre niektorých, príliš ambicióznych, úspešných rodičov je to ťažká úloha.

2) **Rodič ako filter.** Dieťa s ŠVPU si v rodine musí v prvom rade oddýchnuť. Rodina má byť akýmsi filtrom, ktorý zjemňuje negatívne skúsenosti a frustrácie dieťaťa. *„Dieťa znesie všetko pod ochranou rodičovskej náruče“* (Prekopová, 2007 s. 136).

3) **Rodič ako prvý sprostredkovateľ sebavedomia a sebadôvery dieťaťa.** Sebavedomie malého dieťaťa sa formuje na základe toho, čo mu hovorí jeho najbližšie okolie, akú spätnú väzbu mu poskytuje. Rodič musí aj napriek nezdarom a ťažkostiam pomáhať dieťaťu udržať si tým, čo mu hovorí, aké mu nastavuje zrkadlo primerané sebavedomie. To nie je vôbec ľahká úloha. Ako hovorí Yalon (2001) svojej zomrelej matke. *„Mami teraz spolu hovoríme. A to je dobre. Neobviňujme sa navzájom. Poďme sa chápať. Cítil som sa byť kritizovaný. Viem, že si o mne hovorila druhým len to dobré. Chválila si sa. Ale mne si to nikdy nepovedala do očí.“* Dieťa potrebuje pochvalu a uznanie. Správanie rodiča je určujúce pre sebadôveru dieťaťa (Prekopová, 2007).

4) **Rodič ako strojca reálnych očakávaní a jasných stanovísk.** Reálne očakávania vyžadujú neustálu revíziu aktuálnej situácie dieťaťa, vyžadujú zaujatie jasného stanoviska a pevné rozhodnutia (dieťaťu neprosieva lavírovanie medzi tým, čo reálne zvláda a tým, čo by mohlo

vzhľadom na výšku svojho intelektu zvládnuť). Ako píše Prekopová (2009), keď sa dieťa nemôže na svoju matku spoľahnúť, pretože nevie zaujať stanovisko, dostáva sa do chaosu.

5) **Rodič ako stanovujúci radšej malé ciele.** Keď sme pracovali s matkami detí ŠVPU, často mali veľké obavy a kládli si veľké ciele. Domnievame sa, že je potrebné pomaly postupne a po krokoch prekonávať malé ciele, zvládať malé úlohy vo výchove, v učení, v intervencii. Ak sa dostavujú malé úspechy, pozitívne pôsobia na dieťa aj jeho okolie a napomáhajú k dosiahnutiu väčších cieľov.

6) **Rodič ako hľadajúci neustálu rovnováhu medzi tlakom a podporou.** Dieťa s ŠVPU nežije vo vzduchoprázdne a v rámci domácej prípravy, intervenčných cvičení, musí rodič využiť určitú mieru tlaku, aby dieťa spolupracovalo, aby podalo, čo najlepší výkon. Úskalia domácej prípravy detí s ŠVPU, ktorá je často namáhavá pozná každý rodič dieťaťa s ŠVPU . Domáca príprava vyžaduje viac času a kontroly a ako u dobrých žiakov (Dopfner, Schurman, Lehmkuhl, 2000, Klicpera a Klicperová, 2000). Uveďme si dva príklady: Na jednej strane hyperprotektívny rodič, ktorý svojím prístupom nenecháva dieťaťu možnosť byť samostatným a zodpovedným.. Na druhej strane rodič ambiciózny, ktorý svojimi požiadavkami znásobuje už tak veľký tlak na dieťa. Campbell (2001) píše, že výnimoční rodičia volia alternatívu, kedy vyvíjajú malé množstvo tlaku na dieťa a poskytujú veľkú psychickú podporu. Ich deti dosahujú dobré výkony. Zlyhávajúci rodičia volia opačnú kombináciu. Popisuje zdroje tlaku vyvíjané na dieťa - matka otec, súrodenci, širšia rodina, škola, spolužiaci, tlak, ktorý vyvíja na seba dieťa samé. Odporúča rodičom sledovať všetky zdroje tlaku a ich mieru si zapisovať do tabuľky a tie ktoré produkujú hrubý tlak sa snažiť obmedziť.

7) **Rodič ako poskytujúci uvoľnenie a oddych.** Rodina je miestom pre oddych, pre načerpanie síl, pre prežívanie pozitívnych zážitkov a emócií. Toto by mala byť prvoradá úloha rodiny s dieťaťom s ŠVPU. Rodič musí mať čas aj pre seba.

8) Rodič ako korigujúci „intervenčnú kapacitu dieťaťa“. Dieťa s ŠVPU je často klientom mnohých odborníkov a zariadení. Rehabilitácia, logopédia, psychológia, špeciálna a liečebná pedagogika . Niekedy rodičia v snahe pomôcť často hľadajú rôzne druhy pomoci, menia odborníkov, sú zmätení. V takom prípade by sa mali jasne rozhodnúť a dôsledne terapiu dodržiavať, radšej menej a pravidelne, ako veľa a nepravidelne.

9) **Rodič ako podporujúci talenty a silné stránky.** Davis (1998, 2004) napísal dve knihy Dyslexia ako signál talentu a Nerozpoznaní géniovia. Vo svojich publikáciách sa zaoberá teóriami vzniku ŠVPU, ponúka intervenčné postupy, ale vyzdvihuje a nabáda rodičov, aby nezabudli vnímať dieťa z jeho pozitívnej stránky. Píše, že deti s dyslexiou veľmi citlivo vnímajú svoje okolie, sú zvedavé, rozmýšľajú prevažne v obrazoch namiesto v slovách, majú živé a jasné predstavy.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Záver

Príspevok z nášho uhla pohľadu načrtol veľmi závažnú tému týkajúcu sa situácie v rodinách detí s ŠVPU a ich výchovy. Úlohou ako odborníkov by malo byť okrem poskytnutia profesijnej intervenčnej starostlivosti, napomôcť rodičom aj vo výchove svojich detí. Poskytnúť rodinám útočisko a radu, aby sa možno vyvarovali zbytočným chybám, aby sa im aj napriek sťaženým podmienkam, alebo práve preto podarilo vychovať šťastných a odolných jedincov. Veda dnes poskytuje naozaj prepracované postupy ako s deťmi s ŠVPU pracovať. Ak sa im poskytne odborná pomoc včas, cielene a pravidelne, je veľká šanca zmierniť pôsobenie ŠVPU na školský výkon. Nesmieme však zabúdať na všetky „tie" sekundárne problémy, ktoré so sebou prinášajú a ktoré sa môžu negatívne odzrkadliť v dospelom živote.

POUŽITÁ LITERATÚRA

AUGER, M. T. - BOUCHARLAT, CH. (2005). Učitel a problémový žák. Praha: Portál. 121 s.

BETZ, D. (1993). Teufelkreis Lernstörungen : theoretische Grundlegung und Standardprogramm. In BETZ, D. - BREUNINGER, H. Materialen fuer die psychosoziale Praxis. 3. Aufl. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union. pp.13-27.

CAMPBELL, J. R. (2001). Jak rozvíjet nadání našich dětí. Praha: Portál. 172 s.

DAVIS, R. D. (1998). Legasthenie als Talent-signal. Kreuzlingen: Ariston Verlag. 271 s.

DAVIS, R. D. (2004). Die unerkannten Lerngenies. Mit der Davis-Methode Lernstörungen beheben. München: Kreuzlingen. 329 s.

DÖPFNER, M. - SCHURMANN, S. - LEHMKÜHL, G. (2000). Hyperkinetische Störungen. In PETERMANN, F (ed.) Fallbuch der Klinischen Kinder –psychologie und –psychotherapie. Göttingen : Verlag für Psychologie. pp. 112-130.

KLICPERA, CH., KLICPERA, G. B. (2000). Zusammenarbeit Eltern-Schule und Hausaufgabensituation in Familien mit lese-und recht-schreibschwachen Kindern. In Heipädagogische Forschung. XXVI, 2, pp. 94-104.

KOBI, E. E. (1993). Grundlagen der Heilpädagogik Eine Einführung in heilpädagogisches Denken. Bern, Stutgart, Wien.

LERNER, J. (2006). Learning Disabilities and RelatedDisorders:Charakteristics and Teaching Strategies. 10 vyd. Boston: Houghton Mifflin Company. 548s.

PREKOPOVÁ, J. (2007). Nese mě řeka lásky. Brno: Cesta. 213 s.

PREKOPOVÁ, J. (2009). Pevné objetí. Cesta k vnitřní svobodě. Praha: Portál.199 s.

PROBSTOVÁ, K. Vplyv špecifických porúch učenia na osobnosť dieťaťa. [online] 2004-12-22 [cit. 2008-01-16] Dostupné na internete :http://www.i-psychologia.sk/vieww-37.php?id_cat=900

STANOVICH, K.E. (2002). Problems in the differential diagnosis of reading disabilities. In Reading Disabilities: Diagnosis and Component Processes. Ed. R. MALATESHA JOSHI, CHE KAN LEONG, NATO ASI Series, Vol. 74, s. 3 – 33, ISBN 0-7923-2302-5 Podľa: VÁRYOVÁ, B. *Kognitívne a jazykové procesy vo vzťahu k čítaniu. Dizertačná práca.* Bratislava: FiF UK v Bratislave, 2002. 138. s.

STRNADOVÁ-LEDNICKÁ, I. (2005). Stresové a resilienční faktory v rodinách s dětmi se specifickými poruchami učení. *Speciální pedagogika*, 3, pp. 200-215.

SZABOVÁ, M. (2002). Prekonávanie bariér medzi dieťaťom s postihnutím a jeho rodinou. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa,* 2002, 37, 3, pp. 271 - 279.

ŠVANCAROVÁ, D. (1999). Specifické poruchy učení a rodina. In Kucharská, A. *Specifické poruchy učení a chování*. 1.vyd. Praha: Portál.

VÁGNEROVÁ, M. (2005). *Školní poradenská psychologie pro pedagogy.* 1. vyd. Praha: Karolinum. 430 s.

VODIČKOVÁ, B. (2008). *Arteterapia u detí s poruchami učenia a správania. Prípadové štúdie dvoch detí. Dizertačná práca.* Bratislava: PdF UK v Bratislave. 158 s.

YALON, I. D. (2001). *Máma a smysl života.* Praha: Portál. 229 s.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Edukácia a terapia detí závislých od počítačových hier

Paweł WITEK - Robert PELEWICZ
Okresný súd v Tarnobrzegu (odbor sociálno-právny),
Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity Jána Pavla II. v Stalowej Woli

ABSTRACT
The article by mgr Paweł Witek and mgr Robert Pelewicz entitled "Education and therapy of children addicted to computer games – theory and practice." The paper presents the always true problem of addiction of children and youths to computer games. This addiction is very often accompanied by the ignorance of the parents concerning the influence of using computers and computer games on social and personality behaviours. The authors present various forms of education and therapy directed both at parents and children in order to make us realize the consequences resulting from contemporary addictions.

Príspevok Edukácia a terapia detí závislých od počítačových hier autorov Pawla Witeka a Roberta Pelewicza prezentuje aktuálny problém závislosti od počítačových hier detí a mládeže. Nedostatočné znalosti o negatívnych vplyvoch počítačovej závislosti sa zameriavajú na rôzne formy vzdelávania a terapie. Ide o chrakterizovanie cielených možností edukácie a terapie s dosahom na konkrétne skupiny, a to: oboch rodičov, deti a mládež, cieľom dosiahnuť primerané povedomie o závažných dôsledkoch z konkrétnej závislosti.

Koniec 20. a začiatok 21.storočia je obdobím intenzívneho rozvoja elektronicko-komunikačných médií vrátane internetu[5], sociálnych sietí a taktiež rôznorodej ponuky počítačových hier. Ide o zmeny, ktoré ovplyvňujú kvalitu života ľudí v súčasnosti. Deti a dospievajúci sú ovplyvňované nielen rozličným prostredím (rodinou, školou)v ktorom žijú, zároveň sú ovplyvňované aj prostredím, ktoré je typické počítačovými hrami. Daná forma počítačových hier je čoraz častejším spôsobom trávenia voľného času.

90.roky 20.storočia sa stali pre ľudí ako spotrebiteľov počítačových hier integrálnou súčasťou spoločenského života.[6] Niektoré z množstva ponuky počítačových hier sú charakteristické špecifickými formami násila a agresie, ktorá (ne)priamo pôsobí na mladého človeka (deti a dospelých). V kontexte vyššie povedaného Feibel trefne poznamenáva v časti Násilie a počítačové hry (v publikácii *Vrah v detskej izbe*) : "[...] *Počítačové hry sú jediným opatrením, ktoré nás dospelých majú moc vytrhnúť z nevedomosti. Až vtedy, keď dieťa pri počítači bez problémov využíva ponuku arzenálu zbraní pri riešení problému, si môžeme všimnúť, že niečo nie je v poriadku, [...] neznamená to, že všetky hry sú násilné, bojovné [...]*

[5] K. Pikoń, *ABC Internetu*, Gliwice 1998, s. 6; A. Mardofel, Z. Iwanowski, B. Chudzik, *Czy Internet uzależnia?*, „ Remedium" 10 (2005), s.20; M. Wenzel, *Młodzież i Internet. Korzystanie i zagrożenia. Komunikat z badań CBOS*, Warszawa 2004 (BS [157]2004).
[6] I. Ulfik-jaworska, *Komputerowi mordercy. Tendencje konstruktywne i dekonstrukcyjne u graczy komputerowych*, Lublin 2005, s.10.

mnohí (rodičia aj deti) nie sú oboznámení s obsahom počítačových hier, z toho vyplýva aj neznalosť hraníc, kde presne končí sranda, a kde možno povedať, že už začína násilie.

V odbornej literatúre možno nájsť množstvo konkrétnych definícií dotýkajúcich sa počítačových hier. S. Łukasz v publikácii *Mágia počítačových hier* uvádza, že počítačová hra "[...] je uložená a zaznamenaná v akomkoľvek digitálnom nosiči (CD, DVD a i.) v podobe počítačového programu s cieľom vytvárať grafické objekty alebo text podľa návodu a pravidiel tvorcov hry. Podľa inej definície J. Skrzypczak poukazuje na fakt, že počítačová hra je programom vytvoreným prostredníctvom zrozumiteľných súborov príkazov. Na základe nich má spotrebiteľ možnosť spustiť množstvo hier, ktoré majú zábavný alebo edukačný charakter[7].. Ďalšia z autorov Z. Płoski definuje počítačové hry ako mimoriadne širokú škálu programov, ktorých primárnym cieľom je zábava, niekedy aj vzdelávanie[8].

J.M. Wolińska v kontexte vlastností počítačových hier hovorí, že z hľadiska psychológie sú založené na dobrovoľnosti (hrajúci má možnosť slobodne prijímať rozhodnutia počas hry) [9], na nevyhnutnej nutnosti riešiť niečo (spolieha sa na ponuku možností alebo riešení vychádzjúcich z hry), na povedomí o fiktívnosti, na aspekte rivality verzus normality, autonómie verzus obmedzenia v časopriestore, intenzite, energii a častosti opakovaní. Zo psychologického hľadiska počítačová hra vplýva na rozvoj ľudského konania a správania sa v dvoch pohľadoch: možnosť kreativity a na možnosti uniknúť z reálneho sveta do sveta agresie, násila a utrpenia. [10]

Samotná definícia **počítačovej hry** je veľmi všeobecná. Ak však vezmeme do úvahy rozdelenie počítačových hier je nevyhnutné ich rozlišovať aj na základe použitia typu počítača, ide o hry aplikovateľné v tzv. osobných počítačoch verzus počítače, ktoré prezentujú hry prostredníctvom automatov. Taktiež je potrebné diferencovať softvér, ktorý na základe výkonosti určuje možnosti a variabilitu scenárov počítačových hier. [11]

Variabilitu v klasifikácii počítačových hier uvádza aj Wolinska, ktorá poukazuje na počítačové hry, ktoré využívajú text hry, dobrodružstvo, vstup do role, logické simulátory, stratégie, športové, vzdelávacie a erotické. [12]

Kwiatkowski v porovnaní so spomenutou autorkou (ibid.) uvádza klasifikáciu počítačových hier, a to: simulačné, strategické, arkádové (pracuje sa s viacúrovňovými levelmi), dobrodružné, s historickou tematikou,logické, bojové tzv. "strielačky", športové[13].

[7] J. Skrzypczak, *Aktualizacje encyklopedyczne. Suplement do Wielkiej Ilustrowanej Encyklopedii Powszechnej Wydawnictwa Gutenberga. Tom XI Media*, Poznań 1998, s. 74-75.
[8] Z. Płoski, *Informatyka. Słownik encyklopedyczny*, Wrocław 1999, s. 124.
[9] J. M. Wolińska, *Komputer (gry, Internet)-konieczność, pasja, zagrożenie, uzależnienie*, [w:] G.E. Kwiatkowska (red.), *Wybrane zagadnienia psychologii współczesnej*, Lublin 2004, s. 186.
[10] Tamże, s. 190.
[11] M. Braun-Gałkowska, I. Ulfik-Jaworska, *Zabawa w zabijanie*, Lublin 2002, s. 15.
[12] J.M. Wolińska, *Komputer... dz. cyt*, [w:] G.E. Kwiatkowska (red.), *Wybrane... dz. cyt.*, s. 187-188.
[13] S.M. Kwiatkowski, *Gry komputerowe-wzory zachowań prowadzące do sukcesu*, „Pedagogika Mediów", 1 (2005), s. 54.

Rovnako ako internet, aj počítačové hry môžu negatívne pôsobiť na hráča. S.K. Young, jeden z prvých bádateľov závislosti na internete uvádza tri fázy, ako sa "dostať" do nethoholizmu.

Prvou fázou je angažovanie sa (pocit očarenia nad hrou s pozitívnym očakávaním ďalšej hry), druhá fáza sa nazýva fáza náhrady (počítačová hra a jej dej nahrádzajú reálny kontakt so sociálnou skupinou), treťou fázou escape (hráč má možnosť vyjsť z programu, pobyt v sieti z jeho pohľadu nie je považovaný za nič negatívne, škodlivé) [14].

V prípade realizácie vzdelávania detí o počítačových hrách - o silných a slabých stránkach používania je potrebné mať na pamäti princíp objektivizácie skutočnosti. Prezentácia môže prebiehať spôsobom profylaxie, tzn. potencionálni hráči majú byť oboznámení s pozitívnymi aj negatívnymi dôsledkami používania počítačových hier.

Na podklade výskumných zistení Ulfik-Jaworski spracoval pozitívne aspekty používania počítačových hier v skupine detí. Z uvedených zistení patrí: výrazné zlepšenie vizuomotorickej koordinácie, vuzuálna percepcia a skrátenie reakčného času na podnet[15]. V edukácii ide o zlepšenie logického myslenia v oblasti matematickej, informačnej a cudzojazyčnej gramotnosti. Počítačové hry sa v edukácii používajú z dôvodu zlepšenia schopnosti rozvíjať inováciu v myslení a na podporu tréningu pamäte.

J. M. Wolińska definuje **pozitívne** faktory počítačových hier, kde "možnosť zaradenia hier do terapie stimuluje u používateľa používanie pokročilých technologických postupov v podobe plánovaných činností, ako aj logické myslenie a schopnosť riešiť problémové situácie. Odporúča zaradiť počítačové hry do terapii plachých detí, introvertov a detí pre zábavnú (relaxačnú) činnosť na podporu reálnych rovesníckych vzťahov (napr. hra vo dvojiciach) [16].

Ak hovoríme o **negatívnom vplyve počítačových hier** sú zjavné oslabenia v oblasti emocionality, správania a zdravia. Deti, ktoré vo svojom voľnom čase trávia výraznú väčšinu času pri počítači sú predovšetkým sociálne izolované, žijúce vo svete hier a agresivity, ktorú po určitom čase považujú za bežnú súčasť života. Deti tak strácajú kontakt s realitou, dôsledkom toho sú výrazné problémy v konaní a v správaní sa. Možno to dokumentovať vo vedeckých štúdiách, kde bol potvrdený vplyv medzi intenzitou videohier a znížením vlastnej sebaúcty. Deti,ktoré preferovali agresívne typy hier sa častejšie správali agresívne v porovnaní s deťmi,ktoré preferovali hry s prosociálnym a edukačným zameraním[17].

Pre spotrebiteľov počítačových hier Wolinska konkretizuje negatívne aspekty, ktorými sú zdravotné riziká (poruchy zraku, poruchy hybnosti tela,predovšetkým chrbtice) a prevalencia násilia na obrazovke(súpera je potrebné zničiť, zabitím dosiahnem bonusovéhodnotenie, sámzmôžem viac a i.). Ide o oslabenie hranice medzi fikciou a realitou,

[14] S. K. Young, *Internet Addiction: The Emergency of New Clinical Disorder*, "Cyberpsychology and Behavior" 3 (1996), s. 237-238, cyt zaJ. Mastalski, *Samotność globalnego nastalotka*, Kraków 2007, s. 407.
[15] I. Ulfik-Jaworska, *Komputerowi... dz. cyt.*, s. 88-89.
[16] J.M. Wolińska, *Komputer... dz. cyt*, [w:] G.E. Kwiatkowska (red.), *Wybrane... dz. cyt.*, s. 190.
[17] Tamże, s. 92-94.

ktorá priamo ohrozuje deti najmä predškolského veku. Animovaná agresia im napomáha byť víťazom, napriek tomu, že ide o fiktívny svet. Je "majstrom v nereálnom svete".Svoje postavenie môže nesprávne transformovať do bežného života v podobe role agresora. [18]

Ak hovoríme o vzdelávaní a terapii detí , ktoré sú ohrozené závislosťou na počítačových hrách je potrebné vnímať aj súvislosti medzi fyzickým vývinom a kognitívnym rozvojom osobnosti.[19] Z toho dôvodu je potrebné organizovať vzdelávacie a preventívne programy určené pre deti od predškolského veku (prevažne zamerané preventívne). [20] Autori odporúčajú pre deti závislých na počítačových hrách špecifické edukačné programy zamerané na individuálne a skupinové intervencie s účasťou ako rodiny, tak i školy.

Na základe emprických zisťovaní v rozhovoroch s rodičmi autori vytvorili opatrenia (doporučenia) pre rodičov ako preventívne opatrenia pred "nadčasovosťou" v trávení pri počítačových hrách.

Patria k nim:

1. Zoznámiť sa s počítačovými hrami,ktoré hrajú Vaše deti. Zistiť vekovú hranicu pre spotrebiteľa.
2. Rozhovorom zisťovať čo dieťa hralo, ako skončilo,prípadne o čom daná hra je.
3. Objasniť dieťaťu rozdiel medzi reálnym svetom a fikciou v počítačových hrách.
4. Vytvoriť harmonogram, v ktorom bude konkrétne zadefinovaný čas určený pre hru na počítači.
5. Podporiť spoločné rekreačné a športové aktivity, exkurzie a športové turistiku, zmeny životného štýlu ak nadobudnú podozrenie, že dieťa nedokáže "rozlíšiť" hranicu medzi fikciou a realitou.
6. Podporiť účasť vo voľnočasových aktivitách v rámci dobrovoľníckej práce, pomoci starším a chorým ľuďom.
7. Vzbudiť v deťoch záujem v iných oblastiach spoločenského života (panelové diskusie o regióne a podporovať vlastenectvo, tanečné kurzy, pomoc v domácnosti s každodennými povinnosťami).

Dané opatrenia sú praktickými odporúčaniami pre rodičov, aby si uvedomili, že je potrebné diskutovať o tejto téme, ktorú možno označiť za "citlivú". Opatrenia je žiaduce prijať širokospektrálne nielen pre rodinné,ale taktiež aj pre formálne a neformálne prostredie.

Príspevok preložila a korigovala so súhlasom autorov : PaedDr. Barbora Kováčová, PhD.

[18] J.M. Wolińska, *Komputer... dz. cyt*, [w:] G.E. Kwiatkowska (red.), *Wybrane... dz. cyt.*, s. 190-191.
[19] E. Gruszczyk-Kolczyńska, *Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny*, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała, *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, t. II, Warszawa 2005, s. 134-136.
[20] M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa, *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa 2000, t. I, s. 189; I. Obuchowska, *Okres dorastania*, Warszawa 1996, s. 19-20; I. Obuchowska, *Adolescencja*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka*, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Warszawa 2000, t. II, s. 168-169; L. Wołoszynowa, *Młodszy wiek szkolny*, [w:] M. Żebrowska (red.) *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, Warszawa 1979, s. 532, 542-543.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Životný príbeh ako terapeutický nástroj

Hroznata ŽIVNÝ
Katedra liečebnej pedagogiky
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave
Centrum pre liečbu drogových závislostí v Bratislave, Hraničná ul. 2

ABSTRAKT
Autor, liečebný pedagóg, psychoterapeut, v príspevku prináša podstatné a aktuálne informácie o teórii a konštrukcii životného príbehu a jeho možných spôsoboch využitia.
V nasledujúcom texte sa zamerIava na životný príbeh ako terapeutický nástroj a svoj príspevok ilustruje skúsenosťami z dlhoročnej praxe v terapii a doliečovaní ľudí so substančnými a behaviorálnymi závislosťami.

„...život je o rozprávaní príbehov o živote, o tom, že radi počúvame príbehy zo života, ktoré nám rozprávajú druhí, i o tom, ako podľa týchto príbehov žijeme svoj život a ako vytvárame stále nové a zložitejšie príbehy o príbehoch- a že toto vymýšľanie príbehov nie je len o ľudskom živote, ale že to je ľudský život sám.“

(Anderson, 1990, str. 102, podľa Freedman, Combs, 2009)

„Životný príbeh (life story) je príbehom človeka, ktorý tento človek rozpráva tak podrobne a pravdivo ako je to možné, čo si pamätá a čo chce povedať, obyčajne je životný príbeh výsledkom rozhovoru, realizovaného v priebehu interview...
Životný príbeh je pokiaľ možno kompletným rozprávaním o skúsenostiach života v kontexte celého života so zdôraznením jeho najdôležitejších aspektov.“

(Atkinson, 1998, s. 8).

„...rozprávanie môže poskytnúť zvlášť bohatý zdroj informácií o významoch, ktoré ľudia nachádzajú vo svojom všednom živote. Takéto príbehy odhaľujú viac to, prečo stojí za to život žiť, než to, ako sa bežne žije.“

(Rosado, 1986, str. 98, podľa Freedman, Combs, 2009)

„Príbehy sú počiatkom tvorby osobnosti. Príbehy nás tvoria a lámu. Príbehy nás podržia, keď máme problémy a dodávajú nám odvahu v blízkosti konca, ktorého predstava by bola pre nás inak neznesiteľná. Čím viac sme zdržanlivejší a zkostnatelí v spôsoboch rozprávania, tým viac sme otupenými a tým viac trpíme.“

(Mair, 1989).

Teoretické rámce

Pozitivizmus verzus postmoderna, empirizmus verzus konštruktivizmus

Môžeme konštatovať v kontexte prác uvedených autorov (Disman, 1993; Denzin, Lincoln, 1994; Hendl, 2005; Miovský, 2006), že p**ozitivistický model vedy, pozitivistické „vysvetľovanie sveta“** ponúka tieto výroky: svet je jediný, objektívny,
svet je poznateľný, existujú univerzálne vlastnosti sveta, existuje jediná pravda, svet je logický, svet je poznateľný , poznanie prináša pokrok, sociálna realita existuje objektívne...

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Postmoderný model vedy, postmoderné „vysvetľovanie sveta“ naproti tomu konštruuje výroky typu: existujú lokálne svety, existujú rôzne verzie reality, existujú lokálne významy, metódy poznania sa prispôsobujú skúmanej realite, sme svedkami diskreditácie pokroku, sociálna realita je nami konštruovaná...

Empirizmus: prostredníctvom vedy môžeme získať validné poznatky.

Konštruktivizmus: realitu si vytvárame každý sám.

Konštruktivistické terapie (Prochazka, Norcross, 1999):

A/ na problém zameraná terapia a jeho liečenie

B/ naratívna terapia

A. Terapia zameraná na riešenie problému:

história: konštrukcia príčin

to nové: konštrukcia riešení- proces zmeny

a/ stanovenie terapeutických cieľov:

- pozitívne ciele,
- proces „ako?“
- prítomnosť „dnes“,
- praktickosť a dosiahnuteľnosť,
- špecifickosť cieľa,
- vedenie k vlastnému rozhodnutiu,
- význam špecifického hľadiska,

b/ uvedomenie si problému:

hovoriť o probléme znamená udržovať zameranosť na problém verzus hovoriť o riešení problému je riešenie problému...

c/ výber cieľov:

- keď to funguje, nemeň to, rob toho viac
- keď to funguje čiastočne, zlepši to
- keď to nefunguje, zmeň to
- zmena začína teraz, dnes
- malé zmeny vedú ku zmenám väčším
- každé riešenie je unikátne
- riešenie vychádza z konverzácie, dialógu
- jazyk je naša realita

d/ terapeutický vzťah: terapeut vedie, pacient, klient rozhoduje.

B/ Naratívne terapie:

- vytvárame si minulosť tak, že rozprávame príbehy v prítomnosti
- realita je naším príbehom
- odmietanie systémov, typológií

- jedinec je jedinečný
- príbehy sú neukončené, nekončiace sa

Terapeutický proces:

- uvedomenie si významov našich príbehov
- proces personifikácie problému
- vyberanie si nových alternatív
- prežitie emócií
- metafory, symboly, významy príbehu

Terapeutický vzťah:

- podpora, porozumenie
- empatia
- podpora pri vytváraní nových príbehov

Životný príbeh

Životný príbeh ako naratívna forma sa vyvíjal z orálnej histórie, histórie života a ostatných etnografických a terénnych prístupov.

Životný príbeh ako metóda kvalitatívneho výskumu je jedným z najdôležitejších zdrojov získavania informácii o podstate vnútorného života človeka.

V psychológii môžeme vidieť počiatky seriózneho záujmu o životné rozprávanie v psychoanalytických interpretáciách prípadových štúdií Sigmunda Freuda. Pre neho je rozprávanie primárne v aplikácii psychoanalytických teórií do individuálnych životov.

Allport (1942) použil osobné dokumenty k štúdiu vývoja osobnosti, sústredil sa na primárne dokumenty, rozprávanie a riešil problematiku validity a reliability interpretácie takýchto materiálov.

Erikson (1996) v štúdii o Martinovi Lutherovi použil metódu histórie života (life history), aby ukázal ako historické momenty ovplyvňujú individuálne životy.

Atkinson (2006) uvádza, že v tradičných historických komunitách hralo rozprávanie príbehov centrálnu rolu v živote ľudí.

Rozprávanie príbehov umožňovalo prenášať tradície, významy, univerzálne vzorce správania a hodnoty z generácie na generáciu.

Atkinson (2006) hovorí, že príbehy, ktoré rozprávame o našich vlastných životoch sú riadené podobnými vzorcami, vo svojich životných príbehoch sa opierame o archetypálne skúsenosti, ktoré máme spoločné s ostatnými ľudskými bytosťami. Rozprávanie životných príbehov nám pomáha porozumieť významu našich životov, pomáha nám orientovať sa v živote, hodnotiť naše životné skúsenosti, vytvárať a potvrdzovať hodnoty nášho života a nie v poslednom rade posilňovať naše sociálne ukotvenie.

Sarbin (1986) identifikuje rozprávanie ako „základnú metaforu“ podstatu - jadro sebaformovania, porozumenia vlastnej skúsenosti.
Brunner (1986) definuje rozprávanie ako dôležitý nástroj poznávania ako „konštruujeme“ naše životy.
Podľa Denzina (1989) životný príbeh je osobné rozprávanie o osobných skúsenostiach, životný príbeh umožňuje objavovať a popisovať vnútorné vývojové procesy v priebehu vlastného prežívania života.
McAdams (1988, 1993) uvažuje o tom, že v procese rozprávania inkorporujeme a rekonštruujeme minulosť, chápeme prítomnosť a anticipujeme budúcnosť. Životný príbeh McAdams chápe ako metaforu stvárnenia identity. V tomto procese uvažuje o štyroch zložkách rozprávania životného príbehu: kľúčových udalostiach, hodnotách a presvedčeniach, perspektívach a cieľoch a sebaobrazoch.
Atkinson (1998) uvádza nasledujúce klasické funkcie životného príbehu:

- Psychologická funkcia
- Sociálna funkcia
- Mysticko - religiózna funkcia
- Kozmologicko - filozofická funkcia.

Terapeutické využitie životných príbehov

„Narativita v zmysle rozprávania a zdieľania príbehu, ich rekonštrukcie a prepracovania, modifikácie a pod. je neodmysliteľnou súčasťou psychoterapie akejkoľvek teoretickej orientácie“ (Skorunka, 2010, podľa Vybíral, Roubal, 2010).
McLeod (1997) rozlišuje dve základné skupiny naratívnej psychoterapie:
1/ **psychodynamický prístup**: príbehy sú využité ako prostriedok k získaniu prístupu do predpokladaných základnejších úrovní psychiky,
2/ **kognitívno-konštruktivistický prístup:** narativita je v centre záujmu terapeuta, ktorá je chápaná ako sociálna konštrukcia reality - príbeh sa stáva „hýbateľom“, prostriedkom poznania a porozumenia - ide v vlastne o jeden z postmodernistických prístupov terapii.

Psychodynamické prístupy sú sledovateľné vo Freudovej psychoanalýze - príčiny problémov sú v pacientovom príbehu, ktorý je skrytý v nevedomí (Freud, 1993).
Spence (1987) zreteľne odlišuje historickú pravdu ako existenciu skutočných udalostí, ktoré sa pacientovi prihodili a naratívnu pravdu, ktorá je konštruovaná v priebehu analýzy.
Vhodne zvolená rekonštrukcia môže zaplniť medzeru medzi dvomi udalosťami, ktoré nie sú vnímané pacientom ako spojité. Dobre rekonštruovaný príbeh je reálnou a bezprostrednou naratívnou pravdou, ktorá je významným agens terapeutickej zmeny.
Schafer (1992) je autor pojmu „naratívnej perspektívy.“ Ľudia si navzájom rozprávajú príbehy, pacient nerozpráva iba jeden príbeh, ale mnoho iných - to je dostatočný dôvod k otvorenosti k viacerým, rôznym interpretáciám. Narativitu chápe autor ako spôsob,

ako jedinec popisuje svoje jednanie a dôsledky svojho jednania. Terapeut sa spoluzúčastňuje na tvorbe týchto príbehov, hľadania ich zmyslu.

V rámci **kognitívno-konštruktivistického prístupu** sa kladie dôraz na kapacitu človeka konštruovať významy prostredníctvom spracovania kognitívnych informácií.
Príbeh môže byt chápaný i ako reprezentácia príbehu. Ľudia reprezentujú svet nie v statických obrazoch a predstavách vo svojich mysliach, ale prostredníctvom schém a scenárov, ktoré sú chápané ako dynamické sekvencie správania, ktoré sú výrazom vzťahu k objektu (Plichtová, 2002).
Príbeh je prostriedkom riešenia rôznych konfliktov, napätí a účinným terapeutickým faktorom je komunikácia o príbehu.... pacient získava kontrolu nad svojim príbehom, príbeh získava zmysel v novej štruktúre, ktorú mu ponúka terapeut.... chaotické skúsenosti sa reštrukturalizujú do kauzálnych sekvencií - pacient začína rozumieť sebe a tomu , čo sa dialo, deje...

Narativita ako integrujúci kontext

Narratívne vyjadrenie je základným procesom utvárajúcim self.
Narratívny koncept zahŕňa niekoľko rôznych štruktúr rozprávania.
Rozprávanie je samo o sebe terapeutickým procesom.
Terapeutický vzťah sa vynára z rozprávania príbehu.
Efektívna terapeutická práca predpokladá vnímavosť k naratívnej rozmanitosti.
Efektívna terapeutická práca zahŕňa vnímavosť k presunom medzi rôznymi formami rozprávania- ide o dôraz na emócie, významy, archetypy príbehov, perspektívu, etický kontext...
Emócie sú indikátorom subjektívneho významu príbehov.
Naratívna koherencia (t.j. schopnosť súvisle a zmysluplne integrovať, prepájať, udalosti, zážitky, významy v dostatočnej komplexite) je indikátorom klientovho (pacientovho) pocitu subjektívnej pohody (Angus, McLeod, 2004).

Goncalves (1995) uvažuje o terapii ako o získaní „pocitu autorstva vlastného života."
Proces terapie prebieha v nasledujúcich štádiách:
a/ spomínanie a rozpomínanie sa na príbehy, „prehľad zobraných životných príbehov", „prechádzka v čase"
b/ objektivizácia príbehu - „artefakty príbehu" (predmety, fotografie)
c/ subjektivizácia narativity - subjektívne prežívanie príbehu (predstavy, prežívanie, emócie, skúsenosti, významy)
d/ metaforizácia príbehu - pacient tvorí metaforické asociácie súvisiace s jeho životnými príbehmi. Spolu s terapeutom skúma tieto metafory, analógie a fantázie.

e/ projektovanie príbehov - k vygenerovaným metaforám pacient konštruuje alternatívne metafory (osobné, bazálne, koreňové), ktoré sú v priebehu terapie posilňované.

Príklady praktického využitia životných príbehov praxi terapeuta v oblasti liečby a doliečovania substančných a behaviorálnych závislostí v CPLDZ v Bratislave (pozn.).

A/ Konštrukcia životopisu ako forma životného príbehu je rutinnou aktivitou režimových terapeutických programov pre osoby so závislosťami od psychoaktívnych látok.

B/ Z vlastnej praxe uvádzam techniku **„spovede" ako techniku životného príbehu** realizovanú v socioterapeutickom klube Iniciatíva, s.r.o., doliečovacom programe Centra pre liečbu drogových závislostí v Bratislave (Čítanka pre..., 2004).
Každý pacient rozpráva svoj životný príbeh na skupinovom sedení, dopredu vie čas, kedy ho bude rozprávať, má k dispozícii celé dvojhodinové sedenie a aktéri rozprávania „spovede" sa pravidelne striedajú- na každého člena klubu vyjde priemerne jedna „spoveď" 1x za 2 roky. Realizácia životného príbehu má dopredu určenú štruktúru: rozprávanie príbehu, doplňujúce otázky a spratné väzby ostatných členov skupiny a záverečné hodnotenie autora príbehu.
Aktéri sami hodnotia svoje „spovede" ako čin v „sakrálnom čase"- je to „sviatok rozprávania, sviatok hodnotenia a sviatok nachádzania nového zmyslu svojich životov"...(Živný, 2007, 2008).

C/ Čítanie príbehov
Autor tohto príspevku využíva v terapii literárne texty, čítaním ktorých otvára psychoterapeutické skupiny na detoxifikačnom oddelení a v programe strednodobej lôžkovej liečby... možno hovoriť o biblioterapii, o práci so životnými príbehmi v kontexte literárnych textov ako terapeutického nástroja (Živný, 2010).

D/ „Príbehy každodenného života"- jednou zo sekvencií psychoterapeutickej skupiny (PRAMEŇ) a doliečovacieho programu (PÚTNICI) pre ľudí so závislosťou od hazardných hier (F.63.0) CPLDZ v Bratislave, ktoré sa stretávajú pravidelne 1x týždenne od roku 1994 je „kruh", v ktorom každý účastník skupinového sedenia rozpráva, čo prežil v predchádzajúcom týždni.... opäť priestor pre prácu so životnými príbehmi v kontextoch, ktoré sú témou tohto príspevku...(Živný, Okruhlica, 2009).

POUŽITÁ LITERATÚRA
ALLPORT, R. (1942). *The use of personal documents in psychological science.* New York: Social Science Reserarch Council.
ANDERSON, M. (2009). *Konverzace, jazyk, a jejich možnosti.* Brno: NC Publishing, a. s. 235 s.
ANGUS, L. E., McLEOD, J. (Eds.) (2004). *The Handbook of Narrative and Psychotherapy.* London: Sage Publications.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

ATKINSON, R. (1998). *The Life Story Interview.* Thousands Oaks, London, New Delhi : SAGE Publications. 97 s.

ATKINSON, R. *THE LIFE STORY INTERVIEW.* (2006). [online]. Dostupné na internete: < http://www.usm.maine.edu/ ~atkinson/life_story_interview.htm> [cit. 2006-02-12]

BRUNNER, J. (1986). *Actual minds, possible worlds.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

ČÍTANKA pre prvý až posledný ročník. 2004. Bratislava : Partnerský klub INICIATÍVA, s.r.o., 2004.

DENZIN, N. K. (1989). *Interpretative biography.* Newbury Park, CA: Sage Publications.

DENZIN, N. K., LINCOLN, Y. S. (1994). *Handbook of Qualitative Research.* Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications. 643 s.

DISMAN M. (1993). *Jak se vyrábí sociologická znalost.* Praha: UK, Karolinum. 374 s.

ERIKSON, E. H. (1966). *Mladý muž Luther.* Praha: Psychoanalytické nakladatelství Jiří Kocourek,

FREEDMAN, J. COMBS, G. (2009). *Narativní psychoterapie.* Praha: Portál. 319 s.

FREUD, S. (1993). *Vybrané spisy II- III.* Praha: Avicenum, 1993. 479 s.

GONCALVES, O. F. (1995). Hermeneutics, Constructivism ande cognitive-behavioral therapies: from the object to the project. In: NIEMEYER, R. A., MAHONEY, M. J., Eds. *Constructivism in psychotherapy.* Washington: American Psychological Association.

HENDL, J. (2005). *Kvalitatívní výskum*. Praha: Portál. 406 s.

MAIR, M. (1989). *Beetwen psychology and psychotherapy*. London: Sage.

McADAMS, D. (1988). *Power, Intimacy and the Life Story. Personological Inquires into Identity.* New York: The Guilford Press.

McADAMS, D. (1993). *Stories we live by: Personal myths and the making of the self.* New York : William Morow.

McLEOD, J. (1997). *Narrative and psychotherapy.* London: Sage.

MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitatívní přístup a metody v psychologickém výskumu.* Praha : Grada Publishing. 332 s.

PLICHTOVÁ, J. (2002). *Metódy sociálnej psychológie zblízka*. Kvalitatívne a kvantitatívne skúmanie sociálnych reprezentácii. Bratislava: Média. 330 s.

PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. (1999). *Psychotrapeutické systémy.* Praha: Grada Publishing. 479 s.

SARBIN, T . R. (1986). The narrative as root metaphor for psychology. In T.R. SARBIN, ed. *Narrative psychology: The storied nature of human conduct.* New York: Praeger.

SMITH, L. (1994). *Biographical Metod.* In: DENZIN, K. N., LINCOLN, S. Y. 1994. *Handbook of Qualitative Research.* Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publication. pp. 287- 305.

SPENCE, D. P., (1982). *Narrative truth and historical truth*. New York: Norton.

VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. (Eds.) 2010. Současná psychoterapie. Praha: Portál. 743 s.

ŽIVNÝ, H. (2007). Hľadanie zmyslu existencie. Proces zmeny u abstinujúcich závislých. 2007. In: *Čistý deň.* V., 1, pp. 12-13.

ŽIVNÝ, H. (2008). *Prevencia v životných príbehoch abstinujúcich závislých.* Bratislava: PdFUK Bratislava, Dizertačná práca

ŽIVNÝ, H., OKRUHLICA, Ľ. (2009). Problem Gambling in Europe. Chapter 17: Slovak republic. In: MEYER, G., HAYER, T. GRIFFIRHS, M. 2009. *Problem Gambling in Europe.* 2009. (Eds.) New York: Springer. pp. 257- 264.

ŽIVNÝ, H. (2010). Literárny text ako terapeutický nástroj (Čajka Jonathan Livingston v Bratislave). In: ŠICKO, J., ŠICKOVÁ, J. (2010). *Terra therapeutica. Medzi nebom a zemou.* Bratislava: OZ Terra therapeutica. pp. 164- 151

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Workshop

Dieťa s postihnutím v rodine liečebného pedagóga

Katarína HERÁKOVÁ –Ľuboš HERÁK

ABSTRAKT

Sme mladá rodina, ktorej sa narodil prvý syn Tobiáš s viacnásobným postihnutím. Náš príspevok bude zameraný na to, ako sme to zvládli mi. Ako sme prechádzali štádiami zmierenia. O komunikácii s lekármi a získaním nadhľadu. Čo skutočne znamená podpora rodiny. O podpore na internete a našej webovej stránke. Výchova a terapia v našej rodine.

Tobiáš, je náš prvý syn. Narodil sa v 40tt s diagnózou celkový rázštep mäkkého podnebia. Diagnóza, ktorá nás ponechávala v domnení, že všetko bude v poriadku iba s ťažším životným nástupom. Neskoršie vyšetrenia a testy poukázali na oveľa závažnejšie problémy ako prvotný rázštep. Boli nimi:

- *Atrofia mozgového kmeňa a lézie na hemisférach.*
- *Neschopnosť samostatného dýchania bez podpornej ventilácie.*
- *Pierre – Robin syndróm - deformácia tvárovej časti - zmenšená sánka, zapadnutý jazyk, rázštep mäkkého podnebia, poruchy sluchu.*

Našťastie všetky vnútorné orgány sú dostatočne vyvinuté a plnia svoju funkciu.

Tobi strávil svoje prvé tri mesiace na oddelení JIS – patologickí novorodenci, kde mu bola s našim súhlasom urobená tracheostómia. Mala mu uľahčiť samostatné dýchanie, keďže jazyk bol kvôli malej sánke permanentne zapadnutý a iné spôsoby pomoci nepomáhali. Tobimu tento zákrok výrazne pomohol, začal samostatne dýchať v hodinách a dokonca sa mu podarilo "udýchať" si celý deň, no následne na tri dni so samostatným dýchaním skončil, naberal nové sily.

Ďalší čas v nemocnici bolo to presne päť mesiacov sme počas návštevných hodín spoločne trávili na Detskej klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny. Nové prostredie, nové postupy vytvorili atmosféru v ktorej Tobi prestal samostatne dýchať. Maximálny úspech bolo pár hodín. Pribudla hadička do brucha, tzv. Peg – doslova sme si túto operáciu vyžiadali, pretože sme sa už nemohli pozerať pre Tobiho nepríjemné a dráždivé, denno-denné zavádzanie nosnej sondy a dolepenú a popraskanú tvár nášho drobčeka. Bolo na ňom vidieť, že sa mu uľavilo. Nepríjemné procedúry pred jedlom boli za nami. A nová výzva klopala na dvere. Žiadali sme si Tobiho domov. V tom čase bolo jasné, že si chceme vziať domov dieťa ležiace, veľmi málo aktívne a napojené na permanentnú umelú pľúcnu ventiláciu. Po dlhých mesiacoch čakania na správny prístroj a získavania dostatočnej hmotnosti nastal deň príchodu

domov. Už žiadne chladné nemocničné svetlo, striedanie sestričiek a čas bez rodičov. Boli sme doma, celý vystrašený, ale doma a spolu.

Ako sme "prechádzali" štádiami zmierenia:

Šok (nachádzate sa tam kde ste nikdy nečakali že budete)

Obaja s manželom máme cholerické povahy, čiže dalo by sa očakávať, že šok, by sme mali prežívať intenzívne, energicky, výbušne. No ja si to takto nepamätám. Šok nenastal, alebo aspoň nie v jeho odzbrojujúcej podobe. Potrebovali sme vedieť čo je s našim synom a vždy keď sme sa niečo nové dozvedeli, snažili sme sa to prijať a veriť v jeho uzdravenie. Po MRI, ktoré ukázalo, že stav je naozaj vážny sme zmenili našu vieru v uzdravenie na radosť z každého dňa stráveného s Tobim. Najmä potom ako nám bolo oznámené, že Tobi s nálezom na mozgu akým má, nebude medzi nami viac ako tri týždne. Zachránila nás viera v nesmrteľnosť duše a úprimnosť medzi nami partnermi.

Popretie

Nemali sme čo popierať, lekári sa vyjadrovali jasne a tak sme hľadali možnosti ako sa veci dajú a nie ako sa im vyhnúť.

Obdobie vzdoru, hnevu

Nesnažili sme sa skrývať svoju bolesť, raz plakal jeden, raz druhý a vzájomne sme sa vedeli podporiť tak, aby sme mohli pred Tobiho inkubátor predstúpiť s úsmevom a novým vtipom či pesničkou. Často nás museli sestričky krotiť, keď sme sa nechali uniesť spievaním a radostným smiechom. Prečo by sme sa nemali radovať, keď dieťa čo pred nami leží tak neuveriteľne bojuje proti svojmu osudu, len aby mohlo byť s nami. Veď je to krásne, keď sme milovaní, čo sme cítili, že sme.

Vedela som že Tobi chce žiť, už len z toho dôvodu, že som mu ako matka dala slobodu vlastného rozhodnutia. Bolo to veľmi ťažké a nepodarilo sa mi to na prvý krát, ale raz to vyšlo, stála som nad ním a v jednoduchosti som mu dala slobodu vlastného rozhodnutia, či ostane s nami a bude bojovať, alebo nás počká v nebi a kým sa stretneme dá na nás pozor. Celú cestu domov som preplakala, ale vedela som, že to bolo správne a dobré rozhodnutie. Tobi svoje tri prorocké týždne prežil a jeho stav vôbec nesmeroval ku koncu.

Dôležité v tomto období bolo, aby ani jeden z nás si nedomýšľal, že prežíva väčšiu bolesť. Naša bolesť bola rovnaká, rovnako vypočutá, rovnako chlácholená. Muži taktiež prežívajú bolesť, stratu a nemohúcnosť. Možno v ich prípade nemohúcnosť, neschopnosť zasiahnuť je ešte viac zraňujúca než u žien. A nie je dobré ich týrať za to že nedokážu dostatočne prejaviť svoju bolesť. Bolesť je bolesťou a jej slabé či silné prežívanie nemení nič na jej podstate. Bolesť treba tíšiť v každej jej podobe. A to nám v značnej miere pomohlo, ani jeden z nás nebol obeťou, či smutným klaunom stále, naše role sa menili, raz som bola utešujúcou matkou ja, inokedy bol matkou môj manžel.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Rekonštrukcia, regenerácia, prijatie.

Rekonštrukcia v našom prípade nastala, keď nám primár na oddelení DKAIM rozprával o tom ako bude Tobi u nich natrvalo a o našom vzájomnou spolužití s nemocničným prostredím.
Vtedy sme si uvedomili, že umiestnenie dieťaťa v nemocnici, budovanie si života bez neho a plánom určené návštevné hodiny, nie sú pre nás. V tom čase nastal náš čas pre rekonštrukciu našich životných plánov, v ktorých mal Tobi svoje popredné miesto. Začali sme riešiť jeho život doma. V nemocnici sme si zažili deti, odmietnuté, opustené, z rôznymi životnými osudmi, ale aj veľmi obetavé matky či otcov. Uvedomovali sme si, že rodičia majú právo vybrať si akúkoľvek z možností (vziať si dieťa domov, navštevovať ho, či nechať ho v nemocnici samé). Je to ich voľba, ich zhodnotenie rodinných pomerov, ich vlastná bolesť vo svedomí. A nik nemá právo ich za to súdiť, iba oni sami a ten čo pozná všetky detaily a zákutia duše. A zároveň majú rodičia právo kedykoľvek vybranú možnosť zmeniť. Aj my sme vedeli, že ak by sme sa o Tobiho v domácich podmienkach nevedeli postarať, že sa vrátime spať do nemocnice. Je to rozhodnutie, ktoré musia urobiť rodičia sami, žiaden odborník nesmie podstrkovať alebo preferovať žiadnu z možností.

Počas štúdia liečebnej pedagogiky mi bola skoro na každom predmete vštepovaná jedna a najhlavnejšia myšlienka. Dieťa je v prvom rade dieťaťom a až sekundárne treba vidieť jeho obmedzenia. A podvedomie zafungovalo. Vravte túto myšlienku všade kde budete, s kýmkoľvek budete a možno práve vďaka nej pomôžete rodičom rýchlejšie prijať ich dieťa s postihnutím. Tak, ako keď sme zamilovaní a prehliadame obmedzenia nášho partnera, tak máme naučiť rodiča pozerať na svoje dieťa. Láska k dieťaťu nie je automatická, rodí sa postupne a aj u nás rastie každým dňom.

O komunikácii s lekármi a získaním nadhľadu

Rodič nie je lekár. Lekárske termíny mu zväčša nič nehovoria. A nehovorili ani nám, aj keď mám vyštudovanú "liečebku". Môj mozog pri diagnózach vlastného dieťaťa vôbec nefungoval, až následne doma, keď som si v pokoji prechádzala slovo po slove. Boli sme ako teliatka, pozerajúce na lekárove ústa a neustále bučiace - nerozumiem. Našťastie lekári mali nevšednú trpezlivosť a tak to skúšali inak, inými slovami, inými príkladmi.
Keď sa na Tobiho ako samolepky nalepilo asi osem diagnóz a každý druhý deň sme sedeli v kancelárii iného primára špecialistu, povedala som dosť. Doma som si nakreslila obrys postavy do ktorej som vizuálne zaznačila všetky Tobiho diagnózy a takto som nám určila priority. Prestala byť pre nás dôležitá operácia Pes equinovarus congenitus (PEC) tzv.„konská noha“- keďže Tobi s poškodením mozgového kmeňa bude s ťažkosťami čo i len sedieť, nie to ešte chodiť. Zrušili sme zoperovanie mäkkého podnebia, keďže bolo pre nás jednoduchšie Tobimu poodsávať ústa od hlienov cez rázštep ako cez silný stisk zubov, ktorý je spôsobený malou čeľusťou a sánkou . Takto nám odpadli dve operácie pod narkózou, ktoré pre Tobiho neboli aktuálne, ale zároveň by boli život ohrozujúce. Lekár nemôže robiť rozhodnutia, môže

dať iba odporúčania. Je to na rodičovi (a je veľmi dôležité pomôcť mu), aby pochopil(i) problémy dieťaťa ako celok, nie iba samostatné diagnózy. A v tomto vidím možnosti aj pre liečebných pedagógov. Pomôcť rodičom pochopiť situáciu komplexne tak, aby ich rozhodnutia boli premyslené a nemuseli si celý život klásť otázku: „Urobili sme to správne?“

Čo skutočne znamená podpora rodiny.

Podporiť môžeme iba to čo sa chce nechať podporovať. A my sme sa podporovať nechali. Uvedomili sme si, aké je dôležité ukazovať sa na verejnosti, hovoriť o našej situácii, vytvárať nové kontakty. A oplatilo sa. Počas prvých mesiacoch po narodení Tobiáška sme sa stretli s týmito fenoménmi:

- **Prehnaná ľútosť, plač nad nami** – stretli sme ľudí, ktorí dokázali nad nami a našim osudom plakať, dokonca sme my ich presviedčali, že to nie je také zlé, ako to vyzerá, že sa treba držať a myslieť pozitívne.
- **Domáhanie sa spravodlivosti** - ďalší ľudia boli takí, čo sa domáhali spravodlivosti. Tlačili nás do kolien neustálym polemizovaním o tom prečo sa to muselo stať nám, prečo práve my, veď malo sa to stať tým a tým a nie Vám. Toto je veľká škodná v procese prijatia dieťaťa a celkovej situácie. Pretože keď tých ľudí bolo viac, začali sme si aj my skutočne klásť túto otázku. A úprimne vám poviem, je to otázka, ktorá vám vezme všetku energiu, silu, radosť a nádej. Dokonca som sa dostala do štádia kedy som presne vedela, že ten a ten by si to skutočne zaslúžil viac ako my. Keď som si našla tieto obete, zahanbila som sa sama pred sebou. Ako môže rozdávať ťažkosti života ľuďom o ktorých viem tak málo. V čom si skutočne myslím že som lepšia, dokonalejšia, že sa to malo stať im? A keď som nebola schopná nájsť žiaden argument mojej nadradenosti, uvedomila som si že v ničom. A odvtedy keď na mňa niekto vytiahne: „Prečo práve vy?“ tak ho zastavím a pokojne poviem: „A prečo nie my?“ A následne cítim, že mám viac energie pre Tobiho a budúcnosť našej rodiny.
- Tobina sme prijali, nikoho sme sa nepýtali na názor. A okolie to akceptovalo a prijalo naše rozhodnutie.
- Keď sa ľudia v okolí pýtajú, treba jasne a pravdivo odpovedať, treba ich záujem podporovať, pretože skutočne nikdy nevieme, kto nám kedy môže pomôcť, kto kedy niekomu niečo spomenie a kto možno na našom príklade príjme svoje vlastné dieťa. A taktiež ak ľudia problému rozumejú vedia primeranejšie reagovať.

O podpore na internete a našej webovej stránke

Internet je čarovný nástroj, s ktorým treba zachádzať triezvo a s rozvahou. Pre rodičov detí s postihnutím, má viaceré pozitíva, ktoré by som rada zhrnula v týchto bodoch.

Objasňovanie si diagnóz

Postupne ako sme dostávali nové informácie o Tobiho diagnózach, tak isto sme postupne hľadali odpovede práve na internete. Všetko čo som o danej problematike našla, skonzultovala som s manželom, aby som odstránila možnosť emocionálneho pôsobenia a videnia iba tých negatív a reálne sme zhodnotili informácie a vybrali sme tie, ktoré mohli byť pre nás aktuálne.

Tak nám internet napríklad pomohol vtedy, keď sme riešili synovu tracheostómiu, pozháňali sme si odborné ale aj laické informácie, ktoré nám pomohli k súhlasu s týmto závažným zásahom do organizmu.

Rodič získava prostredníctvom internetu informácie, ktoré sú jasné, výstižné, priame, ale zároveň si musí byť vedomí, že to v prípade jeho dieťaťa môže byť aj celkom inak. Dôležitosť získania informácií je pre rodiča zároveň pomocou ako sa necítiť pred lekárom úplne neschopný, hlúpy a diskriminovaný, keď často krát nemá šancu rozumieť. Otázky lekárom sme boli schopný klásť až vtedy, ak už sme o danej problematike mali určitú vedomosť.

Získavanie náhľadu do budúcnosti

Po prijatí všetkých možných diagnóz, prognóz a proroctiev, nastáva okamih kedy sa môžu rodičia začať pýtať čo to skutočne znamená pre náš život. Ako nás tieto problémy ovplyvnia, ako budú ovplyvňovať naše dieťa, čo môžeme očakávať, existuje niekto kto prežíva niečo podobné? A vtedy nastáva ďalšia vlna internetového bádania a hľadania po rodinách s podobnými problémami. Keďže Slovensko je veľmi malou krajinou a v Európe sa v každej krajine hovorí vlastným jazykom, bývajú rodičia často obmedzovaní svojimi jazykovými schopnosťami a zručnosťami.

Najlepším spôsobom je zadať do vyhľadávača konkrétny názov postihnutia, a potom už len čítať a čítať. Skutočne v dnešnej dobe nájdete na Slovenskom internete webové stránky ku každému rozšírenému druhu postihnutia, kde môžete pátrať po podobných prípadoch tomu vášmu. My sme tak našli na stránke pre rodičov detí s postihnutím www.radost.sk. Ide o webovú stránku, ktorá nie je zameraná na konkrétne postihnutie ale ponúka priestor pre rodičov na ich otázky a potreby.

Tam sme našli aj my rodinu s chlapčekom, ktorý má v 95% tie isté diagnózy ako náš malý synček. Bola to obrovská úľava zistiť že chlapček, ktorého sme takto spoznali má už 4 roky a dokáže veci, ktoré sme si ani nevedeli predstaviť že by sa u nášho malého mohli naplniť. Otvorila sa nám skrinka nádeje, z ktorej čerpáme každý deň.

Odreagovanie, forma otvoreného denníka

Postupne som objavovala webové stránky zväčša matiek detí s postihnutím, ktoré ma napĺňali úžasom a pokorou pred týmito ohromnými ženami, ktoré z neriešiteľných situácii dokázali vytvoriť priestor pre lásku. Ako liečebný pedagóg som si uvedomovala, aké to musí

byť pre tieto matky ozdravujúce dať zo seba všetku tú bolesť von na internet. Podeliť sa so svojimi problémami s niekým ďalším a zároveň ostať skrytý pred intimitou nepochopených pohľadov. Ako som prechádzala tieto stránky, uvedomila som si podstatnú vec, tieto matky bojujú tým, že si vytvorili stránku o svojom dieťati, bojujú s opustenosťou a uzavretosťou, ktorú často krát prežívajú a zároveň bojujú s ľahostajnosťou, ktorú by mohli prežívať, ak by ostali na všetko samé. Keď zveríte svoj život na internet niekde tam vzadu v podvedomí je malý panáčik, ktorý nedovolí zaspať, ale neustále pripomína že treba pridať niečo nové, niečo čo s dieťaťom prežívam, niečo čo pre neho robím, niečo čo druhým môže pomôcť.

Získavanie finančnej pomoci

Webové stránky detí s postihnutím, vznikajú často krát aj z dôvodu potreby financií na určité pomôcky, liečebné pobyty, pričom matky uvádzajú svoje čísla účtu, či telefonický kontakt.

Ponúkanie vlastných skúseností

Nie je nič cennejšie ako overená technika, hra, činnosti, terapia, liečenie. Mnohé knihy bývajú popísané teóriami z celého sveta, ale priamemu životu pomôcť nevedia. Pomohlo mi to prestať sa trápiť tým, že síce moje dieťa má iba šesť kíl vo svojom prvom roku, ale je to normálne u detí, ktoré si nedokážu vypýtať jesť a rodič iba háda, koľko a kedy mu môže dať. Už sa kvôli tomu netrápi, ale teším sa keď drobec všetko zje, čo znamená že strávi to čo mu striekačkou vtlačím do bruška a nepovracia sa a spokojne po jedle zaspí. Mnohým veciam som sa naučila od mám práve z internetových stránok, alebo od tých čo som na ne získala kontakt prostredníctvom internetu.

Vzájomná podpora a povzbudenie

A najúžasnejšie je to, že sa dokážeme navzájom povzbudzovať, že si dokážeme pochváliť malé ale pre nás obrovské úspechy našich detí, že dokážeme vzájomne plesať nad tým, že naše dieťa začína po roku držať hlavičku. Je to obrovská pomoc a pohladenie, čo by som odporučila každej matke, otcovi, ktorý majú dieťa s postihnutím, čo najskôr sa nakontaktovať na podobné rodiny a aj keď to možnosti pohybu neumožňujú zabezpečiť si internet, pre spojenie ktoré môže byť dôležitým ohnivkom uzdravenia z bolesti, ktorú prežívajú a pomoc prijať vlastné dieťa a jeho obmedzenia.

Aj náš Tobi má svoju webovú stránku. Začala som ju písať, počas jeho dlhého pobytu v nemocnici. V tej dobe som cítila veľkú potrebu, bol to môj nad-kontakt so synom v nemocnici. Keď som písala, boli sme spolu. Dnes stránku dá sa povedať zanedbávam, nestíham a momentálne ani nie je mojou prioritou. Momentálnou prioritou je Tobi a jeho prítomnosť doma.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

... na záver

Tobi strávil osem dlhých mesiacov v nemocnici a osem krásnych mesiacov doma. Ako si spätne uvedomujem, terapeutom som pre neho bola najmä v čase kedy bol v nemocnici. V tom čase som sa dokázala na veci pozerať z nadhľadu, hľadať riešenia, možnosti, vytvárať pomôcky a cvičenia. No odkedy je Tobi som doma som najmä rodič, ktorý je často zmätený, pohltený do aktuálneho problému dieťaťa. Keď bol malý v nemocnici mala som úžasné predstavy čo budeme doma robiť, ako budeme pracovať na napredovaní. A doma sú moje predstavy odzbrojované Tobiho aktuálnym stavom. Tobi nemá rád prílišnú manipuláciu s ním a v poslednej dobe máva aj apnoe pauzy, ktoré dokážeme zvládnuť s našou domácou pohotovosť. Ale je náročné sa po cvičení, ktoré skončilo predýchavaním a poskytnutím kyslíka, opäť rozhýbať do ďalšej intervencie. Som liečebný pedagóg, ale vo svojej rodine som častejšie rodič, ktorý sa snaží sať svojej rodine lásku, podporu, pocit bezpečia a pokojných dní. Výchova a terapia sa nevylučujú, iba je potrebné nájsť pre obe to miesto, ktoré im v rodine patrí.

A na úplný záver by som Vás čo čítate tento príspevok poprosila o jednu dôležitú vec, na ktorú majú právo všetci rodičia detí s postihnutím. Ak sa o rok či viac rokov stretneme a my budeme hovoriť niečo celkom iné, ako je v tomto príspevku, nehnevajte sa. Máme právo zmeniť názor, totižto sme iba na začiatku neuveriteľnej, neprebádanej cesty.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Ako (vy)používame svoj mozog[21]

Katarína KAROĽOVÁ
Centrum MEMORY, n.o, Bratislava

Mozog je jeden z najdôležitejších orgánov ľudského tela. Spracováva všetky informácie a podnety a vydáva príkazy celému telu. Mozog je veľmi komplikovaný systém, ktorý je predmetom neustáleho výskumu. Vedci stále prichádzajú na nové poznatky o jeho fungovaní. S určitosťou ale vieme povedať, že rôznorodá stimulácia a poznávanie je potrebné pre vytváranie neurónových spojení a sietí, prostredníctvom ktorých sa zabezpečuje komunikácia medzi časťami a funkciami mozgu. Dostatok stimulov a cieľavedomé „zamestnávanie" mozgu nám buduje určitú mozgovú rezervu – zabezpečuje kvalitnejší vývin u detí a zvyšuje odolnosť vo vyššom veku.

Aj keď každý človek má jednu mozgovú hemisféru dominantnejšiu ako tú druhú, dôsledkom pravidelného zaťažovania oboch hemisfér je vytváranie bohatších sietí neurónových spojení, čo nám umožňuje využitie viacerých funkcií.
Primárne môžeme rozdeliť mozog na dve časti – pravú a ľavú hemisféru.

Pravá MH – „umelecká, tvorivá"	Ľavá MH – „analytická"
Vníma informácie celostne *Napríklad:* ▪ emócie ▪ intuícia ▪ priestorové vnímanie ▪ kreativita ▪ abstraktné myslenie ▪ predstavivosť ▪ asociácie	**Vníma informácie analyticky** *Napríklad:* ▪ posudzovanie ▪ analytické myslenie ▪ verbálna komunikácia ▪ logické aracionálne myslenie ▪ vôľa ▪ iniciatíva ▪ senzorické schopnosti
Pôsobí na ľavú časť tela	**Pôsobí na pravú časť tela**

Obr. 1 Primárne rozdelenie mozgových hemisfér

Na trénovanie alebo aktívne využívanie mozgových hemisfér (nehovoríme teraz o fungovaní v bežnom dennom režime ako pracovné povinnosti, starostlivosť o domácnosť, a pod., samozrejme, mozog je jednou zo základných hybných síl fungovania človeka) nepotrebujeme žiadne komplikované náčinie alebo programy – aj keď to dnešná moderná doba umožňuje, a tak oslovuje aj mladú generáciu (napríklad PC programy).
Pokúsme sa teda vychádzať z toho, čo máme vždy k dispozícii, a to je naše telo. Duševná a psychická sviežosť si vyžaduje pohyb, či je to napríklad len pohyb na čerstvom vzduchu. Aj mozog potrebuje pre svoju činnosť okrem glukózy ako výdatného príjmu energie a iných

[21] Predložený príspevok vznikol za podpory grantu APVV 0621-07.

látok, aj kyslík, a tým pádom dobre prekrvenie mozgu, a ten sa najlepšie získava prostredníctvom pohybu.

Praktické cvičenia:

1. Koncentrácia – prípravné cvičenia

Koncentrácia je v tréningu základným aspektom. Bez dobrej schopnosti sústrediť sa nám akákoľvek činnosť môže zdať ako náročná, neprimeraná, človek má potom pocit, že je nešikovný, že „na to nemá". Koncentračné cvičenia zapájame do aj pohybových cvičení – nasledujúce cvičenia vo všetkých bodoch sú zároveň aj koncentračnými cvičeniami.

Konkrétne návody na začiatok:

- Cvičte vo vyvetranej, ale nie studenej miestnosti. Je dôležité, aby ste sa tam cítili príjemne.
- Posaďte sa alebo sa postavte tak, aby ste mali dobrú oporu v nohách – celými chodidlami na zem, vystretý chrbát, uvoľnené plecia, ak sedíte, seďte zhruba len na polovici stoličky, neopierajte sa o operadlo (hovoríme o aktívnom sede)
- Pre lepšie sústredenie – môžete si zavrieť na chvíľu oči a uvedomte si, kde ste, uvedomte si polohu svojho tela v priestore, či sa vám dobre sedí – stojí, zhlboka sa nadýchnite a uvoľnite si brucho – aby nebolo vtiahnuté
- Pošúchajte si dlane, premasírujte si prsty na rukách a trením dlaní „vyrobte" teplo. Priložte teplé dlane na otvorené oči a podržte. Voľne dýchajte. Opakujte aspoň 2 – 3 krát.
- Prstami si premasírujte pokožku na tvári (poštipkajte líca, poklepte jemne okolo očí, ...), dvoma prstami si pomasírujte koreň nosa a dutiny medzi obočím. Pokračujte na pokožku po celej hlave. Skončite masážou celých uší, a tiež pokožkou za ušami (prekrvíte tým pokožku nad sluchovým aparátom).

Ak máte dostatok času, ideálne je v krátkosti si precvičiť celé telo. Dôležité je prekrvenie celej jeho pokožky, dosiahnuť to môžete jemným štipkaním, klepkaním a hladkaním povrchu tela – ruky, trup, krížová časť chrbtice (kam až dosiahnete), sedacia časť, nohy až ku končekom prstov. Na túto masáž môžete využiť tenisové loptičky alebo špeciálne masážne predmety s „pichliačmi".

2. Rovnomerné zaťažovanie hemisfér

Je prirodzené, že väčšinu úkonov vykonávame tou polovicou tela, ktorú „riadi" dominantná mozgová hemisféra. Tú nedominantnú môžeme precvičovať aj pri bežných denných aktivitách ako umývanie zubov, zapínanie gombíkov, písanie, otáčanie strán knihy, miešanie jedla v hrnci, a pod.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Konkrétne pohybové cvičenia:

Prstová gymnastika:

- položte si ruky voľne na kolená, dvíhajte jednotlivé prsty na oboch rukách naraz, chvíľu podržte a položte späť. Začnite od palcov, ukazovákov, ... vráťte sa aj naspäť.
- dvíhajte prsty na oboch rukách zľava doprava a späť (na pravej ruke začnete palcom, na ľavej malíčkom). Skúste zrýchľovať, ak sa pomýlite, spomaľte.
- Na jednej ruke stisnite prsty do päste, na druhej ruke ich roztiahnite a striedajte. Skúste zrýchľovať.
- Na jednej ruke vystreté prsty spojte, na druhej roztiahnite a striedajte. Skúste zrýchľovať.
- Podobne takto môžete cvičiť aj s chodidlami – na jednej nohy dvihnete špičku, na druhej pätu a striedate.
- Jednu ruku skrčte a jej päsť priložte k uchu na tej istej strane (pravú ruku k pravému uchu), druhú vystrite, otvorte dlaň a roztiahnite prsty. Striedajte. Potom to urobte opačne – ruka vystretá je v pästi, pri uchu má roztiahnuté prsty. Striedajte.

Cvičenia s tenisovými loptičkami:

- Vyhadzujte loptičku (nemusíte vysoko – do výšky očí) striedavo raz v jednej raz v druhej ruke. Potom skúste obe naraz. Skúste si ich naraz prehodiť z ruky do ruky.
- Vyššie spomenuté cvičenie vyskúšajte vykonať zo zatvorenými očami (vyhadzovanie striedavo aj naraz).
- Vystrite jednu ruku pred seba, druhou prehoďte loptičku ponad ňu z vonkajšej strany a chyťte ju. Ruky vystriedajte.

Pri tvorivých činnostiach, napríklad pri kresbe, sa zaktivizuje pravá hemisféra, ak ju ešte naviac podporíme kresbou nedominantou rukou (väčšina ľudí je pravákov – dominuje ľavá hemisféra). Spontánnosť, tvorivosť a intuícia sú doménami práve pravej hemisféry, ktorú človek najmä v mladšom veku využíva omnoho menej ako v staršom veku.

Dôležité je zapojenie takých aktivít, ktoré dokážu prepojiť a integrovať rôzne neurónové siete. Skúste si nájsť čas na činnosti, ktoré vás zaujímajú a motivujú, prinášajú nové podnety, pôsobia na zmyslové orgány, použite cvičenia, ktoré majú vzrastajúcu obtiažnosť.

V praxi sa mi osvedčilo zaradiť do tréningov kognitívnych funkcií aktivity ako muzikomaľba, cvičenia využívajúce tanečné prvky, krátke tanečné choreografie a improvizácie s náčiním (napr. gymnastické stuhy, balóny, šatky, ...), skupinové masáže tela, hudobné hádanky, aktivity podporujúce stimuláciu hmatu, a pod.

3. Rytmus

Z rôznej hudobnej teórie sa môžeme dozvedieť, že rytmus je okrem melódie a harmónie jednou zo základných hudobných zložiek. Rytmus nás sprevádza celým našim životom – od

počatia až po smrť, je nielen okolo nás, ale aj v nás. Tlkot srdca, rečový prejav, štartovanie autobusu, tok rieky, tenisový úder, smiech...každý jeden pohyb.
Pohyb a hudba sú odjakživa navzájom späté. Pohybom manifestujeme počuté, zvuky a tóny sú vlastne vibrácie, dalo by sa teda povedať, že hudba je v určitom význame aj pohybom. Spracovávaním hudobných podnetov môžeme spoznať celú paletu našich emocionálnych a duševných rozpoložení.
Rytmus vnáša do nášho života určitú pravidelnosť, určitú dávku stereotypu a hlavne istoty, ale taktiež pomáha obnoviť kontrolu svojich vlastných pohybov a tela, je pomocníkom koncentrácie a sústredenosti a napomáha dodať si dôveru vo svoje schopnosti. Rytmus je tiež významným neverbálnym komunikačným prostriedkom.

Do tréningu pozornosti a kooperácie mozgových hemisfér zapojte aj rytmické cvičenia, hru na telo, rytmické variácie a hry. Tieto cvičenia odporúčame cvičiť v skupine, využiť skupinovú dynamiku a to, čo každý jednotlivec do cvičenia vloží.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Závislosť a jej liečba

Erika KOVÁCSOVÁ - Hroznata ŽIVNÝ
Centrum pre liečbu drogových závislostí,
Hraničná ul., Bratislava
Katedra liečebnej pedagogiky Pedagogická fakulta,
Univerzita Komenského v Bratislave

ABSTRAKT
Témou diskusného workshopu bola „Závislosť a jej liečba“. Diskusia sa rozvinula po úvodných slovách autorov. PaedDr. Hroznata Živný, PhD. v úvode popísal problematiku závislosti, ako choroby a spomenul diagnostické kritériá Medzinárodnej klasifikácie chorôb (10. revízie, ďalej MKCH- 10), na základe ktorých sa určuje diagnóza závislosti. Mgr. Erika Kovácsová hovorila o možných spôsobov liečby závislosti a o formách pomoci pre ľudí so závislosťou od psychoaktívnych látok v Centre pre liečbu drogových závislostí v Bratislave (ďalej CPLDZ). Obaja autori pracujú v spomínanom Centre.

Ak hovoríme, že drogy sú pre človeka nebezpečné, tak predovšetkým v súvislosti s ich návykovosťou. S tým, že sa človek niekedy aj po ich jednorázovom užití môže stať závislým od ich požívania. Vytvára sa chorobná závislosť od drogy, od návykovej látky, ktorá sa dávnejšie nazývala narkomániou, toxikomániou alebo drogovou závislosťou. Aj keď je pojmov definujúcich závislosť viac, označujú jedno a to isté, závislosť. Postupom času jeden názov nahradil druhý, význam však ostal ten istý.

Závislosť od psychoaktívnych látok je pre nás dodnes v mnohom záhadou. V dnešnej dobe milióny ľudí na celom svete užívajú psychoaktívne látky, ktoré vyvolávajú závislosť.
Vágnerová (2004) definuje syndóm závislosti definuje ako súbor psychických (emočných, kognitívnych i behaviorálnych) a somatických zmien, ktoré sa vytvárajú jako dôsledok opakovaného užívania psychoaktívnej látky. Závislosť sa dá chápať ako životný štýl, ktorého dominantou je preferenčné zameranie na túto látku. Prejavuje sa určitými príznakmi, ktoré pretvrávajú počas doby 12 mesiacov (MKCH-10).

V MKCH-10 experti Svetovej zdravotníckej organizácie uvádzajú, že definitívna diagnóza závislosti by sa mala stanoviť iba vtedy, ak v priebehu roka dochádza k výskytu troch alebo viacerých z nasledovných znakov:

- silná túžba, craving, alebo pocit nutkania užiť látku;
- problémy v sebaovládaní pri užívaní látky, a to pokiaľ ide o začiatok a ukončenie, alebo o množstvo látky;
- telesný odvykací stav, pri ktorom je látka užívaná s úmyslom zmenšiť príznaky vyvolané predchádzajúcim užívaním tejto látky, prípadne dochádza k odvykaciemu stavu, ktorý je typický pre tú - ktorú látku;
- vzrast tolerancie pri účinku látky, zvyšovanie dávok látky, aby sa dosiahol účinok pôvodne vyvolaný nižšími dávkami (markantné príklady možno nájsť medzi jednotlivcami závislými od alkoholu alebo opiátov, čo môžu brať denne také množstvo látky, ktoré by zneschopnilo alebo aj usmrtilo užívateľov bez tolerancie);

- postupné zanedbávanie iných záľub alebo záujmov v prospech užívanej psychoaktívnej látky a zvýšené množstvo času, potrebné na získanie alebo užívanie látky, alebo zotavovanie z jej účinku;
- **pokračovanie v užívaní látky napriek jasným dôkazom o zjavne škodlivých následkoch (poškodenie pečene nadmerným pitím alkoholu, depresívne stavy, vyplývajúce z nadmerného užívania látok, alebo toxické poškodenie mozgu).**

Diagnózy duševných porúch a správania v dôsledku užitia psychoaktívnej látky sú označené v MKCH-10 pod kódmi F10-F19.
Ide o duševné poruchy a poruchy správania v dôsledku používania:
F10 alkoholu,
F11 opiátov (napr. heroín, makovice, a iné.),
F12 kanabinoidov (marihuana, hašiš),
F13 sedatív a hypnotík (lieky ako Rohypnol, Diazepam, Oxazepam a i.)
F14 kokaínu,
F15 stimulancií (pervitín, a i.),
F16 halucinogénov (napr. LSD, lysohlávky a i.),
F17 tabaku,
F18 prchavých látok (napr. toluén, benzín, acetón a i.),
F19 mnohonásobné užívanie rôznych psychoaktívnych látok.
Posledná diagnóza sa používa, ak ide o užívanie dvoch alebo viacerých známych psychoaktívnych látok, ale nedá sa určiť, ktorá z nich najviac prispieva k vzniku poruchy. Táto diagnóza sa má použiť aj vtedy, ak niektorá alebo aj všetky užívané psychoaktívne látky nie sú presne známe, alebo sú úplne neznáme.

Centrum pre liečbu drogových závislostí v Bratislave (ďalej CPLDZ) je najväčšou, centrálnou, špecializovanou zdravotníckou inštitúciou u nás, ktorá je určená na prevenciu, diagnostiku, liečbu a následnú starostlivosť poskytovanú občanom v súvislosti s problémami vznikajúcimi pri užívaní psychoaktívnych látok. Je to štátna, príspevková organizácia zriadená Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky v roku 1992 na báze bývalej Protialkoholickej poradne. Od 1. januára 1998 okrem liečebno-preventívnej zložky je súčasťou organizácie Inštitút drogových závislostí (IDZ) s oddelením informačným, vzdelávacím a výskumným. CPLDZ prešla v rokoch 1997 – 1999 významnou organizačnou a fyzickou prestavbou. Výsledkom bol vznik jedného z najmodernejších, multimodálnych európskych centier zameraných na problematiku legálnych a ilegálnych psychoaktívnych látok (drog).

Ponúka nasledovné programy:

- Ambulantná detoxifikačná liečba
- Ambulantná substitučná liečba – Metadónová udržiavacia liečba
- Program ambulantnej liečby ľudí závislých od alkoholu
- Program ambulantnej liečby pre ľudí závislých od opiátov a iných látok
- Program ambulantnej terapie pre ľudí s problémami s užívaním marihuany.
- Program ambulantnej terapie pre ľudí so závislosťou od pervitínu

- Program ambulantnej terapie pre ľudí so závislosťou od tabaku
- Liečba závislých od hry („gamblerov“)
- Lôžková detoxifikačná liečba
- Lôžková strednodobá liečba na Jaskovom rade

Ďalšie programy:

- Program očkovania proti hepatitíde typu B.
- Program testovania krvou prenosných infekčných ochorení (HIV/AIDS, hepatitídy B, C, syfilis).
- Program poskytovania sterilných ihiel a striekačiek.
- Zdravotnícka osveta medzi užívateľmi psychoaktívnych látok.
- Následná starostlivosť - doliečovanie pre ľudí so závislosťou od alkoholu v A-kluboch, spolupráca s resocializačnými zariadeniami - terapeutickou komunitou a "domom na pol ceste".
- Ochranné, súdom nariadené protialkoholické a protitoxikomanické liečby.
- Poradenské skupiny a terapeutický program pre rodičov, rodinných príslušníkov a iné významné osoby v živote pacientov so závislosťou.
- Toxikologické vyšetrenia moču pre širšiu verejnosť - marihuana, opiáty, kokaín, benzodiazepíny, amfetamíny, metamfetamíny a iné látky.
- Vydávanie liečebnej pomôcky - časopisu "Nezávislosť".
- Internetová stránka na adrese www.cpldz.sk, na ktorej funguje poradňa pre verejnosť v oblasti závislostí .

POUŽITÁ LITERATÚRA

Informačný materiál Centra pre liečbu drogových závislostí – Inštitútu drogových závislostí. (2006).
MKCH-10. (1994). *Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov. 10. verzia, 1. diel.* (WHO, Ženeva 1992). Bratislava: Obzor. 824 s.
VÁGNEROVÁ, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhajíci profese.* 3. vyd. Praha: Portál. 872 s.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

SENZORICKÁ INTEGRÁCIA V DRAMATOTERAPII

Ivana LIŠTIAKOVÁ
Pedagogická fakulta UK Bratislava,
Katedra liečebnej pedagogiky

Úvod

Dramatoterpeutické techniky nachádzajú svoje uplatnenie v najrozličnejších oblastiach. Pomáhajú ľuďom získať nadhľad, pozrieť sa na situácie z novej perspektívy a nájsť efektívnejšie riešenia aktuálnych problémov. Podobne, ako sa tento proces deje v rovine psychickej, či v oblasti vzťahov s ľuďmi, dramatoterapia môže poslúžiť aj ako prostriedok, ktorý umožní mozgu získať kontrolu nad doposiaľ chaotickou spleťou informácií a stimulov. Aby bol organizmus schopný adaptívne reagovať, potrebuje, aby vnemy dávali zmysel, a to je možné len, ak sú jednotlivé zmyslové podnety prepojené. V príspevku navrhujeme možnosti prepojenia dramatoterapie a terapie senzorickej integrácie, a to v teoretickej i praktickej rovine. Okrem vymedzenia pojmu, poruchy a terapie senzorickej integrácie uvádzame aj návrhy dramatoterapeutických hier, ktoré sú modifikáciami cvičení na podporu senzorickej integrácie.

Senzorická integrácia

Jean Ayres (2005) definuje **senzorickú integráciu** ako schopnosť mozgu organizovať informácie prichádzajúce z jednotlivých zmyslov do zmysluplného celku, ktorý umožňuje človeku efektívne konať, reagovať na okolie adaptívnym spôsobom. Okrem zrakového a sluchového vnímania kládla dôraz na **taktilný, vestibulárny a proprioceptívny systém**. Taktilné vnímanie, ktorého orgánom sú kožné receptory, je dôležité pre zdravý vývin, spoznávanie okolia a neustále spätné väzby z prostredia. Vestibulárny systém informuje o polohe tela a jeho pohyboch a proprioceptívny systém plní funkciu „vnútorného hmatu," spracúva informácie z vnútorných orgánov. Ayresová považuje za veľmi dôležité nielen presné fungovanie jednotlivých subsystémov, ale najmä ich vzájomné prepojenie a kooperáciu, a to nazýva senzorickou integráciou.

Tieto informácie sa k človeku dostávajú prostredníctvom činností, priamo v aktivite. Úlohou mozgu je jednotlivé časti zorganizovať, prepojiť a podľa toho vysielať orgánom odpovede, príkazy k výkonom. Táto náročná úloha sa niekedy nezaobíde bez pomoci. Senzorickú integráciu nemôžeme urobiť *namiesto* mozgu, ale môžeme pomôcť zorganizovať prostredie a poskytnúť také podnety a takým spôsobom, aby sme túto prácu mozgu uľahčili a naučili ho, ako nachádzať cestu von z chaosu podnetov.

Ak dieťa trpí **poruchou senzorickej integrácie (poruchou senzorického spracovania)**, znamená to, že jeho mozog funguje iným, zmeneným spôsobom. Dieťa má ťažkosti s usporiadaním informácií, s ich významom a následne s ich zmysluplným využitím. Dieťa trpiace poruchou senzorického spracovania môže byť precitlivené na dotyk, pohyby, pohľady, zvuky, alebo naopak môže slabo reagovať na senzorickú stimuláciu. Nedostatočná integrácia zmyslových vnemov sa môže prejaviť hyperaktivitou, alebo hypoaktivitou, nesústredenosťou, poruchami správania alebo učenia, oneskoreniami vo vývine reči a jazyka, ale aj zmeneným svalovým tonusom, či problémami

s koordináciou, alebo praxiou. Môže sa objaviť oneskorenie vo akademických výkonoch, alebo v aktivitách bežného života. Nedostatočná organizácia správania môže byť taktiež dôsledkom nedostatočnej senzorickej integrácie. Napríklad to, že dieťa v škole vyrušuje, môže byť spôsobené tým, že má zmätok v podnetoch, lebo jeho mozog nedostatočne vyhodnocuje informácie, ktoré k nemu prichádzajú. Keď sa vyrieši jadro problému, prejavy v správaní zmiznú. (Ayres, 2005; Bundy et al. 2002; Kranowitz, 2005).

Koomar et al. (2007) hovorí, že deti s poruchou senzorickej integrácie trpia **slabým self-konceptom**. Dieťa sa zdanlivo nudí, alebo nie je motivované k činnostiam. Problém s usporiadaním informácií totiž spôsobuje, že každodenné úlohy sú preň náročné a snaží sa im vyhnúť, aby sa vyhlo zlyhaniu a pocitu neúspechu. Táto oblasť je priestorom pre jeden zo spôsobov prepojenia terapie senzorickej integrácie a dramatoterapie.

Prepojenie dramatoterapie s terapiou senzorickej integrácie

V terapii senzorickej integrácie poskytujeme dieťaťu bohaté senzorické zážitky, a to takým spôsobom, aby bolo schopné funkčného správania, t.j. adaptívnej odpovede (Ayres, 1972). Vytvoríme priestor a ponúkneme podnety, ktoré uľahčia mozgu usporiadanie vnemov. Dramatoterapia nám umožňuje veľmi celistvo zapájať do aktivít celé telo i myseľ. Prostredníctvom pohybu vykonávaného pri realizovaní dramatoterapeutických techník sa aktivizuje celý vestibulárny a taktilný systém, pracuje v prepojení so zrakovými a sluchovými impulzmi. Senzorická integrácia je tak prirodzeným spôsobom facilitovaná a v hrových situáciách dochádza k jej prehlbovaniu a rozvoju. Okrem toho, že dramatoterapia efektívne zapája do činnosti všetky zmysly, jej hlavný význam spočíva v práci s emocionalitou, intrapersonálnou oblasťou a interpersonálnymi vzťahmi človeka.

Landy (1994, s. 61) uvádza definíciu dramatoterapie podľa Britskej asociácie dramatoterapeutov z roku 1979: *„Dramatoterapia je prostriedok pomoci ako porozumieť a uľaviť od sociálnych a psychologických problémov, duševnej choroby a handikepu; a prostriedok facilitácie symbolického vyjadrenia, cez ktoré sa človek môže dostať do kontaktu so sebou samým ako jednotlivec a ako skupina, cez kreatívne štruktúry vrátane vokálnej a fyzickej komunikácie.“*

Akým spôsobom možno prepojiť terapiu senzorickej integrácie a dramatoterapiu alebo jej prvky?

a) Cvičenia na podporu senzorickej integrácie ako súčasť dramatoterapeutických stretnutí

Terapia senzorickej integrácie sa v prípade potreby môže stať súčasťou dramatoterapeutických stretnutí. Ak u dieťaťa v rámci procesuálnej diagnostiky počas dramatoterapeutického programu narazíme na problém v spracovaní zmyslových informácií, medzi používané techniky môžeme cielene zaradiť aj cvičenia zamerané na stimuláciu a prepájanie senzorických systémov. Rozvoj senzorickej integrácie je prirodzene súčasťou dramatoterapeutických techník, pretože je v nich zapojený pohyb, použitie hlasu, jemnej i hrubej motoriky, ale na podporu senzorického spracovania sa môžeme zamerať aj úmyselne ako na ďalší z terapeutických cieľov.

b) Dramatoterapeutické techniky ako motivačný prvok v terapii senzorickej integrácie

Jones (1996) hovorí o kontinuu hry a drámy, kde na začiatku stojí senzomotorická hra, začleňujúca zvuk a pohyb, spoznávanie vlastného tela a jeho častí, kontaktovanie sa s fyzickým

svetom, spoznávanie predmetov, fyzický vzťah s druhým človekom, lokomóciu, kotúľanie sa, lezenie, státie, kráčanie. Toto všetko je základom rozvoja ďalších štádií hry a prechodu k dramatickej hre a dráme. Tento základ sú zručnosti senzorickej integrácie.

V terapii senzorickej integrácie sa používa špeciálny materiál a pomôcky, zamerané predovšetkým na podporu taktilno-kinestetického, vestibulárneho a proprioceptívneho systému, napr.: kužeľ, do ktorého sa dieťa môže posadiť a prevažovaním, prenášaním váhy s kužeľom krúti; alebo valec, do ktorého si dieťa ľahne a kotúľa sa po miestnosti; či hojdacia sieť, v ktorej dieťa sedí, alebo leží na bruchu; ďalej sú to trampolíny, veľké lopty na skákanie, preklápacie lavičky, rolovacie dosky, tunely na preliezanie, vankúše naplnené rôznym materiálom používané na taktilnú stimuláciu. Dôležitý je však aj spôsob použitia materiálov. Aby išlo o senzorickú integráciu, je potrebné uviesť do činnosti naraz viacero zmyslových systémov. Preto sa pri činnostiach spoločne s dieťaťom spievajú pesničky, alebo hovoria básničky. Napríklad hojdanie v sieti spojené so spevom prepája činnosť a informácie vestibulárneho systému s auditívnymi podnetmi. Ďalšou úlohou dieťaťa je počas hojdania sa v sieti hádzať loptičky do určeného terča. Tým sa prepája stimulácia vestibulárneho systému a motorická koordinácia rúk so zrakovou kontrolou.

Cvičenia sú dostatočne motivujúce už sami o sebe, pretože použitie materiálu nie je obvyklé a úlohy sú pre dieťa pomerne náročné. Do týchto cvičení môžeme vniesť množstvo zábavy aj tým, že ich zapojíme do kontextu nejakého príbehu a dieťa vstúpi do roly rozprávkovej postavy. Dramatická alebo rolová hra sa tak stane súčasťou terapie senzorickej integrácie.

c) *Dramatoterapia ako pomoc pri prekonávaní emocionálnej záťaže spojenej s poruchou senzorickej integrácie*

V neposlednom rade je dramatoterapia zdrojom nadobúdania schopností pri prekonávaní psychicky vypätých situácií, v ktorých sa ľudia s poruchou senzorickej integrácie často nachádzajú. Dramatoterapiu u týchto klientov je teda možné a potrebné zamerať aj na zlepšenie sebaobrazu, prežitie zážitkov úspechu, podporu sebavedomia a samostatného konania, prekonávania záťažových situácií, budovanie psychickej odolnosti a odvahy pri púšťaní sa do situácií, v ktorých klient v minulosti opätovne zlyhával. Dramatoterapia tak môže prispieť k rýchlejšej, efektívnejšej zmene, k pozitívnemu prežívaniu reality i seba samého a zlepšeniu kvality života. Projektívne dramatoterapeutické techniky pomôžu odhaliť skryté konflikty spojené s nespracovanými problémami, ktoré priniesla porucha senzorickej integrácie.

Tak ako hovorí Landy (1994) klienti v dramatoterapii si znovu vytvárajú obraz seba a svojich minulých zážitkov, znovu sa na situácie môžu pozrieť, nanovo ich zorganizovať, integrovať a umožniť objavenie sa novej funkčnejšej identity.

Ukážky dramatizácie cvičení zameraných na rozvoj senzorickej integrácie

Priestorová vizualizácia

LABYRINT

Pomôžeme deťom nadobudnúť **predstavu priestoru** vytvorením reálneho labyrintu v terapeutickej herni, v parku, či doma v detskej izbe. Deti si labyrint vytvoria sami s vankúšov, matracov, stoličiek a iného nábytku alebo s prírodných materiálov. Stávajú sa z nich stavitelia krétskeho mesta. Dramatická hra na tému hrdinovia antického Grécka je vhodná pre staršie deti –

oboznámime deti s mytologickým príbehom o Ariadne, Théseovi a Minotaurovi. Deti si rozdelia roly a prehrávajú príbeh. Ako rekvizitu použijeme klbko priadze. Okrem toho, že príbeh obsahuje prvok hľadania cesty z labyrintu, pre deti je motivujúcim aj preto, že ukazuje východisko zo zdanlivo neriešiteľných a zamotaných situácií, poskytuje možnosť „vymotať sa“ zo zmätku a chaosu podnetov, ktorými sú deti s poruchou senzorickej integrácie denne vystavované. Keď si všetky deti vyskúšali cestu bludiskom koľkokrát chceli, nasleduje fáza relaxácie a diskusia. Terapeut sa s deťmi porozpráva o pocitoch, ktoré človek v labyrinte prežíva, aké stratégie používa, aby úlohu úspešne zvládol a necháva priestor deťom, aby sa slobodne vyjadrili a prejavili akékoľvek myšlienky, ktoré sa vynorili počas hry. Hru je potrebné prispôsobiť veku detí. S mladšími deťmi sa môžeme zahrať na rytierov hľadajúcich poklad v labyrinte (nesmieme zabudnúť na skutočnú odmenu, ktorú deti nájdu), alebo lesné zvieratká hľadajúce stratených kamarátov, či veveričku, ktorá postrácala oriešky v chodbách bludiska. Na záver deťom ponúkneme pracovné listy s rôznymi druhmi labyrintov. Úlohou dieťaťa je teraz nájsť cestu v dvojdimenzionálnej podobe, v mape bludiska. Okrem zrakového rozlišovania, priestorovej orientácie cvičenie rozvíja aj jemnú motoriku ruky a koordináciu oko–ruka. Prechádzanie cez skutočný labyrint zase stimuluje hrubú motoriku, vestibulárno–kinestetický systém, orientáciu v priestore, pravo-ľavú orientáciu. Cvičenie v dvojdimenzionálnej i trojdimenzionálnej podobe podporuje schopnosť dieťaťa plánovať činnosť a premyslieť si aktivitu niekoľko krokov dopredu.

Ďalšie dramatické hry podporujúce senzorickú integráciu, resp. dramatoterapeutické modifikácie cvičení senzorickej integrácie

Taktilné vnímanie tvaru

• PO CHRBTOCH NÁM CHODIA ZVIERATKÁ - deti ležia na bruchu a terapeut im po chrbtoch hrá rukou rôzne zvieratká, udiera, ako keď ide slon, skacká ako zajac, plazí sa, ako had;

• MIESENIE CESTA - deti predstavujú cesto a terapeut miesi cesto na chlieb, tým, že im masíruje chrbát, deti sa potom môžu pridať v masírovaní ostatných;

• PEČENIE KOLÁČA ALEBO PIZZE - na vymiesené cesto pridávame rôzne prísady. Môžeme hrať len na chrbte, alebo na celom tele.

Vnímanie telesnej schémy

• AEROBIK - tak ako skáču dospelé ženy na aerobiku, môžeme sa zahrať aj s deťmi. Dôležité je, aby sme mali zrkadlo a stáli pred deťmi otočený chrbtom k nim, ale naše tváre vidno v zrkadle. Predcvičujeme pohyby a deti opakujú. Môžeme si pustiť aj hudbu. Keď si deti osvoja princíp hry, môže prísť dopredu jedno z detí a ono sa stáva predcvičujúcim. Pri mladších deťoch môžeme použiť bábku - manekýna, ktorý bude predcvičovať pohyby;

• PANTOMÍMA

• PREDSTAVENIE SA POHYBOM S HRAČKOU - Každý povie svoje meno a urobí nejaký pohyb spolu s predmetom, ktorý si vybral z ponuky. Všetci to po ňom zopakujú. Môže začať terapeut, aby deti presne vedeli, čo majú robiť;

• SKOKY A PLAZENIE SA - ŽABY A HADY - podľa toho, či terapeut povie „kvak“ alebo „sss“ sa deti premenia na žaby, ktoré skáču alebo na hady, ktoré sa plazia. Za vhodné považujeme použiť

nejakú formu kúzla. Napríklad „Čáry máry – kvak“ a po hre deti znova prečarovať na deti, aby vystúpili z roly a vrátili sa do reality;

• PREMENY - hra je podobná ako predchádzajúca, ale premieňame sa na rôzne zvieratá, najprv vymýšľa terapeut, potom môžu zvieratká vymýšľať aj deti. Pravidlom je, že premieňať ostatných môže len ten, kto má práve v rukách čarovnú paličku;

• DOSTIHY - deti sedia na stoličkách, terapeut sedí oproti nim. Dupe sa nohami, ako keď cválajú kone. Terapeut určuje priebeh diania. Kone idú klusom, skáču cez prekážky, prechádzajú cez blato, cez vodu, atď. ;

• PRÁCA S ROZPRÁVKOU - znázorňovanie deja pohybom. Napr.: Medovníkový domček. Terapeut rozpráva rozprávku a všetci spolu znázorňujú pohybom, pantomimicky jej postavy a všetko, čo sa v rozprávke deje. Janko a Marienka putujú, zbierajú jahody, stratia sa, vylezú na strom, uvidia svetielko, idú za svetlom, jedia perníky, vyjde von ježibaba, atď.;

• ROBOTI - všetci sa premeníme na robotov a vykonávame sekané pohyby, najprv v línii – pravá ruka, pravá noha a potom ľavá ruka, ľavá noha, potom hru obmeníme a rukami prekrižujeme stredovú líniu tela;

• POKAZENÍ ROBOTI - pokračovanie predchádzajúcej hry, roboti vykonávajú rýchle nekoordinované sekané pohyby;

• OPAKOVACÍ ROBOTI - jeden robot je označený napríklad svetielkujúcou čelenkou alebo opaskom a stáva sa vedúcim hry, ostatní po ňom opakujú pohyby;

• POKAZENÉ KRESLO - jeden z dvojice je kreslo (sedí na stoličke a má ruky nastavené ako opierky kresla), druhý si sadne do kresla, teda prvému na kolená. Stlačí gombík a kreslo predvedie svoju zvláštnu funkciu, napríklad, rozkročí nohy a sediaci tak z neho spadne, alebo sa začne triasť alebo sa zasmeje, atď.

• MAPA OKOLIA - Hra na hľadanie cesty podľa mapy – vytvoríme si mapu okolia a s dieťaťom ideme na prechádzku. Určíme si kam chceme ísť a dieťa naviguje podľa mapy a zadáva inštrukcie, kam treba odbočiť;

• MAPA NÁŠHO BYTU - Hra sa dá hrať aj v byte – vytvoríme si mapu bytu a podľa inštrukcií sa pohybujeme medzi izbami a nábytkom;

• HĽADANIE POKLADU je hra podobná predchádzajúcej, ale v priestore skryjeme nejaký predmet = poklad, ktorý podľa inštrukcií a mapy treba nájsť;

• ROBOT V TME - nasledovanie inštrukcií vpravo alebo vľavo so zatvorenými očami – dieťa počúva a nasleduje naše inštrukcie vpravo alebo vľavo a pohybuje sa podľa nich. Ak postupovalo správne, nakoniec zastane pred odmenou, kde si môže odokryť oči;

• KVIETKY - deti sedia alebo kľačia na zemi, schúlené do klbka, sú z nich malé semiačka v zemi, na začiatku terapeut, potom to môže byť jedno z detí, predstavuje slniečko, ktoré svojimi lúčmi svieti na deti a prebúdza ich tak k rastu, kvietky vystrčia najprv jeden lístok, pravú ruku, potom ďalší lístok, ľavú ruku. Postupne sa narovnajú a vstávajú, takisto, najprv pravá noha, potom ľavá. Táto hra sa môže použiť ako úvodný rituál. Pomáha deťom zapamätať si, ktorá je pravá a ľavá ruka. Dôležitá je dôslednosť, aby sa vždy začínalo pravou stranou a taktiež, aby sme pri pohybe strany pomenovávali;

• KRYŠTÁL - hráči sa voľne pohybujú po miestnosti. Jeden z nich odrazu zamrzne v určitej polohe. Ďalší hráč sa k nemu pripojí ako ďalšia molekula kryštálu, musia sa dotýkať minimálne jedným miestom na tele, ale nemusí to byť ruka. Postupne sa do kryštálu pridajú aj ostatní. Keď je celá

skupina zamrznutá a prepojená hráč, ktorý bol prvou molekulou kryštálu sa môže pohnúť a vtedy sa rozsypú aj ostatné molekuly. Musí to byť však on, kto sa prvý pohne.

Vestibulárny a kinestetický systém
DINOSAURI
• HĽADANIE CESTY Z BLUDISKA - zo špagátov zostavíme v priestore bludisko, dieťa musí nájsť cestu von, pričom nesmie podvádzať a špagáty podliezať
• SOM TAKÝ AKO... - prirovnávanie vlastných schopností k rastlinám a zvieratám a známym postavám z príbehov alebo bežného života dieťaťa (silný ako lev, rýchly ako gepard, jemný ako kvetinka, ohybná ako Elastína, bystrá ako Hermiona, vtipný ako ujo Jano ...), ak deti poznajú dinosaurov, môžu prirovnávať vlastnosti k dinosaurom (veľký ako Brontosaurus, mocný ako Tyranosaurus, rýchly ako ...) a pohybom predstavia postavu.
• GRIMASY - tváre dinosaurov boli rôzne, pokúste sa vymyslieť ako vyzerali a ako sa tvárili dinosaury. Ako vyzeral najsmiešnejší dinosaurus? Ako sa tváril mrzutý dinosaurus? A ako ten, ktorého sa všetci báli?
• PREKÁŽKOVÝ BEH DŽUNGĽOU - Deti spolu s terapeutom pripravia prekážky, ktoré treba preliezať, podliezať, šplhať sa ... dinosaury žijú v džungli, kde je veľa nástrah. Viete sa dostať z jednej strany džungle na druhú?
• SOPKA - V časoch dinosaurov vybuchovali sopky každý deň. Viete si to predstaviť? Deti si čupnú čo najbližšie k sebe, na dohodnutý signál vyskočia najprv hore a potom odbehnú alebo urobia kotrmelec smerom von z centra.
• STAVANIE JASKYNE DINOSAURA - deti si postavia bunker. Na práci sa zúčastňujú všetci spoločne a každý si v jaskyni nájde svoje miestečko, kde sa usalaší a oddýchne si.

VESTIBULÁRNY SYSTÉM a jeho integrácia
- **so zrakovým rozlišovaním**
- **s taktilným vnímaním**
- **s aktivizovaním propriocepívneho systému**

EGYPT
• OPAKOVANIE POHYBU - PUTOVANIE DO EGYPTA - „Vyberieme sa spolu do ďalekého Egypta. (Obrázok, kde to je, jednou vetou priblíženie) Aby sa nikto nestratil pôjdeme pekne za sebou. Na dlhých cestách nám pomáha ak nás niekto vedie a my po ňom opakujeme.“ Deti chodia za sebou ako v „hadíku.“ Prvý vymyslí činnosť, napríklad skákanie a ten za ním po ňom opakuje, každý opakuje to, čo vidí, že robí človek pred ním. Potom ten prvý dobehne na koniec hadíka, zaradí sa a činnosť vymýšľa zasa ten, čo je vpredu. Je dobré, ak sa všetky deti vystriedajú viackrát. Môžu pridávať rôzne typy chôdze, rôzne dopravné prostriedky, prekážky.
• SPOZNÁVANIE EGYPTSKEJ PÚŠTE - Teraz sme už dorazili do Egypta, na chvíľu si po dlhej ceste sadneme. S čím všetkým sa môžeme v Egypte stretnúť? Je tam púšť, horúco a veľa piesku. Boli ste niekde na dovolenke, kde vám bolo naozaj horúco? Toto je piesok taký, ako je aj v Egypte na púšti (Pripravíme vrecko s pieskom, do ktorého deti môžu ponárať ruku. Super. Ak máme možnosť

vytvoríme malé pieskovisko, napríklad naplníme detský bazén pieskom.) Deti sa vyzujú a vnímajú dotyk piesku na chodidlách.

V piesku na púšti sme našli Aladinovu lampu. Nezbedná opička nám ale lampu stále skrýva.

• SKRÝVANIE ALADINOVEJ LAMPY - Všetci idú za dvere a jedno z detí – nezbedná opička lampu skryje niekde v miestnosti. Potom ju ostatní hľadajú. Ten kto ju nájde ako prvý, ostáva v miestnosti a skrýva lampu.

• KOBERCE - Ako správni Egypťania, máme aj svoje lietajúce koberce. Navzájom si ich predvedieme. Jeden z dvojice leží na zemi ako stočený koberec, ten druhý je majiteľ koberca a koberec gúľa po zemi, akoby ho chcel rozprestrieť a znova stočiť, pritom hovorí o koberci, aký je pekný a aké vzory sú na ňom. Potom sa úlohy vymenia.

Na lietajúcom koberci sa teraz presunieme až k pyramídam. Ako vyzerá pyramída? Je veľká alebo malá? V pyramíde môžeme nájsť aj nejaké múmie.

• HÁDAJ, KTORÁ MÚMIA SOM JA - jedno dieťa ide za dvere, ostatné deti sa skryjú pod plachty a musia byť úplne ticho. Zavoláme dieťa, ktoré je za dverami dnu a hmatom musí zistiť, kto je pod plachtou (Grabbetová, 1999, s. 10).

• HRA NA MÚMIU - Jeden zo skupiny bude múmia, ostatní ho musia celého obaliť do toaletného papiera. Keď sú hotoví, múmia sa pokúsi papier roztrhnúť a naháňa ostatných. Koho chytí, ten sa stáva múmiou. Na túto hru potrebujeme naozaj veľa toaletného papiera

• UPRATOVANIE EGYPTSKEJ HROBKY - po hre na múmiu sa môžeme zahrať na výskumníkov, ktorí práve objavili hrobku egyptského faraóna. Všade je tam strašne veľa papierov z múmií, ktoré treba upratať, aby sme objavili zázračný amulet. Keď deti všetko poupratujú, ako odmenu by mala skupina dostať jeden veľký amulet a každé z detí jeden maličký amulet.

• ODDYCH V PLACHTÁCH - využijeme plachty, s ktorými sme sa hrali na múmie. Deti si ľahnú na plachty, môžu sa zakryť alebo zabaliť, zoberú si aj svoj amulet a chvíľu si v plachtách poležia. Pri tom im terapeut porozpráva krátky príbeh o oáze v púšti, kde po celom dlhom a horúcom namáhavom dni oddychujú ľudia aj zvieratá.

Nabudúce pôjdeme spolu do tej oázy.

OÁZA

• IDE ŤAVA SAHAROU - Porozprávame sa s deťmi o zvieratách, ktoré žijú v púšti. V oáze oddychujú ťavy. O chvíľu začína výprava. Deťom pustíme pesničku Ide ťava Saharou, spoločne si ju spievame a pritom sa pohybujeme ako ťavy.

• TANEC S KOKOSOVÝMI ORECHMI - Použijeme etnické hudobné nástroje, najlepšie kokosové orechy naplnené hrkajúcou zmesou, alebo vyrobené guľovité hrkálky. Najprv tancujeme spoločne vymyslený tanec domorodcov, potom vždy jedno z detí predvádza a ostaní opakujú pohyby spolu s hrkaním hrkálkami.

• ČAROVNÉ PALMY - Hra je podobná hre na sochy. V oáze je niekoľko paliem, okolo nich prechádzajú turisti, ktorých palmy prekvapia, napríklad tým, že ich poklepkajú po pleci alebo objímu... Potom sa deti v úlohách paliem a turistov vymenia.

• PRECHOD CEZ PRIEPASŤ - Cez priepasť sa dá prejsť jedine po zvalenej palme (napríklad úzka lavička alebo úzka doska). Všetky deti stoja na jednej strane priepasti. Musia prejsť na druhú stranu po palme a nesmú pri tom spadnúť. Ak niektoré dieťa spadne, jeden z tých, čo už priepasť prešli sa musí

po lavičke vrátiť späť a tak vyslobodiť toho, ktorý spadol. Potom musia opäť po jednom prechádzať na druhú stranu.

• OVLAŽOVANIE VODOU - V strede miestnosti máme vedrá alebo bazénik naplnený vlažnou vodou. Deti si namáčajú prsty a jemne hladkajú a ovlažujú tvár a ruky ostatných.

Zhrnutie

Príspevok sa zaoberá terapiou senzorickej integrácie podľa Jean Ayres a jej aplikáciou v rámci dramatoterapie. Autorka vysvetľuje tento koncept a prepája cvičenia používané pri terapii porúch senzorického spracovania s dramatoterapeutickými technikami. Zamýšľa sa nad tromi spôsobmi kombinácií týchto prístupov, a to: a) začlenenie terapie senzorickej integrácie do dramatoterapie; b) použitie dramatoterapeutických techník v rámci terapie senzorickej integrácie; c) dramatoterapia ako prostriedok úľavy od psychických ťažkostí spojených so životom s poruchou senzorickej integrácie. Autorka konkretizuje prepojenie senzorickej integrácie a dramatoterapie v návrhoch cvičení a dramatických hier, ktoré je možné použiť pri terapii na podporu jednotlivých zmyslových systémov a ich vzájomnej kooperácie.

Záver

Veríme, že zamyslenie sa nad prepojením dramatoterapie s terapiou senzorickej integrácie bude prínosné pre odborníkov v praxi, ktorí pracujú s deťmi s rozličnými problémami a že uvedené cvičenia a dramatické hry poslúžia ako inšpirácia pri tvorbe vlastných kreatívnych dramatoterapeutických stretnutí so zameraním sa na podporu senzorickej integrácie.

POUŽITÁ LITERATÚRA

AYRES, A. J. (1972). *Sensory Integration and Learning Disorders.* Los Angeles, California. 294 s.

AYRES, A. J. (2005). *Sensory Integration and the Child. Understanding hidden sensory challanges.* Revised and updated by Pediatric Therpay Network. Los Angeles, California, Western Psychological Services. 211 s.

BUNDY, A. C. – LANE, S. J. – MURRAY, E. A. (2002). *Sensory Integration. Theory and Practice.* 2. vydanie. Philadelphia: F. A. Davis Comapny. 496 s.

GRABBETOVÁ, R. (1999). *Zahrajme sa spolu. Knižka plná hier.* Bratislava: Mladé letá. 160 s.

JONES, P. (1996). *Drama as Therapy: Theatre as Living.* London, New York: Routledge. 326 s.

KOOMAR, J. et al. (2007). *Answers to Questions Teachers Ask about Sensory Integration.* 3. vydanie. Arlington, Texas: Future Horizons. 63 s.

KRANOWITZ, C. S. (2005). *The Out-of-Sync Child. Recognizing and Coping with Sensory Processing Disorder.* New York: Penguin Group. 356 s.

LANDY, R. J. (1994). *Drama Therapy. Concepts, Theories and Practices. 2.* vydanie. Springfield, Illinois, USA: Charles C. Thomas Publisher. 280 s.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Dôsledky zvýšenej záťaže u detí s predikciou ŠPU – kazuistika

Alžbeta SYKORJAKOVÁ
Materská škola Žiar nad Hronom

ABSTRAKT
Príspevok poukazuje na možné dôsledky zvýšenej záťaže , ktoré často krát a častejšie vznikajú u detí s predikciou špecifických porúch učenia, najmä v prvých ročníkoch základnej školy. Treba brať do úvahy individuálny prístup a venovať ho každému dieťaťu. V príspevku kladiem dôraz na upriamenie dostatočnej pozornosti a zvýšenú empatiu voči deťom. Z nedôslednosti sa na dieťa môžu nabaliť takzvané sekundárne problémy, prejavujúce sa v oblasti somatickej, psychickej, zasahujúce osobnosť dieťaťa a jeho sociálne vzťahy. Veľký počet spomenutých problémov je zachytených v samotnej kazuistike klienta (s predikciou špecifických porúch učenia), ktorú príspevok prináša. V kazuistike sú najviditeľnejšie dôsledky záťaže, ktoré sa odrazili na sebavnímaní a osobnosti citlivého dieťaťa. V krátkosti uvediem niekoľko aktivít, ktorých smer a samotná situácia sa zmenila z reedukácie, na terapiu.

„V škole mi nevadilo, že neviem čítať. Hrozný bol stály pocit neúspechu, bezmocnosti a niekedy tiež posmech zo strany učiteľa a spolužiakov (Zelinková, 2003, s.45).*“*

V praxi sa málokedy stretávame s problematikou ŠPU izolovane. Po väčšine sa k danému problému pridružia aj sekundárne, niekedy menej výrazné či naopak závažné problémy. Tie sa môžu prejaviť vo väčšej alebo v menšej miere, v rôznych kombináciách. Ťažkosti bývajú prvotne odštartované vstupom dieťaťa do prvého ročníka. Je to obdobie nových a rýchlych zmien, ku ktorým prináleží aj zvýšené tempo a tlak pri osvojovaní nových vedomostí. Problémy s učením, nemusia byť včasne zachytené a vhodne usmernené, čím sa môže dieťa ocitnúť v začarovanom kruhu. Strata sebavedomia, ponižovanie, neurotické problémy, emocionálne problémy, úzkosti, poruchy správania, neúspech pri hľadaní nových sociálnych väzieb a množstvo ďalších problémov komplikujú dieťaťu život.

Často krát sú deti s prediktormi ŠPU odhalené už v materskej škole (môže to byť na základe grafomotoriky dieťaťa, spôsob akým vyfarbuje, nerozoznáva začiatočné písmená slov a mnohé iné) a v tomto prípade učiteľky v MŠ, alebo učitelia ZŠ, odporučia rodičom pri zápise **odklad školskej dochádzky**. Preto je nesmierne dôležitá obozretnosť pedagógov a komunikácia a kooperácia s rodinou, včasná diagnostika a správny prístup.

U predčasne zaškoleného dieťaťa môže vzniknúť deficit „nevyhratosti“, kedy dieťa nedisponuje takou úrovňou svojich schopností a zručností, čo komplikuje hladký proces zaškolenia. Často je tzv. detské a emocionálne nezrelé, čo môže spôsobiť zlú adaptáciu na školské prostredie. Nároky, ktoré bez rozdielu na schopnosti a zručnosti škola vyžaduje, stúpajú a dieťa často nestíha.

V rámci supervíznej praxe som navštívila MŠ a učiteľka upriamila moju pozornosť na chlapca, ktorý mal už v tomto období diagnostikovanú dysgrafiu. Okrem prejavov „patriacich“ dysgrafii som zaznamenala poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou. Na základe týchto problémov bol rodičom odporučený odklad školskej dochádzky a oni tak aj spravili. Pri mojom nedávnom stretnutí pedagogičky, ktorá má na starosti edukáciu tohto chlapca mi boli potvrdené pozitívne zmeny,

ktoré odklad priniesol. Chlapec sa stal pokojnejším, zlepšil sa jeho verbálny prejav a samotná jemná motorika a pozornosť. Problémy, ktoré by mohli nastať pri nezaznamenaní ŠPU a nedodržaní odkladu školskej dochádzky sú všetkým známe. Pre lepšiu predstavivosť uvádzam pracovný list tohto chlapca z roku 2009 a aj pracovný list z roku 2010. Týmto príkladom som chcela poukázať na ideálne riešenie, kedy rodič a pedagóg sú natoľko všímaví, že môžu predísť nasledovným rizikám spôsobeným ŠPU (alebo aspoň do istej miery uľahčiť dopad ŠPU).

1. „Čertovský kruh“

Betz (1993, citovaný podľa Vodičkovej, 2008) ako prvý spomenul pojem **„čertovský kruh“.** Bral do úvahy deti, u ktorých neboli v predškolskom veku podchytené problémy a prostredie na ne nebolo dostatočne pripravené. „Čertovský kruh“ vykreslil na prvákovi, ktorý sa teší na nástup do školy a všetko zo začiatku prebieha bez problémov. Postupne sa však začnú objavovať, pri narastajúcom množstve písmen nezvláda písanie a čítanie. Nakoľko je inteligentné a vnímavé, vidí, že ostatné deti sa učia lepšie a uvedomuje si svoje problémy. Začína sa podceňovať a okolie sa k nemu tiež nespráva najlepšie. Rovesníci sa mu často vysmievajú a ponižujú ho. Svoje okolie opakovane sklamáva. Môže dospieť do stavu neznesiteľného napätia, ktoré vyústi do neurotických príznakov.

Betz (1993, citovaný podľa Vodičkovej, 2008) píše, že dieťa si najmä v tomto období utvára svoj sebaobraz podľa mienky iných. Má pocit, že sa nikdy nenaučí čítať ani písať, že ostatný sú od neho lepší a nemá zmysel sa namáhať. Preto rezignuje. Aj napriek námahe, ktorú vynaloží, neprichádzajú adekvátne výsledky, aby sa mohol vyrovnať ostatným. Pokroky, ktoré robí sú veľmi malé oproti výsledkom spolužiakov. Strach, ktorý dostáva zo zlyhania oslabuje myslenie a pamäť, blokuje učenie. To prináša ešte väčší strach a prispieva k poruche výkonu. Posledné štádium je zmiernenie, kedy dieťa očakáva len neúspechy, keď sa mu niečo podarí berie to ako náhodu (prípad chlapca v kazuistike).

Podľa Probstovej (2004, citované podľa Vodičkovej, 2008) uvádzam obranné reakcie dieťaťa, ktorými sa dieťa snaží chrániť voči neznesiteľným situáciám. Ide uz o spomenutý **útok** alebo **únik.** *„Útok sa prejavuje nápadným až agresívnym správaním. Je to obranná reakcia voči negatívnemu hodnotenie a frustrácii z neúspechu. Únik sa prejavuje podvádzaním, záškoláctvom, denným snením, únikom do choroby (Probstová, 2004, citované podľa Vodičkovej, 2008, s. 28).“* Podľa Vágnerovej (1999) slúžia obranné reakcie na obnovenie, zachovanie psychickej pohody či rovnováhy. Únik Vágnerová (1999) popísala ako stav, kedy sa jedinec nevie vyrovnať s ohrozujúcou situáciou iný spôsobom a preto sa rozhodne unikať, vyhýbať danému problému.

2. Problémy v motivácií, sebahodnotení a sebavedomí

Každý človek, potrebuje byť pre svoju činnosť a prácu kladne motivovaný, aby dosahoval primerané ciele a zároveň mu táto činnosť prinášala radosť. S rastúcim úspechom a s dosiahnutými cieľmi, rastie aj naše sebavedomie a pozitívne sebahodnotenie. Nanešťastie platí to aj opačne.

Veľké percento detí, s diagnózou ŠPU má práve v tejto oblasti viditeľné problémy. Strata alebo znížená motivácia k učeniu u detí, vzniká pri neúspechoch, zlých skúsenostiach v škole. Dieťa sa prestane snažiť pretože nevidí význam v činnosti. Preto z pohľadu liečebného pedagóga je prvoradé deti chváliť(slovne motivovať), všímať si najmenšie pokroky a snahu, ktorú dieťa vynaloží treba oceniť. Zabudnúť na to čo musí, ale čo dokáže a na to postupne a nenásilne nabaľovať nové

vedomosti. Pri nedodržiavaní týchto nutných „pravidiel“, ktoré súvisia aj so psychohygienov žiaka uviedla Vágnerová (2005), že opakujúci sa neúspech zvyšuje pravdepodobnosť zhoršenia sebahodnotenia a vzniká nedostatočná sebadôvera (prípad chlapca v kazuistike).

3. Strach, školská fóbia, úzkosť

Jedným z najbežnejších problémov, ktoré sa môžu rozvinúť aj u „bežných“ detí bez ŠPU je strach zo školy, alebo školská fóbia. Základným alarmom pre rodičov je to, že dieťa nechce chodiť do školy, neteší sa, má strach. Vágnerová (1999) uviedla dva varianty strachu zo školy a to: školské fóbie vyskytujúce sa prevažne na začiatku školskej dochádzky, alebo školské fóbie vzniknuté z negatívnej skúsenosti so školou. Uviedla, že pravá školská fóbia sa priamo vzťahuje na školu: dieťa môže mať strach z výkonového zlyhania, z určitej osoby, bojí sa zlej známky. Deti trpiace školskou fóbiou majú prevažne pridružené neurotické alebo somatické problémy, ktoré uvádzam v nasledujúcom príklade.

„Pracovala“ som sa s chlapcom, ktorý mal diagnostikovanú dyslexiu a dysgrafiu. Napriek poruchám učenia mal veľmi vysoké IQ, disponoval množstvom vedomostí a prirodzenou zvedavosťou. Okrem spomenutého problému s ŠPU trpel obezitou. Po nástupe na druhý stupeň do novej školy (rodina sa presťahovala do iného mesta), začal mať problémy somatického charakteru, často chorľavel, vyskytovali sa bolesti hlavy, stavy smútku, tvrdil, že má „depky“. Po čase sa zistilo, že spolužiaci v triede ho šikanujú. Dôvodom boli jeho časté otázky, zvedavosť, šikovnosť a obezita. Vyhadzovali a ničili mu veci. Keď všetko prepuklo a rodičia sa dozvedeli o problémoch, chlapca preložili na inú školu. Dnes sa s ním stretávam. Je vyrovnaný, ustúpili zdravotné ťažkosti, do školy chodí rád, má tam veľa kamarátov, ktorý sa dokonca pretekajú o jeho priazeň. V škole dostáva naďalej výborné známky.

4. Neurózy, neurotické návyky, tiky

Časté dôsledky, ktoré môžu špecifické poruchy učenia odštartovať, majú charakter neurotických problémov, tzv. **neurózy**. „*Neuróza je duševné ochorenie, ktoré vzniká v dôsledku funkčnej poruchy vyššej nervovej činnosti, t. j. adaptácie človeka na jeho okolie, predovšetkým sociálne. Najdôležitejším faktorom, ktorý pôsobí na vznik neurózy, je napätie vyvolané neriešiteľnými konfliktovými situáciami- väčšinou dlhodobého charakteru (Kačáni a kolektív, 1999, s. 202).“*

Za školské neurózy často môže príliš autoritatívny učiteľ, bez snahy porozumieť žiakom alebo neurotický učiteľ. Taktiež vplyv majú aj spolužiaci (šikanovanie, ignorovanie, posmievanie sa), príliš vysoké či nesplniteľné nároky na žiaka zo strany rodičov alebo školy. K **psychickým príznakom** neurózy podľa Kačániho (1999) patria: úzkostný stav, napätie, depresie, podráždenie, pesimizmus, obsedantno-kompulzívne poruchy, pocit menejcennosti. K **telesným príznakom**, patria ťažkosti v somatickej oblasti. Dieťa trápia bolesti hlavy, závraty , nechutenstvo, zvracanie, hnačky, zajakavosť, kŕče, potenie, telesné unavenie, problémy s vylučovaním (enuréza, enkopréza) a mnohé iné.

Podľa charakteru a intenzity príznakov uvádza Kačáni (1999) tri základné formy neuróz a to: **neurasténia (**hlavným symptómom je chronická únava, vyčerpanosť, emočná dráždivosť, zhoršenie pamäti, labilnosť. Pridružujú sa funkčné poruchy, tráviace ťažkosti, bolesti hlavy), **psychasténia (**je spojená s emočnou labilitou, tenziou, precitlivenosťou, pocitom menejcennosti, pesimizmom. Príznačné sú aj nutkavé strachy napr. fóbie), **hystéria** (príznaky sú zväčša menlivé a rozmanité,

typický je nekritický postoj k sebe. Takýto žiaci bývajú často stredobodom pozornosti, preháňajú, klamú).

Ďalej chcem v krátkosti uviesť aj poruchy spojené s vylučovaním (somatického charakteru). Pod túto kategóriu spadá **enuréza a enkopréza**. Tieto poruchy sa môžu prejaviť pri zvýšenej záťaži na psychiku dieťaťa. Sú nepríjemné najmä pre to, že dieťaťu sa často rovesníci vysmievajú, je terčom vtipov, cíti sa nepríjemne a to tento stav môže iba zhoršiť. Vágnerová (1999) uvádza, že enuréza je porucha vyprázdňovania močového mechúra, ku ktorému dochádza bez účasti vôle. O enuréze sa dá diskutovať až po štvrtom roku života dieťaťa.

Enkopréza je porucha vylučovania stolice, ktorá vzniká takým istým spôsobom ako pomočovanie. Je však závažnejšia a menej sa vyskytujúca. Príklad problému s diuresis, som uviedla v kazuistike klienta. Ťažkosti s diuresis boli spojené so zvýšenou záťažou v škole a následne sa k tomu pridal aj pocit hanby pred spolužiakmi

Kazuistika

Meno : Martin
Dátum narodenia : 1.6. 2001
Popis problému : po prvom polroku školskej dochádzky sa vyskytli problémy v čítaní, dieťa začalo mať negatívny postoj k čítaniu. Čítanie je pomalšie, s väčšou chybovosťou, nerozumie čítanému textu, mýli si písmenká (d-b, a-e). Dieťa je mierne úzkostlivé, samotárske, dočasne sa pridružila diuréza. Pretrváva pocit menejcennosti.
Dátum odobratia anamnézy: 19. 8. 2009

Rodinná anamnéza : Otec má 41 rokov je vysokoškolsky vzdelaný, netrpel žiadnymi závažnejšími chorobami, je nezamestnaný. Matka má 27 rokov , stredoškolské vzdelanie je zdravá a neprekonala vážnejšie choroby. Pracuje ako účtovníčka. Maťko má zdravého štvorročného brata, ktorý navštevuje materskú školu. Rodičia matky sú zdraví. Z otcovej stany je matka zdravá, otec zomrel na rakovinu.

Do Maťkových siedmich rokov žila rodina spolu, pred rokom sa rodičia rozviedli. Podľa matky bol siedmy rok veľmi kritický a nezhody a hádky sa ukončili rozvodom. Matka s deťmi sa presťahovala k jej rodičom, kde bývajú viac než rok. Otec nejaví záujem o deti, na súde nepožiadal o opateru či návštevy, s deťmi sa stretáva iba ak idú k jeho matke. Maťko sa spočiatku na otca vypytoval, no po čase a odmlke si na neho skoro nespomenie. Emocionálne vzťahy medzi otcom a dieťaťom sa oslabili. Matka s otcom nekomunikujú, ale nemajú medzi sebou žiadne konflikty. Vzťah medzi matkou a dieťaťom je pozitívny a veľmi silný. Dieťa je na matku naviazané, rado sa k nej túli. Vzťah medzi súrodencami je v norme, bez výraznejších nezhôd.

Sociálno-ekonomický status : pred rozvodom žila rodina v meste, v byte na sídlisku. Po rozvode sa matka s deťmi presťahovala k jej rodičom na dedinu do rodinného domu. Majú tam spoločnú izbu, Maťko má vlastnú posteľ, písací stôl. Matka hneď po rozvode začala s prerábaním vlastného rodinného domu, kde sa čoskoro aj s deťmi presťahuje. Dom je v kľudnom dedinskom prostredí, s veľkou záhradou. Deti tam majú vlastnú detskú izbu. Matka sa už do nového domu veľmi teší, bude tam môcť samostatne vychovávať deti a oni budú mať veľa priestoru na hranie a učenie.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Osobná anamnéza:

A) prenatálny vývin: tehotenstvo bolo spočiatku nechcené, rodičia sa po zistení, že čakajú dieťa museli zobrať. Matka prežívala graviditu pozitívne, na dieťa sa tešila, pociťovala samotu v novom, byte bola mierne precitlivená. Prestala fajčiť a piť kávu. Priebeh gravidity bol bez komplikácií a problémov. Nevyskytli sa žiadne zvláštnosti,

B) perinatálny vývin: pôrod bol predlžovaný cca o 10 dní, pri pôrode nebola matka dostatočne poučená, čo má robiť. Doktorka, ktorá bola pri pôrode bola podráždená a nervózna. Matka si pamätá jej vetu „ *strácame ho*“. Po pôrode bola na matku nepríjemná, kričala na ňu. No neskôr sa ospravedlnila a priznala, že sa bála, lebo sa vyskytli menšie komplikácie. Matka sa však nedozvedela aké ťažkosti sa pri pôrode vyskytli. Apgarovej skóre dieťaťa bolo 8/10,

C) postnatálny vývin: chlapec bol po pôrode v inkubátore zhruba štyri dni, veľkosť aj hmotnosť boli primerané. Po pôrode mu bol diagnostikovaný šelest na srdci, ktorý nemal vplyv na jeho neskorší vývin. Počas skorého raného vývinu mával často zapálené priedušky. Bol nespavý, často plakal, prekonal detskú koliku.

Psyhomotorickým vývinom prechádzal v norme, všetky obdobia nastupovali primerane. Problém nastal v chodení. Samostatne začal chodiť v 15 mesiaci, chodil pomaly a nesmelo, postupne sa chôdza zdokonalila.

Plynulá reč sa zdokonalila zhruba v troch rokoch. Dovtedy skoro vôbec nerozprával, ale rozumel všetkému. Rodičia mu často opakovali slová, hovorili pomaly. Od piatich rokoch navštevoval logopedickú poradňu. Písmeno „r“ sa naučil hovoriť v škole.

MŠ: Od štyroch rokov začal navštevovať materskú školu. Matka poznamenala, že na rozdiel od Maťovho brata, nebol veľký problém v zaškoľovaní v MŠ. Do škôlky chodil rád, mal tam kamarátov. Sem tam sa stávalo, že sa vzbúril a do materskej školy sa mu ísť nechcelo. V tomto období sa znížila jeho imunita a býval častejšie chorý. Učiteľka v materskej škole upozornila matku, že dieťa je utiahnuté, menej rozpráva a odporučila jej psychologickú poradňu.

Maťko sa od mala rád hrával s matkou a v obľube vyhľadával jej prítomnosť. Pri zaspávaní bola s ním a vyžaduje si to aj dnes. V oblasti sociálnych interakcií sa nevyskytovali väčšie problémy. Vzťahy s deťmi nadväzoval bez problémov, medzi vrstovníkmi bol obľúbený. Bez problémov nadväzoval kontakt aj s dospelými.

ZŠ: Do prvého ročníka Maťko nastúpil v mieste bydliska. Zo začiatku sa veľmi tešil. Matka ho prvé týždne odprevádzala do školy. Medzi spolužiakmi mal dobré vzťahy, javil sa skôr ako tichší, nenápadný a bezproblémový žiak. K učiteľke prejavoval skôr pozitívny vzťah. Adaptácia prebehla bez komplikácií. Väčšie problémy matka postrehla v druhej polovici prvého ročníka, keď sa zvýšil počet písmen, ktoré mali deti ovládať a postupne začali písmená spájať do slov. Maťko prestal mať rád čítanie, mal voči nemu odpor. Porovnáva sa s lepšími spolužiakmi. K tomuto problému sa ku koncu prvého ročníka pridružila aj diuréza. Maťko sa za to v škole hanbil, keď sa mu táto nepríjemnosť stala zakrýval to pred spolužiakmi, aby sa mu neposmievali. Maťko bol a aj v súčasnosti je pokojné dieťa, nevyvoláva konflikty v triede, je skôr uzavretý. S matematikou nemal problémy, chyby, ktoré sa začali objavovať na konci prvého ročníka, keď učiteľka začala diktovať príklady. Úlohy boli zamerané na rýchlosť. Problém mu robí aj odpis textu. Odpozorovala som, že sa snaží zrakom dopodrobna odsledovať písmeno a pomaly (za opätovného pozorovania, čo má napísať) ho odkresľuje do zošita.

Maťko mi povedal, že rád navštevuje počítačový krúžok. Často sa stáva, že pomáha aj starším žiakom.

Z pomedzi záujmov ho baví futbal, šplhanie a najmä počítače.

Aktuálny stav : diuréza počas letných prázdnin úplne vymizla. Počas mojich návštev, ktoré som realizovala od 20.8. 2009 do 26.9. 2009, bol Maťko veselý, hral sa na dvore a užíval si leto. Počas stretnutí bol kľudný, pekne nadväzoval kontakt, pýtal sa, smial sa, rád a ochotne spolupracoval. Úlohy plnil s nadšením, bol trpezlivý. Pri úlohách, kde sa bolo potrebné viac koncentrovať som postrehla hyperaktívne črty (vykladanie nôh na stenu, prehadzovanie, skákanie po posteli, vrtenie), problém dlhodobo sa sústrediť. Na úlohy, ktoré boli zamerané na čítanie, nereagoval nadšene, nechcelo sa mu, no napriek tomu sme sa k tomu dopracovali. Maťkove čítanie môžem predbežne diagnostikovať ako dyslektické. V texte si zamieňal d z b, a z e. Nedodržiaval diakritické znamienka, dlžne, čítal pomaly s výraznou chybovosťou, nevyrovnane pracoval s dychom. Problém som postrehla vo vizuálnej oblasti a v zapamätávaní grafémou. Veľmi často spomínal, že nerád číta, lebo spolužiaci to vedia lepšie.

Stretnutia s klientom

Celá táto časť, bola realizovaná v časovom rozpätí od 20.8 do 26.9 2009. Po odobratí kazuistiky sme sa s matkou klienta dohodli, že zrealizujem niekoľko krátkych intervenčných stretnutí, na základe ktorých, zistím aktuálnu úroveň čiastkových funkcií jej syna (podľa úloh B. Sindelarovej). Sedenia sa realizovali individuálne. Všetky stretnutia prebiehali v detskej izbe (na realizáciu neboli k dispozícií vhodnejšie priestory). Nakoľko v tomto priestore bolo množstvo bezprostredných podnetov, prejavilo sa to i na Maťkovej pozornosti. Časovo boli stretnutia rozplánované na maximálne 60 minút, realizovala som ich podľa aktuálneho stavu a potreby dieťaťa, tak aby ich nebral ako záťaž.

V prvej časti, ktorú som nazvala diagnostická časť, som sa zamerala na zistenie aktuálnej úrovne čiastkových funkcií. Úlohy boli zamerané na zrakovú, sluchovú diferenciáciu, prepojenie medzi počutým a videným, pamäť, na úroveň verbálno-akustickej pamäte, na zrozumiteľnosť slov, na intermodálny výkon pamäti, na motoriku hovoridiel a na optickú pozornosť. Pri stretnutiach som sa intenzívne zamerala na pozorovanie. Dieťa mi bolo predstavené ako problémové, s ťažkosťami v čítaní, slabou vytrvalosťou a odhodlaním, demotivované učiť sa. Počas interaktívnych stretnutí, som došla k záveru, že hoci Maťko potrebuje zvýšenú starostlivosť a odborný prístup (v oblasti učenia), omnoho viac potrebuje, individuálny, chápavý a vnímavý prístup, veľa pozornosti, povzbudenie a pochvalu. Tieto fakty mi boli známe na základe toho, že dieťa malo podstatne väčšie ťažkosti so sebahodnotením, s nízky sebavedomím a sebavnímaním ako s ŠPU. Videl sa ako menejcenný, nedôveroval svojim schopnostiam. Vďaka spomenutému si vytvoril odpor k čítaniu a učeniu (tiež to spájal do súvislosti s tým, že spolužiaci čítajú lepšie a učiteľka ich chváli). Na konci prvého ročníka sa pridružila diuréza, ktorá sa nedá odlúčiť s problémami v škole. Je to jasný prípad Benzovho „čertovského kruhu“, somatickými a neurotickými ťažkosťami. Vzhľadom k ŠPU sa prejavili problémy týkajúce sa oblasti pamäti (krátkodobá, zapamätávanie), vizuálnej oblasti, zamieňanie grafémou. Na základe týchto problémov som ďalej rozvíjala naše sedenia. Všetky sedenia plnil Maťko dobrovoľne, neprejavoval odpor, mal dobrú náladu a privítal ma s úsmevom. Nemal komunikačné bariéry a sám od seba vyjadril svoje problémy.

V terapeutickom koncepte som pozornosť z rozvoja čiastkových funkcií a reedukácii (dyslexie a dysgrafie), postupne zamerala najmä na samotné dôsledky záťaže a snažila som sa podporiť jeho silné stránky a vyzdvihnúť jeho sebavedomie a hodnotenie. Využívala som jednoduché pracovné listy

(primerané k jeho vývinovej úrovni), ktoré pôsobili aj ako motivačný činiteľ a podporovali jeho aktivitu. Pracovné listy boli doplnené o praktické činnosti. Najdôležitejším komponentom bola pochvala. Mojím hlavným cieľom bolo vytvoriť si pozitívny vzťah s dieťaťom, zvýšiť sebavedomie dieťaťa, posilniť pozitívne sebavnímanie a odstrániť averzný prístup ku škole.

Počas stretnutí som najväčší pokrok zaznamenala vo zvýšení sebavedomia. Do úloh sa začal púšťať s väčšou odvahou. Sám seba vedel slovne ohodnotiť. Z úspechov sa tešil. Svojimi dielami sa rád pochválil rodine.

Na záver prikladám úlohy, ktoré mali najväčšiu zásluhu na samotnom „raste“ dieťaťa:

„Pokus“ - výtvarná činnosť

Nakoľko Maťko nerád vyfarbuje a na tvrdí, že kresliť nevie, som zvolila činnosť, ktorú sme nazvali „pokus“. Pomôcky : temperové farby, štetec, voda, handrička, farebný papier, biele papiere, lepidlo, staré noviny, špagát.

Postup: zobrali sme si biely papier, špagát sme natreli farbou, ktorú si Maťko vybral. Potom sme tento zafarbený špagát naukladali na papier tak, že nám kúsok ostal trčať mimo papiera. Toto celé sme vložili pod noviny, zaťažili a po mojom vysvetlení Maťko potiahol špagát smerom von. Keď sme otvorili noviny, ostal na bielom papieri nádherný výtvor. Celé sme to nalepili na farebný papier. Maťko bol veľmi nadšený a vypýtal si pero. Pod obrázok napísal venovanie pre svoju maminu a brata (toto gesto spravil sám od seba!). Stretnutie sa skončilo otázkou kedy znovu prídem.

Kamarát „had“ - v rámci oddychovej časti a ako príjemné ukončenie sedení som Maťkovi ponúkla námet, či by si chcel ešte skúsiť niečo vyrobiť. Na moje prekvapenie reagoval veľmi nadšene a súhlasil (zo začiatku sa nerád púšťal do tvorivých aktivít, pri pripravených pracovných listoch nikdy neprejavil nezáujem). Vysvetlila som teda Maťkovi, čo si ideme vyrobiť a ako...

Pomôcky : pásiková podkolienka, farebné gombičky, dobre fixujúce lepidlo, farebné stuhy

Postup : ide o veľmi jednoduchú činnosť a výsledok je pritom efektný, stačí si vybrať farby gombičiek, prilepiť ich (ako oči, na špičku ponožky), potom si vybrať stuhu a prilepiť ju (ako jazyk) a had je hotový.

Maťkova radosť, keď dokončil svoje dielo a navliekol si hada na ruku bola neopísateľná. Vybehol z izby behal po dvore, poukazoval ho členom rodiny a pochválil sa pred malým bratom. O pár dní na to som sa od jeho mami dozvedela, že Maťko si hada zobral aj do školy. Zožal veľký úspech. Prišiel domov a matke povedal „ Mami, na zajtra mi nachystaj veľa starých ponožiek a gombíky, ukážem spolužiakom, ako si majú urobiť hada“. A túto vetu a nadšenie malého chlapca, ktorý chodil do školy ako ten od ktorého sú všetky deti múdrejšie, krajšie čítajú a lepšie sa učia... si budem pamäť navždy.

Na záver uvádzam nasledujúci citát, ktorý ma zaujal a zároveň je vhodný na úvahu. Ide o výrok učiteľky dyslektického žiaka. *„ Patrí medzi najhorších žiakov, nič nerobí a vyhovára sa na to, že má dyslexiu. Žiadne úľavy podľa mňa nepotrebuje, naopak, mal by začať poriadne pracovať (citované z Vágnerovej, 2005).“* Keď samotná učiteľka zaujme stanovisko tak...

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

POUŽITÁ LITERATÚRA

KAČÁNI, V., et. al. (1983). *Osobnosť Žiaka vo výchovno-vzdelávacom procese*. 4.vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo. 156 s.

SINDELAROVÁ, B. (2007). *Předchádzime poruchám učení.* 4. prepr. vyd. Praha: Portál. 63 s.

VÁGNEROVÁ, M. (1999). *Patopsychologie pro pomáhajíci profese.* 3.vyd. Praha: Portál. 444 s.

VÁGNEROVÁ, M. (2005). *Školní a poradenská psychologie pro pedagogy.* Praha: Karolinium. 430 s.

VODIČKOVÁ, B. (2008). *Arteterapia u detí s poruchami učenia a správania. Prípadové štúdie dvoch detí. Dizertačná práca.* Bratislava: PdF UK v Bratislave. 158 s.

ZELINKOVÁ, O. (2003). *Poruchy učení.* 10. prepr. a rozš. vyd. Praha: Portál. 264 s.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Vonkajšie a vnútorné hranice

Magdaléna SZABOVÁ
Katedra liečebnej pedagogiky
Pedagogická fakulta Univerzita Komenského Bratislava

ABSTRAKT
Príspevok sa v prvej línii orientuje na priblíženie a precítenie vonkajších hraníc človeka voči okoliu/svetu. Čo vnímame ako vonkajšiu hranicu, čo pociťujeme, ako ju vymedzujeme, v akých situáciách, voči čomu/komu sa ohraničujeme... Ako nám ohraničovanie slúži, v čom nás brzdí. V druhej línii sa pokúsime prostredníctvom práce s telo vnímať a precítiť vlastné vonkajšie a vnútorné hranice, a to samostatne aj pomocou partnera. V tretej línii sa pokúsime uchopiť a pochopiť hranice medzi výchovou a terapiou prostredníctvom novej techniky. Autorka očakáva že v skupinovej práci dôjde k rozvinutiu témy, skupinová dynamika prinesie inšpiráciu, vylepšenia, aplikačné možnosti.

Každý sme individualita. Sme subjektom v okolitom svete, slobodne konajúca, rozhodujúca, bytosť, neopakovateľnosť. Každý máme svoje telo, ktoré nás reprezentuje navonok a ktoré je naplnené jedinečným obsahom.

Každý máme svoje hranice

Niektoré sú jasne dané – napr. hranicu nášho tela tvorí koža, hranicu nášho súkromného priestoru tvorí oplotenie domu, steny bytu; sú dané hranice medzi susednými domami, hranice miest a dedín, štátov, kontinentov, planét...

Iné sú pomyselné – jasné hranice medzi nami a cudzími ľuďmi, jemné hranice medzi známymi, prelínajúce sa alebo neexistujúce hranice medzi blízkymi, viac alebo menej zrozumiteľné, inštinktívne cítené alebo aj neuchopené hranice v našom vnútornom priestore.

Poďme sa pokúsiť trochu ponoriť do skúmania našich hraníc.

A pritom pochopme, že neexistujú dobré a zlé, nie je dané, kde majú byť silné a kde slabé. Každý má slobodu vytýčenia si hraníc, každý má právo a možnosť s nimi narábať a meniť ich podľa svojich potrieb.

Chôdza – sám – spájanie – preciťovanie hraníc

- Chôdza. Uvedomovanie si seba, svojho tela v priestore. Ako sa cítim. Ako vnímam svoje telo. Čo môžem, čo nemôžem, čo chcem, čo nechcem, kde mám hranice. Zastavím sa. Ponorím sa trochu do seba. Vnímam svoje hranice. Skúsim ich rozšíriť nádychom a zasa zúžiť výdychom.
- Nájdem niekoho, čo pôjde so mnou. Vnímam jeho prítomnosť. Vnímam svoju hranicu. Hranicu medzi nami. Mám chuť sa priblížiť alebo oddialiť? Niečo robiť?
- Nájdite si spolu miesto v priestore a postavte sa od seba asi na 3 metre. Najprv ide jeden z dvojice smerom k druhému. Približuje sa k stojacemu. Stojaci vníma svoje pocity a úklonom hlavy dá jasne a zrozumiteľne najavo, kedy je to preň v poriadku, kedy má približujúci sa zastať. Nič nie je prikázané, nič nie je dobré alebo zlé. Skúmajte chvíľu a preciťujte, ak pocítite dáky impulz pre zmenu zmeňte.
- Po precítení si vymeňte úlohy. Nechajte si dosť času.

- Prediskutujte vo dvojici. Kam sme sa dostali? Čo sme cítili? Aké boli rozdiely v pocitoch približujúceho sa a stojaceho? Aké bolo rozhodnúť sa? Čím sme sa pri tom riadili?

Blíženie

Spojíme sa do jednej veľkej skupiny. A skúsime si precítiť hranice medzi sebou a veľkou skupinou prostredníctvom techniky **Blíženie**. Skupina utvorí veľký kruh, jeden člen (dobrovoľne prihlásený) je uprostred. Zatvorí oči a vydá pokyn, po ktorom sa všetci začnú približovať šúchajúc nohami v pravidelne sa zužujúcom kruhu. Akonáhle stredný pocíti, že skupina sa priblížila dosť blízko, vyjadrí stop, dá jasný pokyn rukami. Potom otvorí oči a pozrie sa, ako ďaleko je skupina, ako blízko si ju pustil k telu. Možno niektorých prekvapí, kde si vytýčil svoje hranice. Nemožnosť zrakovej kontroly a zvukový tlak zo všetkých strán situáciu umocňuje, vytvára stres, niekedy až nepríjemný. Stop je právo povedať dosť, povedať nie, jasne a zrozumiteľne sa rozhodnúť. Práve vtedy, keď to každý potrebuje. Ani tu neexistuje dobré a zlé riešenie. Len to, čo každý práve pociťuje za seba a pre seba. Stred si vyskúša každý, kto chce.

Slobodná voľba

V predchádzajúcej technike sa pohybovala celá skupina spolu. Nebolo možné si individuálne zvoliť blízkosť a vzdialenosť. V technike **Slobodná voľba** to skúsime inak.

Celá skupina sa rozostavme tak, aby sme mali bližšie ľudí, ktorí sú nám blízki, známi, ďalej neznámych alebo pocitovo vzdialenejších. Niekto možno chce byť mimo skupinu... Urobte to tak, aby ste boli čo najviac spokojní...

Reflexia – jednotliví členovia skupiny reflektujú v krátkosti doterajšie dianie a svoje pocity v ňom. Ako som sa cítil/a sám/sama, vo dvojici, v skupine pri Blížení a pri Slobodnej voľbe?...

Vonkajšie a vnútorné hranice

- „Ukazovanie“ hraníc. Utvoríme dvojice a nájdeme si priestor pre dvoch. Jeden si ľahne, druhý mu zreálňuje vonkajšie hranice tela - loptičkami, vrecúškami, rukami. Ležiaci vníma, čo mu jeho partner ukazuje a preciťuje to. Toto sú tvoje vonkajšie hranice. Uvedom si ich. Čo pre teba znamenajú? Skús ich uchopiť.
- Po nejakom čase ukončíme a „odpojíme“ sa od ležiaceho. Ležiaci skúsia ponoriť sa trochu do vnútra svojho tela a precítiť ho. Čo cítim jasne? Čo menej? Cítim hranice? Vo vnútri môjho tela? Čo ohraničujú? Chránia?...
- „Ukazujúci“ vníma tiež svoje pocity, aké sú? Čo cítim? Som naladený na ležiaceho? Venujem sa „len“ jemu. Vnímam aj seba? Ako sa cítim? Cítim hranicu?
- Imaginárne hranice. Môj partner mi ukázal niektoré moje hranice. Cítim ich teraz reálnejšie? Ako cítim hranice zhora, zdola, zboku. Kde sú viac a kde menej reálne. Ako cítim hranice zvonku. Čo je vnútri? Ako to cítim? Cítim ohraničenia aj vo vnútri?

Výmena úloh

Reflexia – čo a ako som cítil? Cítil som aj vnútri miesto, ktoré by som chcel/a zvýrazniť, ohraničiť, ochrániť – čo neznamená, že tam nikomu nedovolím vstúpiť?

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Výchova a terapia – hranice

- Dve skupiny – losujú si (žalude a gaštany) kto bude „Výchova“ a kto „Terapia“. Každá skupina si zoberie jednu deku. Skúste si predstaviť, že táto deka predstavuje výchovu/ terapiu. Robte s dekou, čo len chcete. Tvorte, vymýšľajte, nechajte sa viesť vnútorným pocitom. Hľadajte možnosti, skúste sa na seba naladiť alebo sa nechajte viesť... Hľadajte svoj priestor, tvorte, hľadajte činnosť... Môžete v rámci možností hocičo – môžete len tak sedieť, ležať, možete chodiť, spievať si zhovárať sa, hrať sa...
- Skúste byť „obrazom terapie“ a „obrazom výchovy“ skúste byť terapiou, výchovou... Čo cítite? Čo sa s vami, vo vás, medzi vami... deje?
- Hľadanie hraníc. Experimentovanie. Prelínanie? Splynutie?
- **Reflexia** – kde sa to dá ešte využiť? Terapia a výchova, liečebná a špeciálna pedagogika, rodičia a deti, pedagógovia a žiaci, partneri, súrodenci, Ja a on/ona/ono, Ja a my/oni/ony, Ja a svet...

Niekoľko úvah na záver

Veľmi rada robím workshopy. Je to náročné, nevyspytateľné, pritom úžasné svojou otvorenosťou, slobodou vyjadrenia, silou... Ako lektorka intenzívne prežívam svoje workshopy, snažím sa nechať viesť ľuďmi, nechať im slobodu, čo najmenej ich „manipulovať“ svojimi názormi... Niekedy sa to nedá úplne otvoriť, ale mimoriadne dobre to ide s príbuznými dušami. A to sa stalo na liečebnopedagogickej konferencii. Workshop bol naozaj zaujímavý. Prišla som s novou technikou, vôbec som nevedela, ako dopadne. Chcela som skúsiť, čo a či sa vôbec niečo stane. Čo spravia účastníci s dekami, s terapiou a výchovou? A bol to pre mňa tak silný zážitok, že sa mi žiada aspoň stručne ho popísať.

Prvý deň dostali dve skupiny rovnaké deky (chcela som pôvodne odlišné, ale nepodarilo sa mi ich nájsť – aj to je podľa mňa symbolika). „Terapia“ začala hneď tvoriť, krútili sa, hrali, vymýšľali, utvárali rôzne útvary, urobili si kreslo pre hosťa, okolo neho zatancovali divoký rituál... Výchova sa pokojne hrala, každý postupne vhodil svoj vklad (žaluď) na deku, spoločne ich hojdali, vyhadzovali a chytali... Na moju (jemnú) otázku: „A čo vaše vzájomné vzťahy?“ na chvíľu obe skupiny zastali a potom odrazu prišla výchova a úplne prirodzene prekryla terapiu, urobila jej strechu. Chvíľu sme nevedeli, čo s tým, ale keď sme sa zamysleli... Môže byť terapia bez výchovy? Nie. A výchova bez terapie? Áno. Teda výchova je širšia, terapia vzišla z jej potrieb, výchova je spoločnou strechou...

Druhý deň sa workshopu zúčastnila iná skupina a aj priebeh bol iný. Zúčastnil sa aj psík, pracoval, chodil, vytyčoval hranice spolu s nami (no dobre, sem tam aj trošku rušil, ale kúzelne). Poďme ale k terapii a výchove. „Terapia“ sa začala s dekou hrať, a nakoniec ju zložila do malého uzlíčka. Výchova sa hrala viac v priestore, chodili s dekou, hrali sa. Keď som povedala: Skúste nájsť spoločné hranice, „Výchova“ bez zaváhania prišla k terapii a všetkých prirodzene prikryla akoby do domčeka. Vau. Podľa mňa veľká symbolika. Vedená inštinktami, telom. Ako povedal jeden z účastníkov: Idú mi z toho zimomriavky po chrbte. Aj ja som to cítila tak. Samozrejme utvorte si názor sami, pokračujte v našich úvahách alebo uvažujte iným smerom... Bola by som veľmi rada, keby ste nám váš názor, vaše úvahy napísali.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

A záver záveru?

Vedzme kto sme, cíťme sa, prežívajme svoje bytie... Prijmime iných, otvorme sa im, dovoľme im vstúpiť do našich kruhov... Miera, blízkosť je v našich rukách, je naším právom, riaďme sa pritom vlastným pocitom...

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

PREZENTÁCIA - POSTER

Silné stránky detí – Deti v kontexte duševných porúch

Mária BENDÍKOVÁ[22]
Pedagogická fakulta Univerzita Komenského Bratislava
Katedra liečebnej pedagogiky

Projekt KIDS STRENGTHS prebieha od 1. októbra 2009 do 30. septembra 2011. Medzinárodný tím tvorí spolu 9 krajín, z ktorých každá zastupuje inú zložku odborníkov. Hlavným koordinátorom projektu je rakúska agentúra S.I.N.N. Sozial Innovatives Netz. Ďalšími členmi tímu sú:

Krajina	**inštitúcia**	**oblasť pôsobenia**
Bulharsko	Marie Curie Association	koordinácia európskych projektov
Fínsko	The National Institute for Health and Welfare	medicína
Maďarsko	Eötvös Loránd University	predškolská pedagogika
Nemecko	Netz und Boden Initiative for children of mentally ill parents	svojpomocné skupiny a profesionálna pomoc deťom
Portugalsko	University of Minho	včasná intervencia
Rakúsko	FH St Pölten	sociálna práca
Slovensko	Univerzita Komenského v Bratislave	liečebná pedagogika
	Prešovská univerzita v Prešove	špeciálna pedagogika
Španielsko	University Complutense Of Madrid	psychológia
Turecko	Kütahya Local Education Directorate	všeobecná pedagogika

Výskyt duševných chorôb neustále narastá. Depresia sa do roku 2020 stane druhou najčastejšou príčinou celkovej záťaže zdravia (WHO) s vážnymi následkami pre deti a rodiny. Zlepšovanie duševného zdravia a celkovej pohody detí a mladých ľudí je jednou z 5 priorít staovených v Európskom pakte pre mentálne zdravie na európskej vysokej úrovni v 6/2008.

Hlavnou myšlienkou projektu je pomôcť a podporiť deti, ktorých rodičia majú ťažkosti v oblasti duševného zdravia, alebo trpia niektorou z psychických chorôb. Tieto deti, tiež niekedy

[22] Predložený príspevok vznikol za podpory grantu KIDS STRENGTHS

nazývané aj „zabudnuté deti“, nie sú takmer v žiadnej z európskych krajín začlenené vo formálnych tréningových programoch profesionálov v rozličných sektoroch zaoberajúcich sa človekom v bio-psycho-sociálnej rovine. Duševnú zraniteľnosť rodiča je však možné vždy vidieť ako zdroj chronického distresu a zvýšenej zraniteľnosti detí.

Za účelom prevencie a pomoci KIDS STRENGTHS prináša dostupné európske **tréningové moduly** pre prácu s deťmi, ktorých rodičia majú ťažkosti v oblasti duševného zdravia a takisto ponúka **tréningové materiály** vytvorené členmi tímov jednotlivých partnerských krajín vo všetkých jazykoch participantov. Tréningové materiály ponúkajú návrhy ako je možné pracovať s týmito deťmi a rodinami. Moduly sú základnými dokumentmi projektu, pretože poskytujú teoretický a praktický základ nie len pre vzdelávanie a senzitivizáciu odborníkov, ale aj pre rodičov a v určitej miere môžu byť nápomocné aj pre samotné deti staršieho veku.

Prvý z modulov má názov ***„Hovorme o deťoch“*** a je výsledkom dlhoročnej práce fínskych odborníkov pod vedením profesorky Tytti Solantaus. Základ celého modulu tvorí filozofia, podľa ktorej pochopenie vplyvu duševných problémov na rodičovstvo a deti a poznanie dostupných metód umožňujúcich rodičom podporovať vývin ich detí podporuje pozitívne rodičovstvo a vývin dieťaťa. Vzhľadom na to, je prístup v podporných modeloch práce založený na podpore akýchkoľvek identifikovaných silných stránok, možností a protektívnych faktorov. Od odborníka si tento prístup často vyžaduje osvojenie si novej perspektívy na prácu s tým spojenú. Avšak zameriavanie sa na silné stránky neznamená, že problémy sa môžu ignorovať. O zraniteľných miestach rodiny a detí sa otvorene – a zároveň konštruktívne diskutuje. Cieľom je pomôcť rodičom a podporiť ich pokus o vytvorenie stratégie na podporu silných stránok detí a prekonávanie ich ťažkostí a ťažkostí rodiny.

„Vplyv ťažkostí v oblasti duševného zdravia rodičov na deti“ je druhým modulom. Odpovedá na tri hlavné okruhy otázok, ktoré si profesionál kladie pri práci s deťmi rodičov, ktorí majú ťažkosti v oblasti duševného zdravia. Prvý okruh tvoria základné diferenciácie pojmov, a to, čo znamená psychická vulnerabilita, čo vyjadruje pojem psychická choroba a aké následky majú jednotlivé diagnózy na dieťa a rodinu. Druhý okruh otázok sa zameriava na ich pochopenie a možnosti vnímania, či má profesionál možnosť vnímať a spoznať symptómy alebo možné zmeny pri práci s deťmi a rodinami. Posledný okruh otázok sa zaoberá deťmi, čo to pre ne znamená žiť s rodičom, ktorý má ťažkosti v oblasti duševného zdravia, aký typ pomoci potrebujú a čo môže profesionál pre tieto deti urobiť. Modul sa podrobnejšie venuje predovšetkým práci s deťmi, ktorých rodičia trpia depresiou, bipolárnou poruchou, schizofréniou, úzkostnými poruchami, poruchami osobnosti a poslednou skupinou je zneužívanie a závislosti od psychoaktívnych látok.

Tretí modul ***„Dôležitosť poskytovania informácii rodičom a deťom o ťažkostiach v oblasti duševného zdravia“*** vysvetľuje krok po kroku, kto, prečo a ako je potrebné dieťaťu vysvetliť situáciu, v ktorej sa rodič nachádza. Pretože hoci deti často nevedia definovať ochorenie rodiča, sú schopné vidieť zmeny v jeho správaní sa a náladách. Preto je dôležité, aby dieťa dostalo veku a úrovni vývinu primerané informácie týkajúce sa problémov rodiča/ov, ktorým bude schopné porozumieť a tým dostane možnosť adaptovať sa na zmeny v rodinnom systéme, bude schopné predvídať správanie rodiča, čím sa zvyšuje jeho pocit kontroly a bezpečia. Prevládajúcimi citmi dieťaťa, ktorému neboli poskytnuté informácie o ťažkostiach rodiča sú vina, neistota a zodpovednosť za zmeny, ktoré dieťa

u rodiča pozoruje. Prechádzať im znamená hovoriť s dieťaťom, pretože dieťa má právo poznať duševný stav svojho rodiča.

Posledný z modulov je ***„Pestovanie reziliencie detí rodičov s ťažkosťami v oblasti duševného zdravia“***. Tento modul je dôležitý predovšetkým z hľadiska pomoci deťom. Ponúka prehľad širokej škály faktorov reziliencie, ktoré sú nenahraditeľné pri diagnostike situácie dieťaťa a plánovaní postupu práce s dieťaťom a rodinou. V projekte sa rozlišujú tri hlavné skupiny faktorov reziliencie, ktoré sa ale nie vždy dajú od seba oddeliť. Sú to:

I. podporné procesy vychádzajúce zo samého dieťaťa (napr. optimizmus, sebavedomie)
II. podporné procesy vychádzajúce z rodiny (pozitívne rodičovstvo)
III. podporné procesy primárne zamerané na širšie prostredie dieťaťa a rodiny (materská škola, škola, sociálne a komunitné služby).

Tieto faktory je možné podporovať dvomi spôsobmi, a to posilňovaním faktorov celkovej reziliencie u dieťaťa, v rodine a v okolí, alebo posilňovaním špecifických procesov pestovania reziliencie v rámci konkrétnej cieľovej skupiny detí rodičov, ktorí majú ťažkosti v oblasti duševného zdravia, pričom oba spôsoby sú bližšie popísané v module 4.

Popri moduloch a tréningových materiáloch projekt ponúka na svojej domovskej web stránke aj **komunikačnú platformu** a **online zásobáreň zdrojov** pre deti, rodičov a predovšetkým odborníkov. Pre poslednú spomenutú skupinu je na stránke aktívna aj položka „**mapa reziliencie**“. Je vytvorená pre lepšiu organizáciu pomoci rodinám a ich členom. Slúži odborníkom ako aj rodičom na lepšie a prehľadnejšie posúdenie faktorov reziliencie dieťaťa a rodiny, umožňuje vpisovať nové úlohy, výzvy a zmeny v procese pomáhania. Takisto umožňuje ďalším zainteresovaným odborníkom nahliadnuť do základnej dokumentácie práce s rodinou. Z dôvodu ochrany osobných údajov je však prístup k údajom konkrétnych rodín povolený iba so súhlasom a povolením danej rodiny a jej hlavného/prvého odborníka.

Všetky informácie, vrátane tých, ktoré boli použité v tomto texte sú dostupné na stránke

www.strong-kids.eu

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Dobrovoľníctvo ako forma pomoci deťom a mládeži zo sociálne znevýhodneného prostredia

Martina KRAVÁROVÁ
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavskej univerzity v Trnave

ABSTRAKT
Príspevok prináša pohľad na dobrovoľníctvo a dobrovoľnícku činnosť v nízkoprahovom klube Fortuna. Definuje sociálne znevýhodnené prostredie a možnosti pomoci mládeži a deťom, ktoré žijú v tomto prostredí. Dobrovoľnícke činnosti v prospech cieľových skupín smerujú ku kvalitnému a efektívnemu tráveniu voľného času, prispievajú k vytváraniu vzťahov dobrovoľníka s deťmi a pomáhajú rozvíjať niektoré životné zručnosti.

Dobrovoľníctvo a dobrovoľnícka činnosť

Dobrovoľníctvo ako prirodzený prejav občianskej zrelosti prináša konkrétnu pomoc tomu, kto ju potrebuje, je zdrojom nových skúseností, zážitkov, umožňuje vytváranie nových sociálnych kontaktov a medziľudských vzťahov. Dobrovoľníkovi poskytuje pocit zmysluplnosti a sebarealizácie, pocit užitočnosti a spolupatričnosti.

Tošner a Sozanská (2002, s. 35) charakterizujú dobrovoľníka ako človeka, ktorý bez nároku na finančnú odmenu poskytuje svoj čas, svoju energiu, vedomosti a zručnosti v prospech ostatných ľudí či spoločnosti.

Dobrovoľníkom je človek, ktorý si dostatočne verí v tom, že môže sám, ale najmä v spolupráci s jemu podobnými prispieť k zmene niektorých javov alebo problémov, s ktorými nie je vo svojom živote spokojný. Je to človek, ktorý je ochotný obetovať svoj voľný čas k naplneniu voľného času druhým (napr. voľnočasové aktivity s deťmi), alebo k zaisteniu aktivity, ktorú by inak nemal kto vykonávať (Schavel, Čišecký, 2005, s. 49).

Dohovor o právach dieťaťa a jeho psychické potreby

Dohovor o právach dieťaťa (1989) venuje náležitú pozornosť statusu dieťaťa a jeho detstvu v spoločnosti. Dieťa má právo na slobodné vyjadrenie svojho názoru a všetky činnosti musia byť v jeho najlepšom záujme. Každé dieťa má právo na uspokojenie základných psychických potrieb (Matějček, 1994):

- **Potreba stimulácie** – potreba optimálneho prísunu podnetov (primerané množstvo, kvalita a premenlivosť podnetov). Uspokojenie tejto potreby ovplyvňuje vnímavosť a vzrušivosť dieťaťa, ovplyvňuje zrenie a dozrievanie príslušných funkcií a podporných orgánov.
- **Potreba „zmysluplného sveta“ --** dieťa sa potrebuje vyznať v chaose podnetov, potrebuje sa naučiť rozlišovať, diferencovať svet, v ktorom žije. Potrebuje nájsť zmysel v rozdielnom usporiadaní podnetov, odkrývajúc ich vzájomný vzťah a ich význam. Uspokojovanie tejto potreby umožňuje organizmu učiť sa, získavať skúsenosti a prispôsobovať sa životnému prostrediu.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

- **Potreba istoty a bezpečia** - potreba žiť v blízkosti osoby, ku ktorej si dieťa môže vytvoriť citové puto. Naplnenie tejto potreby prináša dieťaťu pocit vnútornej istoty. Podstatnou mierou určuje neskoršie emocionálne a sociálne vzťahy, tak vo vlastnej rodine, ako i v spoločnosti.
- **Potreba osobnej identity –** uspokojovanie potreby napomáha rozvoju sebaúcty a sebavedomiu. Akceptujúci vzťah matky k dieťaťu usmerňuje aktivity dieťaťa, rodičia odovzdávajú hierarchiu hodnôt dieťaťu. Zrelá identita predpokladá tvorivé prevzatie sociálnych rolí a prijatie vlastných osobných možností a obmedzení.
- **Potreba „otvorenej budúcnosti“ –** dáva životu časové rozpätie a podnecuje v človeku jeho životnú aktivitu, vyhliadky do budúcnosti. V potrebe životnej perspektívy sú obsiahnuté dve potreby, ktoré spolu úzko súvisia a to potreba tvorivého presahu a potreba časového charakteru vlastnej osobnosti, ktorá je spojená s potrebou identity.

Dieťa potrebuje dostatočne podnetné prostredie pre harmonický, všestranný rozvoj osobnosti. Nedostatok podnetov vedie k poruchám vo vývine dieťaťa, ktoré majú charakter (Oravcová, Ďuricová, Bindasosvá, 2007):

- **výchovné zanedbávanie dieťaťa** – dieťa si neosvojí primerané hygienické a kultúrne návyky, kultúrne vzorce správania a pod. Nedostatok podnetov pre osvojovanie si vedomostí a zručností, pre úspešné začlenenie do spoločnosti, nemá dostatočnú slovnú zásobu a pod. Takto zanedbávané deti pochádzajú z rodín s nízkou socioekonomickou a kultúrnou úrovňou.
- **psychická (citová) deprivácia dieťaťa (emocionálna zanedbanosť)** vedie k hlbším poruchám hlbších zložiek osobnosti dieťaťa (porucha kognitívnych a emocionálnych funkcií). Takéto deti pochádzajú z rodín, kde člen rodiny je závislý, z rozvrátených rodín, vyskytuje sa psychické ochorenie u člena rodiny. Často pozorujeme aj vo funkčných rodinách (vysoká socioekonomická úroveň rodiny), kde pre pracovnú angažovanosť rodičov dieťa citovo stráda. Nedostatok lásky a pozornosti sa nahrádza materiálnymi potrebami (hračky, mediálna technika...). V oblasti psychickej deprivácie hovoríme aj o špecifickom druhu poruchy a to *senzorickej deprivácii,* t.j. nedostatok podnetov pre zmyslové orgány dieťaťa v útlom veku, čoho dôsledkom je zaostávanie rozvoja kognitívnych funkcií (vnímania, pamäte, pozornosti, myslenia a predstavivosti).

Prostredie sociálne a sociálne znevýhodnené

Strieženec (1999, s. 25) sociálne prostredie definuje ako skupinu faktorov, s ktorými je človek v interakcii a zároveň spolu so súborom dispozícií predstavuje vplyvy, ktoré sa podieľajú na vytváraní sociálno-kultúrnej osobnosti človeka.

Sociálne prostredie, ktoré spôsobuje kultúrnu a psychickú depriváciu označujeme ako sociálne znevýhodnené prostredie, prípadne nedostatočne podnetné prostredie.

Průcha, Walterová, Mareš (1995, s. 203) definujú sociálne znevýhodnené dieťa ako dieťa, ktoré „v dôsledku svojho sociálneho postavenia má obmedzený prístup k niektorým spoločenským a materiálnym statkom. Znakom týchto detí je psychická deprivácia, ktorá sa objavuje u detí z podnetovo chudobnejšieho prostredia. Navonok sa prejavuje intelektovou nevyspelosťou, vývojovou nerovnomernosťou a poruchami správania.“

Podľa Rosinského (2009) je sociálne znevýhodnené prostredie také prostredie, ktoré vzhľadom na sociálne a jazykové podmienky nedostatočne stimuluje rozvoj vôľových, mentálnych a emocionálnych vlastností jednotlivca. Nepodporuje jeho efektívnu socializáciu, neposkytuje

dostatok primeraných podnetov pre rozvoj osobnosti. Spôsobuje sociokultúrnu depriváciu, nepriaznivo pôsobí na intelektuálny, mravný a citový rozvoj jedinca. Deprivácia má negatívny vplyv na rozvoj osoby so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami.

Socioekonomický status determinujú povolanie, vzdelanie, príjem, ako aj zdravie a moc, ktoré sú vo vzájomnej súvislosti. Tieto determinanty sú zároveň ukazovateľom úrovne a kvality života jedinca (Santrock, 2007).

Podľa Bednaříka a kol. (2004) dieťaťom zo sociálne znevýhodneného prostredia sa stáva dieťa, ktorému na dosiahnutie nejakého preň dôležitého cieľa alebo splnenie dôležitej úlohy chýbajú určité prostriedky, schopnosti, zručnosti (nie jeho vlastným pričinením, či zanedbaním). Medzi rizikové faktory patria: v*nútorné* (nízke sebavedomie, nižšia inteligencia, neschopnosť zvládať stresové situácie, nedostatok sociálnych zručností a pod.). Sú spôsobené dôsledkom nesprávnej výchovy, negatívneho pôsobenia a najbližšieho okolia, t.j. pôsobením *vonkajších faktorov* (rodina, škola, vrstovníci).

Dieťa sa počas ranného detstva musí naučiť a prispôsobiť, ako má zaobchádzať so svojím vnútorným a vonkajším prostredím. Vnútorné prostredie je jeho „venom“. Pri rôznych aktivitách sa učí, ako zaobchádzať so svojim vnútorným prostredím, pričom objavuje svoje schopnosti a nedostatky (Dreikus, Soltzová, 2007).

Ubytovňa Fortuna a nízkoprahový klub pre deti a mládež

FORTUNA, krásne a poetické pomenovanie pre bývalú sociálnu ubytovňu v Bratislave. Dnes ubytovňa Fortuna poskytuje prioritne ubytovanie pre odchovancov detských domovov; pre rodiny, ktoré nemajú kde bývať a osoby bez domova. V súčasnosti ubytovňu obýva cca 360 obyvateľov, z toho asi 140 detí a mládeže. Od februára 2010 Spoločnosť priateľov detí z detských domovov Úsmev ako dar prevádzkuje nízkoprahový klub - Fun Klub Fortuna priamo v priestoroch ubytovne. Hlavnými činnosťami sú zmysluplné voľnočasové aktivity pre deti a mládež zamerané na rozvoj osobnosti, činnosti zamerané na zlepšenie medziľudských vzťahov medzi deťmi, rodičmi a v rámci komunity. Tieto aktivity napĺňajú myšlienku organizácie: „aby každé dieťa malo vlastnú rodinu“.
Činnosť dobrovoľníkov smeruje k naplneniu týchto cieľov:

- Pomoc pri prekonávaní náročných životných situácií.
- Snaha obmedziť diskrimináciu a sociálne vylúčenie.
- Pomoc pri presadzovaní práv a záujmov detí a mládeže.
- Prevencia sociálno-patologických javov.

Voľný čas detí a mládeže

Kvalitné a zmysluplné trávenie voľného času má pozitívny dopad na vývoj dieťaťa. Podmienka kvality a efektívnosti trávenia voľného času je akousi prevenciou pred negatívnymi vplyvmi prostredia, ako aj istou motiváciou pre ďalší sebarozvoj dieťaťa v budúcnosti.

Masariková, Masarik (2002) definujú voľný čas ako priestor pre kultiváciu osobnosti, pre rozvíjanie dispozícií, vlôh, nadania, talentu, ale aj priestor pre vznik sociálno-patologických javov.
Záujmy a voľný čas prinášajú deťom, ale aj mládeži radosť, úžitok a uspokojenie vnútorných potrieb. Voľný čas poskytuje priestor pre rozvíjanie záujmov, ako aj hľadanie takých aktivít a činností, ktoré by dieťaťu prinášali príjemné zážitky.

Medzi základné funkcie voľného času Masariková, Masarik (2002) zaraďuje tieto:

- aktívny oddych – relaxácia, regenerácia síl, kompenzácia pracovného zaťaženia v škole,
- sebarealizácia v oblasti záujmov a potrieb,
- formovanie a rozvoj schopností, nadania a talentu (mnohostranná kultivácia osobnosti),
- socializácia – osvojovanie sociálnych spôsobilostí, komunikácie, návykov, ako aj kompenzácia nedostatkov sociálneho a rodinného prostredia,
- prevencia voči negatívnym formám správania.

Dobrovoľníci v nízkoprahovom klube Fortuna ponúkajú deťom a mládeži voľnočasové aktivity, ktoré sú finančne dostupné pre cieľové skupiny (základná ponuka aktivít - zadarmo). Registrácia alebo pravidelné dochádzanie nie sú podmienkou možnosti využívania týchto aktivít. Tvorba a realizácia voľnočasových aktivít vychádza zo záujmu cieľových skupín a dobrovoľníci sú v roli priameho podporovateľa alebo asistenta týchto aktivít.

Bartoňová (2005) analyzuje potrebu voľnočasových aktivít v službe nízkoprahových klubov:

- sú prostriedkom na nadviazanie vzťahu s dieťaťom a mládežou,
- učia deti a mládež zmysluplnejšie tráviť voľný čas,
- sú prostriedkom pre aktivizáciu detí a mládeže,
- pomáhajú rozvíjať niektoré životné zručnosti.

Sebahodnota a sebaobraz dieťaťa

Keď hovoríme o sebahodnote, hovoríme o vnímaní pocitu vlastnej hodnoty. To, ako vnímame samých seba vyplýva z nášho sebaobrazu. Sebaobraz dieťaťa sa formuje cez kontakty s inými osobami a to v dlhšom časovom trvaní.

Deti s nízkym pocitom vlastnej hodnoty sa cítia izolovane, neľúbené a bezbranné. Uzatvárajú sa do seba a sú pasívne. V adolescencii unikajú pred novými situáciami, ktoré v nich vyvolávajú strach, neistotu a nepokoj. Obviňujú ostatných pri neúspechu, unikajú od dohodnutých zásad a pravidiel, cítia sa frustrovane, bezmocne, pociťujú hnev, ľahšie podliehajú vplyvom iných. Stáva sa, že pútajú pozornosť na seba nevhodným správaním. Pri zmene negatívneho sebaobrazu dieťaťa na pozitívny sebaobraz musíme vplývať na a modifikovať celý rebríček hodnôt a presvedčení (Kniha Pride, 2005).

Záver

Potrebu rozvíjať dobrovoľnícku činnosť v ubytovni a v nízkoprahovom klube Fortuna pokladáme za efektívne riešenie situácie obyvateľov ubytovne. Systematickou činnosťou (vzdelávacie a voľnočasové aktivity), vytváraním osobných vzťahov môžu dobrovoľníci pozitívne ovplyvniť životy detí a mládeže.

POUŽITÁ LITERATÚRA

BARTOŇOVÁ, M., ŠANDOR, J. a kol. (2005). *Nízkoprahové programy pre deti a mládež.* Bratislava: Nadácia mládeže Slovenska. 136 s.

BEDNAŘÍK, A. a kol. (2004). *Životné zručnosti detí a ako ich rozvíjať.* Bratislava: Nadácia pre deti Slovenska. 231 s.

DOHOVOR O PRÁVACH DIEŤAŤA. (1989).

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

DREIKUS, R., SOLTZOVÁ, V. (2007). *Deti ako výzva.* Bratislava: Slovenská Adlerovská spoločnosť. 291 s.

Kniha PRIDE. (2005). SPDDD Úsmev ako dar, Bratislava.

MASARIKOVÁ, A., MASARIK, P. (2002). *Vybrané kapitoly z pedagogiky voľného času.* Nitra: PF UKF. 204 s.

MATĚJČEK, Z. (1994). *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál. 108 s.

ORAVCOVÁ, J., ĎURICOVÁ, L., BINDASOVÁ, O. (2007). *Psychológia rodiny.* Banská Bystrica: UMB. 365 s.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. (1995). *Pedagogický slovník.* Praha: Portál. 292 s.

ROSINSKÝ, R. a kol. (2009). *Pedagogicko-psychologické a interkultúrne aspekty práce učiteľov, žiakov z odlišného socikultúrneho prostredia.* Nitra: UKF. 209 s.

SANTROCK, J. W. (2007). *Psychology*. United States of America: Brown & Benchmark Publishers. 707 s.

SCHAVEL, M., ČIŠECKÝ, F. (2005). *Sociálna prevencia.* Trnava: Trnavská univerzita FZ a SP. 120 s.

STRIEŽENEC, Š. (1999). *Úvod do sociálnej práce*. Trnava: Vydavateľstvo AD. 215 s.

TOŠNER, J., SOZANSKÁ, O. (2002). *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích.* Praha: Portál. 149 s.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Interaktívny program na podporu rozvíjania sociálnych zručností sluchovo postihnutých predškolákov v integrovanom prostredí

Ľubica KROČANOVÁ
Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, Bratislava

ABSTRAKT
V príspevku podávame pohľad na problematiku sociálnych spôsobilostí predškolákov so sluchovým znevýhodnením v intaktnom prostredí materskej školy, ako aj na skúsenosti z praktických aktivít realizovaných na zlepšovanie úrovne ich sociálnych kompetencií.

Sociálne zručnosti sluchovo postihnutých predškolákov

V ranom vekovom období prechádza každé dieťa (zdravé aj s postihnutím) intenzívnym vývinom v sociálnej oblasti: formujú sa jeho prvé sociálne návyky a zručnosti, hodnotová orientácia, mechanizmus sociálnej kontroly. Má potrebu pozitívnej identity, aktívne participuje na interakciách či iných sociálnych aktivitách vo svojom prostredí. Objavuje sa schopnosť prijať sociálnu rolu a akceptovať autoritu, potreba začleniť sa a vytvárať si sociálne väzby s inými deťmi (aj keď ešte nestále a povrchné).Tieto sociálno-psychologické fenomény ovplyvňujú mieru jeho sociálnej akceptácie a sociometrický status v sociálnej skupine, do ktorej primárne patrí. Za kľúčový faktor determinujúci úspešnosť sociálnej začlenenosti sluchovo postihnutých detí medzi počujúcu populáciu rovesníkov považujeme sociálne zručnosti. Prítomné sociálne zručnosti evidentne ovplyvňujú, ako je dieťa prijímané vrstovníkmi, ako sa k nemu správajú, ako ho rešpektujú. Komunikačný hendikep sluchovo postihnutého dieťaťa obmedzujúco vplýva na primeranú sociálnu začlenenosť pri hrových aj iných kooperatívnych činnostiach a súčasne brzdí rozvíjanie sociálnych spôsobilostí. Takéto dieťa aktívne neparticipuje na vzájomných interakciách s ostatnými počujúcimi deťmi, aj s nimi menej komunikuje. Neuspokojivo nadväzuje rovesnícke zväzky, čím sa ochudobňuje o možnosť spolupracovať s deťmi bez postihnutia. Sluchové a komunikačné problémy spôsobujú, že sa dostáva menej často do pozitívnych sociálnych interakcií. Nedostatočne sa kontaktuje s rovesníkmi počas hry, a ešte menej v inej než v hrovej situácii. Ak je v skupine detí ďalšie postihnuté alebo inak hendikepované dieťa, orientuje sa skôr na neho. Obvykle si vytvára bližší vzťah s dospelou osobou, ktorej dôveruje, a ktorá mu pomáha pri každodenných praktických aj sebaobslužných činnostiach (učiteľka, vychovávateľka, špeciálny pedagóg). Nepočujúce deti sú typické práve takýmto sociálnym správaním.

Výskumný problém

Pokračovaním nášho viacročného výskumného úsilia o identifikáciu problémov včasnej integrácie sluchovo postihnutých detí predškolského veku (Kročanová, 2002, 2007) bolo vypracovanie intervenčného stimulačného programu rozvíjajúceho sociálne zručnosti a osobné kompetencie sluchovo postihnutých detí v inkluzívnych triedach MŠ.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Skúmaná vzorka

Výskumnú vzorku tvorili 2 triedy detí materskej školy bežného typu (Nitra, Štiavnická ul.) s individuálne integrovaným dieťaťom. V jednej skupine bolo jedno individuálne integrované dieťa, v druhej to boli dve deti. Išlo o deti s prelingválnym sluchovým postihnutím na úrovni strednej (41 – 55 dB) až stredne ťažkej (56 – 70 dB) straty sluchu, ktoré komunikovali výlučne orálnym spôsobom. Nemali aplikovaný kochleárny implantát, používali obojstranne načúvací aparát. Boli vo veku 6 -7 rokov.

Popis použitých aktivít realizovaných v rámci intervenčného stimulačného programu

Išlo o hrové a kooperatívne aktivity na rozvíjanie sociálnych kompetencií, skvalitňovanie interakcií a zlepšovanie sociálnych spôsobilostí integrovaných aj intaktných detí. Vychádzali sme z predpokladu, že hra je pre dieťa predškolského veku spontánna činnosť, ktorá mu prináša množstvo pozitívnych zážitkov a podnetov. Hry boli zamerané na uvedomovanie si niektorých zmyslových funkcií, na schopnosť začleniť sa do skupiny, spolupracovať v nej a správať sa ústretovo, čo má dopad na vzájomné vzťahy v rámci detskej skupiny. Vytvorilo sa vhodné prostredie na vzájomné spoznávanie sa detí, ktoré práve u malých jedincov môže viesť k rozvíjaniu zmyslu pre kamarátstvo, priateľské vzťahy, združovanie sa, vedenie dialógu či komunikácie, vzájomnú súčinnosť (schopnosť spolupracovať a dohodnúť sa), aj citlivé správanie sa a reagovanie s ohľadom na ostatných, súcitenie s druhým (rozpoznávanie jeho pocitov a ich rešpektovanie) či ochotu pomáhať, pripravenosť o niekoho sa starať, niekoho chrániť alebo povzbudzovať. Dieťa v hrových situáciách dostávalo podnety ako citlivo reagovať vzhľadom k ostatným kamarátom v skupine, učilo sa vychádzať s druhými, aj im ochotne pomôcť, keď to bude potrebné. Dieťa tiež získavalo skúsenosť ako súčasne prežívať súhru s ostatnými pri hre a zároveň ich tolerovať. U detí sa tak vytvárali príležitosti k formovaniu rôznych druhov sociálnych spôsobilostí: a) schopnosť citlivo konať a správať sa, b) schopnosť kooperovať v skupine,
c) pripravenosť k starostlivosti a pomoci druhým.
Konečným cieľom intervenčného programu bolo dosiahnuť zlepšenie úrovne sociálnych spôsobilostí detí so sluchovým postihnutím predškolského veku v bežnej triede MŠ a vzájomných vzťahov medzi nimi a deťmi bez postihnutia. Samotná realizácia programu bola rozdelená do 5 dvojhodinových stretnutí. Každý deň bol venovaný určitej téme, podľa nej boli jednotlivé aktivity vyberané. Deti boli rozdelené do menších skupiniek podľa dobrovoľnosti. Prejavovali prirodzený záujem o hry a ochotne s nami spolupracovali.

1. deň : zoznamovacie a uvoľňovacie činnosti

Kotúľanie si loptičky: sedíme v kruhu, ku komu sa loptička zakotúľa povie svoje meno, nesmelým deťom pomáhajú s menom všetci nahlas - mali by sa vystriedať všetky deti.

Ach, tie mená : chodíme v kruhu a hovoríme upravenú riekanku : „Chodíme, chodíme a rozmýšľame dobre, kto je ten náš kamarát?“, pri slove kamarát sa zastavíme pri niektorom dieťati a všetci nahlas zakričia jeho meno.

Pokračovanie 1.dňa

Deti sa po úvodných aktivitách prirodzenou formou zoznamovali s tým, čo je to sluchové postihnutie, aké to je byť nepočujúcim, prečo sa takéto dieťa ťažšie dorozumieva, prečo menej zrozumiteľne hovorí, a pod. Použili sme tieto hrové aktivity:

Rečový hendikep : rozprávanie s prekážkou v ústach (napr. ceruzka), dobrovoľník hovorí a opisuje zvieratko, ktoré si sám zvolí, ostatní počúvajú, snažia sa porozumieť (deti sa vystriedajú). Nasleduje vzájomné porozprávanie sa o pocitoch rozprávajúceho aj počúvajúcich.

Sluchový hendikep : deti rozdelíme do skupín, do uší použijú zátky**.** 1 dieťa si dá do uší so zátky, ostatní sa medzi sebou rozprávajú, napr. čo robili včera v MŠ, čo sa im páčilo, čo nie, atď. Vystriedajú sa viacerí na mieste dieťaťa so zátkami v ušiach potom sa vzájomne rozprávajú o pocitoch dieťaťa, ktorý bol v úlohe nepočujúceho : Aké je to nerozumieť ostatným? Porozumel si niečomu, o čom ostatní hovorili? Otázky na ostatné rozprávajúce sa deti : Aké je to, keď Vám kamarát nerozumie? Vedeli by ste sa s ním dorozumieť, pomôcť mu a ako?

2.deň: Kooperácia v skupine

Sústredili sme sa na kooperáciu v skupinách – deti sa učili spolupracovať medzi sebou, aj so sluchovo postihnutým kamarátom. Dostali inštrukciu, že dnes nás zaujíma, do akej miery dokážu spoločne pracovať a pomáhať si medzi sebou bez toho, aby sa mohli medzi sebou rozprávať. Použité hrové aktivity :

Podaj mi ten obrázok : každé dieťa dostane jeden papier, podpíše ho (my) a ceruzky, upozorníme ich, že majú malo času na nakreslenie niečoho a keď dáme pokyn, posúvajú obrázok susedovi po ľavej ruke, každý niečo dokreslí, posúvame až dovtedy, kým sa obrázok nevráti k pôvodnému majiteľovi – každé dieťa tak má výkres, ktorý je dielom všetkých členov skupiny.

Babylonská veža : deti za určitý čas musia postaviť z kociek alebo iných hračiek čo najvyššiu stavbu, ktorá nespadne, nesmú sa pritom rozprávať, postup práce závisí od nich.

Po každej hre nechávame krátky časový priestor na rozprávanie sa o pocitoch**:** Ako sa Vám pracovalo spoločne v skupinke, keď ste sa nemohli rozprávať? Bolo to ťažké ? Ako ste si pomáhali ?Vedeli ste sa dohodnúť medzi sebou ?

3.deň: Silné stránky sluchovo postihnutých

Hravou formou sme chceli zdravým deťom priblížiť, že aj dieťa, ktoré je postihnuté stratou sluchu, má svoje silné stránky a dokáže, to isté, čo aj deti bez postihnutia. Potrebuje však k tomu akceptáciu zo strany svojho okolia. Sústredili sme sa na také aktivity, v ktorých mohlo integrované dieťa využiť a prezentovať svoje mimické či pantomimické schopnosti.

Rozpoznávanie pocitov a emócií

Máme pripravené povystrihované obrázky, na ktorých sú znázornení dospelí alebo deti, ktorí prežívajú nejakú emóciu. S deťmi sa rozprávame o tom, ako sa asi osoba na obrázku cíti.

Znázornenie daného pocitu mimikou a pantomímou - Zatvár sa

Použijeme materiál z predchádzajúcej aktivity, dieťa si vyberie obrázok s osobou, ktorá prejavuje nejakú emóciu a snaží sa ju cez mimiku tváre a gestikuláciu predstierať, ostatné deti hádajú, aký pocit chcel ich kamarát vyjadriť.

4.deň: Hľadanie podobností a rozdielov - každý je v niečom dobrý

Vysvetlíme deťom, že si povieme niečo o tom, prečo nie sme všetci rovnakí, ale práve naopak, každý sme iný. Každý máme nejaké dobré vlastnosti, ale aj tie horšie (môžeme si niektoré pomenovať), a preto by sme ich chceli u seba spoznať. Hľadáme s kým máme niečo podobné, a s kým sme úplne odlišní a rozdielni.

Ako ma vidia ostatné deti: rozdáme deťom krúžky v troch farbách, ktoré budú predstavovať hodnotenie správania sa - dobré, priemerné, zlé (neposlušné) jednotlivých detí. Spýtame sa ich : „čo myslíte, ako Vás vidia Vaši kamaráti?“ Úloha spočíva v tom, že každý dostane 1 krúžok z každej farby, najskôr popremýšľa a potom ich tajne rozdá a pridelí (napr. do skriniek detí v šatni).. Potom im ešte pridelíme ďalšie tri krúžky a nakoniec ešte raz. Keď sú všetky rozdané, deti si pozrú, aké farby dostali. Nasleduje diskusia - hovoríme o tom, čo si kto našiel a čo si o tom myslí. Negatívnu spätnú väzbu sa snažíme zjemniť – „vieme o tom len my, a ty to môžeš skúsiť už dnes napraviť“.

Na reportérov : cieľom je lepšie poznať toho druhého a porozprávať o tom druhým. Môžu použiť symbolicky napodobeninu mikrofónu. Dáme inštrukciu : „Deti určite ste už videli ako v televízii reportér drží mikrofón a robí s niekým rozhovor, niečo sa ho pýta. Vy sa teraz budete pýtať svojho kamaráta a dávať také otázky, aby ste sa o ňom čo najviac dozvedeli. Potom nám všetkým poviete , čo ste sa ako reportéri dozvedeli o svojom kamarátovi.

5.deň: Ako pomáhať a byť užitočný iným *(aj sluchovo postihnutým)*

Na záverečnom stretnutí sme sa pokúsili ich veku prijateľnou formou a prostredníctvom názorných ukážok deťom priblížiť možnosti a spôsoby, ako sa dá ľuďom, ktorí sú postihnutí pomáhať.

Významný detský čin : prečítame deťom príbeh na túto tému. Potom sa spoločne rozprávame o tom, že každý človek aj dieťa môže pomáhať druhým, ktorí to potrebujú, lebo aj malá pomoc je záslužná vec a znamená viac ako neurobiť vôbec nič. Pýtame sa detí, čo by ich napadlo, ako by oni mohli niekomu pomôcť a či už niečo také aj urobili, nech sa pochvália.

Vieme hovoriť : opýtame sa detí, čo si myslia, prečo je také dôležité vedieť hovoriť a aké by to asi bolo, keby nemohli hovoriť a používať slová. Povieme, že sú medzi nami ľudia, ktorí nemôžu hovoriť, lebo niektorý orgán v tele im nefunguje dobre. Spomenieme, že takíto ľudia používajú pri hovorení aj ruky alebo sa pozerajú na ústa hovoriacemu, aby porozumeli, o čom hovorí. Uvedieme niekoľko príkladov posunkov a deti hádajú ich význam. Potom porozprávajú o svojich pocitoch – ako sa cítili v pozícii dieťaťa s rečovým či sluchovým hendikepom.

Záver

Použitie hrových aktivít v intervenčnom programe na stimuláciu sociálnych zručností a osobných kompetencií detí so stratou sluchu integrovaných v počujúcom prostredí hodnotíme pozitívne. Vzhľadom k veku detí išlo o vhodné a pre nich veľmi prirodzené činnosti, s ktorými sa každodenne stretávajú. Hra prináša príležitosť nielen k ich vzájomným interakciám, ale navodzuje aj dôverný vzťah medzi nimi. Konkrétne pre dieťa so stratou sluchu predstavuje kontakt s počujúcim dieťaťom počas hry model správania sa v rôznych sociálnych situáciách. Slúži mu zároveň aj ako jazykový vzor, nakoľko poskytuje praktickú skúsenosť s bežnou komunikáciou. Využili sme preto práve tento špecifický druh intervencie, ktorý môže adekvátne vývinovým aspektom predškolského

veku pomôcť k postupnému zlepšovaniu kvality integrácie postihnutého dieťaťa medzi jeho zdravých rovesníkov.

POUŽITÁ LITERATÚRA

Kročanová, Ľ. (2002). Psychologické a sociálne aspekty procesu integrácie sluchovo postihnutých predškolákov. Speciální pedagogika, roč. 12, 2002, č. 4, pp. 259-266.

Kročanová, Ľ. (2007). Pohľad psychológa na sociálnu integráciu sluchovo postihnutých detí predškolského veku. Speciální pedagogika, roč. 17, č. 3, pp. 150-159.

Meadow-Orlans, K.P. (1983). An instrument for assessment of social-emotional adjustmentin hearing-impaired preschoolers. American Annals of the Deaf, 134, 1, pp.15-19.

Nunes, T., Pretzlik, U., Olsson, J. (2001). Deaf children´s social relationships in mainstream schools. Journal of deaf education international, No. 3, pp. 123-136.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Videotvorba a animovaná tvorba ľudí s mentálnym postihnutím ako prostriedok rozvoja ich osobnosti

Helena KUSÁ, Róbert ORESKÝ
Občianske združenie Bol raz jeden človek

ABSTRAKT
Autori vo svojom príspevku prezentujú videotvorbu a animovanú tvorbu ľudí s mentálnym postihnutím ako inovatívny spôsob rozvoja ich osobnosti a informovania verejnosti. Ako príklad využitia informačno-komunikačných technológií v práci s touto cieľovou skupinou uvádzajú projekt Televízia Rojko, v rámci ktorého sa ľudia s mentálnym postihnutím podieľajú na tvorbe filmov ako reportéri, kameramani, technici, herci a animátori.
Kľúčové slová: informačno-komunikačné technológie, mentálne postihnutie, videotvorba, animovaná tvorba, rozvoj osobnosti, OZ Bol raz jeden človek, Televízia Rojko, Letná filmová škola, Túlavý filmoklub, Filmový festival tvorcov s mentálnym postihnutím „Filmujem, teda som“

Rozvoj vedy a techniky spôsobil veľký prevrat v živote človeka. Informačno-komunikačné technológie prenikli nielen do výchovno-vzdelávacieho procesu, ale i do umenia. Moderná doba tak so sebou prináša nové možnosti práce s ľuďmi s mentálnym postihnutím. Z pomedzi informačno-komunikačných technológií sa pri edukácii ľudí s mentálnym postihnutím využíva najmä počítač, internet, multimediálne CD, prezentácie v programe Power Point, ojedinele aj fotoaparát. Avšak práca s videotechnikou, t.j. **videotvorba a animovaná tvorba ľudí s mentálnym postihnutím** je na Slovensku v úplných začiatkoch. Priekopníkom v tejto oblasti je občianske združenie Bol raz jeden človek.

Filmový záznam má vďaka svojmu dynamickému rozmeru (synchrónny záznam obrazu a zvuku) jedinečné postavenie medzi médiami. Prihovára sa človeku prostredníctvom obrazu a zvuku a pôsobí na jeho prežívanie. Vhodne vybraný film môže človeka formovať, motivovať, rozvíjať jeho fantáziu, ovplyvniť postoje, hodnotovú orientáciu. V prípade, ak sa to deje zámerne s cieľom prostredníctvom filmu terapeuticky pôsobiť na človeka, hovoríme o *filmoterapii* [11]. Filmový záznam nám zároveň umožňuje opakované sledovanie daného javu. To sa v terapeutickej praxi využíva napr. v rámci metódy *videotréning interakcií*, ktorej cieľom je rozvíjanie sociálnych a komunikačných zručností a podávanie pozitívnej spätnej väzby pri narušených interakciách medzi ľuďmi [4].

Terapeutické využitie filmu však nespočíva len v jeho sledovaní, či v analýze interakcií zachytených videokamerou. Osobnosť človek môže byť formovaná aj prostredníctvom tvorby filmu, t.j. jeho aktívnou účasťou na príprave (preprodukcia), nakrúcaní (produkcia) a následnom spracovaní filmového záznamu (postprodukcia).

Mentálne postihnutie podľa Jakabčica a Požára neznamená len oneskorenie psychického vývinu, ale ide predovšetkým o štrukturálne vývinové zmeny, ktoré sa odrážajú v špecifikách osobnosti a zároveň sa podieľajú aj na jej utváraní [10].

Preto je dôležité, aby intervencie u ľudí s mentálnym postihnutím mali komplexný a čo najucelenejší charakter. Je len na nás akú cestu si zvolíme pri rozvoji ich osobnosti. Využitie kamery v liečebnopedagogickej a špeciálnopedagogickej praxi nemá dlhú históriu. Prostredníctvom

videotvorby a animovanej tvorby však môžeme hravým, tvorivým a zároveň veľmi atraktívnym spôsobom docieliť rozvoj osobnosti ľudí s mentálnym postihnutím. Prirodzenou cestou tak dochádza k nadobúdaniu nových poznatkov, k rozvíjaniu myslenia, IT gramotnosti, pamäti, k posilňovaniu sebavedomia, k rozvíjaniu sociálnych zručností, ku korekcii správania a pod.

Tabuľka 1
Vplyv videotvorby a animovanej tvorby na osobnosť človeka s mentálnym postihnutím.

Oblasť pôsobenia		**Vplyv**
Psychické procesy	kognitívne (poznávacie) procesy	nadobudnutie nových poznatkov a vedomostí (IT gramotnosť, mediálna výchova), zlepšenie pamäte, koncentrácie, obohatenie slovnej zásoby, rozvoj samostatnosti a pružnosti myslenia, korekcia verbálnych a neverbálnych prejavov správania, zlepšenie komunikačných schopností, rozvoj vizuálnej predstavivosti
	emocionálne procesy	prekonávanie strachu z neznámeho prostredia a z nových ľudí, vytváranie priateľstiev, dôvera v priateľstvo (spoľahnutie sa na iného člena štábu), podpora empatie, zvedavosti
	vôľové procesy	zvýšenie zvládania záťažových situácií, prekonávanie únavy, posilnenie vôľových vlastností – vytrvalosti, vnútornej motivácie
Psychické stavy		rozvoj sociálneho cítenia (empatia, rešpekt k okoliu) a estetického cítenia (umelecké sebavyjadrenie)
Psychické vlastnosti		zlepšenie postojov k sebe i k svojmu okoliu (reálne a pozitívne vnímanie seba i okolia), posilnenie vyjadrenia vlastných myšlienok, predstáv, spontánnosti, tvorivosti, zvedavosti, podpora sebavyjadrenia a tvorivého prístupu k celému výrobnému procesu (výber námetu, nakrúcanie, spracovanie záznamu), podpora zmysluplného, zaujímavého a veku primeraného spôsobu trávenia voľného času

Sociálne zručnosti	zlepšenie kooperácie (spolupráca s členmi štábu, vhodne požiadanie o pomoc, plnenie inštrukcií), rozvoj asertívneho správania (pripojenie sa k aktivitám a skupine, iniciovanie rozhovoru, pozývanie ostatných k aktivite, predstavenie sa novým ľuďom), zvýšenie zodpovednosti (prijatie úlohy a jej následní splnenie), prehĺbenie empatie (vypočutie si problémov iných, vyjadrenie priateľských citov), zvýšenie sebakontroly (prijímanie kritiky, zlepšenie zvládania záťažových situácií
Motorické zručnosti	zlepšenie jemnej motoriky a koordinácie pohybov (práca s filmovou technikou)

Na tvorbe videofilmov a animovaných filmov sa ľudia s mentálnym postihnutím podieľajú ako reportéri, kameramani, technici, herci a animátori. Pri tvorbe by malo ísť o formovanie tvorivej, vnímavej a kooperujúcej osobnosti, ktorá sa dokáže orientovať v sebe i vo svojom okolí a citlivo k nemu pristupovať. Dokáže formulovať svoje myšlienky a je schopná spolupracovať na spoločnom diele (videofilme) a niesť zaň svoj podiel zodpovednosť.

Za základné ciele vo videotvorbe a animovanej tvorbe ľudí s mentálnym postihnutím považujeme:

1. rozvoj osobnosti s dôrazom na praktické využite poznatkov a skúseností nadobudnutých pri tvorbe videofilmov v bežnom živote,
2. podpora informovanosti verejnosti o problematike mentálneho postihnutia prostredníctvom autorských videofilmov.

Rozvoju videotvorby a animovanej tvorby ľudí s mentálnym postihnutím sa na Slovensku venuje občianske združenie Bol raz jeden človek v rámci projektu Televízia Rojko (www.bolrazjedenclovek.sk), ktorého súčasťou je:

- *kurz videotvorby, animovanej tvorby a fototvorby* – rozvoj osobnosti ľudí s mentálnym postihnutím prostredníctvom informačno-komunikačných technológií;
- *Túlavý filmoklub* – informovanie o problematike mentálneho postihnutia prostredníctvom interaktívnych prednášok a premietania videofilmov z produkcie TV Rojko;
- *Letná filmová škola* – vzdelávací pobyt pre filmárov TV Rojko;
- *Filmový festival „Filmujem, teda som“* – rozvoj videotvorby a animovanej tvorby ľudí s mentálnym postihnutím na Slovensku ako inovatívneho spôsobu sebavyjadrenia a pozitívneho informovania verejnosti.

Proces výroby každého filmu prebieha v štyroch fázach, pričom v každej z nich dominuje iná profesia [7]. Filmári Televízie Rojko (ľudia s mentálnym postihnutím) sa na základe individuálnych daností, skúseností a záujmov autorsky podieľajú okrem poslednej fázy (distribúcia) na všetkých fázach:

1. Preprodukcia – príprava na nakrúcanie (výber námetu, tvorba podkladov, písanie scenára, príprava techniky), t.j. hľadanie odpovede na dve základné otázky: „Čo a ako budeme nakrúcať?“,
2. Produkcia – nakrúcanie (obhliadka, práca s viedeotechnikou),
3. Postprodukcia – finálna úprava filmu (strih, ozvučenie, otitulkovanie).

Prípadová štúdia

S.K. (Downov syndróm, 23 rokov) po ukončení praktickej rodinnej školy v roku 2009 nenastúpila do chránenej dielne ani do domova sociálnych služieb, ale zostala bývať so svojou 78-ročnou starou mamou. Okrem „hry s lyžičkami“ a počúvania hudby záujmy nemá. Baví ju plávanie, ale plaváreň nenavštevuje. Rada by pracovala v Terne. Vrodená porucha kĺbov dolných končatín a mierna nadváha majú vplyv na hybnosť, avšak nie sú natoľko závažné, aby ju výrazne obmedzovali v pohybe.

S.K. vie, že má Downov syndróm, čo komentuje slovami, že má „pravého Downa“, kvôli čomu je podľa nej o veľa vecí ochudobnená. Je energická a veľmi náladová. U ostatných ľudí s mentálnym postihnutím jej správanie vzbudzuje „rešpekt“, či presnejšie strach, avšak na druhej strane je rozumná a má zmysel pre humor, vďaka čomu je obľúbená u osobných asistentov.

Ťažšie sa adaptuje v neznámom prostredí – preferuje úzky okruh známych ľudí, ťažšie sa zapája a nerada sa prispôsobuje. Uvedomenie si inakosti vlastného vzhľadu vyvolávalo u nej v minulosti negatívne reakcie najmä pri fotografovaní (nervozita a napätie z prítomnosti fotoaparátu, odmietanie sa nechať odfotografovať).

V občianskom združení Bol raz jeden človek navštevuje druhým rokom kurz varenia. Jedného dňa prišla s iniciatívou, že aj ona chce byť filmárka. V rámci Letnej filmovej školy bola preto pozvaná na workshop réžia (nakrúcanie reportáže). Filmovania sa priamo nezúčastnila, ale opodiaľ sledovala kto čo robí, čo a ako používa. Naďalej odmietala byť aktívna so slovami, že ona všetko vie a chce ísť priamo do „praxe“. Po vzájomnej dohode bola na skúšku zaradená do jednej z filmárskych skupín. Vďaka intenzívnej pozitívnej podpore zo strany vedúcich krúžkov, ale i iných filmárov si postupne začala zvykať na prítomnosť filmovej techniky (fotoaparátu, kamery). Jej napätie postupne opadlo až do takej miery, že nabrala odvahu a sama si vyskúšala držať fotoaparát a urobiť zopár záberov. Veľký zlom nastal, keď držala v rukách profesionálnu kameru a smiala sa, že aj ona už je filmárka. Do štábu bola zaradená ako klapkárka a ako sama hrdo hovorí, je to ľahké a baví ju to. Má za sebou svoj prvý film. Necháva sa nakrúcať aj fotografovať. Zvýšilo sa jej sebavedomie, učí sa spolupracovať, hovorí o svojich predstavách, má nápady na scenáre. Rozhodla sa, že vo svojej filmárskej kariére bude pokračovať.

Ľudia s mentálnym postihnutím majú v sebe tvorivý potenciál, ktorý sa môže naplno rozvinúť len s dostatočnou podporou a za vhodne stanovených podmienok. Príspevkom sme chceli upozorniť na digitálne technológie, konkrétne na videokameru, ktorá v sebe ukrýva možnosti pre prirodzený a efektívny spôsob rozvoja osobnosti ľudí s mentálnym postihnutím a pozitívneho informovania verejnosti o tejto problematike.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

POUŽITÁ LITERATÚRA

ANDRIKANIS, E. (2008). *Homevideo aneb Sám sobě režisérem.* Praha: GRADA Publishing. 118 s.

ANDRIKANIS, E., KONDAKOV, S. (2008). *Homevideo aneb Sám sobě kameramanem.* Praha : GRADA Publishing. 144 s.

ANDRIKANIS, E., KONDAKOV, S. (2008). *Homevideo aneb Sám sobě strihačem.* Praha: GRADA Publishing, 140 s..

BEAUFORTOVÁ, K. (2002). *Videotrénink interakcí* [online]. Praha: SPIN. [cit. 2009-10-26]. Dostupné na internete: <http://www.pppknm.sk/data/pdf/VitZakladyMetody.pdf>.

BOROŠ, J. (1987). *Základy psychológie.* Bratislava: SPN. 489 s.

CIEL, M. (2006). *Pohyblivé obrázky.* Levice: LCA Publishers group. 149 s.

FIFIKOVÁ, A. (2010). Filmové profesie na Slovensku sa zmenili. In *Film.SK* [online]. no. 2 [cit. 2010-01-12]. p. 25-26. Dostupné na internete: <http://www.filmsk.sk/show_article.php?id=6236>

HORŇÁKOVÁ, M. (1999). *Liečebná pedagogika.* Bratislava: Perfekt. 187 s.

JACKSON, N., JACKSON, E. (1999). *Learning disability in focus.* London: J. Kingsley Publishers. 74 s.

JAKABČIC, I., POŽÁR. L. (2001). *Všeobecná patopsychológia.* 2. vyd. Bratislava: Iris. 194 s.

KULKA, J. (2008). *Psychologie umění.* 2. vyd. Praha: GRADA Publishing. 435 s.

MONACO, J. (2004). *Jak číst film.* Praha: Albatros nakladatelství. 735 s.

PAVLOVSKÁ, M. (1998). Dramatická výchova. Brno: CERM. 231 s.

SCHELLMANN, B. et al. (2004). *Média*. Praha: Europa - Sobotáles. 484 s.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Možnosti profesionálneho a osobnostného rastu liečebných pedagógov

Jana ŠPÁNIKOVÁ
Katedra liečebnejpedagogiky
Pedagogická fakulta UK Bratislava

Účastníci konferencie dostali spracovanú informáciu a pozvánku k pripravovanému II. Národnému ESCME workshopu (Educating supervisions and coaches for Multiculture Europe), ktorý bude špeciálne zameraný na kultúrne povedomie - Cultural Awareness.
Stretnutie účastníkov workshopu bude dňa 16. novembra 2010 v Bratislave. Workshop je bezplatný, realizovaný a financovaný je cez projekt EÚ Grundtvig – učiace sa partnerstvá.

Projekt:

Názov projektu: Educating Supervisors and Coaches for Multicultural Europe (ESME)

Podporený dotáciou: Grundtvig - učiace sa partnerstvá

Zúčastnené štáty: Slovensko, Rakúsko, Česka Republika, Estónsko, Bulharsko

Kontakt: PdF UK - KLP /Dr. Jana Spanikova spanikova@fedu.uniba.sk

Jazyk: anglický jazyk

Cieľom partnerstva:

- vzdelávanie supervízorov a koučov pre multikultúrnu Európu prostredníctvom:
- vývoja nadstavbového tréningu "multikultúrna supervízia a koučing" a
- zahrnutia kultúrnej senzitivity do existujúceho vzdelávania pre supervízorov a koučov

Dĺžka trvania projektu: 2009 - 2011

Zameraním celého projektu je rozvoj kultúrnej senzitivity a multikultúrnych kompetencií supervízorov a koučov, zároveň ponúka špecifickú výzvu pracovať, komunikovať so zahraničnými partnermi, spoznávať ich profesionálny prístup, ich prax v supervízii a kaučingu. Ďalšou pridanou hodnotou projektu je porovnávanie vzájomných odlišností a spoločných rysov v profesiách zameraných na rozvoj ľudského a profesionálneho potenciálu.
Poznatky projektu smerujú k myšlienke, že kultúrna senzitivita by mala byť súčasťou vzdelávanie aj pomáhajúcich profesií.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

Pevné objatie podľa Prekopovej - terapia aj životný štýl

Katarína ZBORTEKOVÁ
Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, Bratislava

ABSTRAKT
Nie je to tak dávno, čo sa mohla naša odborná i laická verejnosť zoznámiť s Prekopovej metódou Pevného objatia. Hoci má, ako tvrdí samotná autorka, svoj pôvod aj na Slovensku, paradoxne ju poznali a praktizovali vo viacerých blízkych i vzdialených krajinách dávno pred nami. V budúcom kalendárnom roku ukončí svoj štvorročný výcvik prvá skupina slovenských terapeutov, ktorého frekventantkou je aj autorka tohto príspevku. V príspevku sú objasnené základné východiská, ciele a formy tejto metódy.

Osoby a udalosti významné pre vznik TPO

Jiřina Prekopová významná detská psychologička a psychoterapeutka pochádza z Prostějova. Pre svoje politické názory a postoje sa nemohla v socialistickom Československu odborne realizovať. Po emigrácii v roku 1970 sa na detskej klinike v Stuttgarte venovala deťom s autizmom.Za svoj terapeutický koncept zameraný na podporu vnímania získala uznanie a rešpekt v odborných kruhoch.

Osudným sa jej stal klient **Robert S**., 7 ročný ťažký autista. Jeho terapiu viedla jeden a pol roka, keď si rodičia chlapca náhodne vypočuli prednášku nositeľa Nobelovej ceny za etológiu **Nica Tinbergena** o tzv. **„holding therapy“** a rozhodli sa ju vyskúšať. Autorkou bola americká psychologička **Martha Welsh**. Tento postup rodičov sa J. Prekopovej nemilo dotkol hneď dvakrát. Bol to v prvom rade zásah do terapeutického postupu bez jej vedomia a súhlasu. Samotný dramatický priebeh terapie držaním, ktorej sa dieťa intenzívne bránilo, bol v zásadnom rozpore s jej šetrným a citlivým prístupom k dieťaťu, ktorý bol všeobecne akceptovaný. Hoci novej metóde nedôverovala a zaujala k nej kritický postoj, musela po čase priznať, že Robertovo správanie sa začalo meniť a dosiahol väčší pokrok ako pri pôvodnej terapii. Prehĺbila sa väzba s matkou, ľudia začali byť preňho dôležití. K úplnému porozumeniu princípu a prijatiu metódy pevného objatia dospela J. Prekopová v osobnom zážitku a precítenia jej liečivého efektu. **Valentín Prekop**, jej manžel slovenského pôvodu, použil na riešenie manželského konfliktu pevné objatie, ktoré bolo také intenzívne, plné empatie a lásky, že dokázalo „rozpustiť“ manželkin hnev a agresiu a premeniť ho na vzájomnú spokojnosť radosť pokoj a šťastie. Účinok pevného objatia opakovane zažil v svojom detstve.

Terapia pevným objatím (TPO)

Jiřina Prekopová rozpracovala a v praxi overila vlastnú Terapiu pevným objatím. Ide o terapeutickú metódu zameranú na obnovenie narušených väzieb medzi blízkymi ľuďmi – rodičom a dieťaťom, manželmi, dlhodobými partnermi. V bezpečí pevného objatia, tvárou v tvár, prostredníctvom emocionálnej konfrontácie dochádza k ventilácii potlačených negatívnych emócií, kultivácii hnevu a agresie, vzájomnej empatii, emocionálnemu naplneniu systemického poriadku, rehabilitácii väzby, k obnoveniu lásky, k zážitku bezpečia a vnútornej slobody.

Pre TPO je charakteristický **celistvý viacdimenzionálny pohľad** na človeka. Terapeut sa zaujíma o celý doterajší priebeh života klienta, od jeho splodenia po súčasnosť. Významné pre

terapiu sú informácie o tom, či bol klient chceným dieťaťom, za akých okolností prebiehal jeho pôrod, či bola uspokojená jeho potreba **bazálnej väzby** – priľnutia (attechment), ako sa naučil ovládať potrebu sebapresadenia, či mohol prežiť obdobie vzdoru a puberty, ako sa mu darilo behom vzdelávania, v povolaní, milostnom živote a rodine. TPO vychádza zo systemického prístupu, čo znamená, že človek sa nevyvíja izolovane, od narodenia je začlenený do systému svojich príbuzných a predkov. Jeho život je možné prirovnať k stromu (obr.1).

Obrázok 1: Chronológia osobnostného vývinu (*Zdroj: Prekopová, 2009, s. 31)*.

Korene tvoria genetické informácie od otca i matky, a zároveň aj história ich rodinných systémov. Ak sa v nich stalo bezprávie alebo vyčlenenie určitého člena zo systému, niektorý z potomkov nevedomky preberá pocity odmietnutého predka (čiernej ovce rodiny, umelo potrateného dieťaťa a p.). Napodobňuje jeho osud, snaží sa ho priviesť do systému, aby v ňom zavládol **systemický poriadok**. Nemôže preto naplno prežívať svoju identitu. Tieto nezhody v systéme pôsobia na človeka aj napriek časovému odstupu niekoľkých generácií. Shaldrake (in Prekopová, Hellinger, 2008) hovorí o rezonanciách v tzv. morfogenetických poliach, ktoré zatiaľ súčasná veda nevie uspokojivo vysvetliť. Na tomto fenomenologickom pohľade rozvinul **Bert Hellinger** známu terapeutickú **metódu stavania rodinných systémov**. Tá je v prípade potreby súčasťou TPO, preto k podrobnej anamnéze patrí aj poznanie klientových rodokmeňov – **genogramov** rodín v otcovej i matkinej línii a informácie o emocionálnych vzťahoch a významných udalostiach v živote ich členov.

Cieľom terapie PO je obnovenie **bezpodmienečnej lásky**, ktorá prináša človeku vnútornú slobodu. Človek je jej schopný iba vtedy, ak dokáže prijať a mať rád seba samého napriek svojim chybám a slabostiam a svojich blízkych navzdory všetkým výhradám, ktoré voči nim má. Získava ju ako dieťa vo svojej rodine, aby sa neskôr dokázal odpútať a odovzdávať ju ďalej. Ak dieťa nemá skúsenosť bezpodmienečnej lásky vo svojom detstve, snaží sa naplniť túto základnú potrebu v priebehu života v rôznych vzťahoch, v striedaní partnerov, v závislostiach, dokonca ju chce nasýtiť láskou svojho dieťaťa. Nie je silným a spoľahlivým partnerom alebo rodičom vo vzťahu k svojim najbližším, ale „dieťaťom“, ktoré hľadá v partnerovi alebo dieťati svojich rodičov, ich lásku a ochranu. Nemôže byť slobodným, ale je závislým na náhradách lásky. Preto je dôležitou súčasťou terapie spoznanie týchto skutočností a vyrovnanie sa s nimi, **uzmierenie sa** s rodičmi a obnova vzájomnej lásky respektíve úcty k ním.

Formy TPO

- Rehabilitácia pôrodných zážitkov a dosýtenie materskou starostlivosťou
- PO medzi matkou a dieťaťom alebo otcom a dieťaťom pri riešení vzťahových konfliktov
- PO medzi manželmi (uzmierenie manželských konfliktov a kríz rozlúčenie manželov v PO)
- PO v spoločnom spánku
- PO ako uzmierovacia terapia pre dospelých a ich rodičov pomocou vizualizácie (uzmierenie sa s neprítomnými rodičmi, súrodencami, rozvedenými partnermi; rozlúčenie sa so zomrelým; oslobodenie sa od ľahko spracovateľných tráum (Prekopová, 2009, s.117)

Kontraindikácie TPO

- Zámer využiť TPO ako výchovný prostriedok na dosiahnutie poslušnosti
- Chronická afektívna ambivalencia klienta
- Odmietnutie TPO jedným z rodičov
- Ak klient odmieta obnoviť systemický poriadok v rodinnom systéme
- Psychotické ochorenie alebo hraničná porucha osobnosti
- Sexuálne alebo psychické zneužívanie dieťaťa rodičom, ktorý chce byť priamym účastníkom terapie (Prekopová, 2009, s.91).

Terapeut TPO

- musí prejsť viacročným výcvikom a supervíziou,
- musí mať zvládnuté viaceré krízy v osobnom živote,
- dodržiava celistvý, viacdimenzionálny prístup,
- nepreruší terapiu pokým nenastane obnova bezpodmienečnej lásky v rodinných väzbách
- pozná svoje hranice, sprostredkuje klientom nadväzujúcu terapiu (Prekopová, 2009, s 69).

PO ako životný štýl a spôsob života

PO ako bezpečný a prirodzený prostriedok na uvoľnenie potláčaných emócií, na porozumenie a zvládnutie konfliktov a nedorozumení, na rozvoj vzájomnej empatie a obnovu lásky je vhodné používať v rodine:

- už v ranom veku dieťaťa, aby sa naučilo, že všetky svoje pocity môže bezpečne vyjadriť v náručí otca alebo matky, oni ho pochopia a ono sa naučí vnímať pocity iných;
- telesný láskyplný kontakt dieťaťa s rodičmi je dovolený (erotické zóny sú tabu), telesná agresia a útek sú zakázané, konflikty sa riešia tvárou v tvár v objatí, nie fyzickým trestaním či odlúčením;
- pocity nespravodlivosti, hnevu, zlosti sa môžu vyjadrovať z očí do očí verbálne, mimicky, očným kontakt, plačom, krikom za jasných pravidiel, ktoré sú v réžii rodiča, dôležitosť vzájomného počúvania;
- s konfrontáciou sa nemôže prestať, kým nenastane uzmierenie a spokojnosť na oboch stranách, stav stáleho mieru nie je ideálny, lebo je neprirodzený a neučí dieťa riešiť konflikty;
- všetky pravidlá platia rovnako pre deti aj rodičov, tí by mali byť vzorom v riešení konfliktov. Asi v 4. roku dieťa dokáže pochopiť princípy riešenia konfliktov, ktoré sú mu vysvetlené na rozdieloch medzi zvieratkami a ľuďmi. Správanie zvierat je podmienené nižšími štruktúrami

mozgu preto na konflikt reagujú útokom alebo útekom. Ľudia vedia svoje „zvieracie“ inštinkty ovládať svojim rozumom a vôľou.

POUŽITÁ LITERATÚRA

PREKOPOVÁ, J. (2009). Pevné objetí – cesta k vnitřní svobodě. Portál, Praha.
PREKOPOVÁ, J., HELLINGER, B. (2008). Kdybyste vědeli jak vás miluji. Brno: Cesta.
Osobné poznatky z výcviku v TPO, Liptovský Ján, 2007- 2010.

KOVÁČOVÁ, Barbora (Ed.). (2011). VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká. Zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie. Bratislava : Univerzita Komenského. 158 s. ISBN 978-80-223-3006-0.

● editor ●
PaedDr. Barbora KOVÁČOVÁ, PhD.

● zborník z medzinárodnej vedeckej liečebnopedagogickej konferencie ●
VÝCHOVA verzus TERAPIA - možnosti, hranice a riziká

● odborní garanti konferencie●
Prof. PhDr. Marta HORŇÁKOVÁ, PhD.
Doc. PhDr. Albín ŠKOVIERA, PhD**.**

● recenzenti zborníka ●
doc. PhDr. Helena KUBEROVÁ, PhD.
Mgr. Ivan PODMANICKÝ, PhD.

● vydavateľstvo ●
© Univerzita Komenského v Bratislave

● vydanie ●
prvé

● rok vydania ●
2011

● ISBN ●
978-80-223-3006-0