

UNIVERZITA KOMENSKÉHO V BRATISLAVE

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Katedra liečebnej pedagogiky

**PSYCHOSOCIÁLNA REHABILITÁCIA  
V TEÓRII A V PRAXI**

**Zborník príspevkov  
z medzinárodnej konferencie  
konanej 9. októbra 2008 v Bratislave**

Bratislava 2009

**Editori:**

PaedDr. Monika Stupková

Mgr. Katarína Heráková

Mgr. Mária Bendíková

Ing. Martina Bendíková

**Recenzenti:** Mgr. Barbora Vodičková, PhD.

Mgr. Katarína Streickem, PhD.

- Publikácia neprešla jazykovou úpravou.
- Niektoré príspevky vychádzajú z powerpointových prezentácií prednášok (netvorí teda súvislý text).
- Ak sa niektoré príspevky, ktoré odznali na konferencii v zborníku nenachádzajú, neboli autormi dodané.

**Konferencia bola organizovaná:**

Katedrou liečebnej pedagogiky PdF UK v Bratislave

Občianskym združením PRO LP - Asociáciou liečebných pedagógov v spolupráci s Katedrou liečebnej pedagogiky Fakulty špecializačných zdravotníckych štúdií SZU

Ministerstvom zdravotníctva SR a Kanceláriou WHO

© Univerzita Komenského v Bratislave, 2009  
ISBN 978-80-223-2600-1

## OBSAH

Jana ŠPÁNIKOVÁ.....	5
<i>Slovo na úvod</i>	
Vladimír KEBZA.....	6
<i>Psychická odolnosť detí a adolescentů ve vztahu k životnímu stylu.</i>	
Milan SCHAVEL.....	11
<i>Psychosociální pomoc rodinám so sociálně-ekonomickými problémy.</i>	
Marta HORŇÁKOVÁ.....	15
<i>Podpora reziliencie prostredníctvom rozvíjania životných zručností.</i>	
Zlata ŠRÁMOVÁ.....	18
<i>Reinterpretácia životného príbehu – súčasť reminiscenčnej terapie seniorov.</i>	
Marcela HAVELKOVÁ.....	22
<i>Betánia ako jedno z centier poskytujúce komunitnú psychosociálnu rehabilitáciu v praxi.</i>	
Hroznata ŽIVNÝ.....	26
<i>Programy doliečovania osôb so závislosťou od psychoaktívnych látok.</i>	
Jana ŠPÁNIKOVÁ.....	36
<i>Rodina ako sociálny kapitál.</i>	
Zlatica BARTÍKOVÁ, Katarína ČERMÁKOVÁ .....	43
<i>Neformálna komunitná starostlivosť, svojpomoc, sieť integrovanej starostlivosti, duševné zdravie.</i>	
Katarína TRLICOVÁ.....	46
<i>Dištančné poradenstvo vo vzťahu k súčasným potrebám detského sveta.</i>	
Zuzana PYTLOVÁ .....	52
<i>Aká je budúcnosť denného centra – súčasné trendy v psychosociálnej rehabilitácii vo Veľkej Británii.</i>	
Róbert SABO.....	62
<i>Fetal-alkoholový syndróm z pohľadu liečebného pedagóga.</i>	
Mária BENDÍKOVÁ.....	67
<i>Popôrodná depresia.</i>	

## **Postery**

Mária SLANINOVÁ ..... 73  
*Možnosti výchovného poradenstva vo včasnej intervencii pri podpore reziliencie u rodín detí so znevýhodnením.*

Ľubica KROČANOVÁ ..... 83  
*Individuálna integrácia sluchovo postihnutých detí v predškolskom veku ako psychosociálny problém.*

## **Workshop**

Magdaléna SZABOVÁ ..... 89  
*Vnímanie a precitovanie svojho tela a priestoru – vplyv na sebaobraz a sebahodnotenie.*

## SLOVO NA ÚVOD

Jana ŠPÁNIKOVÁ

Milé dámy a páni, kolegyne, kolegovia, študentky a študenti, teda všetci zúčastníci o zvyšovanie svojho poznania.

Práve sa Vám dostáva do pozornosti zborník z konferencie *Psychosociálna rehabilitácia v teórii a praxi*, ktorá sa po štrnásty krát uskutočnila v súvislosti s *Liečebnopedagogickými dňami*. Tento krát boli príspevky zamerané na aktuálnu potrebu znovunadobudnutia stratených sociálnych zručností cez psychosociálnu rehabilitáciu.

Konferencia s medzinárodnou účasťou sa konala v Bratislave, dňa 9. októbra 2008 v priestoroch Ministerstva zdravotníctva SR a tak ako po minulé roky ju spoluorganizovali Občianske združenie PRO LP Asociácia liečebných pedagógov, Katedra liečebnej pedagogiky Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, Katedra liečebnej pedagogiky, Fakulty špecializačných a zdravotníckych štúdií SZU.

Liečebnopedagogické dni sú každoročne otvorené nielen pre súčasných a budúcich liečebných pedagógov, ale aj pre všetky pomáhajúce profesie, pracovníkov univerzít, výchovných pracovníkov a širokú verejnosť, ktorí majú úsilie robiť svet lepším a život znesiteľnejším. Vďaka tomuto sa nám podarilo vytvoriť tradíciu a miesto stretnutia odborníkov z pomáhajúcich profesií, miesto slúžiace na výmenu skúseností z teórie a praxe. Aj v našom štrnástom ročníku tomu nebolo inak, avšak nás prekvapila rôznorodosť, záber a kvalita odprednášaných tém.

Zároveň ďakujeme všetkým kolegyniam a kolegom, či už aktívnym, alebo pasívnym účastníkom našej konferencie, za prejavovaný záujem a podnetnú účasť.

Tešíme sa na ďalšie spoločné pracovné stretnutia!

# PSYCHICKÁ ODOLNOST DĚTÍ A ADOLESCENTŮ VE VZTAHU K ŽIVOTNÍMU STYLU

Vladimír KEBZA

## Abstrakt

*Vývoj koncepcí psychické odolnosti dospělých má v psychologii a medicíně již cca padesátiletou tradici, historie vývoje koncepcí psychické odolnosti dětí a adolescentů je mnohem kratší.*

## Klíčová slova

*Resilience, vulnerabilita, poruchy příjmu potravy, módní vlivy.*

## Úvod - koncepce psychické odolnosti

Zájem o poznání podstaty lidské odolnosti vůči zátěži, stresu, i každodenním požadavkům na člověka kladeným je jedním z ústředních témat psychologie zdraví, klinické psychologie, psychologie osobnosti, ale také pedagogiky, psychosociální rehabilitace, sociologie a dalších oborů.

Vývoj koncepcí psychické odolnosti dospělých má v psychologii a medicíně již cca padesátiletou tradici (přehledově viz Kebza, 2005; Kebza, Šolcová, 2008), historie vývoje koncepcí psychické odolnosti dětí a adolescentů je mnohem kratší.

Mezi tyto koncepce odolnosti - resilience je dnes v psychologii a medicíně řazena celá řada modelů a přístupů; obecně řečeno lze sem zařadit většinu psychologických koncepcí, využívajících určitých protektivních prvků ve vztahu k osobní pohodě, kvalitě života a ke zdraví.

Pojem resilience vyjadřuje v současné anglické odborné terminologii odolnost, pružnou, elastickou a houževnatou nezdolnost či nezlomnost posilující životní síly (i když tomu tak nebylo vždy, viz dále) a v tomto smyslu je tohoto pojmu užíváno v současné psychologické terminologii.

Etymologický základ pojmu resilience lze vztahovat k latinskému „salire“ (odpružit, vyskočit, vynořit se, ale také rychle vyrůst) a „resilire“ (odskočit, skočit zpět). V přeneseném slovy smyslu tak resilience může být chápána jako schopnost získat zpět síly, zotavit se, pružně se vrátit do původní podoby (Davidson et al., 2005).

## Psychická odolnost dětí a adolescentů

V longitudinální studii realizované u souboru 698 dětí narozených v chudobě (Werner, 1992, 1993; Werner & Smith, 2001; Johnson & Wiechelt, 2004) na ostrově Kauai bylo zjištěno, že z původního souboru těchto dětí vystavených působení řady biologických, environmentálních, behaviorálních a psychosociálních rizikových faktorů (nejčastěji v kombinaci předčasného

narození ve spojení s nestabilní bytovou a rodinnou situací, nízkým SES, duševními onemocněními či poruchami rodičů atd.) cca 2/3 vykazovaly závažné psychické, sociální a zdravotní problémy v dospělosti, zatímco zbývající 1/3 nikoli.

Podrobnější vyšetření této skupiny, realizovaná E. E. Wernerovou et al. umožnila identifikovat některé významné protektivní faktory související s psychickou odolností – resiliencí dětí a dospívajících:

- V dětství byly tyto děti schopny vytvářet a udržovat nejméně jeden silný osobní vztah zakládající sociální role včetně silného pouta s nerodičovskými pečujícími osobami z jejich okolí typu chůvy, tety, učitelé ;
- Vykazovaly „nekomplikovaný“ temperament, byly vnímavé, citlivé, pozitivně uvažující, laskavé a srdečné;
- Ve škole vykazovaly hodně zájmů, zálib a koníčků, rozvíjely mnoho přátelských vztahů a účastnily se společenských aktivit (kluby, spolky, společnosti, církevní komunity typu YMCA);
- Ve škole vykazovaly též vyšší úroveň rozumových schopností a jazykových znalostí než děti z 2/3 původního souboru.

V této souvislosti lze uvažovat o jakémisi centrálním jádru dětské a adolescentní odolnosti (resilience), tvořeném pravděpodobně:

- vysokou úroveň sebehodnocení a sebeúcty,
- širokým repertoárem a úrovní zvládacích dovedností (coping skills),
- některými osobnostními rysy a dispozicemi (např. optimismem, extravertovaností, otevřeností nové zkušenosti, svědomitostí a pečlivostí).

Ve studii M. Daveyové a jejích spolupracovníků (Davey, Eaker, Walters, 2003) byl potvrzen tento vztah v empirickém šetření, provedeném u souboru adolescentů nižší středněpříjmové skupiny v Massachusetts. Adolescentní resilience se podle výsledků této studie dá vyjádřit:

- kombinací pozitivního sebehodnocení a sebeúcty
- rozsahu zvládacích dovedností,
- extraverze, spokojenosti a otevřenosti nové zkušenosti

V ČR se touto problematikou zabývali mj. Langmeier, Matějček, 1963, 1968, 1974; Matějček, 1989, 1996; Matějček, Dytrych, 1998; odolností předškolních dětí též Hoskovcová, 2006.

### **Význam výživy v životním stylu**

Výživa patří mezi nejvýznamnější složky životního stylu. Dopad vlivů výživy na lidské zdraví může být podle její skladby, frekvence, objemu a vyváženosti s dalšími složkami životního stylu protektivní i rizikový.

Na jedné straně tohoto kontinua stojí např. zjištění, že podvýživa představuje jeden z nejvýznamnějších problémů současné společnosti, na druhé straně se objevují závěry četných studií WHO, EU atd. se shodným či velmi podobným konstatováním, že v rozvinutých zemích je asi 32 - 35% úmrtí ovlivněno nevhodnými stravovacími zvyklostmi.

Pod vlivem řady okolností (např. nepřetržitý vliv reklamy, nápodoba „žádoucích“ vzorů z médií a zvl. časopisů, výběry modelek, soutěže o Miss..., stylizace do momentálně aktuálně přitažlivé role sportovce, kulturisty) může u dětí a adolescentů dojít k rozvoji poruchy příjmu potravy jak ve smyslu obezity, tak malnutrice, mentální anorexie a bulimie.

Často dosud tradovaná představa, že jde pouze, či v naprosté většině případů o rizika ohrožující dívky, nebyla v posledních letech plně potvrzena. V poslední době vzrůstá i počet

případů poruch příjmu potravy u chlapců a mladých mužů. Obecně lze konstatovat, že dříve tradovaný poměr cca 50 : 1 (na 50 případů poruch příjmu potravy u dívek a mladých žen připadl 1 případ u chlapců) se mění v poslední době na poměr cca 10 – 20: 1.

Rozvoj těchto poruch, či naopak schopnost čelit a odolávat jejich vzniku a rozvoji nepochybně souvisí mj.:

1. na jedné straně též s úrovní a strukturou psychické odolnosti,
2. jakož i na druhé straně s vulnerabilní charakteristikou osobnosti každého individua.

Jde nepochybně o multifaktorově podmíněný fenomén, v jehož etiologii se uplatňují mj. následující bio-psycho-socio-kulturní a spirituální okolnosti:

- Biologické a genetické vlivy,
- Osobnostní proměnné (struktura a dynamika osobnosti)
- Kognitivní a emocionální vlivy,
- Sociální proměnné (sociabilita, sociální opora, riziko sociální izolace)
- Životní události (life events, daily hassles x uplifts)
- Úroveň individuální psychické odolnosti
- Rodinné okolnosti
- Kulturní okolnosti (tradice vs. módní vlivy, potřeba být „in“..., religiozita vs. sekularizace společnosti)

Vulnerabilita (původně z lat. vulnero = ranit, ublížit, uškodit, angl. vulnerability = zranitelnost) vystupuje v roli významné determinanty zdraví (Becker, 1982).

Na biologické úrovni může mít biologický podklad, zatímco na psychické úrovni se může v důsledku stresorů a s ním souvisejícím navozením prožitku nízké či nulové kontroly nad vývojem situace, bezmoci a beznaděje zvýšit vulnerabilita jedince vůči některým duševním a pravděpodobně i tělesným chorobám.

Některé zdroje rozlišují *primární* a *sekundární vulnerabilitu*: primární či konstituční vulnerabilitu člověk získává v průběhu prvních šesti měsíců života, sekundární vulnerabilitu v pozdějším období svého vývoje (Brandstädter, von Eye, 1982).

V souvislosti s výzkumem úzkostných poruch představil okruh výzkumníků, soustředěný kolem amerického badatele D. H. Barlowa, návrh *koncepce trojí vulnerability* ve smyslu tří vzájemně se ovlivňujících kategorií sklonu či náchylnosti k rozvoji úzkostných poruch (ale např. též sexuálních dysfunkcí): první kategorii vulnerability tvoří podle těchto autorů *obecná biologická vulnerabilita*, vyjadřující geneticky založený podíl na rozvoji poruch.

Druhou kategorií je *obecná psychologická vulnerabilita*, charakterizovatelná snížením či absencí pocitu kontroly a rozvojem pesimistického atribučního stylu, což může být důsledkem raných zkušeností, podporujících přesvědčení, že důležité životní situace a události přicházejí často bez předchozích příznaků, neočekávaně, nepredikovatelně a nekontrolovatelně.

Třetí kategorií v rámci této teorie trojí vulnerability je *specifická psychologická vulnerabilita*, vycházející především z raných zkušeností, obsahujících informace, zprostředkované významnými osobami (např. rodiči), z nichž vyplývá, že posuzování a hodnocení okolím může být potenciálně ohrožující.

### **Módní vlivy: role médií**

Aplikace sociálně kognitivní teorie A. Bandury (1977, 1989) do oblasti vztahu mezi zdravím a nemocí se již mnohokrát osvědčila. Kromě využití v oblasti možností změn chování to bylo mj. ve výzkumu podstaty agresivního chování. V často citované studii Bandury a Walterse



(1973) promítli autoři dětem z MŠ filmy, zobrazující osoby, které si mírumilovně nebo agresivně hrály v místnosti s hračkami.

V agresivně založeném filmu děti viděly, jak herec bije a kope velkou panenku „Bobo“. Když děti po shlédnutí tohoto filmu dostaly příležitost hrát si v této místnosti, častěji než dříve se k této panence chovaly také agresivně.

Když pak dále děti viděly, že herec je za své agresivní chování odměněn („dosáhl beztrestně svého“), napodobovaly agresivní chování ještě frekventovaněji.

Tato studie byla jednou z prvních prokazujících vliv nápodoby v rozvoji dětského (agresivního) chování.

V jedné z prvních longitudinálních studií dětské agresivity shromáždili Eron a kol. (1973) data o délce sledování televize u devítiletých amerických hochů a poté zjistili vysokou korelaci těchto údajů s úrovní agresivity, kterou tito chlapci projevovali o deset let později. Leifer, Gordon a Graves (1974) zjistili, že děti, které sledovaly vybrané programy, v nichž lidé řešili problémy konstruktivně, aniž by se uchýlovali k násilí, projevovaly významně nižší úroveň agresivity.

Obdobně je koncipována jedna z novějších studií (van den Berg, Neumark-Sztainer, Hannan, Haines, 2007) vyhodnocující vztah mezi:

1. frekvencí četby časopisů, v nichž se pravidelně objevují články o dietě, hubnutí a ideálu krásy hubených modelek, a
2. souvisejícími behaviorálními a psychosociálními projevy a tendencemi vedoucími k poruchám příjmu potravy.

Data pocházela z projektu EAT (Eating Among Teens), 5-leté longitudinální studie týkající se nutričních zvyklostí, tělesné aktivity, váhy, činností, volného času a některých dalších psychosociálních a behaviorálních proměnných u souboru 2 516 mladších středoškoláků. V roce 1999 se uskutečnila první (baseline), v roce 2004 druhá (end-point) část vyšetření.

V rámci vyšetřeného souboru dětí četlo pravidelně tzv. lifestylové magazíny, obsahující fotografie modelek a články o hubnutí, dietách atd. asi 44% dívek a 14% chlapců.

Po pětiletém sledování bylo potvrzeno, že dívky, čtoucí pravidelně tyto časopisy vykazovaly nejčastěji poruchy příjmu potravy – poměr dívek, které se uchýlovaly k postupům jako zvracení, užívání laxativ atd. byl cca třikrát vyšší u pravidelných čtenářek těchto časopisů ve srovnání s těmi, které je nečtou vůbec, nebo čtou nepravidelně a spíše příležitostně (rozdíl byl statisticky významný).

## **Závěr**

Zjištění z této studie vedou ve spojení s výsledky dalších obdobných šetření k pravděpodobně oprávněnému závěru, že četba podobných časopisů predisponuje k nezdravému chování směřujícímu ke vzniku a rozvoji poruch příjmu potravy. Pro jeho vznik a rozvoj je významná mj. též úroveň a struktura zranitelnosti, vulnerability a na druhé straně též psychické odolnosti, resilience.

Prodrobnější informace o projektu EAT je možno získat v níže uvedeném zdroji:

*„Is Dieting Advice From Magazines Helpful or Harmful? Five-Year Associations With Weight-Control Behaviors and Psychological Outcomes in Adolescents“*

(Patricia van den Berg, Dianne Neumark-Sztainer, Peter J. Hannan, and Jess Haines, publikováno v časopise PEDIATRICS 119, 2007, 1, pp. 30-37).

## **Bibliografie**

- BANDURA, A. *Self-efficacy mechanism in human agency*. American Psychologist 37, 1982. 122 – 147.
- KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha : Academia, 2005.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Hlavní koncepce psychické odolnosti*. Čs. psychologie 52, 2008. 1 - 19.
- MATEJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Riziko a resilience*. Čs. Psychologie 42, 1998. 97 – 105.
- MATEJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Praha : Grada, 2002.
- WERNER, E. E. *Risk, resilience, and recovery – perspectives from Kauai longitudinal study*. Development and Psychopathology 5, 1993. Fall, 503 – 515.

# PSYCHOSOCÁLNA POMOC PRE RODINY SO SOCIÁLNO-EKONOMICKÝMI PROBLÉMAMI

Milan SCHAVEL

## Abstrakt

*V sociálnej práci sa stále častejšie stretávame s riešením sociálnych problémov klientov, ktorí sa primárne nachádzajú v zložitých a nepriaznivých ekonomických situáciách. Môžeme aj konštatovať, že nepriaznivé ekonomické zázemie rodiny je predispozíciou vzniku ďalších, napríklad aj sociálno – patologických javov, alebo sa táto situácia prinajmenšom podieľa na vzniku nefunkčných sociálnych väzieb a rozpade rodiny. Príspevok z tohto dôvodu naznačuje najmä niektoré kolízie vzniku nepriaznivej ekonomickej situácie rodiny a zároveň naznačuje niektoré špecifiká v obsahu sociálneho poradenstva pre rodiny so sociálno – ekonomickými problémami.*

## Kľúčové slová

*Sociálno – ekonomické problémy, zadlženosť, rodina, sociálno – patologické javy, sociálne poradenstvo, tím, tímová spolupráca.*

## Rodina a jej sociálno – ekonomické problémy

V súčasnosti sa pomerne často stretávame s ekonomickou nestabilitou rodín, čo považujeme za jeden z dôležitých faktorov sekundárne sa prezentovaných kríz v rodine.

Rodina sa v súčasnosti dostáva do zložitej ekonomickej situácie z niekoľkých dôvodov. Často je to otázka nezamestnanosti člena rodiny alebo otázka zadlžovania sa na úkor materiálnych produktov vplyvom širokej ponuky tovarov v hypermarketoch, ako aj vplyvom agresívnych reklám bankových subjektov orientovaných na všetky vrstvy obyvateľstva. Ekonomickú stabilitu rodiny môže podporovať napr. vyšší počet členov domácnosti, ktorí sú ekonomicky aktívni, ďalej je to celkový počet detí a členov domácnosti, vek živateľa rodiny, úroveň dosiahnutého vzdelania žiteľov rodiny, ako aj celkové náklady na výdaje pre domácnosť.

Na druhej strane ekonomickú nestabilitu rodín ovplyvňuje najmä :

- nezamestnanosť člena rodiny,
- práca za minimálnu mzdu,
- neistá práca alebo práca v zahraničí a s tým súvisiace problémy,
- neschopnosť zaobchádzať s peniazmi,
- zadlženie rodín (strata zamestnania, bankové subjekty, obchodné centrá a hypermarkety),
- neúplná rodina alebo žena samoživiteľka – odkázaná len na svoj vlastný príjem alebo pomoc štátu prostredníctvom dávok a príspevkov.

Na druhej strane môže sociálno – ekonomickú situáciu rodiny zhoršiť aj niekoľko závažných faktorov, ktorých riešenie je často práve v kompetencii sociálneho pracovníka. Medzi najčastejšie patria rozpad rodiny, agresívne správanie partnerov a nízka kvalita vzťahov.

Ďalším problémom je prítomnosť sociálno – patologických javov, medzi najčastejšie patrí najmä závislosť na alkohole a iných druhoch závislostí. Časté a menej identifikované je gamblerstvo alebo tipovanie v stávkových kanceláriách, ktoré je legálne, štátom tolerované. Tieto druhy závislosti sú častými príčinami rozpadu rodiny a hlavne príčinou zhoršenia ekonomickej situácie rodín. Ekonomickú situáciu rodiny ovplyvňuje aj prítomnosť zdravotne znevýhodneného člena domácnosti alebo prítomnosť člena rodiny so zdravotnými problémami (nevyliciteľne chorý, člen rodiny s psychiatrickou diagnózou a pod.).

Zaujímavým fenoménom zhoršovania ekonomickej situácie rodiny a narastajúceho zadĺženia je aj jav, ktorý odráža problémy v partnerských vzťahoch, kedy jeden z partnerov svoju nespokojnosť a dominantnosť prezentuje demonštratívnymi nákupmi. Nezohľadňuje potreby rodiny a ich členov, egoisticky preferuje svoje vlastné záujmy a predstavy uspokojovania potrieb. Častým javom v súčasných, menej ekonomicky stabilných rodinách je aj nakupovanie v hypermarketoch, za podpory lákavých ponúk (tovar na splátky) z dôvodu kompenzácie pocitov menejcennosti a snahe vyrovnáť sa ostatným. Nákupy majú často aj emocionálny podtón (aj my si chceme spraviť radosť, moje deti to tiež môžu mať, keď som nemal/nemala ja, tak nech majú aspoň moje deti a pod.).

Ďalším problémom zadĺženia je aj samotná neschopnosť rodiny vedieť efektívne hospodáriť. Tento problém ovplyvňuje často nižšia intelektová úroveň rodičov alebo už vyššie spomínané faktory.

Okrem spomínaných dôsledkov sociálno – ekonomických problémov je potrebné upozorniť na nepriaznivý vplyv tejto situácie na dieťa v rodine. Dôsledky sú jednak materiálneho charakteru (nedostatky v stravovaní, ošatení, hygiene, podmienkach na bývanie, učebných pomôckach, podpore voľnočasových aktivít). Stáva sa, že dieťa sa izoluje od svojich rovesníkov, má obmedzené sociálne kontakty alebo naopak identifikuje sa s rovesníkmi s podobnými problémami, pričom sa kumulujú predispozične sociálne podmienené asociálne prejavy v správaní.

V oblasti sociálnej práce je perspektíva riešenia predkladaných problémov najmä v poskytovaní kvalifikovaného sociálneho poradenstva.

### **Sociálne poradenstvo**

Všeobecne môžeme konštatovať, že sociálne poradenstvo má v sociálnej praxi nezastupiteľné miesto. Oblasti využitia sociálneho poradenstva sú veľmi rozmanité. Ak by sme mali analyzovať aj širšie okolnosti súvisiace s nepriaznivou ekonomickou situáciou rodiny, potom by sme mohli tvrdiť, že sociálne poradenstvo sa v tomto prípade zameriava najmä na problémy v sociálnych vzťahoch, problémy so zvládnutím sociálnych zmien (napr. keď sa stáva živiteľ rodiny nezamestnaným) alebo, ako tvrdí Gabura (2005) na problémy súvisiacimi so sociálnymi insuficienciami (napr. chýbajúce peniaze). Pre riešenie spomínaných problémov je nevyhnutné vnímať aj potrebu kvalifikovaného poskytovania sociálneho poradenstva čo odvodzujeme najmä od vedomostí, zručností a osobnostných daností sociálneho poradcu a taktiež, a to považujeme z hľadiska súčasného stavu za mimoriadne dôležité, aj od charakteru inštitúcie, ktorá vytvára rámec pre poskytovanie sociálneho poradenstva (poznáme subjekty štátnej správy, samosprávy a občianske združenia v rámci tretieho sektora). V aplikácii na primárne riešenie sociálno – ekonomických problémov rodín však musíme konštatovať, že pripravenosť našich sociálnych poradcov, ako aj jednotlivých subjektov, ktoré by mali vytvárať pre jeho uplatnenie širší rámec nie je dostatočná. Ukazuje sa, že týmto otázkam sa nevenuje skoro žiadna pozornosť ako z hľadiska sekundárnej tak aj terciárnej prevencie. Systematická a dlhodobá práca s rodinou jednoducho v našich

podmienkach absentuje. Bolo by vhodné, napriek týmto nepriaznivým podmienkam aspoň načrtnúť možnosti pomoci tejto cieľovej skupine klientov.

### **Obsah sociálneho poradenstva pre rodiny so sociálno – ekonomickými problémami**

Sociálne poradenstvo musí byť v svojom obsahu zamerané na zistenie rozsahu, charakteru a príčin hmotnej núdze. To znamená, že v iniciálnej fáze sociálneho poradenstva sa sociálny poradca orientuje na identifikovanie primárnych príčin zadĺženia, pričom využíva najmä metódy sociálneho poradenstva, ktoré sú charakteristické pre základnú úroveň sociálneho poradenstva. Sociálny poradca musí prostredníctvom svojich poradenských zručností a zručností komunikácie získať klienta pre spoluprácu a mobilizovať ho k podielu na riešení svojej nepriaznivej situácie. V procese práce s klientom potom dbá na poskytovanie relevantných informácií s prezentovaním návrhov na riešenie situácie, na jeho usmerňovanie podporovanie a sprevádzanie pri odhaľovaní možných zdrojov ovplyvňujúcich riešenie zložitých sociálno – ekonomických problémov klienta. Sociálny poradca teda po zistení ekonomickej situácie rodiny orientuje svoj odborný potenciál na ekonomické poradenstvo a poradenstvo psychosociálne (s hľadaním možných partnerov pre spoluprácu v tíme, napr. psychológa, liečebného pedagóga).

Cieľom sociálneho poradenstva pre rodiny so sociálno – ekonomickými problémami sú obsahové rámce, ktoré sú zamerané na to aby sme :

- rodinu zbavili dlhov,
- naučili rodinu hospodáriť,
- zamedzili vytváraniu nových dlhov,
- vytvorili optimálne podmienky pre sociálne väzby členov rodiny,
- zaangažovali všetkých členov rodiny na pripravovaných zmenách a postupov.

V našom sociálnom systéme existujú mechanizmy, ktoré by mohli prispieť k riešeniu nepriaznivej situácie rodín. K tomuto účelu máme sieť sociálnych subjektov v rámci samosprávy právne predpisy umožňujú napr. poskytnúť sociálnu pôžičku, jednorázovú dávku sociálnej pomoci. Na úrovni štátnej správy v oblasti sociálnych vecí sú to dávky pomoci v hmotnej núdzi, štátna sociálna podpora formou príspevkov (napr. dotácia na stravu, školské potreby, motivačný príspevok pre deti predškolského a školského veku). Rozsiahla je sieť občianskych združení, ktoré pracujú s rodinou, ale vo väčšej miere by sa mali angažovať pri vyjednávaní zadĺžených s inými subjektami, mali by rodinu dlhodobo sprevádzať.

Pre skvalitnenie tejto špecifickej poradenskej činnosti orientovanej na sociálno – ekonomické problémy rodiny považujeme za potrebné preferovať a zabezpečiť :

- systematickú a dlhodobú prácu s rodinou ako celkom,
- terénnu sociálnu prácu (návštevy v rodinách a ich sprevádzanie),
- komunikáciu s ekonomickými a finančnými subjektami
- zainteresovanie ďalších odborníkov ako napr. právnik, psychológ, liečebný pedagóg, kňaz, finančný poradca a samozrejme sociálny pracovník na rôznych úrovniach.

### **Záver**

Otázka spolupráce jednotlivých odborníkov, ako aj dlhodobá a systematická sociálna práca s celou rodinou je pri riešení sociálno – ekonomických problémov rodín nevyhnutná. Ďalšou dôležitou podmienkou zintenzívnenia poradenskej pomoci pri riešení uvedených problémov je väčšia angažovanosť nositeľov intervenčných poradenských činností, dôležitou podmienkou je aj záujem a ochota zainteresovaných sociálnych subjektov prispôbiť svoje zameranie novým špecifickým problémom.

## **Bibliografia**

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

OLÁH, M., SCHAVEL, M. *Sociálne poradenstvo*. Prešov : PBF, 2006. ISBN : 80-8068-487-1.

# PODPORA REZILIENCIE PROSTREDNÍCTVOM ROZVÍJANIA ŽIVOTNÝCH ZRUČNOSTÍ

Marta HORŇÁKOVÁ

## Abstrakt

*Pri psychosociálnej rehabilitácii je dôležité podporiť životné zručnosti a posilniť tak osobnostné zdroje pre zvládanie záťažových situácií.*

## Kľúčové slová

*Reziliencia, kruh odvahy, spolupatričnosť, majstrovské ovládanie, samostatnosť, veľkorysosť a vytrvalosť.*

Najväčšie nároky na človeka, kedy potrebuje psychosociálnu rehabilitáciu, kladú situácie bežného života. Ak ich človek prežíva ako záťažové situácie, obáva sa neúspechu, riziko zlyhania a relapsu narastá. Spravidla treba nielen obnovovať to, čo bolo v priebehu ochorenia oslabené, alebo celkom stratené, ale učiť sa aj mnohým novým modelom spôsobu života.

Z tohto hľadiska je zaujímavý koncept, ktorý používali Brentro, Brokenleg a van Bockern (2002) v práci s mladistvými s poruchami správania. Nazvali ho „kruh odvahy“. Išlo o sprostredkovanie životných zručností, ktoré podporujú nezdolnosť u rizikových jednotlivcov a pomáhajú im byť produktívnejšími, šťastnejšími v situáciách, kedy musia čeliť stresu a tlakom v bežnom živote. Koncept bol založený na základných hodnotách ako je spolupatričnosť, majstrovské ovládanie, samostatnosť, veľkorysosť a vytrvalosť.

## Spolupatričnosť

Každý má potrebu niekam patriť, môcť sa vrátiť, byť prijatý. Spolupatričnosť je spojená s ochotou niesť zodpovednosť, zdieľať sa, spolupracovať. Ochorenie, dlhodobá hospitalizácia, ako aj psychické problémy, môžu predstavovať bariéry v komunikácii, stratu zázemia, obavy z návratu do prostredia, ktoré bolo zdrojom konfliktov a trápenia. Pacienti mali v tejto oblasti spravidla dlhodobé problémy – ako deti boli nechcení, ponižovaní, zneužívaní, chýbali im bezpečné vzťahy. Boli označovaní za tých, ktorí robia problémy. Ale aj keď to nebolo až také nepriaznivé, v dôsledku ochorenia sa niekedy snaha po spolupatričnosti k blízkym osobám vytráca – nastupuje uzavretosť, nedôvera, opatrné správanie.

## Majstrovské zvládanie

Majstrovské zvládanie niektorej činnosti predpokladá presvedčenie o kompetentnosti zvládnuť, dôverovať svojim schopnostiam, rešpektovať nejaké hodnoty. Za výborným zvládnutím každej činnosti je motivácia, schopnosť rozvíjať svoje zručnosti a dávať si ciele. Ak sa niekto nesnaží aspoň niečo výborne zvládnuť, je za tým rezignácia na svoje možnosti. Príčinou môže byť nedostatok podpory. Podľa Malla (2005), ak sa má dieťa zdravo rozvíjať, musia byť procesy jeho interakcie s prostredím podporované vnímavým zaobchádzaním zo strany iných ľudí. Dieťa je odkázané na túto podporovanú komunikáciu medzi vnútorným



a vonkajším prostredím. Aj menší problém pri komunikácii s dieťaťom, napr. – ak málo hovorí, má zlú výslovnosť, alebo nepočúva, správa sa nepredvídateľne – môže viesť k narušeniu interakcie. Rodič dieťaťa stále menej rozumie a dieťa stále menej očakáva, že bude pochopené. Význam úcty a prijatia potvrdili 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 odvalu pre konfrontáciu s novými úlohami a aktivitu. Bezvýhradné prijatie malého dieťaťa matkou pôsobí posilňujúco. Ak u dospelých ľudí pri oslabení ochorením a pod., pôsobí prijímajúci vzťah integrujúco. Ak sa človek v ťažkej situácii nemôže bezpodmienečne spoľahnúť na prijatie, bráni mu to, aby prijal výzvy života a riešil svoje problémy.

Moderné 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 mobingu môže viesť k ťažkým poruchám zdravia (Speck, 2008, s. 140.)

Deficity v systéme zrkadliacich neurónov boli zistené v spojení s brutálnym a násilným konaním. Speck (2008, s. 140) hovorí o neuronálnej deprivácii. Uvádza výsledky štúdie o mladistvých Stuttgart 2000 od Baunera (2006) podľa ktorej sa u 50 % mládeže vyskytovali psychosomatické ochorenia, poruchy emócií a osobnosti u 15 %, 20 % detí malo poruchu hyperaktivity a pozornosti a pod. Tento výskumník spájal výsledky štúdie s extrémnou sociálnou izoláciou, s opustením, zahanbovaním, zhadzovaním – s upretím úcty a uznania.

Majstrovské zvládanie akejkoľvek činnosti provokuje v sociálnom prostredí pozitívne reakcie, prejavy uznania a potvrdzovanie individuálneho významu jednotlivca.

### **Samostatnosť**

Samostatnosť predpokladá istú mieru autonómie, schopnosti orientovať sa, rozhodovať, zameriavať svoje konanie. Bezmocnosť vedie k neprispôsobivému správaniu, nesamostatnosť k odkázanosti na pomoc. Ak je to z pohľadu okolia neopodstatnené, spravidla vznikajú konflikty, okolie je preťažené a samotná nesamostatná osoba sa často cíti nepochopená, ukrivdená. Je riziko, že bude hľadať „ochranu“ u kohokoľvek a dostane sa do nezrelých, asociálne zameraných, zneužívajúcich vzťahov.

### **Veľkorysosť**

Veľkorysosť, ochota obetovať svoj čas a sily pre pomoc niekomu inému, posilňuje sebaúctu a pomáha získať nadhľad nad svojimi problémami a naplňovať svoj život zmyslom. Často práve ťažká osobná skúsenosť sa stane zdrojom sily a je špeciálnou kvalifikáciou pri pomáhaní ľuďom v podobnej situácii. Grün (2007) rozpráva príbeh človeka, ktorý chcel poznať tajomstvo šťastného života. Majster mu povedal :“Každý deň urob niekoho šťastným ....aj keby si tým človekom mal byť ty sám.“ Jedno čínske príslovie hovorí, že vzájomná pomoc robí aj chudobných ľudí bohatými.



## Vytrvalosť

Táto vlastnosť je priamo spájaná s rezilienciou. Je výsledkom prekonávania životných ťažkostí a ich využitia pre osobnostný rast. Môže sa prejavovať v práci, vo vzťahoch, v starostlivosti o zdravie, iných ľudí, v športe, v záujmoch a pod. Výrazne vytrvalí jednotlivci sú schopní riešiť problémy, byť tvoriví, prispôsobovať sa, prekonávať prekážky.

Program rozvíjania životných zručností obsahuje:

- cvičenia na zvládanie záťaže (návrik relaxácie), rozvíjanie tvorivosti (hľadanie alternatívnych riešení), získavanie schopnosti prispôbiť sa;
- zaoberanie sa hodnotovým rebríčkom, objavovanie významov, porozumenie dôvodom svojho konania;
- stanovenie cieľov, plánovanie jednotlivých krokov pre ich dosiahnutie;
- rozhodovanie a riešenie problémov;
- rozvíjanie záujmov;
- rozvíjanie sebakontroly, podpora identity, rozvíjanie sociálnych zručností.

Veľa príležitostí k tomu poskytuje ergoterapia, ale aj všetky ostatné liečebnopedagogické terapie. Grün (2007) k tomu hovorí dôležité slová o tom, že aj jednoduché činnosti, ktoré sú vykonávané poctivo, majú zmysel, ak sú službou pre iných. Ale práca je len cesta – nie cieľ. Musí mať svoju protiváhu – odpočinok. Práca pomáha človeku uvedomiť si, kto je, ale nesmie sa stať prostriedkom na sebadefinovanie, ťarchou. Musí byť radosťou.

## Bibliografia

- BRENDRO, L., K., Brokenleg, M., Van Bockern S. *Reclaiming Youth at Risk (revised edition)*. National Educational Service, Bloomington, 2002. ISBN: 1879639866
- GRÜN, A., *Hľadanie vnútornej rovnováhy*. Bratislava : DB, 2007.
- HORNÁKOVÁ, M. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava : OZ Sociálna práca, 2007
- MALL, W. *Sensomotorische Lebensweisen – ein Verständniskonzept für Menschen mit geistiger Behinderung*. Heilpädagogik.de 2005,3 s. 15-20
- RINK, J., E. *Praktická pedagogika*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2005. 91 s.
- SCHEEPERS, C., STEDING–ALBRECHT, U., JEHN, P. *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln*. Stuttgart, New York, 1999
- SPECK, O. 2008 *Hirnforschung und Erziehung. Eine pädagogische Auseinandersetzung mit neurobiologischen Erkenntnissen*. München Basel : Reinhardt, 2008, s. 196.
- UTZ, H., E. 2006. *Zur Aktualität der Neurowissenschaften: Zwischen Machbakeitsglauben, gediegener Aufklärung und der Fundierung bewährter heilpädagogischer Prinzipien*. Heilpädagogik.de, 2006/3., , 2006/ 4, s. 3

# REINTERPRETÁCIA ŽIVOTNÉHO PRÍBEHU – SÚČASŤ REMINISCENČNEJ TERAPIE SENIOROV

Zlata ŠRÁMOVÁ

## Abstrakt

*Kognitívno rehabilitačná starostlivosť je systém metód, stratégií, podporných prístupov, ktoré umožňujú uchopiť komplexnejšie krízovú situáciu z pozície štruktúry osobnosti a tiež rôznych typov náročnosti riešeného problému. Vyšší vek, často spojený s obmedzujúcimi diagnózami (somatickými alebo psychickými) je vnímaný subjektívne a sociálne ako debaklová situácia. Reinterpretácia životného príbehu umožňuje chápať prejavy ochorenia cez porozumenie životných skúseností a metafora životného príbehu otvára nové aspekty skutočnosti. Ak sa pozrieme späť na významné udalosti života, posilňujeme svoju osobitosť, udržujeme integritu, spúšťame rovinu intrapsychického prežívania, možnosť skupinovej podpory a akceptácie vo vzťahu k okolitej societe. To v konečnom dôsledku eliminuje debaklové prežívanie seniorského veku.*

## Kľúčové slová

*Reminiscenčná terapia, seniari, pamäť, spomienky, príbehy, kreatívna činnosť.*

Začala by som výrokom Nossrata Peseschkiana (1996): „Príbehy majú veľa spoločného s liekmi. Ak použijete príbeh v pravej chvíli a vhodnou formou, môže sa stať najdôležitejším prvkom terapeutického úsilia, pretože prispeje k zmenám v postoji a správaní.“

Obdobie druhej polovice života bolo dlhší čas mimo záujmu systematického vedeckého poznania. Mnohí odborníci sa dokonca domnievali, že jedinec vo vyššom veku nie je schopný urobiť potrebnú zmenu vo svojej osobnosti, v životnom štýle, v životných postojoch a že je len odkázaný na pomalý ústup z aktívneho života.

Optimistickejší pohľad vníma vývoj ako celoživotný proces. Vývinový pohľad na psychické zmeny v druhej polovici života teda nedovoľuje oddeľovať starnutie od predchádzajúcich životných fáz.

Proces reintegrácie životnej skúsenosti sa v rámci gerontogenézy uplatňuje opakovane niekoľkokrát. Menia sa podmienky, vzťah medzi organizmom a prostredím, stúpa konzistencia jednotlivých vlastností a zložiek osobnosti. Reintegrácia zážitkov a skúseností – ako dôležitý vývinový proces v celoživotnom kontexte – je aj jedným z hlavných argumentov proti veľmi zjednodušenej analógii, že „starý človek = malé dieťa“.

Starnutie je vysoko individuálny proces. Variabilita obrazov starých ľudí je daná dlhodobým pôsobením formatívnych vplyvov a reflektuje dva vývinové trendy v oblasti psychického fungovania. Na jednej strane je starnutie zdrojom involučných procesov viacerých kognitívnych funkcií, na druhej strane je paradoxne príležitosťou pre pokračujúci osobnostný rast a zrenie (tak ako o ňom píše C.G.Jung, 1999 alebo E.H.Erikson, 1999).

V momente prechodu do obdobia staroby (podľa E.H.Eriksona ôsme vývinové štádium) je jednotlivec čoraz intenzívnejšie vystavovaný potrebe riešiť otázku integrity (na úrovni

prežívania). Obdobie staroby a riešenie psychosociálnej krízy je najnáročnejšie. Integrita a múdrosť nie sú dané dosiahnutým vekom, ale sú aktívnymi procesmi rozvíjajúcimi sa v priebehu celého života. Ak počas predchádzajúcich životných fáz nedošlo k vyriešeniu a naplneniu relevantných vývinových kríz, ani dosiahnutie integrity v konečnom dôsledku nie je možné.

Novodobejší prístup k problematike starnutia sa sústreďuje na hľadanie a porovnávanie spôsobov a procesov, pomocou ktorých sa seniori vyrovnávajú s rozdielmi vo výkonnosti. Upúšťa sa od dôrazu na kognitívne funkcie a prikláňa sa viac k subjektívnej stránke bytia seniora – zaujíma sa ako vníma, prežíva, hodnotí nastávajúce zmeny a odpovede na ne. Aj keď samozrejme teórie kognitívneho starnutia nepopierame (známe sú zistenia o pozitívnych koreláciách medzi kognitívnou výkonnosťou a mierou vnútorných presvedčení o sebaúčinnosti inštrumentálneho charakteru najmä u mužov seniorov).

Nás zaujíma postoj k životným stratám. Veľké životné udalosti a straty sa chápu pozitívne ako skúsenosti prispievajúce k novým aspektom identity jednotlivca, ktoré v ňom zároveň podporujú schopnosť adaptácie a sebaregulácie. Aby sa tak stalo, je nevyhnutné nájsť *zmysel* prežitých životných udalostí a ten *integrovat' do procesu prežívania* a hodnotenia týchto udalostí. Adaptáciu vymedzujeme ako psychosociálne prispôsobenie sa meniacej sa situácii alebo ako stupeň, ku ktorému smeruje optimálne fungovanie jednotlivca. Je to proces, pomocou ktorého sa jedinec opätovne približuje k narušenej rovnováhe a to buď:

- aktívnym vyrovnávaním sa so situáciou
- náhradným, nepriamym vyrovnávaním sa so situáciou (kompenzácia)
- únikom so situácie (pri nemožnosti aktívneho vyrovnávania sa)

Tento proces sa týka všetkých seniorov, teda ja tých u ktorých by sme pre rôzne, často ťažké formy demencie nepredpokladali schopnosť reintegrácie. Naomi Feil (2006) upozorňuje, že najdôležitejšie je akceptovať, že návrat starého a dementného človeka do minulosti patrí k „normálnemu obrazu“ aj prirodzenej staroby, že tento návrat je spôsob, ako prežiť proces chradnutia, ako aj spôsob, ako zmierniť dopad staroby. Starý a dezorientovaný človek má svoje korene. Vďaka múdrosti a intuícii sa vracia do minulosti, aby si usporiadal a uspokojil svoje potreby lásky a identity.

Stuart-Hamilton (1999) uvádza, že niektorí výskumníci sú presvedčení o tom, že „terapia spomienkou“ môže byť pre starších ľudí povzbudzujúca, lebo im umožňuje vyrovnat' sa pred smrťou s vlastným životom.

Reminiscenčná terapia je aktivačná a validačná metóda, ktorá používa spomienky a na ich podporu využíva rôzne podnety (2007). Seniori preberajú minulosť, prehodnocujú ju, bilancujú. Vybavujú si pamäťové stopy cez predstavy, príbehy, pri kreatívnej činnosti, cez osobné a historické udalosti. Ako podnety nám môžu slúžiť fotografie, obrazy, drobné predmety, pohľadnice z ciest, faktografická literatúra, kroniky, príp. videozáznamy, listy.

Súčasťou procesu preformulovania a revalidácie debaklovej situácie je aj prístup reinterpretácie životného príbehu. Celostné riešenie podchytením krízovej situácie umožňuje lepšie pochopiť debaklovanosť procesu a tento problém riešiť na základe dvoch predpokladov:

1. Prejav choroby je možné pochopiť cez porozumenie celku životných svislostí.
2. Metafora životného príbehu môže rozvíjať celkom nové aspekty skutočnosti. Čiastkové poruchy sa totiž spravidla viažu ku klientovmu pochopeniu celkového prežitia vlastného života.

### **Kazuistická ilustrácia č.1. :**

81 ročná pani, utiahnutá, s deformitami chrbtice, s častými trasmi tela, zhoršený zrak. Opakovane vyšetrovaná na neurológii, ortopédii, psychiatrii – dg, ťažkej artrózy, depresívny syndróm.

Kognitívne funkcie s ohľadom na vek veľmi dobré, staro i novopamäť bez výraznejších deficitov.

Klientka po nadviazaní kontaktu (na etapy) ochotne rozpráva o svojom živote s dvoma staršími sestrami a mladším bratom. Vyrastala v meštiackej rodine, otec bol notárom. Mama im šila šaty, vždy vypadali elegantne. Vojnu trávili u otcových rodičov, otec bol vo väzení pre protesty voči politike tzv. Slovenského štátu.

Po vojne sa vydala za syna otcovho priateľa, otec krátko po návrate z väzenia zomrel na tuberkulózu, mama sa liečila na psychiatrii. So súrodencami sa stýkala sporadicky – nemali si spolu čo povedať. V manželstve bola spokojná je vdova šesť rokov, veľa cestovali, dve deti, aj vnúčatá a pravnúča jej robia radosť. Mrzí ju, že im je už viac na obtiaž.

Pri spomienkach na vojnové časy sa jej tras zvyrazňuje a hlas je hlbší a pomalší.

Zvolila som čítanie zo spomienok židovského dievčaťa, žijúceho v lokalite kde klientka žila, na vojnové roky, keď sa ukrývala v lesnom bunkri pred prenasledovaním. Pri čítaní sa klientka viditeľne rozrušila a následne rozplakala, rozpráva o znásilnení svojej matky ruskými vojakmi po tom, čo ukryla dcéry v lese, aby ich uchránila. Zakázala im o tom hovoriť. Po prvýkrát to urobila až teraz. Následný rozhovor s dcérou (ktorá bola prekvapená, čím jej mama a babička, tety prešli) a opätovné spomínanie na bolesť, smútok, strach umožnili klientke pochopiť lepšie aj svoje depresie.

Reinterpretácia príbehu jej priniesla viditeľnú úľavu, výrazne zmiernila tras tela aj symptómy depresie (bolo možné zredukovať medikáciu). Povzbudenie a sloboda vracať sa aj „k zakázaným“ spomienkovým témam sa stalo kľúčom k zlepšeniu kvality jej života.

### **Kazuistická ilustrácia č. 2.:**

Skupina štyroch seniorov, u všetkých je stanovená dg. Alzheimerovej demencie v druhom a treťom štádiu. Málo verbálne komunikujú, obvykle len jednoslabičné slová („daj“, „áno“, „jaj“, „no,no“ a pod). Nonverbalita je výrazná – gestikulácia, grimasy, drobné pohyby prstov, hra rúk so svojim oblečením, súchanie nôh, očný kontakt.

Pozeráme si fotografie z ich detstva, ktoré doniesli príbuzní – jedna pani(79 ročná) (symptomatically veľmi nekludná, stále niečo hľadá, má tendenciu unikať z priestoru kde práve je, občas je negativistická) berie fotku na ktorej je so svojim synom a zreteľne povie: „ Moja mama“, po povzbudení: „Vaša mamička?“, pokračuje: „ Musím ísť domov, treba všetko nachystať, navariť, potom deti, aj upratať, no veď, už je najvyšší čas“. Reč je zadrhaná, sekaná, na prvý dojem pôsobí inkohorentne.

Skupina so záujmom počúva. (Občas mám dojem, že klienti s touto dg. si aj vo svojom svete demencie veľmi dobre rozumejú. Aj keď my netušíme o čom je reč oni dokážu vytvoriť podporujúce prostredie. Pozn, autorky.)

Po rozhovore s dcérou sa dozvedáme, že o ne sa starala babička, lebo mama chodila na prácu ďaleko do mesta a vídali ju len cez nedeľu, keď prichádzala za nimi.

Na ďalší deň sa vraciame v stretnutí k vybranej fotografii a klientka znovu okamžite reaguje. Ponúkame kľúč k jej životnému príbehu: „Je to ťažké pre matku, keď musí ísť za prácou, aby uživila rodinu a nemôže byť so svojimi deťmi“.

*Klientka okamžite reaguje a rozpráva ako často plakala po nociach, ako matke závidela, že je s deťmi a zároveň jej bola vďačná, ale nikdy jej to „neodpustila“, lebo deti ju mali radšej ako svoju mamu. Pripomíname, že ide o dg. Alzheimerovej choroby. Tak súvisle klientka nikdy nehovorila. Skupina bola veľmi empatická, hladili ju po pleci, druhá klientka plakala s ňou, že ona stratila deti a nemá nikoho a jej predsa ešte žijú. Spoločne sme rozprávali o tom ako môžeme poďakovať rodičom aj keď už nežijú a poslať im odkaz „po anjeloch“.*

*Po dohovore s dcérou (ktorá mamu mala naozaj veľmi rada a jej prežívanie blízkosti k matke bolo intenzívne) jej pri návštevách rozprávala ako si spomína na svoje detstvo u babičky, ako sa tešila na mamu, aké darčeky od nej dostávala.*

*Klientkin „hľadací“ nepokoj sa minimalizoval(. Mohli by sme metaforicky povedať, že svoju dcéru už našla). Jej emočné prežívanie bolo živšie, viac sa usmievala, reagovala pokojnejšie, negativizmus sa objavoval len sporadicky. (Obvykle stačilo spomenúť, že dcérka sa už na ňu teší a jej odpor bol odklonený)*

Prístup z hľadiska reinterpretácie životného príbehu umožňuje liečiť systém a jeho fungovanie. Môžeme sa skúsiť znovu učiť počúvať príbehy našich seniorov, pozornejšie, so sledovaním signálov, ktoré nám môžu napovedať, kde je kľúč k ich životnému ohnisku, ktorý zostal nevypovedaný a pomôcť im prerozprávať ho. V jeho rámci aj doliečiť jednotlivé symptómy. Uvedený terapeutický prístup podporuje uvoľnenie individuálnych samoregulujúcich mechanizmov. Ak v medicíne ešte prevláda kauzálna terapia vychádzajúca z princípu analógie – pracuje s uzavretým systémom. Človek je ale systém otvorený a porozumenie príbehu jeho života pomáha nájsť adekvátnu terapiu.

*Ak dospievame k istému pochopeniu toho, ako sa určitá osoba správa, zisťujeme, že je to v spôsobe, akým si vysvetľuje svoje okolnosti.*

*George Kelly*

## **Bibliografia**

PESESCHKIAN, N. *Kupec a papoušek*. Brno.: Cesta, 1996

KULKA, J. *Transkultúrní rozměry psychoterapie a vyprávění příběhu*, Časopis psychiatria, psychoterapia, psychosomatika, 2008, 15/2, str. 131

STUART-HAMILTON *Psychologie stárnutí*. Praha : Portál 1999

KLÁČKO, M. *Reminiscenčná terapia u seniorov*. Diplomová práca, Bratislava : UK PdF UK Bratislava – katedra liečebnej pedagogiky, 2007

HALL, C., S. et al. *Psychológia osobnosti*. Bratislava : SPN, 1997

FEIL, N. *Validation, Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*, Nunchen. Verlag, 2002



# BETÁNIA AKO JEDNO Z CENTIER POSKYTUJÚCE KOMUNITNÚ PSYCHOSOCIÁLNU REHABILITÁCIU V PRAXI

Marcela HAVELKOVÁ

## Abstrakt

*Príspevok ponúka náhľad do práce občianskeho združenia Betánia. Táto profesionálna organizácia buduje svoje kapacity podľa potrieb spoločnosti a komunit, y rozvíja vzťahy, spoluprácu i partnerstvá so všetkými organizáciami blízkeho zamerania, ale predovšetkým so zameraním na sociálnu pomoc.*

## Kľúčové slová

*Sociálna pomoc, nápravná a rehabilitačná činnosť, hľadanie východísk, Aktivačné geriatrické centrum, Sociálna prevencia a sociálna pomoc.*

“ Ako vrátiť ľuďom duchovný význam, duchovný nekľud, ako na nich spustiť niečo, pod čím by sa roztopili ako pod gregoriánskym chorálom!... Nedá sa už žiť politikou, bilanciami a krížovkami. To už nemôžeme.

Už nedokážeme žiť bez poézie, bez farieb, bez lásky. Stačí si vypočuť vidiecku pieseň z 15. storočia, aby sme pocítili ten veľký zostup... Dve miliardy ľudí už počúvajú len roboty, rozumejú už len robotom a samy sa stávajú robotmi.”

(Saint –Exupéry)

“ Všetci sme si dlžní lásku, ale máme ňou nie sebe, ale iným slúžiť.”

(Dr.Martin Luther)

Vážené dámy, vážení páni!

Dovoľte mi, aby som sa Vám predstavila. Moje meno je Marcela Havelková, som liečebný pedagóg a v rámci svojej profesie pracujem už od ukončenia školy v organizácii Betánia.

Betánia vznikla 28.1.1991 ako občianske združenie, ktorého predsedom je MUDr.Igor André pod názvom Diakonické združenie Betánia. Po roku 1989 sa otvorili možnosti pre dobrovoľníctvo a občiansku angažovanosť. Vznikla ako malá komunita reagujúca na potreby spoločnosti, konkrétne starších a mentálne postihnutých občanov. Z občianskeho združenia sa pomaly profilovala profesionálna organizácia, ktorá budovala a buduje svoje kapacity podľa potrieb spoločnosti a komunity. Betánia rozvíja vzťahy, spoluprácu i partnerstvá so všetkými organizáciami blízkeho zamerania, ale predovšetkým so zameraním na sociálnu pomoc. (Bratislavský samosprávny kraj, verejné zariadenia, cirkevné organizácie, neštátne subjekty.)

Diakonické združenie Betánia založilo spolu s Cirkvou bratskou v SR tri samostatné neziskové organizácie so zameraním na poskytovanie sociálnej pomoci, ktoré pracujú v

sociálnej sieti. Sú to: Betánia Senec, n.o., Betánia Bratislava, n.o. a Betánia Kalinovo, n.o. Kapacita zariadení a vytvorené prostredie zodpovedá charakteru rodinného typu. Pomáha chorým, telesne a mentálne postihnutým, starým ľuďom, nevládnym osobám a tým, ktorí vyžadujú opateru a ošetrovateľskú pomoc bez rozdielu vyznania, stavu, rasovej, náboženskej i politickej príslušnosti.

V organizačnej štruktúre Betánie Bratislava, n.o. fungujú dve organizačné zložky a to Aktivačné geriatrické centrum a Sociálna prevencia a sociálne poradenstvo. Tretiu organizačnú zložku – Domácu opatrovateľskú službu, sme museli v apríli tohto roka dočasne zrušiť. Jednalo sa o službu, ktorú sme poskytovali 10 rokov.

V rámci sociálnej prevencie a sociálneho poradenstva poskytujeme služby občanom od 1.1.2001. Sociálnu prevenciu vykonávame pre občanov s ťažkým zdravotným postihnutím a občanov s nepriaznivým zdravotným stavom formou vyhľadávacej, nápravnej a rehabilitačnej činnosti. Sociálne poradenstvo poskytujeme pre občanov, ktorí sa ocitli v nepriaznivej sociálnej situácii s dôrazom na poskytnutie informácií, pomoci, podpory a snahy o rozvoj optimálneho uplatnenia sa v živote. Posilňovaním a advokáciou občanov sa snažíme posilniť ich vlastnú sebakompetenciu a spoločne nájsť východiská v danej situácii.

Aktivačné geriatrické centrum – je kombinované rezidenčné zariadenie rodinného typu, v ktorom poskytujeme sociálne služby celoročne. Kapacita zariadenia je 22 lôžok, ktoré sú členené na: domov dôchodcov – 12 lôžok, zariadenie opatrovateľskej služby – 10 lôžok. V AGC poskytujeme nepretržitú, kresťansky orientovanú starostlivosť pre starších ľudí (zdravotnú, sociálnu, liečebno-pedagogickú, duchovno-pastorálnu, sociálne poradenstvo, diétne stravovanie), ktorí sú odkázaní na priamu pomoc inej osoby pri zabezpečovaní nevyhnutných životných úkonoch a to buď na prechodnú dobu, alebo na dobu neurčitú pri splnení podmienok zákona č.195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci v znení neskorších predpisov. Cieľom našej práce je všestranná aktivácia za pomoci všetkých nám dostupných prostriedkov smerom k zlepšeniu a skvalitneniu života našich obyvateľov a k zvýšeniu ich sebakompetencie a sebastačnosti podporujúc ich zachovanú funkčnosť s dôrazom na existujúce kapacity jednotlivca a s rešpektom na jeho rezervy.

Môžeme si položiť otázku, prečo sa Betánia môže radiť medzi komunitné psychosociálne centrá a hľadať spoločne uspokojivú odpoveď. Môže ňou byť aj odpoveď: pretože služby, ktoré sú ponúkané a poskytované reagujú adekvátnym spôsobom na potreby prijímateľov týchto služieb. Tak isto zahŕňajú multidisciplinárny prístup v rámci bežného dňa. Dovoľm si tak isto povedať, že duchovný rozmer starostlivosti o ľudí v Betánii má svoje pevné miesto v každodennom programe života Betánie, ktorý pomáha nachádzať, posilňovať a upevňovať vieru v Boha, čím ovplyvňuje kvalitu života jednotlivca i celej komunity. Napr. pri psychomotorickej terapii som mala predstavu, ktorú sa nám všetkým podarilo naplniť systematicky. Začínala som nesmelou, ale s dôverou. Na prvom mieste som oslovila kolegyňu, na druhom sme napísali projekt, ktorý bol podporený. Potom sme nakúpili pomôcky na túto aktivitu a stala sa súčasťou denno-denných aktivít z ktorých sa tešia obyvatelia, kolegovia a ja tiež. Táto aktivita je flexibilná aj keď má svoju zostavu, pretože ju môže vykonávať liečebný pedagóg, pracovník pre aktivačnú činnosť, dobrovoľníčka aj iný ošetrojúci či obsluhujúci personál. V rámci aktivít bežného dňa sa nám darilo, darí a dúfam že aj bude dariť zapájať biblioterapiu, muzikoterapiu, činnosťnú terapiu, psychomotorickú terapiu, dramatoterapiu (kreslenie, vystrihovanie, pečenie medovníkov, príprava vianočnej výzdoby, využívanie drobných hudobných nástrojov, spievanie ľudových piesní, individuálne i skupinové cvičenia). Dôležité je spomenúť, že tieto aktivity sú dobrovoľné. Čo v praxi znamená, že nikdy sa klient nenúti, pokiaľ to nechce, t.j. rešpektuje sa to, či ponuku aktivít prijíma, alebo nie. Mohlo by totižto ohroziť „moc pomáhajúcich profesií“, kde odborník, profesionál (akýkoľvek), alebo rodinný člen, dobrovoľník či priateľ sa stavia nad klienta, čo by bolo na

veľkú ujmu všetkých zúčastnených. Výsledok liečebno-pedagogických aktivít by bol kontraproduktívny. Zároveň nemôžeme podporiť opačný kontrast, že tak cítim s klientom, že za neho robím všetko, čo je ďalšia kontraproduktivita, pretože používam nevedome manipuláciu, ktorá ho v konečnom efekte oslabuje. Dôležitá je blízkosť človeka k človeku, nepovyšovať profesný záujem nad záujem klienta, ale tak isto hrozí nebezpečenstvo „lásky k blížnemu“ keď sa klient stane obeťou, ktorá ho nakoniec oslabuje, pretože ho obmedzuje v jeho samostatnosti, ako uvádza Marta Horňáková. Prístup, ktorý uplatňujeme je holistický, človeka prijímame v jeho bio-psycho-sociálnej a spirituálnej jednote “ ako bytie, ako jedinečné individuum, ktoré smeruje k integrite “ (M.Horňáková, 2003) a nezameriavame sa na výsledok aktivít, ale na spolupodieľanie sa všetkých zúčastnených. Myslím si, že spolupodieľanie je terapeutické pre všetkých zúčastnených sa procesu a vysoko posilňuje sebakompetenciu človeka. Musím spomenúť motiváciu a vhodnú komunikáciu smerom ku klientovi, čo v našom prípade pri práci so staršími ľuďmi s rôznymi diagnózami nie je ľahké. (poruchy výživy, cukrovka, nefrologické ochorenia, imobilizačný syndróm, poruchy pamäti, poruchy správania so súvisiacimi psychiatrickými ochoreniami, demenciami rôzneho typu, kardiovaskulárne ochorenia, depresie, zmiešaný psychosyndróm, stavy po náhlej cievnej mozgovej príhode, onkologické ochorenia, stavy po zlomeninách). Nemalá časť našej práce je sprevádzanie staršieho človeka pri zomieraní.

Toto všetko, čo vám rozprávam je dielom Božej milosti a v druhom rade všetkých v multidisciplinárnom tíme zúčastňujúcich sa denno-dennej práce. Nie rok, dva, ale celé roky. Keď sme začínali, podmienky boli úplne iné ako sú teraz. Všetci sa neustále učíme ako robiť všetko lepšie, efektívnejšie a hlavne v prospech človeka a tým mám na mysli človeka, ktorému sa poskytuje služba, ako aj ľudí, ktorí poskytujú službu. Dôležité je nájsť rovnováhu v partnerstve medzi človekom odkázaným na sociálnu pomoc a tými, ktorí tú pomoc poskytujú. Keď som začínala prácu liečebného pedagóga, nebolo jednoduché nakúpiť pomôcky, alebo mať samostatnú miestnosť na výkon aktivít. Napriek rôznym ťažkostiam sme mohli spoločne vykonávať aktivity liečebnej pedagogiky, ako bola psychomotorická, činnosť a ďalšie vyššie uvedené terapie, aj keď nie úplne systematicky, ale aspoň tak, ako to bolo možné – personálne, fyzicky, finančne, priestorovo. V súčasnosti s radosťou môžeme konštatovať, že máme samostatnú miestnosť na aktivity liečebnej pedagogiky, hlavne činnostnej terapie, ktorá sa nám v súčasnosti darí realizovať. Nezabúdame ale, že “ činnosť terapia nie je tréningom, ale príležitosťou objavovať vlastné možnosti” (Horňáková, 2003). Je to zásluha našej kolegyne správkyne p. Anky Andréovej, ktorá sa ujala tejto potreby a finančne i materiálne zabezpečuje jej fungovanie.

Uvedomujeme si vysoký nárast počtu starších obyvateľov a zároveň znižovanie počtu kapacít ľudských zdrojov, a preto kladieme väčší dôraz na organizovanie práce a budovanie sietí k iným partnerom. Našou nosnou zásadou je aktívny prístup k životu staršieho človeka ako aj personálu v súčinnosti s jedinečnosťou a originalitou jednotlivca v rovnováhe s celým širším sociálnym prostredím. Právo na rovnaké šance ako aj rešpektovanie univerzálnych morálnych hodnôt ako sú milosrdenstvo ale nie ľútosť, inklúzia ale nie segregácia, akceptácia, úcta, partnerstvo, sú značkou kultúrnej spoločnosti.

Všetko so všetkým súvisí. So starším človekom súvisí rodina. S nutnosťou reforiem súvisí zodpovednosť za zdroje, ktoré sú obmedzené a preto je dôležité ich efektívne využitie. Kontinuálne prežitie spoločnosti, osobná zodpovednosť, zodpovednosť za budúcnosť celku by mali byť samozrejmosťou fungovania života. Nie rečnícke gestá a slová ktoré devalvujú hodnotu a obsah verbálnej komunikácie, ale definované poslanie uskutočňovať v praxi. S úctou k starším a zdravotne znevýhodneným ľuďom, rešpektovaním ich obmedzení a limitov, cez sieť sociálnych služieb posilňovať ich schopnosti, je nový spôsob komunikácie navzájom. Kto to nepochopí a chce niekoho meniť, neuspeje. Približovanie musí prichádzať z



jednej aj z druhej strany. Posilňovanie jednotlivca zvyšuje sebakompetenciu komunity. Platí tiež, že cez spoluprácu s inými, posilňujem sám seba.

“ Čím viac sa človek podieľa na živote druhých ľudí, tým viac je sám sebou. A čím je viac sám sebou, tým lepšie môže byť druhým ľuďom nápomocný.” (W.Zestra)

Na záver chcem poďakovať všetkým mojim pedagógom, ktorí ma naozaj dobre pripravili do praxe. Keby nebolo nich, nestála by som tu teraz pred Vami. Tak isto Vás chcem povzbudiť v tom, aby ste boli vytrvalí, húževnatí, aby ste sa nebáli prijímať konštruktívne podnety – kritiku, a zároveň si stáli za svojimi výkonmi, lebo všetko nás posúva dopredu.

Ďakujem za pozornosť.

### **Bibliografia**

HORNÁKOVÁ, M. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava : OZ Sociálna práca, 2003

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Arteterapia- úžitkové umenie?* Petrus publishers, 2006

NEMČOKOVÁ, M. et al. *Práva pacientov*. Osveta, 2004

HEGYI, L., POTOCKÝ, A. *Problémy seniorov na konci storočia*. EURAG Slovensko, 1999

GASPEROVÁ, M. *Staroba, ako vysoká škola viery*. Osveta, 2008

# DOLIEČOVACIE PROGRAMY ZÁVISLÝCH OD PSYCHOAKTÍVNYCH LÁTOK

Hroznata ŽIVNÝ

## Abstrakt

*Autor v príspevku pojednáva o doliečovacích programoch ako o segmente služieb, poskytovaných osobám so závislosťami od psychoaktívnych látok. Definuje doliečovacie programy v kontexte modelu procesu zmeny.*

*Zaoberá sa teoretickými východiskami socioterapeutických skupín a klubov, terapeutických komunít. Popisuje konkrétne príklady fungovania niektorých doliečovacích programov Centra pre liečbu drogových závislostí v Bratislave.*

## Kľúčové slová

*Substančné a behaviorálne závislosti, doliečovanie, doliečovacie programy, socioterapeutické skupiny a kluby, terapeutická komunita.*

V kontexte problematiky závislostí od psychoaktívnych látok psychológovia James Prochaska a Carl DiClemente skonštruovali **model procesu zmeny** (Miller, Rollnick, 2003; Rotgers, 1999).

Tento model popisuje proces zmeny, ktorý má nasledujúce štádiá:

**1/ Prekontemplácia (Precontemplation)**

**2/ Kontemplácia (Contemplation)**

**3/ Rozhodovanie (Determination)**

**4/ Akcia (Aktion)**

**5/ Udržovanie (Maintenance)**

**V prvom štádiu** sa nachádzajú jedinci, ktorí nevnímajú užívanie psychoaktívnych látok ako svoj problém. Cítia sa dobre, a toto štádium je charakterizované ich výrokmi: „užívanie mám pod kontrolou“ a „keď budem chcieť prestať, tak prestanem!“. Akákoľvek zmena ich spávania sa im zdá zbytočná. Úlohou terapeuta je poskytnúť informácie, ponúknuť služby minimalizujúce riziká (harm reduction) a ak je to možné, udržovať kontakt.

**V druhom štádiu** závislí začínajú uvažovať o ziskoch a stratách z užívania psychoaktívnych látok a začínajú evidovať súvislosti s medzi vznikajúcimi problémami a vlastným užívaním.

**V treťom štádiu** problémy začínajú byť dramatické, straty z užívania prevažujú zisky z užívania a závislí začínajú reálne uvažovať o potrebe zmeniť situáciu.

**Vo štvrtom štádiu** závislý realizuje svoje rozhodnutie riešiť situáciu a riešenie je- realizácia liečby.

**Liečba** (Kudrle, 2003) je:

- Zastavením (sa), zastavením (pitia, užívania drog, hrania),
- odpútaním sa od prostredia, ktoré mi umožňovalo žiť závislým spôsobom života,
- detoxifikáciou v širšom zmysle slova (substanca, vzťahy, prostredie, návyky),
- pohľadom späť na uplynulé životné udalosti,

- konfrontáciou s tým, čo ma poškodzovalo a zraňovalo,
- konfrontáciou s tým, čo som pokazil ja a s tými, ktorých som zranil ja,
- rozpoznávaním, pochopením a prijatím zodpovednosti za svoj život,
- vytváraním náhľadu na súvislosti života v závislosti a zlých životných stratégií,
- znovuobjavovaním pocitov a emócií a učením sa adekvátne ich vyjadrovať,
- možnosťou uvedomiť si reálne vzťahy ku svojmu okoliu (rodina, práca, priatelia...),
- hľadaním zmyslu života, životných hodnôt,
- hľadaním vzťahu k nejakému vyššiemu ideálu, princípu,
- hľadaním nástrojov k uskutočňovaniu zmien a ich udržania v každodennom živote,
- upevňovaním hodnôt, ktoré som získal abstinenciou.

**Piate štádium** je život bez psychokatívnej látky – je to začiatok návratu do normálneho života a je to usilovanie v tomto živote zotrvať.

V tomto kontexte môžeme spomenúť účinné faktory v psychoterapii všeobecne (sebaodhalenie, seba porozumenie, akceptácia, učenie, vedenie, katarzia, univerzalita, altruizmus, terapeutický optimizmus) a potom upriamiť pozornosť na špecifiká psychoterapeutického procesu v terapii závislostí.

Prochazka a Norcross (1999) popisujú spoločné jadro rôznych psychoterapeutických prístupov ako je pozitívne očakávanie, terapeutický vzťah, Hawthornský efekt, emočné uvoľnenie, klarifikácia a interpretácia, posilňovanie, desenzibilizácia, rituály, konfrontácia s problémom a nácvik schopností a zručností. Každý prístup potom rozvíja množstvo špecifických faktorov, viažucich sa na teoretický koncept prístupu a rozvíjané metódy a techniky. V súvislosti s terapiou závislostí môžeme spomenúť hlbinnú a dynamicky orientovanú psychoterapiu, humanisticky orientovanú psychoterapiu, rodinnú a systemickú psychoterapiu, hypnotické a relaxačné postupy, integrovaný prístup a predovšetkým, ako dominantnú v terapii závislostí najefektívnejšiu kognitívno- behaviorálnu terapiu.

Všeobecne možno povedať, že cieľom týchto terapeutických postupov je zmena konkrétneho správania, ktoré bráni človeku aby nezávisle existoval. Zmeny prebiehajú na fyziologickej, emocionálnej, kognitívnej a konatívnej úrovni. Konkrétne ciele liečby stanovuje terapeut spolu so závislým na základe uzatvorenej terapeutической dohody.

### **Doliečovanie, doliečovacie programy, následná starostlivosť**

- sú súčasťou tejto poslednej fázy procesu zmeny.

Doliečovanie podľa Kalinu (Kalina a kol., 2001) „*sa týka predovšetkým podpory a udržania abstinencie po liečbe. V širšom poňatí, vychádzajúcom z bio-psycho-sociálneho modelu možno doliečovanie definovať ako súbor všetkých služieb, ktoré nasledujú po ukončení základného liečebného programu...*“

V kontexte našej práce pojednáme princípy práce socioterapeutických klubov ako reprezentantov doliečovacích programov v oblasti poskytovania služieb osobám so závislosťami od psychoktívnych látok ako i so závislosťou na hre.

Ako konkrétny príklad socioterapeutického klubu uvedieme charakteristiku socioterapeutického klubu pre ľudí so závislosťou na hazardných hrách (gambling) v Centre pre liečbu drogových závislostí v Bratislave na Hraničnej ul. 2.

### **Socioterapeutické kluby**

Prácu v socioterapeutických kluboch charakterizuje Živný (1993) takto:

1. udržanie pacienta v abstinencii

2. rozvoj sebaznania
3. rozvoj záujmovej sféry
4. zlepšenie interpersonálnej komunikácie
5. vytváranie nových pozitívnych postojov, nové hodnotové orientácie
6. tréning v sociálnom učení
7. rekonštrukcia sociálneho zázemia
8. vytváranie nového pozitívneho štýlu
9. osobnostný rast
10. hľadanie existenciálneho zmyslu života
11. vzájomná pomoc, solidarita
12. ovplyvňovanie postojov širšej spoločnosti
13. vývoj k relatívne samostatným svojpomocným skupinám.

Skupinové **ciele psychoterapeutickej skupiny**, ktoré podľa Liebmana (2005) možno deliť na **všeobecné individuálne ciele** (tvorivosť a spontánnosť, autonómia, sloboda, vyjadrenie citov, emócií, konfliktov, práca s fantáziou, uvedomenie si seba samého, získavanie skúseností, relaxácia) a **všeobecné sociálne ciele** (uvedomenie si druhých, spolupráca, komunikácia, riešenie problémov, univerzalita, podpora, skupinová kohézia, spoločné témy).

**Terapeutické faktory skupinovej práce** podľa Yaloma (2007) sú: dodávanie nádeje, univerzalita, sprostredkovanie informácií, altruizmus, korektívna skúsenosť, spätná väzba, interpersonálne učenie, skupinová kohézia, katarzia, existenciálne faktory - hľadanie zmyslu sú identickými faktormi, charakterizujúcimi terapeutický proces, prebiehajúci v socioterapeutických kluboch.

Poznáme model choroby rodiny, v ktorej sa vyskytuje identifikovaný závislý, podľa ktorého sú členovia rodiny chorí takisto ako identifikovaný závislý.

Ich chorobou je **spoluzávislosť**, ktorú možno charakterizovať i týmito príznakmi:

- pocit viny za to, čo sa deje;
- obetovanie sebaúcty v prospech snahy zachovať zdanie, že je „všetko v poriadku“ smerom navonok;
- preberanie zodpovednosti za uspokojovanie potrieb iných pred vlastnými;
- prežívanie úzkosti;
- poruchy emocionality;
- depresivita;
- pocity krivdy;
- strata zmyslu života;
- pocity ničoty...

Ak sa dokáže rodina zmobilizovať a začne produktívne riešiť svoje problémy, má veľkú šancu ich i vyriešiť. V rámci riešenia problémov súvisiacich s užívaním psychoaktívnych látok identifikovaný závislý sa začne liečiť a v lepšom prípade sa začne liečiť i spoluzávislý rodinný príslušník.

Ak teraz urobíme myšlienkový skok a prehlásime, že výsledkom terapie je to, čo sme skutočne terapiou dosiahli a v zmysle tohto výroku abstrahujeme od negatívnych výsledkov terapie (neúspešná, neukončená, prerušená terapia), tak výsledkom úspešnej terapie sú životy, v ktorých abstínujúci závislý kráča na svojej ceste od závislosti k slobode.

Abstínujúci závislí prešli „nultým stavom duše“, oni i ich blízki prešli následne tým, čo možno nazvať pozitívnou dezintegráciou. Je to proces v čase, kde sa rozbieha staré, tvorí nové, je to čas odvahy a rizika, je to čas nových možností a poznania, že sila môjho JA je v schopnosti tvorivo meniť seba, svoje vzťahy k iným ľuďom, aj vzťah k svetu. Je to čas rozhodnutia a rozhodovania, je to cesta od závislosti, neslobody, k nezávislosti, slobode.

Istým spôsobom abstinujúci závislí prezentujú „vzorku ľudí“, ktorí nielen hovoria o zmene životného štýlu a nových kvalitách života, ale takýto život i žijú. Pracovne by sme tento nový životný štýl mohli nazvať konštruktívny životný štýl – je charakterizovaný túžbou po úspechu, výkone, plánujú si svoje aktivity a pracujú s nadšením. Naplňajú potrebu sebarealizácie tak, že pracujú a súčasne sa rozvíjajú a prijali za seba zodpovednosť. Veria v dobro druhých ľudí, podporujú ich a povzbudzujú ich vo vývoji. Dokážu vytvárať dobré medziľudské vzťahy, dobre komunikujú a dobre spolupracujú...

Kruh sa uzatvára: prešli cestou od závislosti k nezávislosti, od neslobody k slobode, od utrpenia a vyrábania utrpenia k radosti a robeniu radosti, a stali sa závislí... závislí na nezávislosti, závislí na slobode, závislí na konaní dobra, závislí na vzťahoch, závislí na láske, závislí na práci, povinnosti a zodpovednosti...

### **Charakteristika terapeutického a doliečovacieho programu pre patologických hráčov v CPLDZ Bratislava**

Terapeutický program pre patologických hráčov je jedným z vyše dvadsiatich programov v CPLDZ Bratislava. Je tým menším programom, je však integrálnou súčasťou ponuky služieb v liečbe drogových závislostí centra.

Program sa začal realizovať v júni 1994 a doteraz ním prešlo a prechádza vyše 400 patologických hráčov.

Väčšinu patologických hráčov - našich pacientov - tvoria muži stredného veku, prevažne ženatých, zamestnaných. Súbor obsahuje niekoľko študentov stredných a vysokých škôl a jedného žiaka zo ZŠ. Asi 10% súboru tvoria ženy.

Prevažná väčšina hráčov je závislá na hre na výherných hracích automatoch, niekolkí na hre v rulete. Takmer všetky ženy sú závislé na hre binga (iba jedna žena hrala na automatoch). U väčšiny žien je prítomný chronický emočný deficit v partnerskom vzťahu.

Súčasťou programu sú rutinné výkony prijímacieho oddelenia, diagnostického procesu a stanovenia terapeutických plánov. Nasleduje proces obsahujúci individuálnu psychoterapiu, realizovanú priebežne a podľa potreby.

Pacienti môžu absolvovať strednodobú lôžkovú liečbu na oddelení na Jaskovom rade, kde terapeutický program je konštruovaný na princípoch terapeutickkej komunity, vo väčšine prípadov sú zaradení do psychoterapeutickej skupiny - skupiny G.

Skupina je otvorená, účasť partnera, alebo iných blízkych ľudí je vítaná, realizovaná skupinou akceptovaná. Táto účasť je jednou zo zvykových tradícií skupiny. Skupinové dianie je plánované a štruktúrované, s cieľom navodenia žiaducich zmien v myslení, prežívaní a správaní pacienta. Terapeut, ktorý vedie skupinu je akceptujúci, empatický a autentický.

Skupina poskytuje priestor pre získavanie racionálnych informácií o problematike závislosti na hre, mechanizmoch vzniku závislosti, možnostiach, spôsoboch a priebehu liečby. Skupina ďalej poskytuje priestor na získanie náhľadu na chorobu, ovplyvňovanie motivačných a rozhodovacích procesov, sebapoznania cez skupinovú dynamiku, konfrontáciu svojich postojov s postojmi iných, príležitosť pre zmenu správania, spracovávanie vlastných adaptačných stratégií, sebakontroly a rozvoja osobnosti. V skupine sa taktiež realizuje tréning v sociálnom učení, proces rozvoja záujmovej sféry, zlepšenia interpersonálnej komunikácie, rekonštrukcie sociálneho zázemia, hľadania existenciálneho zmyslu života, vytvárania nového pozitívneho životného štýlu a v neposlednej miere aj proces udržiavania pacienta v abstinencii a prevencie relapsu a recidív.

Skupinu G môžeme do istej miery charakterizovať ako hybrid klasickej psychoterapeutickej skupiny a svojpomocnej doliečovacej skupiny, vedenej profesionálnym terapeutom v roli moderátora.

Skupina G sa stretáva raz týždenne v priestoroch CPLDZ na Hraničnej ul. Účasť na skupine je priemerne 10 - 15 členov. Účasť pacientov na skupine G je dobrovoľná a časovo neohraničená.

Asi u 1/3 patologických hráčov sme diagnostikovali nadmerné užívanie alkoholu alebo už závislosť od alkoholu. V týchto prípadoch ponúkame súčasne liečbu závislosti od alkoholu. Závislosť od ostatných psychoktívnych látok je ojedinelá.

V našich programoch pre patologických hráčov (ambulantných i lôžkových) prevažujú psychoterapeutické prístupy nad farmakoterapeutickými, zvýšená úroveň depresivity, najmä v počiatočných štádiách liečby, je príznakom závislosti a rýchlo sa znižuje na normálnu úroveň.

Zo súboru vyše 400 patologických hráčov, ktorí prešli terapeutickým programom v rokoch 1994- 2008 približne 50 % hráčov abstínuje.

V júli 2008 vzhľadom na zvýšený záujem verejnosti o tento terapeutický a doliečovací program sme stávajúci klub rozdelili na dva programy: psychoterapeutickú skupinu pre nových pacientov a socioterapeutický klub.

V skupine poskytujeme komplexný terapeutický program v trvaní 25 týždňov, po jeho absolvovaní a po abstinencii hry v dĺžke minimálne 6 mesiacov člen klubu môže prejsť do socioterapeutického klubu.

Psychoterapeutická skupina sa stretá každý pondelok od 17.00 do 19. 00 a klub taktiež každý pondelok od 19. 00 do 21. 00 hod. v priestoroch Centra pre liečbu drogových závislostí v Bratislave

## **Terapeutická komunita**

V sociológii charakterizujeme **komunitu** ako spoločenstvo ľudí so špecifickými vnútornými väzbami, zaradené do širšieho sociálneho prostredia

Kratochvíl (2005) uvažuje o **terapeutickej komunite** ako o:

- a) forme organizácie terapie
- b) psychoterapeutickej metóde.

Podľa Svetovej federácie terapeutických komunít je terapeutická komunita vysokoštruktúrované prostredie s definovanými hranicami, ktorého cieľom je podpora osobného rastu svojich členov.

## **História:**

**Kumrán:** „ ...vedia liečiť lepšie, než je to obvyklé v mestách, pretože tam liečia len telo, zatiaľ títo liečia duše, ktoré sú posadnuté strašnými, takmer nevyliciteľnými chorobami...“

- pravda
- láska
- pokora
- pravidlá
- sankcie



**Benediktíni (5. stor. n. l.):**  
Pravidlá života v komunite

**Metodisti:**

- slobodné spoločenstvo
- slobodný rozhovor
- priznanie chýb
- prijatie kritiky
- vzájomná opora a podpora

**Hnutie AA:**

- 12 krokov
- 12 tradícií.

**J. L. Moreno:** sociodráma

**A. S. Makarenko:** „komúny“ bezprizorných detí, princíp spravodlivosti dôvery v pozitívne charakteristiky členov komunity...

**M. Jones:**

- obojstranná komunikácia
- spoločný proces rozhodovania
- spoločné vedenie
- konsenzus rozhodovania
- pravidlo „teraz a tu.“

**Synanon - Ch. Dederich:** 1958, Santa Monica, Kalifornia, 1977- recidíva a väzenia za pokus o vraždu...

...pravidlá: systém odmien a trestov, pohyb v hierarchii rolí, konfrontácia, frustrácia, charizmatiký a autoritatívny vodca.

**Daytop:** (akronym pre Drug Addiction Treatment for Probationers)

1963, **D. Casriel, D. Deitch, W. B. O'Brien**

- návrat do spoločnosti

**Teen Challenge, 1958, D. Wilkerson**

**J. Skála:** 1949- KLUS, 1952- terapeutická komunita Apolináň, SUR- výcviková komunita

**J. Knobloch:** 1954- Lobeč

**S. Kratochvíl:** 1971- Kroměříž

**Princípy „drug free“ terapeutických programov:**

„Máš šancu zmeny, môžeš sa vyvíjať.“

„Skupina môže podporiť túto zmenu.“

„Musíš prijať svoju individuálnu zodpovednosť.“

„Musíš konať dobrovoľne, slobodne, úprimne.“

- jednotná filozofia
- terapeutická štruktúra
- rovnováha medzi demokraciou, terapiou a autonómiou
- proces učenia
- zodpovednosť za svoje správanie
- zvyšovanie sebahodnotenia
- konštrukcia hodnotovej hierarchie
- konfrontácia

- rovesnícky vplyv
- pochopenie a vyjadrenie emócií
- tvorba pozitívnych postojov
- rekonštrukcia a konštrukcia vzťahov s blízkymi osobami

## Programy „drug free“ liečby:

### Nástroje:

- management správania
- emočné/ psychologické
- intelektuálne a duchovné
- schopnosti pre prežitie - vzdelávanie, výcvik k povolaniu, práca

### 1. Obsahy komunitného života:

Model sociálneho učenia:

- učenie prostredníctvom výzvy a činu
- učenie prostredníctvom univerzality podmienok
- učenie cez odkrytie a otvorenie: fantázií, hnevov, strachov, nádejí

Formálne a neformálne stretnutia.

Štruktúra aktivít a očakávaní:

- paleta skupín rôznych typov skupín
- vedenie pacienta/ klienta cez všetky oblasti komunitného života: poriadok, čistota, oblečenie, komunikácia, záujem o spoločné ciele, problémy ostatných

Komunitné prostredie:

- atmosféra vedenia, vzájomná úcta, prítomnosť výzvy
- nepísané pravidlá, signály, podporná neverbálna komunikácia
- symboly, rituály, cesty, spôsoby riešení

### 2. Etické prístupy a hodnoty:

Obsahy každodenných seminárov, diskusií, čítaní a učenia sa:

Filozofia

Psychológia

Boh a spiritualita

História

Idey

Sex

Sny

Zmysel života

#### Princípy:

„Hovor o svojich názoroch, riešeniach.“

„Koľko dáš, toľko dostaneš.“

„Pracuj od jednoduchého k zložitému.“

„Buď ohľaduplný.“

„Každý deň pracuj, myslí, cíť, hraj sa a buď slušný.“

„Tvojim cieľom je byť disciplinovaný, zodpovedný, vnímavý a úspešný.“

### 3. Prehľad fáz terapeutického plánu:

#### Princípy:

„Nové správanie sa vytvára a zvyšuje učením.“

„Znútornenie zmien sa odohráva v čase.“

„Modely a príklady úspechu a neúspechu sú účinné.“



### **1. fáza - orientácia:**

- zoznámenie sa s programom: role, filozofia, proces, terminológia
- príležitosť pre zhodnotenie potrieb vzdelávania, prípravy k povolaniu a psychologických potrieb
- pomoc personálu pri začleňovaní sa do komunity

### **2. fáza - základná liečba:**

- zameranosť na: správanie, sebadisciplínu, vzory
- rozvíjať ciele a hodnoty: vzdelávacie, sociálne, profesijné a osobnostné
- začiatky vlastných iniciatív v: práci, škole, skupine, v rodine

### **3. fáza - prednávratová:**

- reintegrácia v dôležitých veciach života: rodina, profesia, vzdelanie, sociálne vzťahy
- rodinné problémy (problematika rodiny)
- sieť sociálnych vzťahov
- problémy samoty, osamotenosti
- meniť schopnosti byť aktívny v aktivity
- počiatky budovania štruktúr práce na prevencii relapsu

### **4. fáza - návrat:**

- práca (povolanie): vzdelávacie plány, ciele, systém
- práca v skupine so zvýšenou úzkosťou
- pokračovanie plánovania: finančné zabezpečenie existencie, výživa, životný štýl
- prevencia relapsu a recidívy

### **5. fáza - doliečovanie:**

- limitovaný čas (6 – 12 mesiacov)
- stabilizácia životného štýlu
- účasť na plánovaní skupinových aktivít, prípadový management, sociálna podpora
- musím mať prácu alebo musím chodiť do školy
- finančné plánovanie a stabilita

### **4. Formovanie správania a management – nástroje:**

skupiny, stretnutia, konfrontácia, zmena, vyjadrenie súhlasu a nesúhlasu, zbavovanie sa frustrácie konštruktívnymi spôsobmi, individuálny rast, optimálna veľkosť skupiny (8- 10 ľudí)

- skupinové sedenia: vážna práca, napomínaj priateľsky,
- kompetencie: kto a čo robí,
- spôsoby pokarhania spôsoby ocenenia, pochvaly,
- spôsob hierarchie: status, privilégia (progres, stagnácia, regres), strata a získavanie statusu a privilégií,
- individuálne poradenstvo a terapia: v prípade potreby, rodinné poradenstvo, poradenstvo pre páry, priestor pre hry, pravidlá

Od pacientov/ klientov sa očakáva spolupráca a spolupodieľanie sa na živote komunity. Spolupodieľanie je podmienené individuálnou kapacitou schopnosti zúčastňovať sa na riešení úloh komunity

Dovoľujem si vo svojom príspevku ako praktickú ilustráciu uviesť čiastočnú charakteristiku procesu zmeny u abstinujúcich závislých, participantov mojej dizertačnej práce Prevencia v životných príbehoch abstinujúcich závislých (Živný, 2008).

Všetci participanti absolvovali kompletnú liečbu v rôznych liečebných zariadeniach a taktiež absolvovali alebo v súčasnosti sú v doliečovacích programoch, prevažne v doliečovacích programoch Centra pre liečbu drogových závislostí v Bratislave.

Participanti vo svojich životných príbehoch (úspešných životných príbehoch) rozprávajú o procese zmeny ich životoch ako o dlhodobom, ťažkom procese s opakovanými zlyhaniami.

Niektoré témy životných príbehov súvisiace s procesom zmeny sú nasledujúce:

- Bod obratu charakterizovaný rozhodnutím liečiť sa, prijať liečbu bez výhrad, byť poctivý voči liečbe i voči sebe.
- Dávať poriadok do „chaosu“, vytvárať štruktúrovaný systém.
- Prijat' pravidlá, definovať svoje hranice (obmedzenia, riziká ale i svoje schopnosti, možnosti a výzvy).
- Plánovanie aktivít.
- Dôslednosť, postupnosť a trpezlivosť.
- Objavenie radosti zo života.
- Budovanie kvalitných vzťahov s blízkymi ľuďmi (a autentické prežívanie lásky).
- Zamestnanie a ďalšie vzdelávanie.
- Perspektívy a nádej.
- Objavenie (a hľadanie) zmyslu života...

## Bibliografia

*Bill of rights of clients of therapeutic community.* Washington D. C. : World Federation of Therapeutic Communities, 1999.

KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosár pojmu z oblasti drog a drogových závislostí.* Praha: Filia/ Úrad vlády ČR, 2001.

KALINA, K. *Terapeutická komunita.* Praha : Grada, 2008.

KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi.* Praha : Galén, 2005.

KUDA, A. *Následná péče, doléčovací programy.* In: *Drogy a drogové závislosti 1, 2,* Praha : Úrad vlády České republiky, 2003.

KUDRLE, S. *Bio-psycho- sociálně- spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci.* In: *Drogy a drogové závislosti 1, 2,* Praha : Úrad vlády České republiky, 2003.

LIEBMANN, M. *Skupinová arteterapie.* Praha : Portál, 2005.

LESCHNER, I. A. *Vedecky podložené názory na drogovú závislosť a jej liečbu.* In: *JAMA-CS, VÝBER,* 2000, III, str. 245- 247

LOWINSONN, J. H. et all. *Substance Abuse, A Comprehensive Textbook.* Baltimore.: Wilians and Wilkins, 1992.

MILLER, R. W., ROLLNICK, A. *Motivační rozhovory.* Tišňov : Sdružení SCAN, 2003.

MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. *Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti.* In: *Drogy a drogové závislosti 1, 2,* Praha : Úrad vlády České republiky, 2003.

PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. *Psychotrapeutické systémy.* Praha : Grada Publishing., 1999

- Princípy liečby závislosti od drog.* 1999. National Institute on drug. National Institutes of Health (USA). Vydal v slovenskom preklade IDZ pri CPLDZ Bratislava v septembri 2000.
- ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí.* Praha : Grada Publishing, 1999
- YALOM, I. D. *Existenciální psychoterapie.* Praha : Portál, 2006.
- YALOM, I. D. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie.* Praha : Portál, 2007.
- ŽIVNÝ, H. *Práca v socioterapeutických kluboch.* Interný materiál CPLDZ. Bratislava : CPLDZ, 1993.
- ŽIVNÝ, H., KRČMÁRIKOVÁ, Z., KOVÁČSOVÁ, E. *Kapitoly z terapie závislosti od psychoaktívnych látok.* 2004. Bratislava : Občianske združenie Sociálna práca, 2004.
- ŽIVNÝ, H. *Prevenia v životných príbehoch abstinujúcich závislých.* Bratislava : PdFUK Bratislava, 2008. Dizertačná práca

# RODINA AKO SOCIÁLNY KAPITÁL

Jana ŠPÁNIKOVÁ

## Abstrakt

*Reflektujeme (a pre nás z pomáhajúcich profesií je potešujúce), že na Slovensku aktuálne narastá záujem o rodinu. Potvrdzujú to aj posledné výskumy SAV, kedy na základe sociologického prieskumu občania Slovenska ako najvyššiu životnú hodnotu uviedli rodinu. Netreba snáď zdôrazňovať aká dôležitá je úloha rodiny pre zdravý vývoj detí a mladej generácie, pre ich citovú pohodu a socializáciu. Bezpochyby rodine je nutné pomáhať a chrániť ju - platilo to rovnako v minulosti a platí to v súčasnosti a veríme, že bude to platiť aj pre budúcnosť.*

## Kľúčové slová

*Rodina, vzťahy v rodine, problémy v rodinách, služby zamerané na pomoc rodine, prieskum.*

*Kto som a čomu sa venujem*

*Vyššie 30 rokov sa venujem partnerskému, manželskému a rodinnému poradenstvu a terapii. Som členkou slovenskej psychoterapeutickej spoločnosti a členkou asociácie európskych psychoterapeutov. V súčasnosti profesionálne prevažne pôsobím ako vysokoškolská učiteľka na KLP PdF UK v Bratislave a taktiež sa už niekoľko rokov zapájam do aktivít v neziskovej sfére, kde riadim neziskovú organizáciu - Bratislavskú občiansku poradňu. Napriek tomu, že som rodená Bratislavčanka a teraz aj v Bratislave žijem prevažnú moju poradensko-psychoterapeutickú prax som absolvovala v regióne severného Slovenska – v Žiline. Tu som niekoľko desaťročí pôsobila či už v štátnom poradenstve zameranom na jednotlivca, pár a rodinu, neskôr v priebehu rokov som viedla súkromné - neštátne zdravotnícke zariadenie, ale tiež ako dobrovoľníčka pre MVO, ktoré sa zameriavali na pomoc a elimináciu domáceho násillia. Organizovala som a viedla podporné skupiny, metodicky usmerňovala a vzdelávala odborníkov z pomáhajúcich profesií. Na základe práce s klientom a práce v teréne, dôverne poznám oblasť pomoci štátnej, privátnej a tiež oblasť MVO či už v samotnej Bratislave, ale aj na ostatnom území Slovenska.*

## Situácia rodiny

*Uvedomujeme si že manželstvo a rodina sú zväzky, v ktorých v priebehu rokov dochádza nielen k vývoju vo vzťahoch samotných, ale súčasne sa menia - podliehajú zmenám aj jej členovia. Reflektované premeny sa prejavujú v zmene veľkosti rodiny, v zániku širších rodinných zväzkov, rodina sa atomizuje do vzniku tzv. malej- nukleárnej rodiny, ktorá sa zakladá na zväzkoch priamej príbuznosti. **Samotná zmena charakteru rodiny priniesla väčšiu slobodu a autonómiu, ale tento proces má svoju cenu za ktorú platia hlavne deti.***

## **V krátkosti priblížim aspoň základné znaky premeny rodín:**

**Proces dynamizácie rodín:** mladí ľudia, vstupujúci do manželstva, zakladajú si rodiny sú otvorení k zmenám a majú schopnosť sa im prispôbiť. Dynamické zmeny sa vzťahujú na individuálny vývoj partnerov, neskôr rodičov. Mladí ľudia žijú pod obrovským tlakom, na jednej strane chcú byť dobrými rodičmi a manželmi, na strane druhej sa chcú presadiť v rastúcej konkurencii na pracovisku, čo spôsobuje rozpor, ktorý ohrozuje spolužitie.

**Pluralizácia štruktúr a foriem rodiny:** úplná rodina sa stáva menej zastúpenou v spektre rodinného spolužitia, dlhodobé trendy naznačujú, že žijeme pravdepodobne v prechodnom období premeny od tradičnej formy rodiny k súčasnej rodine, tzv. modernej (tiež označovanej ako post - rozvodovej spoločnosti s post - manželským obdobím, v ktorom sa zbytočným dokonca stáva oficiálny manželský zväzok). Úlohou preto do budúca by mala byť podpora rodiny, jej posilnenie a upevnenie bez ohľadu akú má formu a štruktúru, už aj preto, že rodina je základom občianskej spoločnosti a miestom kde prijímame jej morálne hodnoty.

**Demokratizácia vzťahov v rodine:** aj keď očakávania a správanie sa v manželstve sú spojené aj z predchádzajúcou skúsenosťou jedinca z vlastnej rodiny, zmena tradičných rodinných vzťahov, ktorých základy boli vybudované hlavne na autorite muža sa menia na tie, ktoré sa vyznačujú rovnoprávnosťou všetkých členov rodiny.

**Individualizácia vzťahov v rodine:** rodina prechádza od vzťahov určených z pôvodu manželstva k slobodne voleným vzťahom. **V minulosti prvenstvo zastávala predovšetkým ekonomická funkcia rodiny, v súčasnosti základom dobre fungujúcej rodiny je emocionálna funkcia.** Vzťah je založený na vzájomnej náklonnosti a vzniká tu väčšie riziko, že táto oblasť nebude naplnená a dôjde k ohrozeniu spolužitia, taktiež dôsledok tohto je redukcia citových väzieb v súvislosti so širším príbuzenstvom.

**Rozpor je aj v tom, že na jednej strane partnerstvo je v dnešnej dobe privatizované a striktné osobné, ale rodičovstvo, výchova, vzdelanie, socializácia sa inštitucionalizuje a stáva sa vecou verejnou.**

## **Problémy súčasných slovenských rodín :**

*Zo svojej praxe vnímam súčasnú rodinu v týchto problémových súvislostiach:*

Zo svojich terapeutických reflexií, skúseností a práce rodinou ako aj klientom, vnímam hlavnú zmenu v tom, že v rodine samotná rodičovská autorita je redukovaná a otrásená. Dieťa a či dospievajúci člen je stále závislý generačne a materiálne na rodine, ich vzťahy sú skôr partnerské a emocionálne, kladie sa dôraz na ich citovú intenzitu.

Samotná emocionalita v rámci nukleárnej rodiny vytvára zvýšenú zraniteľnosť rodiny a dezintegrácia člena rodiny následne ovplyvňuje kvalitu života celej rodiny.

*Zo svojej skúsenosti poradkyne v sociálnej oblasti vnímam a následne vymenujem aspoň niektoré reflektované indikátory zmien:*

- Evidujeme zníženie počtu sobášov, pokles plodnosti, menší počet detí v rodine, zvyšovanie počtu mimomanželských detí, zvyšuje sa vek rodičov pri narodení prvého dieťaťa, manželstvá sa dnes uzatvárajú vo vyššom veku, rastie miera rozvodovosti, zvyšujúci sa počet slobodných matiek ako aj celkovo osamelých rodičov. Pričom osamelý rodič, najmä zamestnaná matka nedokáže zabezpečiť finančný štandard sebe a deťom, matky sú preťažené a nie sú citovou oporou pre deti, prítomná je abstinujúca komunikácia. Zvyšuje sa existenčné ohrozenie rodiny, keď je na ňu odkázaný závislý, resp. duševne chorý člen rodiny.

- Často pre nízke právne vedomie a slabú finančnú gramotnosť rodiny trpia ekonomicky, bojujú s finančnou a materiálnou zadlženosťou a neschopnosťou splácať úvery (rôzne formy pôžičiek). Dôsledkom tohto je, že peniaze sa stávajú hlavnou životnou hodnotou a kariéra či pracovné zaťaženie rodičov pohlcuje čas, ktorý patrí deťom.
- Celkovo znížená finančná a sociálna ochrana rodiny má za následok aj nárast počtu neformálnych súžití, neúplných, doplnených, dysfunkčných, sociálne znevýhodnených rodín, rozvedení manželia žijúci stále v jednom byte, nevedia sa dohodnúť, kto bude čo platiť čo negatívne vplýva na atmosféru v rodine, rastie aj podiel opakovaných manželstiev.
- Rodičovstvo, výchova, vzdelanie, socializácia sa stáva vecou verejnou (dochádza tu k inštitucionalizácii), zatiaľ čo partnerstvo je čisto osobné - privatizované.

## PRIESKUM

*Zisťovanie potreby a úrovne poskytovaných služieb zameraných na pomoc rodine, ktorá sa ocitla v sociálnej a hmotnej núdzi, alebo v kríze či v nepriaznivej situácii, v sťažných podmienkach a pod.*

Prostredníctvom dotazníka sme sa pokúsili zmapovať reálne možnosti pomoci a podpory našim rodinám v sociálnej a hmotnej núdzi, ktoré sú ponúkané zo strany štátu, zo strany neziskových organizácií, formou rôznych centier pomoci, či už v rámci prevencie alebo riešenia sťaženej situácie rodiny. Vychádzali sme z predpokladu, že chýbajúca sociálna kontrola, ktorá v minulosti fungovala v tradičnom rodinnom spoločenstve izoluje rodinu od širšieho – lokálneho okolia a tým ohrozuje kvalitu rodinného spolužitia.

Naša snaha predstavuje akýsi prieskum, či sondu do súčasnej situácie v náhodne vybraných mestách Slovenska. Na dotazníku spolupracovali študenti Pedagogickej fakulty UK v Bratislave (Katedra liečebnej pedagogiky) spolu s pracoviskom Bratislavskej občianskej poradne, neziskovej organizácii so sídlom v Bratislave.

### Sledované oblasti:

\* Dotazník administrovali v 19 mestách Slovenska a to prevažne na Mestských úradoch a Úradoch práce, sociálnych vecí a rodiny, na dvoch Miestnych úradoch a v jednom Občianskom združení. Celkový počet vrátených administrovaných dotazníkov bol 37 (Bratislava 12 dotazníkov, Žilina 2, Liptovský Mikuláš 1, Poprad 1, Plavecké Podhradie 1, Hlohovec 1, Lučenec 2, Senec 1, Šúrovce 1, Považská Bystrica 1, Tisovec 1, Rimavská Sobota 1, Púchov 1, Banská Štiavnica 1, Žiar nad Hronom 1, Pezinok 3, Senica 3, Čadca 2, Piešťany 1). Z tohto počtu bolo 6 miest (resp. okresov) s počtom obyvateľov menším ako 20.000, 10 miest s počtom obyvateľov v rozmedzí 20.000-50.000, 1 mesto s počtom obyvateľov v rozmedzí 50.000-100.000, a 2 mestá nad 100.000 obyvateľov - Žilina a Bratislava (vrátane obvodov: BA 1., BA 4., BA 5., Ružinov, Petržalka, Vrakuňa, Staré mesto, Karlova Ves).

\*\*Vysvetlivky k tabuľkám:

do 20 tis. obyvateľov: Senec, Banská Štiavnica, Žiar nad Hronom, Plavecké podhradie, Šúrovce  
 20-50 tis. obyvateľov: Hlohovec, Rimavská Sobota, Čadca, Piešťany, Senica, Lučenec, Pezinok  
 50-200 tis. obyvateľov: Považská Bystrica, Poprad, Liptovský Mikuláš, Púchov, Žilina  
 nad 200 tis. obyvateľov: Bratislava

*Nerobíme si nároky na univerzálnosť našich výsledkov, predstavujú skôr sondu, ktorá môže poslúžiť na orientáciu v problematike a v smerovaní pomoci a podpory rodín v sociálnej a hmotnej núdzi, ktoré sú ponúkané zo strany štátu, neziskových organizácií, občianskych*



*združení či rôznych centier pomoci, a to v rámci prevencie alebo riešenia už sťaženej situácie rodiny.*

V rámci prieskumu nás zaujímal tiež pohľad a hodnotenie úrovne kvality poskytovaných služieb pomáhajúcimi pracovníkmi/ organizáciami, zisťovali sme aspekty, ktoré vplývajú na túto kvalitu, či najčastejšie druhy problémov, s ktorými sa rodiny na nich obracajú a pod. a či nepociťujú absenciu dosahu ochrany lokálneho spoločenstva.

## Čiastkové výsledky prieskumu

\* Medzi najčastejšie problémy, s ktorými sa rodina obracia na opýtané inštitúcie, uviedlo 25 z 37 respondentov nedostatok finančných prostriedkov. Hneď za tým nasledovala problematika bývania (19) a žiadosti o pomoc pri výchovných problémoch detí (18). Ďalej sa respondenti často stretávajú s problematikou platenia výživného a plnenia si rodičovských povinností (12). V poradenstve sú to najmä problémy predrozvodové, rozvodové a porozvodové (9), problémy súvisiace so vzťahmi v partnerskom a manželskom spolunažívaní (9), narastajú i prípady závislostí, agresivity a násillia v rodinách (8). Menej sa na príslušné orgány obracajú s otázkami týkajúcimi sa náhradnej rodinnej starostlivosti (5), problematiky pri výkone a realizácii styku rodičov s deťmi (4). Najmenej spomínanými bolo poskytovanie pomoci pri susedských vzťahoch, opatrovaní starých ľudí a majetkovo-právnych otázkach (1).

**Tabuľka č. 1 - Problémy, kde rodina potrebuje pomoc**

Mesto s počtom obyv.	Do 20 tis.	20- 50 tis.	50-200 tis.	200tis. a viac	spolu
<i>Hmotná a finančná pomoc</i>	3	15	5	8	<b>31</b>
<i>Poradenstvo</i>	0	10	6	7	<b>23</b>
<i>Sociálno-právna ochrana, kolízne opatrovníctvo</i>	0	2	2	3	<b>7</b>
<i>Psychologické služby</i>	0	3	2	0	<b>5</b>
<i>bývanie</i>	0	2	1	0	<b>3</b>
<i>Sprostredkovanie pomoci od inej organizácie</i>	0	1	0	3	<b>4</b>
<i>iné</i>	2	3	2	2	<b>9</b>
<b>spolu</b>	<b>5</b>	<b>36</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>82</b>

Formy ponúkanej pomoci a podpory strany samosprávy a štátu rodinám, ktoré nachádzajú v sociálnej a hmotnej núdzi vyplývajú zo zákonov (Zákon č. 36/2005 Z.z. o rodine, Zákon č. 305/2005 Z.z. o sociálno-právnej ochrane a o sociálnej kuratele, Zákon č. 195/1998 o sociálnej pomoci, Zákon č. 369/1990 Z.z. o obecnom zriadení).

Najčastejšie aktivity ponúkané rodinám vo voľnom čase sú letné tábory, rekondičné pobyty, výchovno-rekreačné programy, či rôzne výlety, prispôsobené a organizované najmä pre rodiny s nízkymi príjmami a deti zo znevýhodneného prostredia. Časté sú tiež kluby a krúžky, či aktivity konajúce sa podľa celoročných sviatkov. Ako zaujímavé a tvorivé nápady pre rodinu, boli projekty „Vypni telku, zapni seba“, „Dni zdravia“, ďalej silvestrovský beh, cyklotúry s rodičmi a deťmi, rodičovské centrum, stretnutia pestúnskych rodín, či zdravotná osвета v rómskych osadách a uskutočnenie stretnutí s dospievajúcimi dievčatami z rómskych osád zamerané na partnerstvo, rodičovstvo a výchovu detí. Mnohé z inštitúcií spolupracujú v oblasti aktivít pre rodiny s centrami voľného času, základnými školami, základnými umeleckými školami a inými akreditovanými subjektmi. Sú však i také mestá, ktoré neorganizujú voľnočasové aktivity ani v spolupráci, ani samostatne (**8 z 19 opýtaných miest**), z dôvodu nedostatku finančných prostriedkov, pracovníkov, či neochoty konať niečo navyše, vplývajúc zo zlého finančného ohodnotenia.

**Tabuľka č.2 - Doplnkové aktivity pre rodiny vo voľnom čase**

Mesto s počtom obyv.	Do 20 tis.	20-50 tis.	50-100 tis.	200 tis. a viac	spolu
<i>Tábory, pobyty</i>	3	5	3	5	<b>16</b>
<i>Výlety, návštevy</i>	1	2	0	2	<b>5</b>
<i>Športové podujatia</i>	3	3	0	1	<b>7</b>
<i>Oslavy sviatkov</i>	3	2	1	4	<b>10</b>
<i>Prostredníctvom iných org.</i>	0	6	2	3	<b>11</b>
<i>Žiadne</i>	0	2	1	2	<b>5</b>
<i>iné</i>	0	3	2	0	<b>5</b>
<i>spolu</i>	10	23	9	17	<b>59</b>

\*\*Zisťovali sme zariadenia, ktoré sa nachádzajú v jednotlivých mestách a v ich okolí pre ohrozené rodiny, ženy a deti v sociálnej a hmotnej núdzi. Najviac zariadení tohto typu sa nachádzalo vo veľkých mestách (nad 100 000 obyvateľov), a to najmä v Bratislave, kde bol ich celkový uvedený počet 19. Ďalej v Žiline, kde sa však v porovnaní s Bratislavou, nachádzajú podľa dotazníka len 3 takéto zariadenia. V mestách, s počtom obyvateľov menším ako 50 000 sa vyskytovalo len 1-2 zariadenia tohto typu a dve uviedli, že sa v meste ani dostupnom okolí, nenachádza žiadne zariadenie, ktoré by ponúkalo takúto pomoc. Zo šiestich miest s počtom obyvateľov menším ako 20 000 uviedli do tejto položky po jednom zariadení iba 3 mestá, ostatné 3 neuviedli žiadne zariadenie. Z dotazníka vyplynulo, že tieto zariadenia sú prevažne zriaďované VÚC alebo mestom. Počet takýchto uvedených zariadení bol 35. Súkromné zariadenia neuviedli v žiadnom z opýtaných miest (19). Neziskové organizácie spravujú podľa uvedených údajov 13 takýchto zariadení, týka sa to však len mála miest a to spravidla s počtom okolo 50 000 obyvateľov (5), rovnaký počet bol zaznamenaný v mestách nad 100 000 obyvateľov, 3 zariadenia sú uvedené v dvoch mestách, ktoré majú menší počet obyvateľov ako 20 000. Počet zariadení zriadených a zastrešovaných cirkvou bolo 7. Z tohto počtu sa tri nachádzajú v Bratislave.

Väčšina respondentov hodnotila súčasnú úroveň pomoci rodiny (nie finančnej) zo strany samosprávy a štátu ako „nízku, avšak s prognózou budúceho rozvoja“ – trinásť prípadov z počtu 37 hodnotení. Desať opýtaných ju ohodnotilo ako „vyhovujúcu“. Tretím v poradí na otázku úrovne kvality bol názor, že je nízka a „stagnujúca“ (5), ďalej nasledovalo označenie „nevyhovujúca“ (3 prípady) a paradoxne bol rovnaký počet (3 z 37) i v názore, že ju považujú za „vylepšenú“, teda lepšiu ako „vyhovujúcu“. Jeden respondent sa k hodnoteniu nevedel vyjadriť.

Podobne ako to bolo pri hodnotení úrovne pomoci zo strany štátu, sa i v kategórii neziskových organizácií prikláňa 13 (z 37) respondentov k hodnoteniu „nízkej“ pomoci, ktorá má však potenciál ďalej sa rozvíjať. Osem respondentov ju ohodnotilo ako „vyhovujúcu“, 5 sa prikláňa k názoru „vylepšenej“ a štyria respondenti ju považujú za „nevyhovujúcu“. Zo strany cirkvi majú skúsenosti s pomocou len dvaja respondenti z 37 opýtaných, ktorých názor sa líšil – „nevyhovujúca“ a „vyhovujúca“.



### Tabuľka 3. Hodnotenie úrovne pomoci rodine na škále 1- 7

Škála: 1 žiadna, 2 nevyhovujúca, 3 nízka, stagnujúca, 4 nízka, s prognózou rozvoja, 5 vyhovujúca, 6 vylepšená, 7 nadmerná spokojnosť

Mesto, obec s počtom obyv.	do 20 tis.	20-50 tis.	50-200 tis.	200 tis. a viac	Priemerné hodnotenie
Štátna, samosprávna pomoc	4	4-5	3	4	4, nízka s prognózou rozvoja
Súkromný sektor	2	3	2	5	2-3, nízka, stagnujúca až nevyhovujúca
Tretí sektor	4	4	3	5	4, nízka s prognózou rozvoja
Iný *	4	6	3	3	3-4, nízka stagnujúca až nízka s prognózou rozvoja

\*Pozn.: hodnotenie iného sektora ostalo u väčšiny respondentov bez vyjadrenia, v tabuľke uvádzame hodnotenie respondentov, ktorí sa vyjadrili. Ako iný sektor uvádzali cirkev, samosprávu, verejný sektor ...

Vo všetkých mestách bez ohľadu na počet obyvateľov v tejto otázke výrazne prevládala odpoveď, že v blízkom okolí **nie sú žiadne svojpomocné skupiny**. Využívané svojpomocné aktivity a skupiny boli zamerané na deti so zdravotným postihnutím (autisti, mentálne postihnuté), komunitné centrá, materské centrá, cirkevné spoločenstvá a skupiny anonymných alkoholikov využívali silu a možnosti svojpomoci.

\*\* K zlepšeniu súčasnej situácie ohrozených rodín v mestách by podľa tretiny opýtaných (13 z 37) mohlo prispieť venovanie sa zo strany štátu najmä problémom s bývaním, t.z. vystavanie **sociálnych bytov a bytov pre rodiny, ktoré sú finančne dostupné**. Rovnaký počet respondentov (13) uviedol nutnosť **vzniku neziskových organizácií a nízkoprahových zariadení poskytujúcich** sociálne služby v slovenských mestách a obciach. 8 respondentov sa vyjadrilo, že k zlepšeniu situácie pomôže **väčšia finančná podpora rodín zo strany štátu**. S tým súvisí i vytvorenie nových robotníckych pracovných miest a riešenie otázky nezamestnanosti v určitých oblastiach Slovenska. (Táto potreba sa podľa dotazníka týka aj Bratislavy!!!) 7 respondentov považuje za dôležité zlepšiť **spoluprácu jednotlivých rezortov, skvalitniť siete sociálnej pomoci rodinám** v kríze, teda riešiť problémy komplexnejšie, rýchlejšie a do hĺbky. Intenzívnejšie riešenie problémov zaiste súvisí i so zvýšením prevencie a zameraním sa na vytváranie sociálnych preventívnych programov – na tento fakt upozorňuje 8 z 37 respondentov. Podľa 8 respondentov treba zlepšiť nastavenie legislatívy najmä personálneho vybavenia úradov poskytujúcich sociálnu pomoc, terénne šetrenia a poradenstvo. Ďalej nasleduje potreba zvýšenia informovanosti o možnostiach pomoci a osвета v právnej oblasti (5), potreba venovania pozornosti výchove detí a s tým súvisiacej vzdelanosti rodičov (4), potreba iniciatívy mestských a miestnych úradov pri vytváraní a podpore sociálnych programov, ale i zariadení venujúcich sa pomoci ohrozeným skupinám obyvateľstva (3). Podľa 2 opýtaných by pomohlo zvýšenie záujmu ľudí z tretieho sektora.

**Tabuľka 4. Možnosti zlepšenia situácie ohrozených rodín**

Mesto s počtom obyv.	Do 20 tis.	20-50 tis.	50-200 tis.	200 tis. a viac	spolu
viac zariadení, ubytovní	1	3	5	7	<b>16</b>
informovanosť občanov, vzdelanosť, právne vedomie	0	4	1	4	<b>9</b>
prepojenie a spolupráca sietí (sektorov)	0	4	0	2	<b>6</b>
viac pracovných miest	2	3	0	1	<b>6</b>
viac bytov	2	3	0	0	<b>5</b>
legislatíva, sociálna politika	0	1	0	4	<b>5</b>
personálne vybavenie úradov	1	1	1	1	<b>4</b>
špeciálne programy pre deti a rodiny	0	2	1	1	<b>4</b>
iné	1	2	1	8	<b>12</b>

**Záver:**

Ako vyplýva z výsledkov dotazníka, je viac pomoci zameranej na *riešenie finančných problémov* rodiny, ako na upevňovanie vzťahov a vnútornej stability rodiny ako takej. Ponúkaná pomoc je už v súvislosti s *riešením už vzniknutého problému*, než prevencie zameranej na predchádzanie týmto problémom, úplne absentuje dosah ochrany lokálneho spoločenstva. Aj keď väčšina slovenských rodín primárne ohrozených nedostatkom finančných prostriedkov a existenčným problémom bývania treba uvažovať o nových alternatívnych formách pomoci rodine. Je načase odstrániť pozostatky štátnej sociálnej práce z minulosti, kedy sa pomoc rodine chápala len vo forme rozbitia rodiny a separácie detí, následného dohľadu a najčastejšie prostredníctvom peňažnej podpory - dávky.

Naše závery (i napriek mnohým nedostatkom výskumného nástroja) a získané údaje naznačujú významnosť a opodstatnenosť urgentného riešenia situácie rodín - jej sociálnych, finančných a bytových problémov, či mnohých iných nedostatkov v ich živote.

Rodina potrebuje a je závislá na kvalitnej a efektívnej ochrane lokálneho spoločenstva, ktorá v súčasnosti absentuje, čo potvrdzujú aj samotné výroky respondentov, ktorí do budúcnosti očakávajú riešenie problémov rodiny komplexnejšie a hlbšie, zvýšenie prevencie a zameranie sa na vytváranie preventívnych a podporných programov pre ohrozenú ale aj neohrozenú rodinu.

**Navrhované riešenia zamerané na zlepšenie situácie rodín na Slovensku:**

- poskytovanie kvalitného vzdelania pre každé dieťa bez ohľadu na rodinné a socio-ekonomické prostredie,
- vytvorenie ponuky integrovaného celoživotného vzdelávania pre rodičov;
- poskytovanie nefinančnej pomoci rodine formou podporných programov,
- urýchlená pomoc v oblasti bývania prostredníctvom bytovej politiky štátu a opatrenia na podporu mobility rodín,
- trvalé uplatňovanie prorodinskej politiky štátu a možný prístup k bývaniu nízko príjmových rodín;
- zabezpečenie efektívnej koordinácie sociálnej ochrany rodiny, ktorý by malo mať charakter multidisciplinárneho prístupu v súčinnosti so štátnou a samosprávnou pomocou a s neziskovým a privátnym sektorom

# NEFORMÁLNA KOMUNITNÁ STAROSTLIVOSŤ, SVOJPOMOC, SIETĚ INTEGROVANEJ STAROSTLIVOSTI, DUŠEVNÉ ZDRAVIE

Zlatica BARTÍKOVÁ, Katarína ČERMÁKOVÁ

## Abstrakt

*Príspevok ponúka informácie ako sa zaplňajú prázdne miesta v starostlivosti o duševne chorých, odkiaľ prichádzajú nápady pre aktivity v Lige za duševné zdravie a ako by to mohlo byť aj iných regiónoch Slovenska.*

## Kľúčové slová

*Neformálna komunitná starostlivosť, svojpomoc, sieť integrovanej starostlivosti, duševné zdravie.*

## Miesto Ligy za duševné zdravie v sieti starostlivosti o duševne chorých.

Liga za duševné zdravie SR je neziskové združenie. Vzniklo v roku 2001.

Cieľmi Ligy za duševné zdravie je :

- zrovnoprávenie telesného a duševného zdravia
- informovanosť o problémoch s duševnými ochoreniami
- odstránenie predsudkov o duševných ochoreniach
- odstránenie diskriminácie duševne chorých
- začleňovanie ľudí s duševnými ochoreniami do života
- prevencia duševných ochorení

## Čomu Liga aktuálne už 4 posledné roky venuje maximálnu pozornosť?

Na základe skúseností o efektívnom poskytovaní služieb duševne chorým bol Svetovou zdravotníckou organizáciou -WHO- navrhnutý **system siete integrovaných služieb pre liečbu duševne chorých.**

Podľa mnohých odborníkov je najbližšie k životu človeka pristupovať holisticky. Tento prístup presadzuje rozvoj komunitných a špecializovaných služieb. Najvierohodnejšie kopíruje potreby duševne chorých a ich rodinných príslušníkov. Berie do úvahy rôznorodosť potrieb ako aj časové hľadisko poskytovania primeranej starostlivosti od vzniku ochorenia. Redukujú sa chronické nemocničné lôžka a lôžková starostlivosť je poskytnutá na psychiatrických oddeleniach v rámci rôznych typov nemocníc.

Potreby pacientov a rodinných príslušníkov sa budú naplňovať prostredníctvom neformálnej komunitnej starostlivosti a svojpomoci.

## Kde sa svojimi aktivitami zaraduje Liga pre duševné zdravie?

Veľkú časť jej aktivity Ligy predstavujú informačné kampane v médiách na celom Slovensku a vydávanie informačných letákov, diskusie s odborníkmi pre verejnosť.

Pri príležitosti svetového Dňa duševného zdravia sa bude tento rok konať 5. ročník celoslovenskej informačnej kampane spojeného s verejnou zbierkou „Dni nezábudiek“

Cieľom kampane je podporiť idey, ktoré naštartujú tvorbu siete chránených dielní, chránenej práce, chráneného bývania, stacionárov, krízových centier, pokračovanie vo vzdelávaní ľudí s duševnými problémami a ich rodinných príslušníkov ale aj odborníkov.

Neprestať v osвете a zlepšiť informovanosť verejnosti o problematike duševného zdravia.

Hovoriť o ochoreniach aby sa oslabil strach ľudí z duševného ochorenia a strach z duševne chorých.

Viac ako 2 roky pracuje bezplatná anonymná poradňa Nezábudka v bratislavskom Aupark, ktorá je určená pre rôzne problémy duševného zdravia. Všeobecná psychologická poradňa je otvorená každý víkend a vo štvrtok zase sociálno-právna poradňa. Okrem toho funguje e-mailové poradenstvo, kde z adresy odpovedá tím odborníkov, psychológov a psychiatrov. Poradenstvo je bezplatné.

Od roku 2004 existuje Galéria Nezábudka, v ktorej sa vystavujú výtvarné práce ľudí s duševným ochorením.

V minulom roku sa zrealizoval 2.ročník celoslovenského projektu „Hľadá sa talent“, ktorý umožnil talentovaným ľuďom zobudiť vlastnú motiváciu pre výtvarnú tvorbu.

Na výzvu reagovalo 82 autorov z celého Slovenska, ktorí poslali 382 prác a z nich bolo ocenených 24 autorov. V spolupráci so Slovenskou národnou galériou sa okrem toho uskutočnili už 4 týždňové výtvarné sústredenia, kde sa autorom venovali profesionálni výtvarníci.

V Lige za duševné zdravie fungujú v rámci motivačného centra tri ucelené projekty.

**1.OPEN-ART** tvorivý ateliér

**2.PODORA** s cieľom poskytnúť emočnú podporu, informácie rodinným príslušníkom ľudí s duševným ochorením, čo sa ukazuje ako veľmi zmysluplná aktivita, pretože práve oni sú okrem pacientov z celého systému tými najviac zaťažnými; sú neustále pod tlakom stresu zo zdravotných a sociálnych následkov, ktoré duševné ochorenie so sebou nesie.

**3.KONTINUÁL**, ktorý ponúka ďalšie vzdelávanie pre pracovníkov v odboroch pomáhajúcich profesií z celého Slovenska.

K projektom, ktorý má preventívny zmysel, patrí Školský projekt „Duševné zdravie na stredných školách“.

Výpočet aktivít dostane ešte iný rozmer keď sa na Ligu za duševné zdravie pozrieme cez príbeh mladého človeka.

*Dievčina ochorela v svojich 17 rokoch. Dnes má 30 rokov. Na začiatku ochorenia bolo nevyhnutná hospitalizácia, nastavenie na liečbu. Potom nasledovalo 5 rokov komunitnej psychiatrickej liečby. Počas nej bola 2 krát hospitalizovaná na PK. Z denného pobytu prešla na ambulantný režim. Sociálne vzťahy klientky boli viazané na rodinu a psychiatrický stacionár. S bývalými spolužiakmi sa jej vzťahy nepodarilo udržať. Pacientka využívala naplno program liečby, ktorý jej bol ušitý na mieru, rodina spolupracovala. Po liečbe mala nasledovať práca. Napriek opakovaným pokusom sa nedokázala udržať v zamestnaní. Bol jej navrhnutý invalidný dôchodok. Naďalej navštevovala psychoterapeutickú skupinu a podpornú individuálnu psychoterapiu a spolu s matkou aj prednášky v Lige za duševné zdravie. Matka je členkou rodičovského združenia OPORA. Pacientkin okruh známych sa stále viazal iba na spolupacientov a rodinu. Vzhľadom na dobré fungovanie v ambulantnej liečbe jej bola*

*navrhnutá práca v bufete Nezábudka, v chránenej práci, ktorú sa podarilo v tom čase rozbehnúť. Pacientka pracovala v bufete vyše dvoch rokov. Pacientka mala napriek tomu emocionálne výkyvy a nutkavé myšlienky na hranici bludov. Prácu však zvládla bez vymeškávania. Naučila sa fungovať v kontakte s cudzími ľuďmi a začala si viac veriť. Vzhľadom na možnosti rodiny, sa zamestnala v rodinnej súkromnej prevádzke. Pracovala spolu s matkou, s ktorou má dobrý vzťah. Väčšinu manuálnej práce vykonávala klientka. V tom období ešte stále pokračuje v individuálnej aj skupinovej psychoterapii a kamarátov má z radov spolupacientov. Po troch rokoch rušia prevádzku a ona sa zamestnala na trhu práce. V práci jej pribúdajú kamaráti ne-pacienti.*

Táto krátka kazuistika mala zvýrazniť veľmi jednoduché veci. Potrebu všetkých článkov v sieti: akútnu nemocničnú starostlivosť, komunitné služby, formálnu aj neformálnu komunitnú starostlivosť, atmosféru podpory a vnímania potrieb pacientov a rodinných príslušníkov tak, aby projekty, čo najvernejšie kopírovali potreby pacientov a ich rodinných príslušníkov. Na popredné miesto sa z ohlasu rodinných príslušníkov dostáva téma chránených dielní a chránených miest. Pre pacientov sú dôležité medziľudské vzťahy, pocit-že niekam patria.

# DIŠTANČNÉ PORADENSTVO VO VZŤAHU K SÚČASNÝM POTREBÁM DETSKÉHO SVETA.

Katarína TRLICOVÁ

## Abstrakt

*Autorka sa vo svojom príspevku venuje predstaveniu činnosti Linky detskej istoty pri Slovenskom výbore pre UNICEF, pričom sa zameriava na formy a ciele jednotlivých poskytovaných služieb.*

## Kľúčové slová

*Telefonická, rodičovská, internetová, linka detskej istoty; sociálno-právna poradňa; ambulantly krízové stredisko; terénny rodinný poradca.*

## Linka detskej istoty pri SV UNICEF Činnosť Linky detskej istoty v roku 2008

### 1. DIŠTANČNÉ PORADENSTVO

- Detská telefonická linka – anonymná, bezplatná, nonstop 0800 500 500
- Internetová on-line linka pre deti - [www.ildi.sk](http://www.ildi.sk)
- Rodičovská linka 0800 500 500
- Sociálno-právna poradňa 0800 500 500
- Linka Pomoc.sk 0800 500 500

### 2. OSOBNÉ INTERVENCIE

- Ambulantné krízové stredisko
- Terénny rodinný poradca

### 3. INÉ PROJEKTY NA PODPORU DETSKÝCH PRÁV

- Bezpečný internet
- Hľadané deti
- CHIPS
- Venujme viac času našim deťom
- Edícia Linky detskej istoty
- Za oponou

## 1. DIŠTANČNÉ PORADENSTVO

### Detská telefonická linka 0800 500 500

bezplatná, anonymná, nonstop linka, možnosť dovolať sa z hociktorého miesta na Slovensku, z pevnej i mobilných sietí

Cieľová skupina: Deti a mládež

Dospelí, konajúci v mene dieťaťa

**V rámci EÚ: od 1. 10. 2008 nové č. 116 111, príprava č 116 000 od 1.1.2009**

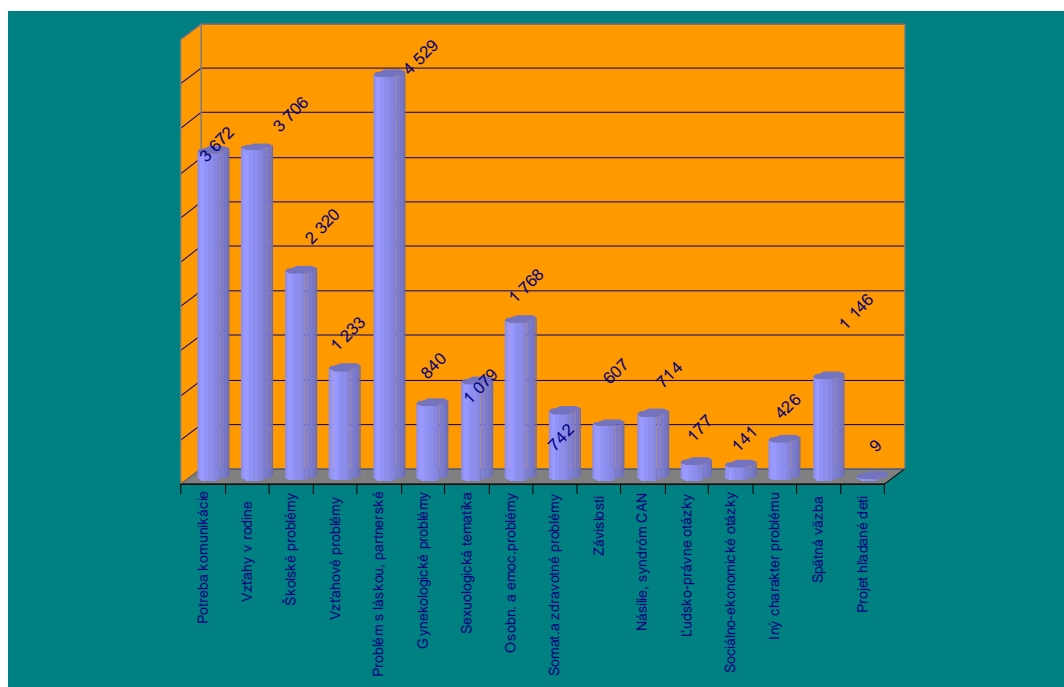


## Komunikácia a poradenstvo cez internet

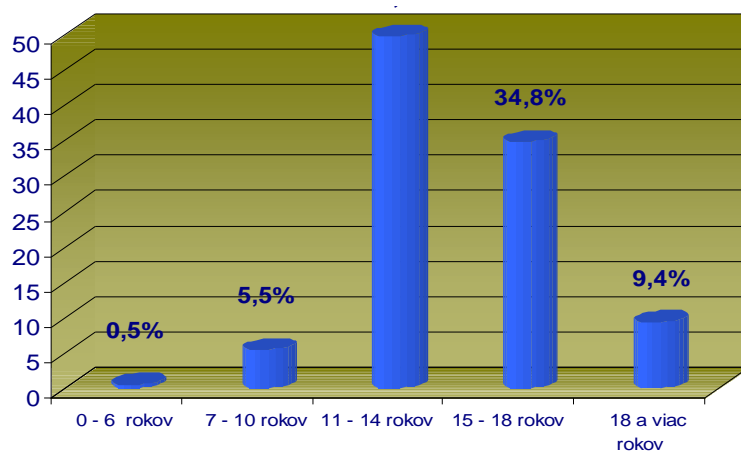
Elektronická forma komunikácie je zabezpečená

- online kontakt [www.ildi.sk](http://www.ildi.sk), denne od 17.00 do 21.00h
- elektronický písomný kontakt priamo cez e-mail [ks-spp@unicef.sk](mailto:ks-spp@unicef.sk)
- kniha návštev [www.unicef.sk](http://www.unicef.sk)
- poradenstvo, konzultácie a informácie pre tému „bezpečný internet“ zabezpečuje kontakt e-mail: [potrebujem@pomoc.sk](mailto:potrebujem@pomoc.sk)  
livechat: [www.pomoc.sk](http://www.pomoc.sk)

Graf č. 1 Telefonická detská linka - nonstop - 28 412 hovorov - 11 848 analyzovaných hovorov



Graf č. 2 Prehľad volajúcich z hľadiska veku



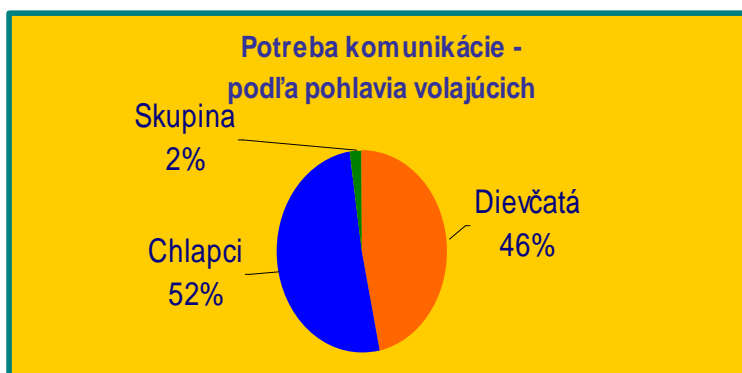
Naše služby najviac vyhľadávajú deti vo veku 11 – 18 rokov (84,6%)

Volajúci z hľadiska pohlavia

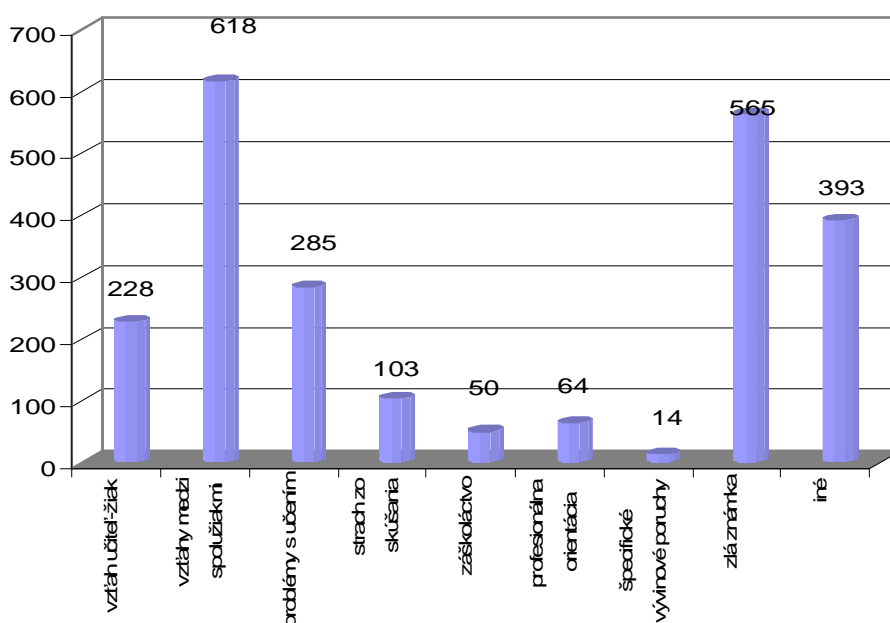
Dievčatá - 65%

Chlapci - 34%

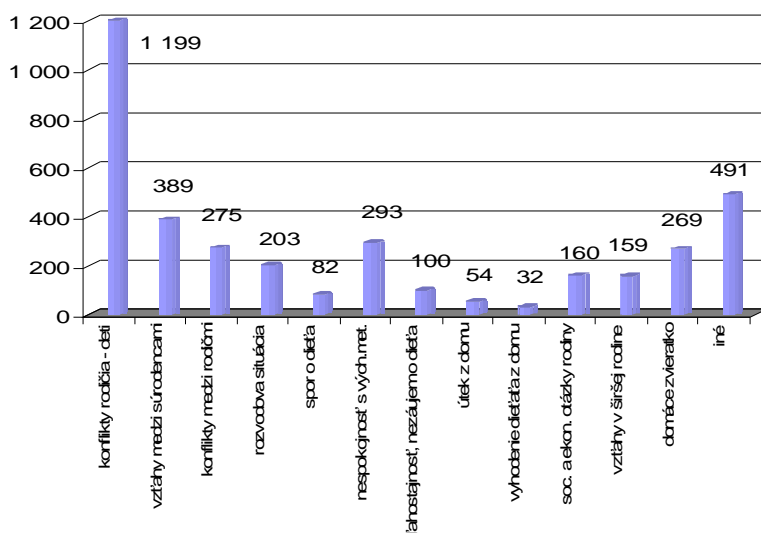
Skupinky - 1%



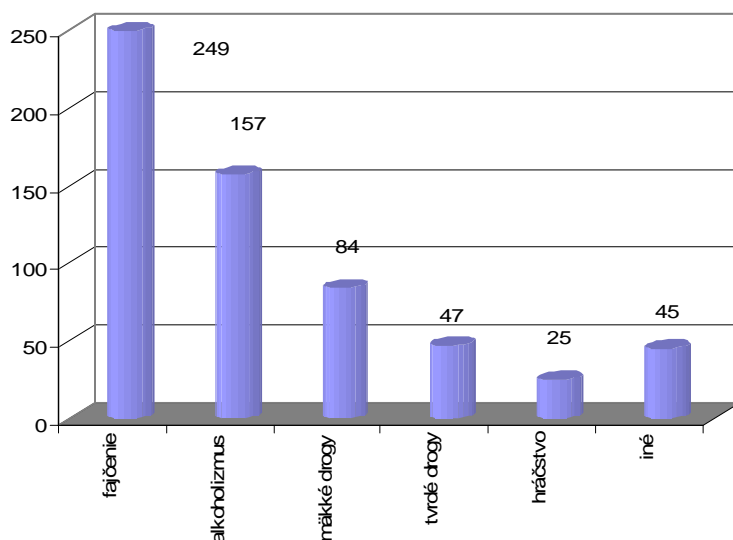
Graf č. 3 Školské problémy – vzorka 2 320 hovorov



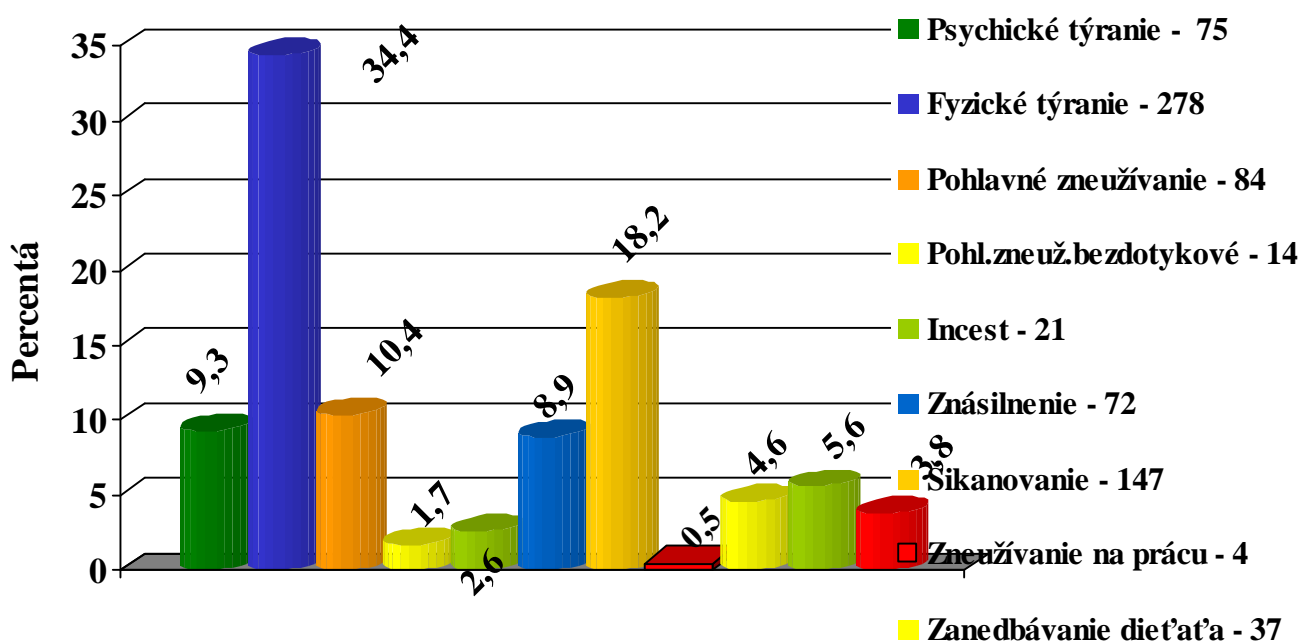
Graf č. 4 Rodinné problémy – vzorka 3 706 hovorov



Graf č. 5 Problémy so závislosťou – vzorka 607 hovorov



Graf č. 6 Syndróm CAN – zanedbávané, týrané a zneužívané dieťa – 808 / 2,2 za deň



## 1.1 DIŠTANČNÉ – ŠPECIÁLNE PORADENSTVO

### Sociálno právna poradňa

- odborné poradenstvo pre dospelú populáciu, ktorá koná v záujme detí (výklad zákona o soc. pomoci, spor o dieťa, sy CAN,...)
- telefonické poradenstvo štvrtok a sobotu od 14.00 do 20.00h

### Rodičovská linka - streda 14.00 do 20.00h

- odborné psychologické poradenstvo (špec.vývin.poruchy, tiky, enurezy,...)
- hľadanie optimálnych postupov pri riešení problémov detí ale i rodiny (šikanovanie, rozvod, závislosti,...)

## 2. OSOBNÉ INTERVENCIE

### Krízové stredisko

- ambulantná starostlivosť o dieťa a rodinu v situáciách akútnej krízy
- interdisciplinárne intervencie (psychologické, sociálne, právne, pedagogické,...)
- spolupráca s inštitúciami (ÚPSVaR, PZ SR, zdravotníctvo, školstvo, neštátne org.)

### Terénny rodinný poradca

- práca s rodinou v teréne, v prirodzenom prostredí
- cieľ je pomôcť rodine nájsť možnosti ako zabezpečiť základné kritéria primeranej starostlivosti o deti

## 3. PREVENTÍVNE PROJEKTY NA PODPORU DETSKÝCH PRÁV

### Projekt SaferInternet-zodpovedne.sk

Cieľ a forma projektu

- zvyšovať povedomie o zodpovednom používaní nových technológií PC, internet, mobil, ...
- nadnárodný charakter - prezentuje celoeurópsku spoluprácu (26 krajín)
- projekt podporuje Európska komisia v rámci komunitárneho programu Safer Internet plus
- Realizátori na Slovensku  
eSlovensko o.z, Ministerstvo vnútra SR, LDI pri SV UNICEF



[www.saferinternet.org](http://www.saferinternet.org)

[www.zodpovedne.sk](http://www.zodpovedne.sk)

### 158 Hľadané deti 800 500 500 [www.hladanedeti.sk](http://www.hladanedeti.sk)

Aktuálna pomoc pri hľadaní dieťaťa – zapojenie verejnosti pri hľadaní detí, ktoré sú stratené, na úteku alebo v inom ohrození.

- zverejnenie stratených detí na tabuliach v 63 Tesco obchodoch na Slovensku
- zverejnenie stratených detí na obrazovkách spoločnosti ADWARENET v 150 lekárňach
- možnosť využiť č. 0800 500 500 (od 2009 nové číslo 116 000)  
= na nahlásenie informácií o hľadaných deťoch,  
= poradenstvo  
= deti- problém útekov

Osveta – prevencia - poskytovať verejnosti info letáčik o danom fenoméne

- prečo deti odchádzajú,....
- ako identifikovať signály
- čo robiť ak sa dieťa nevráti

DVD Snehulienka trochu inak

Medzinárodný deň nezvestných detí – 25.máj

Spoločný projekt LDI, PZ SR, Tesco Stores SR,  
OZ HOPE-pomoc nezvestným



## **CHIPS -ChildLine in Partnership with Schools**

Spoločný projekt Združenia Linka bezpečí ČR, Stowarzyszenia OPTA Poľsko, Linky detskej istoty s podporou Childline UK  
Filozofia: „deti deťom“

Zámer: príprava podporovateľov z radov rovesníkov

Cieľ: vytvárať zdravé a bezpečné prostredie v školách,  
pomáhať v prevencii vzniku sociálno-patologických javov  
rozvíjať empatiu a schopnosť vzájomne si pomáhať

Slovensko: 2007 - pilotný projekt na 5 vybratých školách



## **Venujme viac času našim deťom [www.detimycas.sk](http://www.detimycas.sk)**

Cieľ: osloviť rodičovskú verejnosť v záujme zlepšovania kvality života detí a ich zdravého vývoja

Forma: osvetová kampaň – v rámci viacerých miest Slovenska (t.r. druhý ročník)

### **Realizácia**

- organizácia spoločných aktivít „rodičia a deti“ (t.r. súčasť Tesco Charita 2008)
- informačné letáčky o význame času a starostlivosti pre dieťa o jeho potrebách v jednotlivých vývinových obdobiach a o získanom efekte:
  - pocit istoty a bezpečia
  - poznanie, vedomosti, zručnosti, profesionálne smerovanie
  - schopnosť lepšie komunikovať a orientovať sa v sociálnych vzťahoch
  - zlepšovanie školských výkonov, rozširovanie záujmov
  - zvyšovanie kompetencií, sebavedomia, sebaakceptácie
  - psychické a telesné zdravie, spokojná rodina
  - kvalitné detstvo a pripravenosť pre svet dospelých

**Čas venovaný deťom nie je čas stratený ...**

## **Edícia Linky detskej istoty**

**Dorota Kopasová NAČÚVAJ DIEŤAŤU (PSYCHOLÓG ŠEPKÁ)**

**Albín Škovierra MALÁ POLEPŠOVŇA (PRE RODIČOV)**



## **[www.zaoponou.sk](http://www.zaoponou.sk)**



**Ďakujeme Linka detskej istoty**

# SÚČASNÉ TRENDY V PSYCHOSOCIÁLNEJ REHABILITÁCII VO VELKEJ BRITÁNII AKÁ JE BUDÚCNOSŤ DENNÉHO CENTRA?

Zuzana PYTLOVÁ

## Abstrakt

*Prednáška načrtáva súčasné trendy v starostlivosti o psychiatrických klientov (dospelého veku) vo Veľkej Británii. Zároveň vysvetľuje ako sú tieto trendy aplikované do praxe na príklade denného centra - The Mill. Tieto nové prístupy sa sústreďujú na jednotlivca, jeho potreby a schopnosti, prenechávajú rovnakú zodpovednosť za progres práve klientovi a tak stimulujú jeho aktívnu účasť na procese uzdravovania. Zámerom je vytvoriť podmienky na plnohodnotný život, s dôrazom na zdravý životný štýl a maximálne možné začlenenie do spoločnosti.*

## Kľúčové slová

*Duševné zdravie, proces uzdravovania – účasť na procese uzdravovania, komunita/spoločnosť – život v komunite/spoločnosti, sociálne vyčlenenie a začlenenie, deinštitucionalizácia, zvyšovanie očakávaní, nádej, voľba, podpora, systém starostlivosti, nové prístupy - napr. ekoterapia.*

V poslednom desaťročí prešiel britský systém starostlivosti o psychicky chorých množstvom rozsiahlych zmien. Sú to zmeny jednak legislatívne, jednak filozofické. Niektoré apelujú na to, aby odborníci, ale aj široká verejnosť zmenili svoje postoje a prístup k ľuďom prežívajúcim psychické problémy. Iné sa sústreďujú na jednotlivca, jeho potreby a schopnosti, prenechávajú rovnakú zodpovednosť za progres práve klientovi a stimulujú jeho aktívnu účasť na procese uzdravovania. Zámerom je vytvoriť podmienky pre plnohodnotný život s dôrazom na zdravý životný štýl a maximálne možné začlenenie do spoločnosti. Stávajú sa tak príslubom k zlepšeniu poskytovania služieb a skvalitneniu životných podmienok. Najvýraznejšou zo všetkých týchto zmien je tzv. prístup „Recovery“<sup>1</sup>, ktorému bude venované najviac priestoru .

Dôležitým míľnikom na ceste k novým službám bola správa s názvom: **Modernising Mental Health Services** (Modernizácia Služieb Duševného Zdravia), publikovaná v 1998, takmer na prelome tisícročí a naznačujúca široké možnosti a ľudskejší prístup v novom miléniu. Hlavnými príslubmi boli: rýchlejší prístup k liečbe, zvýšené štandardy starostlivosti a viac spolupráce medzi jednotlivými poskytovateľmi služieb. Víziou je zabezpečiť služby, ktoré by prispeli k vybudovaniu zdravších spoločností – komunít<sup>2</sup>.

Práve odhodlanie britskej vlády pomôcť čo najväčšiemu počtu psychicky chorých k plnohodnotnému životu viedlo k prieskumu, ktorý by naznačil ako by sa im mohlo pomôcť k čo najvyššej miere integrácie do spoločnosti. Výsledok bol v roku 2004 uverejnený v správe s názvom **Mental Health and Social Exclusion** (v preklade Psychické Zdravie a Vyčlenenie

<sup>1</sup> Samotný pojem *recovery* bude vysvetlený neskôr

<sup>2</sup> Pojmom *komunita* sa v tomto prípade myslí spoločenstvo všetkých ľudí žijúcich v istej geografickej oblasti. Nesmieme ju chápať ako určitú skupinu ľudí (už vôbec nie izolovanú skupinu ľudí), ktorých spája niečo spoločné ako napr. kresťanská komunita.



zo Spoločnosti). Spolu s **Making Recovery a Reality** (teda Uskutočňovanie „Recovery“, 2008), najnovšou správou o prístupe „Recovery“, sa tieto tri dokumenty stali výzvou pre dovedy dobre etablovaný systém starostlivosti a zastávajú funkciu akéhosi katalyzátora väčšiny nedávnych zmien.

Tieto správy naznačujú, že **príčinami**, ktoré prispievajú k nespokojnosti s niektorými službami, či už zo strany vlády, poskytovateľov jednotlivých služieb, alebo strany klientov a ich rodinných príslušníkov, by mohli byť:

- stigma a negatívne predsudky spojené s chápaním psychických ochorení,
- diskriminácia, či už na podklade etnického pôvodu, vierovyznania, sexuálnej orientácie alebo na inom podklade
- nízke očakávanie od ľudí s psychickým ochorením,
- nejasné kompetencie,
- nedostatočná starostlivosť alebo jej zlé načasovanie,
- nedostupnosť všetkých druhov potrebnej starostlivosti pre všetkých,
- sústredenosť na symptómy,
- zlé využívanie dostupných zdrojov,
- nedostatok podpory v remisii,
- nedostatočná spolupráca medzi organizáciami.

Preto boli identifikované viaceré **potrebné zmeny**<sup>3</sup>. Uvediem najmä tie, ktoré sú zaujímavé z liečebnopedagogického hľadiska.

#### ✦ **snaha o sociálnu inklúziu**

Pri tejto sú vysoko hodnotené všetky aktivity, usilujúce o začlenenie klienta do spoločnosti. Dôležitú úlohu zohrávajú projekty, ktoré podporujú zamestnanosť, vzdelávanie alebo dobrovoľnícku činnosť a tiež aktivity umožňujúce klientom kontakt s životom miestnej komunity.

- „Priame platby“ je názov novej služby, ktorá ponúka klientom zaujímavú možnosť ako sa samostatne rozhodovať a ovplyvňovať tak svoju liečbu. Klientom sú vyhradené tzv. „peniaze komunitnej starostlivosti“, s ktorými môžu disponovať tak, aby naplnili svoje potreby. Môžu s nimi naložiť za účelom rehabilitácie, ďalšieho vzdelávania, získavania pracovných zručností alebo na voľnočasové aktivity. Môžu si vybrať z celej škály aktivít dostupných v miestnej komunite a nemusia čakať na žiadne posudky.

#### ✦ **odklon od medikamentózneho prístupu**

Čoraz častejšie sa stáva, že ako doplnok je klientom ponúknutá aj iná, než len medikamentózna liečba. V obľúbenosti sú aktivity ako

- relaxácia, masáž, chi-gong a dokonca je možné od svojho všeobecného lekára obdržať aj
- tzv. „sociálny predpis“; sú tri druhy týchto predpisov, a to predpis na kurz alebo školenie, predpis na umeleckú aktivitu alebo predpis na cvičenie; všetky môžu byť čerpané v miestnej komunite – na školách, v záujmových kluboch či v posilňovniach, ktoré túto schému podporujú.
- Veľmi prístupnou a najmä finančne nenáročnou alternatívou ku tradičnému spôsobu liečby je tzv. „ekoterapia“ – ovplyvňovanie prostredím.

Či už sa zapájame do terapeutického záhradníckeho projektu alebo sa len tak prechádzame v prírode, obe tieto aktivity vykonávané v príjemnom prírodnom prostredí majú schopnosť výrazne ovplyvniť našu duševnú pohodu, fyzické zdravie a dodávajú pocit zmysluplnosti.

<sup>3</sup> Všetky zmeny pojednávajú v tomto dokumente sa týkajú oblasti psychosociálnych služieb pre dospelých, teda oblastiam detí, mládeže ani seniorov, kde môžu byť nevyhnutné iné špecifické zmeny, nie je venovaná pozornosť

Ďalšími príkladmi prospešných tzv. “zelených aktivít” je zapájanie sa do konzervácie historických objektov, turistika, rôzne druhy cvičenia v prírode alebo len púšťanie šarkanov, či pobyt v zeleni.

Nespornou výhodou tohto prístupu je, že so sebou neprináša žiadne vedľajšie účinky a je tiež finančne nenáročný. Veľkým pozitívom je aj to, že v mnohých prípadoch sa klienti môžu zapájať do projektov, ktoré sú prospešné nielen pre nich, ale aj pre celú komunitu – napr. projekty zamerané na recykláciu odpadu a ochranu životného prostredia.

- Je nevyhnutné spomenúť aj čoraz častejšiu prácu s klientom s ohľadom na jeho bio-psycho-sociálnu jednotu, kde cieľom je nahliadať na klienta ako na celok, nielen ako súbor symptómov; je dôležité neobmedzovať sa len na riešenie psychických problémov, ale posudzovať všetky klientove potreby, ako napr. zabezpečenie základných podmienok pre život ako sú ubytovanie, zabezpečenie finančných zdrojov (pomoc z dlhu, pomoc k získaniu oprávnených príspevkov alebo podpory), nájdenie vhodného spôsobu prepravy, poskytovanie informácií o právach klienta, dohliadanie na fyzické zdravie; súčasťou môže byť aj zameranie na zdravý životný štýl, či zdravý výživu, ale aj na potreby duchovné. Zároveň je žiaduce pracovať s celým systémom, teda zahrnúť do procesu liečby aj prácu s rodičmi, inými príbuznými či ošetrovateľmi.

#### ➤ **zrýchlenie prístupu k liečbe**

Stáva sa, že nie vždy sú služby dostupné každému<sup>4</sup> a už vôbec nie na počkanie. Napríklad na psychoterapiu klienti čakajú aj 2-3 roky, ak si ju nezaplatia súkromne. Vláda si uvedomuje, že sa v tomto prípade klientom nedostáva pomoci práve vtedy, keď to najviac potrebujú. Vznikajú preto nové služby, ktoré majú za úlohu celý tento proces urýchliť alebo pôsobiť ako filter.

- Jednou z týchto nových služieb je napríklad počítačová kognitívne-behaviorálna terapia. Existujú zatiaľ dva programy – pre ľudí trpiacich depresívnymi poruchami (s názvom Beating the Blues) a pre ľudí s úzkostnými poruchami (Fear Fighter).
- Funkciu filtra spĺňa nová služba s názvom „Zlepšovanie prístupu k psychoterapeutickým službám“, ktorá posudzuje závažnosť situácie jednotlivých klientov. Ak situácia nie je príliš vážna, napr. v prípade depresívnych a úzkostných ochorení, pracovníci tohto tímu sú schopní poskytnúť poradenstvo alebo nasmerovať klientov do miestnych organizácií, ktoré by im vedeli pomôcť. Prípadne im môžu ponúknuť počítačovú kognitívne-behaviorálnu terapiu alebo biblioterapeutickú pomoc, v podobe zoznamu odporúčanej svojpomocnej literatúry. Ak sú problémy vážnejšie, potom pracovník zaradí klienta do poradovníka na psychoterapiu. Na rozdiel od všeobecného lekára, majú títo pracovníci k dispozícii viac času aj stretnutí na jedného klienta. Tak môžu spolu napr. prebrať niektoré stratégie, ako situáciu zvládnuť dovedy, kým sa klient stretne s psychoterapeutom. Tieto tímy by mali byť ľahko dostupné vo väčšine zdravotníckych centier.

#### ➤ **tzv. „komunitná starostlivosť“**

Táto predstavuje pomoc klientom v pre nich prirodzenom prostredí. Stále viac sa kladie dôraz na to, aby sa ľudom dostávalo pomoci tam, kde je to pre nich prirodzené a to buď priamo u nich doma alebo v miestnej komunite. Výnimkou nie sú stretnutia či aktivity v kaviarňach, či športových centrách. Aj viaceré špecializované tímy

<sup>4</sup> napr. utečenci majú len limitovaný prístup k týmto službám

poskytujú starostlivosť v komunite, či doma – napr. Home Treatment Team, Assertive Outreach Team, Community Mental Health Teams.

#### ✦ **intervencia v správny čas**

Potreba zasiahnuť v správny čas je dôležitá z viacerých aspektov. Zlepšuje možnosť určiť správnu diagnózu, zmierniť priebeh akútnej fázy a teda aj jej dopad a umožňujú skorší návrat klienta do bežného života. Uskutočňovanie tejto zmeny majú na zodpovednosti dva druhy tímov:

- tímy včasnej intervencie vykonávajú úspešný screening medzi vysoko rizikovými skupinami ako sú ľudia s históriou psychického ochorenia v rodine alebo sklonom k závislostiam. Svoju pozornosť venujú najmä mladým ľuďom, ktorí sa nachádzajú v prvej fáze psychotickej poruchy. Služby vedia flexibilne prispôbiť, tak aby mohli byť s klientmi vtedy, keď je to najviac potrebné, teda aj vo večerných hodinách alebo cez víkendy. Táto služba je mimoriadne dôležitá, nakoľko pomáha klientom zostať v kontakte so svojím prirodzeným prostredím.
- krízovú intervenciu pre klientov v akútnom stave zaobstarávajú tzv. „tímy krízového riešenia“ (Crisis Resolution Teams), ktoré sú prístupné non-stop. Tieto tímy poskytujú služby, ktoré pomáhajú predchádzať hospitalizácii a umožňujú zvládať krízové situácie napr. v domácom prostredí.

#### ✦ **interdisciplinárny prístup**

Stále viac sa kladie dôraz na interdisciplinárny prístup, ktorý by predstavoval spoluprácu zdravotníckych a sociálnych zariadení, spolu s nezávislými a charitatívnymi organizáciami. Žiaduci je aj „koktejl“ znalostí a zručností v rámci jednotlivých tímov, čo výrazne prispieva k skvalitňovaniu služieb.

#### ✦ **účasť klientov na plánovaní a príprave nových služieb starostlivosti**

Jednotlivé subjektívne pohľady klientov pozitívne prispievajú k posunu v poskytovaných službách, nakoľko živá skúsenosť s chorobou je rovnako dôležitá ako jej odborná znalosť. V procese, ktorý pomáha integrovať prežitú skúsenosť v zmysluplný zážitok a budovať na ňom, sa z nich stávajú tzv. „experti skúsenosťou“. Najnovšie sa klienti podieľajú na príprave niektorých vzdelávacích programov a školení, ale aj na „designovaní“ nových služieb. Viaceré organizácie tiež pristúpili k zamestnávaniu ľudí so skúsenosťou psychického ochorenia pre prácu s psychicky chorými.

### **Prístup Recovery**

Mnohé z už spomínaných zmien v sebe spája prístup „Recovery“. Je však výnimočný svojim filozofickým prístupom ku klientovi. Tento prístup by mal byť zapracovaný do britskej legislatívy, nariadení a noriem týkajúcich sa duševného zdravia a bude predstavovať štandard v starostlivosti a poskytovaní služieb.

Napriek tomu, že v preklade znamená slovo recovery – zotavenie, vyliečenie, nie je možné ho v tomto kontexte chápať ako snahu o uzdravenie v klinickom zmysle. Je to omnoho komplexnejší proces, ktorý výstižne charakterizoval Anthony (1993) ako proces hlboko osobný a jedinečný, kde dochádza k „zmenám osobných postojov, hodnôt, pocitov, cieľov, zručností a rolí. Je to spôsob vedenia uspokojivého života, plného nádeje, kde sa jednotlivci môžu zapájať do spoločenského života, aj napriek obmedzeniam svojho ochorenia. Je to postupné budovanie nového zmyslu v procese osobného rastu a presahu katastrofických účinkov psychickej choroby.“

Hlavné princípy „Recovery“ (podľa Making Recovery a Reality) sú nasledovné:

- Recovery je nutné chápať ako proces budovania zmysluplného a uspokojivého života, tak ako si ho predstavuje osoba samotná, nehl'adiac na pretrvávajúce alebo obnovujúce sa symptómy či problémy
- Recovery reprezentuje odklon od patológie, choroby a symptómov a sústreďuje sa na zdravie, silné stránky a duševnú pohodu
- Nádej je mimoriadne dôležitá a zväčšuje sa o to viac, ak človek môže prevziať kontrolu nad svojim životom, ak má možnosť slobodnej voľby
- Svedectvá iných sú dôležitým zdrojom inšpirácie a motivácie
- Vzťah medzi pomáhajúcim a klientom nemá byť vzťahom odborník – pacient, ale skôr partner na ceste k objavom
- Rodina, priatelia, známi sú často kľúčovými pre recovery a mali by byť zaangažovaní do tohto procesu v maximálnej nožnej miere. Pre mnohých ľudí majú veľký význam aj rôzne rovesnícke a svojpomocné skupiny
- Ľudia sa nezotavujú v izolácii. Prístup Recovery je úzko spätý so sociálnym začlenením do miestnej komunity. Dôležitou súčasťou Recovery je preberanie sociálnej role, ktorá je prospešná širšej komunite. Dobrovoľníctvo, osveta, ďalšie vzdelávanie a výkon zamestnania sú všetky chápané ako vysoko hodnotné a sú preto vysoko podporované.

Tento prístup sa teší veľkej popularite u mnohých klientov. Je však treba podotknúť, že nie všetci sú na to pripravení. Niektorí klienti, ktorí sú už dlhodobo v systéme psychosociálnej rehabilitácie odmietajú zmeny a len ťažko si vedia predstaviť, že ich život by sa mohol zázračne premeniť. Obávajú sa vzdať svojho ustáleného životného rytmu a neodvážia sa vydať za svojimi snami, ktoré už dávno opustili. Iným zasa vyhovuje dlhodobý prísun sociálnych dávok a poberanie iných benefitov a považujú za nemožné opäť (a niekedy vôbec po prvýkrát) sa úspešne zaradiť do diania v spoločnosti, na okraj ktorej boli odsunutí. Veľkú úlohu zohráva aj strach zo zlyhania, ktorí mnohí klienti i opätovne zažili.

To sa stáva výzvou pre personál. Ako zapôsobit' na klienta tak, aby sme v ňom (znovu) vzbudili záujem o aktívnejší život? Niekedy sa stáva, že klienti pociťujú podobné pokusy až ako ohrozenie svojej psychickej stability a prerušujú kontakty so zariadením. Iní sa všemožne snažia o prekazenie jednotlivých aktivít alebo krokov, hoci možno úplne nevedome.

Tu je desať rád na to, ako poskytovať služby orientované na recovery (podľa Shepherd, 2007):

- Aktívne počúvajte, aby ste spoločne so svojím klientom mohli sformulovať význam problémov, ktoré prežíva.
- Spolu s klientom sa pokúste identifikovať jeho osobné ciele vedúce k recovery a určite v nich priority – nesmú to byť vaše odborné ciele.
- Preukážte dôveru v klientove existujúce schopnosti a zdroje, ktoré sú dôležité pre uskutočnenie jeho cieľov.
- Venujte pozornosť najmä tým cieľom, ktoré posúvajú klienta z role chorého a umožňujú mu aktívne pomáhať iným.
- Určite zdroje, ktoré nie sú spojené so svetom psychicky chorých – priateľov, známych, organizácie – a ktoré sú zároveň spojené s uskutočňovaním daných cieľov.
- Oboznámte sa s reálnymi skúsenosťami klientov, ktoré inšpirujú a posilňujú nádej.
- Podporte zvládanie vypätých situácií s pomocou klientových vnútorných zdrojov (podporte používanie zvládacích mechanizmov, poskytnite potrebné informácie).
- Prediskutujte o aké formy terapeutickkej pomoci má klient záujem, napr. psychoterapia, alternatívne terapie, spoločné krízové plánovanie a pod. a rešpektujte tieto želania v maximálnej nožnej miere.

- Správajte sa tak, aby ste za každých okolností vzbudzovali rešpekt voči svojmu klientovi a snažte sa o rovnocenný vzťah, s náznakom vôle urobiť aj čosi extra.
- Zatiaľ čo viete, že budúcnosť je nejasná a recidíva môže nastať kedykoľvek, podporne sa vyjadrujte o možnosti dosiahnutia klientom stanovených cieľov – šírte nádej a pozitívne očakávania.

## Prax – The Mill

V našej organizácii, Oxfordshire Mind, bola v júli 2007 reakciou na mnohé nariadenia medziiným aj zmena jazyka. Zanikli denné centrá a na ich miesto prišli tzv. **komunitné zdrojové projekty** (Community Resource Projects) alebo len komunitné projekty. Nové názvy výstižnejšie odrážajú náplň našej práce, ktorá sa už nedeje len počas dňa a len v rámci našich priestorov, ale stala sa viac flexibilnou a viac komunitne orientovanou. Spolu so zmenou názvu prišla aj nová formulácia cieľov (podľa 'Day Services' to 'Community Resource Projects', Oxfordshire Mind, 2007):

- zlepšiť prístup – tak, aby sme prilákali aj ľudí, ktorí by inak len s malou pravdepodobnosťou premýšľali o využití našich alebo iných tradičných denných centier;
- prehĺbiť náš vplyv – tak, aby účasť na našich službách prinášala dlhodobé pozitívne zlepšenie v živote klientov;
- zamerať sa na Recovery – tak, aby sme podporovali nezávislosť jednotlivca, podporili pozitívne podstupovanie rizík a umožnili jeho začlenenie do spoločnosti.

Pri pokuse o uskutočnenie týchto cieľov a o uplatnenie niektorých zmien v našom komunitnom projekte:

- umožňujeme klientom, aby zasahovali do rozhodovania o pripravovaných zmenách v našom komunitnom projekte a to pravidelnou konzultáciou počas tzv. členských mítingov
- dávame priestor našim klientom k tomu, aby pripravovali a (spolu 5) viedli niektoré aktivity, ako napr. biblioterapia, turistika, cyklistický maratón
- zvyšujeme u našich klientov pocit vlastníctva nad komunitným projektom, ktorý je rovnako náš, ako aj ich, čo vedie k zvýšenej starostlivosti o centrum zo strany našich klientov; niektorí sa viac zapájajú do upratovania, iní do opráv alebo do výberu a obstarávania potrebného vybavenia
- angažujeme klientov do aktivít ako príprava, či realizácia školení pre dobrovoľníkov alebo účasť v komisii pri výbere nových zamestnancov a patrične ich za to ohodnocujeme – aj formou finančných odmien
- zvyšujeme naše očakávania a nechávame našich klientov úplne prevziať kontrolu nad našou kuchyňou
- prezentujeme náš komunitný projekt s pomocou našich klientov v miestnych médiách a tým prispievame k zvyšovaniu povedomia o duševnom zdraví
- v spolupráci s inými organizáciami sprostredkujeme našim klientom dobrovoľnícke príležitosti
- zaraďujeme do programu športové aktivity ako bedminton a plávanie, ktoré sa konajú v komunitných zariadeniach a za účasti klientov iných komunitných projektov alebo verejnosti
- venujeme čas zdravej výžive – teoreticky aj prakticky
- pripravujeme výlety a dovolenky, a to aj mimo našich normálnych otváracích hodín

---

<sup>5</sup> v závislosti na ich výbere



- organizujeme viacero spoločenských aktivít – návštevy kina, divadla alebo usporiadanie večierok
- v rámci Svetového Dňa Duševného Zdravia a pri iných príležitostiach pripravujeme informačný pult a rozprávame sa s ľuďmi v miestnej komunite o duševnom zdraví
- spolupracujeme s rôznymi mainstreamovými organizáciami na spestrení nášho programu – napr. poskytujeme kurzy o histórii umenia vďaka Oxfordským múzeám, vedieme školu fotografovania spolu s Fotografickou Spoločnosťou Oxfordskej Univerzity, ponúkame kurz ako prestať fajčiť vďaka Ministerstvu Zdravotníctva alebo kurz Finančnej gramotnosti v spolupráci s Citizens Advice Bureau (v preklade Úrad pre poradenstvo občanom)
- oslovujeme viacerých významných miestnych predstaviteľov jednotlivých náboženstiev, ktorí prichádzajú rozprávať o svojej viere a ponúkame tak zaujímavý program o filozofii a spiritualite
- pomáhame našim klientom pri hľadaní práce alebo pri prihlasovaní sa do škôl, a to či už v podobe pomoci s písaním životopisov, vyplňovaním formulárov, hľadaním ponúk alebo poskytovaním referencií
- pripravujeme efektívne pomôcky, ktoré majú našim klientom uľahčiť proces stanovovania cieľov, tak aby nad ním mali kontrolu oni sami
- zúčastňujeme sa tzv. „Recovery networks“, čo sú stretnutia miestnych odborníkov a klientov orientované na prezentovanie úspešných životných príbehov a výmenu skúseností
- prispôbujeme sa miestnym potrebám a nárokom - pripravujeme novú službu, a to doposiaľ chýbajúci večerný program pre študentov, ktorí majú psychické problémy
- umožňujeme ľuďom odsúdeným k verejnoprospešným prácam, aby svoj trest naplnili u nás, teda pomáhame ľuďom s psychickými problémami, pričom niektorí sú ovplyvnení na toľko, že aj po uplynutí svojho trestu zostávajú u nás ako dobrovoľníci a chcú sa podobnej práci naďalej venovať
- poskytujeme prax viacerým študentom – budúcim činnostným terapeutom, sociálnym pracovníkom, policajným dôstojníkom či odborníkom na zdravú výživu
- pripravujeme tiež dovybavenie nášho hudobného štúdia nahrávacími prístrojmi, aby vznikli príležitosti pre miestne skupiny, ktorých členovia majú skúsenosť s psychickým ochorením, pričom dúfame, že tento projekt priláka niektoré skupiny klientov, ktoré sú teraz málo zastúpené, a to napr. mladých ľudí a ľudí z rôznych etnických menšín.

Podrobnejšie by som chcela priblížiť jeden náš projekt:

### **Projekt Galéria**

– je jedným z našich najväčších úspechov. Pomáha nám bojovať s predsudkami a stigмой.

Súčasťou nášho komunitného projektu je aj menšie výtvarné štúdio, kde majú klienti možnosť pretvárať svoje myšlienky a pocity v zaujímavé výtvarné diela. Tieto sú často vnímané ako posolstvo a prostriedok, ktorým možno prezentovať pozitívnu stránku duševne chorých. V záujme optimálneho využitia dostupných zdrojov (umeleckých diel a priestorových možností) sme sa rozhodli vybudovať v našom komunitnom projekte Galériu. Väčšinu potrebných prác na Galérii sme robili svojpomocne, s výdatnou pomocou našich klientov.

Galéria má svoje otváracie hodiny pre verejnosť, počas ktorých sa návštevníci môžu, okrem vzhladnutia jednotlivých exponátov, dozvedieť čo-to o svete psychicky chorých, prípadne sa stretnúť s jednotlivými autormi. Galéria je totiž prevádzaná samotnými klientmi. Doterajšími



vystavenými médiami boli, maľba, kresba a fotografia. Niektoré diela boli pripravené na základe spolupráce s miestnymi umelcami. Výstavy sú zväčša predajné, pričom výťažok ide priamo autorovi, s výnimkou symbolického príspevku pre chod Galérie.

Niektorí naši klienti boli príjemne prekvapení svojimi výstavnými úspechmi a niektorí z nich sa vďaka tomu rozhodli venovať sa umeniu dlhodobo – či už ako umelci alebo študenti umenia. Naša galéria bude čoskoro zaradená do sprievodcu etického nakupovania pre ľudí, ktorí chcú kúpiť originálny dar a majú chuť podporiť charitatívne združenia alebo znevýhodnených jednotlivcov.

Keďže galéria slúži taktiež ako naša skupinová miestnosť, máme z nej úžitok a najmä pôžitok všetci. Rovnako sa používa k reprezentačným účelom alebo pri rôznych stretnutiach. Galéria sa teší takej popularite, že z pôvodnej jednej miestnosti sa od svojho založenia v decembri 2007 rozrástla o ďalšiu miestnosť.

Naši klienti sa tiež zapájajú do prípravy jednotlivých výstav a ich propagácií, čo je výbornou príležitosťou k získaniu skúseností užitočných pre niektoré zamestnania.

Naša Galéria mala veľmi dobré ohlasy aj počas miestneho umeleckého festivalu, kedy stovky štúdií otvárajú svoje brány a tisíce ľudí ich navštevujú s túžbou nasýtiť sa umenia. Dostala aj niekoľko zaujímavých prívlastkov, ako napr. najfarebnejšia, či najmenej depresívna.

V budúcnosti je možné, že niektoré naše výstavy budú putovať aj po iných galériách a je možné, že aj naša Galéria bude hostiť iné výstavy.

Tiež by sme s pomocou našich klientov chceli pripraviť kurzy o duševnom zdraví pre verejnosť, ktoré by sa konali v malých skupinkách v intímnom prostredí našej Galérie.

### **Dilemy – zmeny v praxi**

Osobne nehodnotím všetky spomínané zmeny ako pozitívne. Argumenty, že počítačová kognitívne-behaviorálna terapia je vhodná najmä pre inak úspešných ľudí (napr. managerov, či businessmenov), ktorí nemajú čas pravidelne dochádzať na terapiu a lepšie im vyhovuje počítač, neobstoja. Nemôže byť práve časový deficit jedným z faktorov prispievajúcich k ich depresii?

Aj k úspešnosti biblioterapie chápanej ako zoznam odporúčanej svojpomocnej literatúry mám určité výhrady. Viem si predstaviť, ako by tento postup mohol byť úspešne aplikovaný u istých ľudí, domnievam sa však, že u iných by mohol viesť k zvýšenému pocitu osamoteniu a izolácie. Kam sa vytratila podstata terapie založená na terapeutickom vzťahu? Mnohé zmeny majú ambíciu vniesť do poskytovanej starostlivosti ľudskejší prístup. U niektorých sa ale zdá, že je to práve naopak.

Aj už spomínaný prístup Recovery, ktorý sa zdá byť veľmi humánnym prináša so sebou isté riziká. Jedným z dôležitých faktorov, prečo vládla tento prístup podporuje je čisto ekonomický. Viac pracujúcich ľudí = menej ľudí poberajúcich sociálne dávky. Preto je nesmierne dôležité, ako veľmi zostanú odborníci verní princípom recovery. Hlavnou hybnou silou má byť nádej, viera v to, že ľudia sa môžu ďalej rozvíjať a žiť plnohodnotnejší život. Ten si ale majú skonštruovať sami klienti. Ak si teda želajú ďalej sa vzdelávať alebo sa znova zamestnať, mali by sme spolu s nimi vytvoriť podmienky k tomu, aby to zvládli. Nie im predostrieť vzdelanie či prácu ako jednu z možných ciest k uzdraveniu.

Jednou z najväčších hrozieb, ktoré môžu poskytovateľov psychosociálnych služieb vo Veľkej Británii postretnúť, je odobratie finančných zdrojov. Stáva sa, že financie na svoju existenciu prednostne dostávajú projekty, ktoré sú nové a prinášajú „čerstvé“ vízie a nápady. Napriek tomu, že iné projekty majú dlhoročné skúsenosti, svoju povesť a až do tej chvíle stále miesto v

živote ľudí miestnej komunity, je možné, že potrebné peniaze nedostanú. Je teda veľkou výzvou pre mnohé centrá byť inovatívny a novátorský po celý čas. A tak sa niekedy stáva, že miesto protežovanej spolupráce medzi centrami, nastáva medzi nimi rivalita a súboj o to, kto bude lepší. Dôsledkom nedostatku komunikácie sa môže stať, že v jednej geografickej oblasti v rovnakom čase zmenia aj štyri projekty svoju orientáciu napríklad na záhradníčenie. A tak súboj pokračuje ďalej, žiaľ bez výrazného prospechu pre klientov. Miesto želanej rozmanitosti služieb je tu jednotvárnosť. Tá opäť vedie k rušeniu jednotlivých služieb. Kruh sa uzatvára.

Najnovšou hrozbou je ale tenderingový proces – nový spôsob financovania. Je to spôsob, pri ktorom sa uskutočňuje výberové konanie. V predstihu je vypísaná verejná ponuka na projekty, kde sú stanovené presné požiadavky na to, ako má ten ktorý projekt vyzerat'. Rôzne organizácie sa môžu prihlásiť do súťaže so záujmom prevádzkovať niektorý z projektov. V prípade, že nevyhráte konkurz, môže sa stať, že váš komunitný projekt bude viesť niekto úplne iný. Alebo sa tiež stane, že v oblasti, kde bolo predtým päť denných centier, či komunitných projektov, budú vypísané konkurzy iba na dva. Tri neúspešné zaniknú.

Požiadavka poskytovať viac špecializovaných služieb (ako napr. náš večerný projekt pre študentov) a to najmä mimo pôvodných otváracích hodín, ale v rámci už existujúcich finančných zdrojov, znamená najmä menej personálu na jednotlivých službách a aj pocit rozdrobenia tímu. Spolu so spomínaným tenderingovým procesom tieto potom vytvárajú veľký pocit nestability, ktorý sa žiaľ môže premietnuť aj do pracovného výkonu.

Toto sú len niektoré dilemy, s ktorými sa všetci poskytovatelia služieb musia vyrovnat'.

### **Ideálne denné centrum**

V tejto dobe dynamicky sa meniacich nárokov sa denné centrá alebo ich nástupcovia v podobe komunitných projektov musia usilovať o to, aby:

- boli schopné rýchlo sa prispôbiť
- inšpirovali ľudí k sebadôvere a naplňali energiou, pocitom nádeje a aktivizovali
- pobádali klientov k tomu, aby si okolo seba vytvárali sociálnu sieť, tvorenú priateľmi a známymi
- stimulovali ich k tomu, aby sa plne zúčastňovali na daniach v miestnej komunite
- nediskriminovali, neposudzovali, ale konali akceptujúco
- boli prístupné a atraktívne pre všetkých ľudí, pracujúcich, študentov, ľudí s trvalou invaliditou, no najmä tých z menších, či už etnických, náboženských a predovšetkým tých, ktorí sa doposiaľ vyhýbali využívaniu takýchto služieb
- vytvárali príležitosti k rozvíjaniu zručností a daností a k osobnostnému rastu
- sústredovali sa a stavali na tom, čo je v človeku zdravé a pozitívne
- usilovali sa o zlepšenie životných podmienok svojich klientov – pomoc jednotlivcom individuálne na základe ich potrieb, ale aj vedenie rôznych kampaní, či zabezpečenie vzdelávania pre širokú verejnosť (zvyšovanie povedomia)
- umožňovali klientom, aby prevzali prípravu a vedenie niektorých aktivít, príp. zamestnávali ľudí so skúsenosťou psychického ochorenia
- pomáhali ľuďom zorientovať sa vo svojej situácii a vedeli ich správne nasmerovať – napr. poskytovaním potrebných informácií o iných centrách, možnostiach pomoci, ale aj o bežných každodenných záležitostiach ako sú nákupy, upratovanie, či voľnočasové aktivity
- viedli klientov k tomu, aby sa pýtali a hľadali optimálny spôsob liečby – skúmanie alternatív, odklon od čisto medikamentózneho prístupu

- spolupracovali s viacerými agentúrami zaangažovanými do starostlivosti o svojich klientov a tiež konzultovali rodinu alebo iných ľudí zaangažovaných do starostlivosti, tam kde oni sami chcú a kde aj klient súhlasí
- a boli odhodlaní naplno uplatniť dostupné zdroje, vrátane potenciálu klientov, ale aj svojho personálu.

Preto sa domnievam, že svoju budúcnosť v systéme starostlivosti o psychicky chorých majú len tie projekty, ktoré si dokážu priznať, že aj oni potrebujú prejsť istým ozdravným procesom a vykročia na svoju cestu k recovery.

## **Bibliografia**

ANTHONY, W., A., *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system. in the 1990s*, Psychosocial Rehabilitation Journal, 16, 11-23; in: Shepherd G., Boardman J. & Slade M., 2008: Making Recovery a Reality, Sainsbury Centre for mental Health, London

Department of Health, *Modernising Mental Health Services – safe sound and supportiv.*, Department of Health, London, 1998

Oxfordshire Mind, *Day Services into Community Resource Projects*. interný dokument, 2007

SHEPHERD, G. *Specification for a comprehensive 'Rehabilitation and Recovery' service in Herefordshire*. Hereford PCT Mental Health Services; in: Shepherd G., Boardman J. & Slade M., 2008: Making Recovery a Reality, Sainsbury Centre for mental Health, London

SHEPHERD, G., BOARDMAN, J., SLADE, M. *Making Recovery a Reality*. Sainsbury Centre for mental Health, London, 2008

Social Exclusion Unit, *Mental Health and Social Exclusion*, Office of the Deputy Prime Minister, London, 2004

## **Užitočné odkazy:**

[www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk) – stránka ministerstva zdravotníctva, kde sa dá stiahnuť väčšina dôležitých nariadení, smerníc, štandardov, správ, výskumných záverov a iných dokumentov, nájdete v sekcii Publications

[www.scmh.org.uk](http://www.scmh.org.uk) – stránky inštitútu zaoberajúceho sa výskumom, vytváraním a zlepšovaním smerníc a nariadení, tiež tu nájdete zaujímavé publikácie

[www.mentalhealth.org.uk](http://www.mentalhealth.org.uk) – stránky venované duševnému zdraviu s množstvom užitočných informácií

[www.mind.org.uk](http://www.mind.org.uk) - celoštátna nezisková organizácia so zameraním s pôsobnosťou v oblasti duševného zdravia

[www.oxfordshire-mind.org.uk](http://www.oxfordshire-mind.org.uk) – lokálna pobočka národnej MIND, ktorá sa spomína v praktickej časti z tohto príspevku

# FETAL – ALKOHOL SYNDRÓM Z POHLĀDU LIEČEBNÉHO PEDAGÓGA

Róbert SABO

## Abstrakt

*Poznať symptomatológiu fetal-alkoholového syndrómu môže uľahčiť prácu pedagóga (iných odborníkov nevynímajúc). Naším zámerom je ponúknuť hlavne pedagógom nástroj, ktorý by im pomohol pomenovať konkrétne prejavy vo vnímaní a správaní sa dieťaťa.*

## Kľúčové slová

*Fetal-alkoholový syndróm, drobné poškodenia mozgu, primárna a sekundárna symptomatológia.*

V praxi sa stretávame s deťmi, ktoré svojim **správaním nenapĺňajú očakávania** okolia. Nemôže nás uspokojiť konštatovanie, že prekračujú stanovené normy, porušujú pravidlá, rušia nás i svojich spolužiakov pri práci, čo môže byť dôvodom na ich segregáciu. **Včasná identifikácia povahy problému môže viesť k pochopeniu dieťaťa a zmeny v našom prístupe.**

Naším zámerom je ponúknuť pedagógom nástroj, ktorý môže zvýšiť mieru pochopenia konkrétneho dieťaťa. Pokúsili sme sa vybrať **konkrétne symptómy v správaní** sa detí, u ktorých môžeme uvažovať o zmenách vo vývine centrálného nervového systému. **Úlohou nie je stanoviť diagnózu!** Identifikácia a popis konkrétnych prejavov dieťaťa má pomôcť pri uplatnení tzv. individuálneho prístupu. Ten si vyžaduje dôkladnú pedagogickú diagnostiku. V ideálnom prípade na základe tejto môže byť realizované aj iné odborné vyšetrenie (najčastejšie psychologické, špeciálnopedagogické, liečbnopedagogické, neurologické a pod.).

V texte uvažujeme o deťoch, ktoré sme si zvykli označovať pojmom deti so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. Najčastejšie sa v našich školách stretávame s diagnózami ako poruchy učenia, poruchy pozornosti, mentálne postihnutie (aj hraničné pásmo mentálnej retardácie), poruchy správania a iné. Predpokladáme, že starostlivosť v rodine sa nevymyká bežnému priemeru. U dieťaťa sa objavujú prejavy, ktoré v nás vyvolávajú rôzne pocity a reakcie.

Vybrali sme niektoré zo symptómov, ktoré sú typické pre skupinu ochorení vznikajúcich na základe **zmien v štruktúre a funkciách mozgu**. V minulosti sa v tejto súvislosti používal aj výraz ľahké mozgové dysfunkcie (LMD), ktorý celkom trefne vystihuje podstatu problémov u týchto detí. Do tejto kategórie môžeme zahrnúť:

- **vývinové poruchy učenia** (vývinové znamená, že s vekom majú tendenciu sa meniť),
- **špecifické poruchy správania** (v súvislosti s týmito syndrómami je zavádzajúce hovoriť o poruchách správania, vedie to k nevhodným reakciám z našej strany),
  - ADD, porucha pozornosti,
  - ADHD, porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou,
- **mentálne postihnutie** (aj hraničné pásmo),

- **fetal-alkoholové spektrum porúch** (FASD, u nás málo diskutované poruchy).

**Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)** je zastrešujúcim pojmom pre niekoľko porúch spôsobených užívaním alkoholu ženou počas tehotenstva. Patria sem:

- **Fetal Alcohol Syndrome (FAS)** lekársky diagnostický termín, musia byť splnené kritériá
  - plod je vystavený alkoholu počas tehotenstva
  - prítomné deficit v raste
  - špecifické charakteristiky na tvári
  - poškodenie CNS
- **partial Fetal Alcohol Syndrome (pFAS)**
  - indikované opakované vystavenie alkoholu počas tehotenstva
  - prítomné niektoré z fyzických znakov typických pre FAS
  - prítomné problémy v učení, správaní, čo naznačuje poškodenie CNS
- **Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder (ARND)**
  - poškodenie CNS, ako dôsledok opakovaného vystavenia alkoholu počas tehotenstva
  - neurologické poškodenie sa môže prejaviť ako poruchy učenia, impulzivita, oslabené sociálne zručnosti, problémy s pamäťou, pozornosťou a úsudkom
- **Alcohol Related Birth Defects (ARBD)**
  - prítomné špecifické fyzické odlišnosti vyplývajúce z vystavenia alkoholu počas tehotenstva
  - fyzické odlišnosti môžu zahŕňať problémy v oblasti sluchu, zraku, srdca, kostrového aparátu, jemnej a hrubej motoriky

(prevzaté z [www.fasdoutreach.ca](http://www.fasdoutreach.ca))

Ak okolie dieťaťa nerozpozná niektoré z typických príznakov hore uvedenej skupiny porúch (poruchy učenia, poruchy pozornosti, mentálne postihnutie – najmä hraničné pásmo, fetal-alkoholové spektrum porúch), zvýši sa riziko vzniku tzv. **sekundárnych prejavov**, ktoré vykazujú obraz **nešpecifických porúch správania** (klamstvo, vzdorovitosť, negativizmus, nedisciplinovanosť, úteky, záškoláctvo, sebapoškodzovanie, patologické závislosti, krádeže, vandalizmus a iné). V tomto prípade ide o mechanizmus, ktorého účelom je chrániť integritu osobnosti a dieťa sa takto bráni vnútorným i vonkajším tlakom. Žiaľ, nie najvhodnejším spôsobom. Sú to vlastne prirodzené obranné prejavy, vyvinuté počas obdobia, keď medzi dotýčným a jeho okolím neexistuje porozumenie. Deti s týmito problémami majú výrazne narušené vzťahy so svojím okolím i k sebe samým.

Pre nás môže byť ťažké prijať fakt potreby **špecifického prístupu** k takémuto dieťaťu. Typické je totiž, že dieťa dosahuje **nerovnomerné výkony**. Jeden deň je „v pohode“, všetko zvláda, darí sa mu. O chvíľu to však už nemusí byť pravda a zrazu akoby všetko zabudlo, nedokáže, čo už dávno pred tým vedelo. Máme pocit, že nám to robí naschvál, nechce sa mu, je ľahostajné, fláka sa a pod. Ako hovorí Diane Malbin, **dieťa vnímame, ako niekoho kto nechce**. Našou snahou by malo byť zmeniť toto vnímanie na model, **vnímam ťa, ako niekoho kto nemôže**.

Všetci poznáme „charakteristiky“, také rozšírené medzi laickou verejnosťou a žiaľ i pedagógmi. Podráždený/á, zúrivy/á, uzatvorený/á, bojzlivý/á, nezodpovedný/á, detský/á, deštruktívny/á, drzí/á, odvrávajúci/a, šaškujúci/a a pod. To sme už v štádiu, keď si dieťa našlo spôsob, ako sa brániť. V tejto chvíli je ťažké prekonať nedôveru, komunikovať s dieťaťom,



jeho rodičmi. Často sme v situácii, keď dieťa nie je vyšetrené a po skúsenosti s rodičom ani nemôžeme očakávať návštevu poradenského zariadenia v dohľadnej dobe. Čo robiť dovtedy, kým sa nám podarí získať dôveru rodičov a budú s nami spolupracovať? A vôbec, ako pracovať s takýmto dieťaťom?

Všetky spomenuté poruchy majú spoločný základ, tým sú **zmeny v štruktúre a funkčnosti mozgu**. Príčiny vzniku a čas vzniku týchto porúch sú rôzne, pre nás nie veľmi dôležité. Omnoho dôležitejšie je prijať prítomnosť niektorého zo spomenutých syndrémov, to nám dáva šancu dieťa pochopiť a akceptovať i s „neprimeranými“ prejavmi.

Je to o to ťažšie, že syndrómy nie sú (s výnimkou FAS a ťažších foriem mentálneho postihnutia) badateľné voľným okom, neprejavujú sa na fyzickom vzhľade dieťaťa.

Našou úlohou nie je dieťaťu stanoviť diagnózu (len poradenské zariadenia). **Pomenovať konkrétne prejavy v správaní** je však základným východiskom pre hľadanie vhodnej stratégie, optimálneho prístupu. A ak je dieťa vzdelávané formou integrácie, **formulovať ciele a úlohy** do individuálneho výchovno-vzdelávacieho programu je v takomto prípade omnoho jednoduchšie.

Pozrime sa najskôr, čo s nami takéto správanie sa dieťaťa robí. Aké prežívame pocity? Čo nám napadne? Čomu pripisujeme nevhodné prejavy v správaní dieťaťa? Aké motivácie mu prisudzujeme?

*Pravdepodobne sa objaví:*

- *ignoruje ma, kladie odpor,*
- *chce získať prevahu, súperí so mnou a inými,*
- *robí to naschvál, zámerne provokuje, „vie“ ako nahnevať,*
- *ignoruje ma, robí vždy niečo iné, je nedisciplinovaný,*
- *tvári sa, že nepočul,*
- *je lenivý, nesnaží sa, keby chcel...,*
- *správa sa ako malé dieťa, správa sa absolútne nevhodne na svoj vek,*
- *málo sa snaží,*
- *nerešpektuje autority,*
- *nemá žiadny vzťah k plneniu úloh,*

Pri takomto vnímaní dieťaťa nemáme šancu vybudovať si s ním kvalitný vzťah. Dôveru a porozumenie vnímame ako dôležité predpoklady motivácie k učeniu sa v akejkoľvek podobe. Od pedagóga sa očakáva, že dieťaťu nebude pripisovať charakteristiky uvedené vyššie. Tie väčšinou vedú k reakciám, ktoré sme už spomenuli vyššie. **Nemôžeme predsa vytvárať tlak na dieťa, aby sa zmenilo, namiesto toho, aby sme takéto prejavy vnímali, ako oslabené zdravie.** Tlakom posilňujeme strach, úzkosť, privolávame zlyhanie, neúspech, čo sú zaručení pôvodcovia sekundárnych prejavov (s obrazom nešpecifických porúch správania) spomenutých vyššie. To, že sa nám s dieťaťom nedarí, môžeme prežívať, ako vlastný neúspech. Minimálne nás prítomnosť takéhoto dieťaťa zaťažuje, púta našu pozornosť. Hľadáme stratégie, neustále ich meníme. Tým vytvárame vo svete dieťaťa ešte väčší chaos. My však máme, okrem intuície, k dispozícii nástroje profesionálov. **Pedagogická diagnostika**, dôkladná, priebežná, s hypotézami, našimi prognózami a hlavne konzultovaná s kolegami. To je cesta, na ktorej môžeme nájsť riešenia, postupy. Hľadať možnosti a meniť svoj prístup k dieťaťu má byť snahou každého pedagóga. Znovu si pomôžem myšlienkou Diane Malbin: „**Radšej inak, ako tvrdšie, úpornejšie.**“ Naše očakávania k dieťaťu, k jeho výkonom by mali odrážať jeho možnosti.



## **Kvalitné pozorovanie = reálne očakávania = potvrdenie očakávaní = motivácia k spolupráci**

Pokým nebudeme citlivejší k tomu, ako pracuje náš mozog, ťažko môžeme vnímať, ako pracuje mozog iného človeka. Ak sa nám podarí akceptovať a vnímať súvislosť medzi tým, ako ten-ktorý mozog pracuje a správaním dotýčajúcej osoby, môže nás to priviesť k novému videniu prítomných symptómov.

Uvedieme niekoľko z primárnych symptómov, ktoré sú identické pre skupinu porúch uvedených vyššie:

- môže sa zdať na svoj vek „nezodpovedným“,
- uprednostňuje mladších kamarátov,
- v rušnom prostredí preťažený/á, rýchlo sa rozruší, prestáva sa ovládať,
- ľahko sa unaví,
- mimovoľné pohyby rúk, nôh, neustále sa musí hýbať,
- neschopný/á zotrvať na jednom mieste,
- neschopný/á relaxovať, vychutnať „ničnerobenie“,
- prerušuje a zasahuje do komunikácie iných,
- pomalé sluchové tempo (pýta sa „Čo?“; často hovorí „Neviem“),
- pomalé kognitívne tempo (chvíľu trvá kým odpovie),
- problémy v orientácii v čase a priestore,
- problémy v pravo-ľavej orientácii,
- slabá krátkodobá sluchová pamäť (nepamätá si inštrukcie, zvlášť tie zložitejšie),
- nepostupuje podľa pokynov a preto nedokončí úlohu,
- nevyrovnaný výkon („dobré a zlé“ dni, situácie, osoby),
- dokáže vnímať len malé množstvo informácií,
- uvedomuje si len náhodné podnety, alebo detaily,
- má problém začať a skončiť úlohu pozostávajúcu z viacerých krokov,
- môže byť nepokojný/á pri zmenách (rozvrh, plán, osoby, nábytok), až sa im bráni,
- nevie nájsť pomôcky, nemá prehľad vo svojich veciach,
- impulzívny/a, neschopný/á potlačiť reakcie,
- naučené pravidlá nedokáže aplikovať v iných prípadoch,
- neistý/á v situáciách, ktoré vyžadujú správnu alebo rýchlu odpoveď.

(podľa Malbin, Tichá, Mezera).

Pri posudzovaní prítomnosti uvedených prejavov v správaní sa dieťaťa je dobré dbať na niekoľko zásad. Dodržanie týchto odporúčaní môže zvýšiť kvalitu pozorovania (upravené podľa Mezera A., Škeřík L., Kubíče J.):

- popisujte súčasné správanie sa dieťaťa,
- formulujte vašu osobnú skúsenosť s konkrétnym dieťaťom,
- eliminujte dôsledky stigmatizácie (nálepkovania), popisujte vlastné dojmy u daného dieťaťa,
- myslite na konkrétne situácie, nesnažte sa zachytiť celkový obraz správania sa dieťaťa pri jednotlivých položkách (deti sa v rôznych situáciách správajú odlišne),
- snažte sa každý z ponúknutých prejavov hodnotiť nezávisle na ostatných,

Niekedy je veľmi ťažké, priam nemožné odlíšiť primárne prejavy od sekundárnych. Toto umelé rozdelenie nám má pomôcť čo najvýstižnejšie popísať konkrétne prejavy dieťaťa. Uvedené primárne symptómy je možné využiť ako inšpiráciu, na čo sa **zamerat' pri pozorovaní dieťaťa**. Ak sa mi nedarí posúdiť mieru výskytu niektorého zo symptómov,

môže to znamenať, že dieťa v tejto oblasti problémy nemá, ale tak isto, že danej oblasti som nevenoval dostatočnú pozornosť.

**Najdôležitejšie však je, že ak sú symptómy u dieťaťa pozorovateľné, mám jedinečnú šancu zmeniť môj prístup k dieťaťu a ponúknuť mu podnety, ktoré je schopné spracovať. Dáme mu najavo, že ho vnímame také, aké je a zvýšime jeho šancu zažiť si úspech.**

Viac informácií aj na:

[www.fascets.org](http://www.fascets.org)

[www.fasdoutreach.ca](http://www.fasdoutreach.ca)

[www.come-over.to/FASCRC/](http://www.come-over.to/FASCRC/)

[www.cmaj.ca](http://www.cmaj.ca)

[www.faslink.org](http://www.faslink.org)

[www.fasd.brighttomorrow.com](http://www.fasd.brighttomorrow.com)

## **Bibliografia**

MALBIN, D. *FASCETS neurobehaviorálny skriningový nástroj: Kritériá významnosti*. Prevzaté z: Diagnostic Guide for FAS and Related Conditions, FAS DPN, University of Washington 1999. Preklad - Návrat, o.z. 2007.

TICHÁ, E. *Základy pedagogiky jednotlivcov s poruchami správania* (str. 109-131). In: Základy špeciálnej pedagogiky pre prácu so študentmi stredných a vysokých škôl. Bratislava, Univerzita Komenského – Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-89113-30-9.

MEZERA, A., ŠKEŘÍK, L., KUBÍČE, J. *Dotazník školského správania žiaka* (T-184).

<http://www.fasdoutreach.ca/elearning/learning-about-fasd> 8.7.2008

# POPÔRODNÁ DEPRESIA

Mária BENDÍKOVÁ

## Abstrakt

*Popôrodná depresia (PPD) sa v súčasnosti stáva veľkým problémom, ktorý nie je adekvátne riešený. Práca sa preto pokúša priniesť informácie o možných príčinách vzniku PPD, typoch a jej príznakoch v širšom kontexte tehotenstva a depresie. Zameriava sa taktiež na možnosti pomoci klientkám s PPD v rámci využitia liečebnopedagogických techník. Prednášku dopĺňajú autentické výpovede žien, ktoré prekonávajú, alebo prekonali PPD.*

## Kľúčové slová

*Baby blues, popôrodná depresia, popôrodná psychóza, možnosti liečebnopedagogickej intervencie.*

V našej kultúre sa materstvo stále spájalo a spája s pocitmi radosti, šťastia, naplnenia a rodinnej pohody. Od matky sa očakáva, že bude vždy s úsmevom plniť svoje novonadobudnuté povinnosti voči dieťaťu, ktoré hravo skĺbi s povinnosťami, ktoré plnila pred pôrodom. Realita je však niekedy aj iná. Prípady, keď matka po pôrode reálne ublíži dieťaťu, sú nemnohé. No prípady, keď matka prežíva obdobie po pôrode ako nešťastné, sú naopak veľmi časté.

V slovenskej literatúre je téma popôrodnej depresie (ďalej PPD) ešte stále veľmi málo rozpracovaná. Ani zaradenie PPD medzi typy depresíi ešte nie je celkom zrejmé, čomu nasvedčuje aj fakt, že Európska medzinárodná klasifikácia MKCH-10 neobsahuje pojem popôrodná depresia, ale popisuje diagnózu F53 ako poruchy správania a psychiky v popôrodí nezatriedené inde. Väčšina autorov zaraďuje PPD medzi sekundárne depresie, ktoré vznikajú následkom nepsychiatrických ochorení.

PPD má tri stupne. Líšia sa v príznakoch, od ich určenia závisí typ liečby a taktiež výskyt. Najčastejším a zároveň najľahším typom je tzv. **baby blues**, ktorý prežíva takmer 80% žien zväčša 3. deň po pôrode. Matky pociťujú v tomto období veľké výkyvy nálad spojené s precitlivosťou a zraniteľnosťou.

Ďalšími znakmi sú:

- nedostatok energie
- neschopnosť spať
- strata chuti do jedla
- pocit únavy aj po spánku
- úzkosť
- prehnane obavy
- zmätenosť
- prílišná starosť o fyzické zmeny
- nedostatok dôvery
- smútok
- pocit premoženosti

Tento stav je bežný medzi novorodičkami a v lekárskejších kruhoch je považovaný za normálny, hoci ženy s baby blues sa normálnymi byť necítia. V jednej minúte sa žena cíti dobre a o chvíľu prepukne v plač. Baby blues zvyčajne vymizne do troch týždňov s dostatkom spánku, kvalitnou stravou, s podporou a pomocou rodiny a blízkych.

Ďalším, menej rozšíreným, ale závažnejším typom je pravá **popôrodná depresia**, ktorá postihuje približne 10% žien. Pravá PPD sa dá popísať ako baby blues, ale jej príznaky sú hlbšie a pretrvávajú dlhšie ako prvý mesiac. Ženy, ktoré trpia popôrodnou depresiou, cítia hlboký smútok, majú obsedantné myšlienky a nevedia sa zbaviť nepríjemných obáv. Objavenie sa pravej PPD sa líši od ženy k žene.

Typickými príznakmi sú aj:

- extrémna únava, pomalosť, vyčerpanie
- pocit beznádeje a bezmocnosti
- zmeny v chuti do jedla (strata chuti do jedla alebo naopak vysoká túžba po jedle)
- úzkosť, strach, vina
- ťažkosti s koncentráciou
- ťažkosti s rozhodovaním sa
- búšenie srdca, otupenosť, pocity strachu, hrôzy, príznaky naznačujúce panický záchvat
- nutkanie ublížiť dieťaťu alebo sebe
- nezáujem o vlastnú hygienu
- posadnutosť zdravím dieťaťa
- neschopnosť poradiť si v bežných situáciách

Ženy s ľahkou až strednou formou PPD, ktoré trpia úzkosťou a rušivými myšlienkami, pričom tieto príznaky nie sú prítomné nepretržite, sú stále schopné postarať sa o dieťaťo a bežné denné aktivity.

Tu pomôže podpora a pomoc okolia, prípadne podporná terapia. U žien s ťažkou PPD sú príznaky prítomné nepretržite, bránia im adekvátne sa starať o dieťa, zabraňujú im prežívať radostné okamihy s dieťaťom a znemožňujú vykonávať bežné životné aktivity. Tu je nevyhnutná špecializovaná odborná pomoc. Pravá PPD pretrváva aj niekoľko mesiacov.

Najväznejším typom je **laktčná psychóza**, ktorá postihuje asi 1 z 1000 matiek. Rodička prežíva stavy vyčerpanosti, časté sú halucinácie, návaly zlosti alebo aj strata kontroly nad realitou. Podstatné sú myšlienky na samovraždu alebo vraždu dieťaťa. Pri tejto forme PPD je nutná odborná pomoc na klinike. Laktčná alebo popôrodná psychóza je veľmi zriedkavá, no veľmi závažná choroba. Žena ňou trpiaca zažíva bludy, ako napríklad, že „dieťa je diabol“, alebo halucinácie, ktoré zahŕňajú videnie, počutie, cítenie, alebo iné zmyslové vnemy, ktoré v skutočnosti neexistujú.

Ďalšími príznakmi psychózy sú:

- extrémna nervozita, rozčúlenie
- rýchla strata váhy bez narušenia stravovacích návykov
- nepocitovanie nutnosti spánku aj 48 hodín

Epizódy laktčnej psychózy sa objavujú do troch až desiatich dní po pôrode, sú vo všeobecnosti krátke, trvajú jeden deň až jeden mesiac. Potom prichádza obdobie relatívne normálneho správania. Psychotická epizóda, ktorá sa objaví viac ako mesiac po pôrode, sa nepovažuje za popôrodnú, ale za vyvolanú inými faktormi.

Je mnoho príčin, prečo žena začne trpieť depresiou. Hormonálne zmeny v ženskom tele môžu po tehotenstve spustiť symptómy depresie. Počas tehotenstva je množstvo dvoch ženských hormónov estrogénu a progesterónu veľmi vysoké. Počas prvých 24 hodín po pôrode množstvo týchto hormónov rapídne klesá do bežného, pred tehotenského stavu. Výskumníci

sa domnievajú, že rýchla zmena výšky hormónov podmieňuje vznik depresie, veď len malé hormonálne zmeny pred príchodom menštruácie často vyvolávajú u žien zmeny nálad.

Popri fyziologických zmenách je však dôležité spomenúť faktory, ktoré taktiež prispievajú ku vzniku popôrodnej depresie. Sú to napríklad:

- rizikové alebo inak náročné tehotenstvo alebo pôrod
- nepokojné, problematické manželstvo alebo vzťah
- dieťaťko s vysokými nárokmi na starostlivosť
- vedomie, že žena už nikdy nebude tehotná

Možnosť, že žena dostane popôrodnú depresiu však nezávisí striktne iba na hladine jej hormónov. Napriek tomu sú niektoré ženy na jej vznik náchylnejšie. Patria sem ženy, ktoré trpeli popôrodnou depresiou pri predošlom dieťati, ženy s traumatickou skúsenosťou pri pôrode, ženy, ktoré trpeli počas tehotenstva depresiou, zmenami nálad, panickými záchvatmi, alebo trpeli depresiou, ktorá nebola nijako spojená s tehotenstvom. Ženy, ktorých matka alebo sestra trpela popôrodnou depresiou. Takisto pri veľkých životných zmenách, pri zmene životného štýlu, veľkom pracovnom zaťažení a strese, strate práce alebo bývania, komplikáciách v manželstve, úmrtí niekoho blízkeho. Tieto udalosti môžu zapríčiniť ešte väčší pokles hormónov po pôrode a spôsobiť tak depresiu (What Is Depression After Pregnancy, 2004).

Ďalšími možnými rizikovými faktormi môžu byť vek matky – čím je mladšia, tým je riziko vyššie, počet detí, poradie tehotenstva – čím má žena viac detí, tým je viac pravdepodobné, že bude trpieť depresiou, taktiež výrazný predmenštruačný syndróm pred tehotenstvom môže poukázať na zvýšené riziko rozvoja depresie, nízka sociálna podpora alebo život osamote sú tiež rizikovými faktormi.

Liečebná pedagogika má pri prevencii a liečbe PPD svoje opodstatnenie. Aj keď by sa mohlo zdať, že problém sa týka len matky a jej vzťahu s dieťaťom, problematika je oveľa širšia a je potrebné tu vidieť človeka ako subjekt v jeho aktuálnych životných okolnostiach.

V rámci mojej diplomovej práce som chcela vytvoriť program pre matku trpiacu PPD. Pre tento program sa mi však z objektívnych príčin nepodarilo nájsť klientku, preto vám ho ponúkam iba ako teoretický návrh. Pôvodne pozostával z troch hlavných fáz:

**1. Fáza:** práca so ženou. Bola zameraná čisto na prácu s matkou, kde si má možnosť uvedomiť, čo sa dialo posledný rok vzhľadom predovšetkým na prežívanie tehotenstva, prečo sa to dialo, aké to malo dôsledky, taktiež si v nej má matka uvedomiť, že k roli manželky a roli ženy ako takej sa pridala aj ďalšia rola – rola matky, ktorú jej nikdy nikto nevezme, v ktorej bude stále jedinečná. Snažíme sa podporovať sebakompetencie ženy, ukázať jej vlastnú hodnotu cvičeniami zameranými na sebaopoznávanie, uvoľnenie napätia, relaxáciu ako napríklad prvky autogénneho tréningu a jacobsonovej metódy, relaxácia pri hudbe alebo príbehu, prvky jogy alebo pilatesu. Cvičenia nenáročná, pomalšie, jemné. Vhodné sú tiež dychové cvičenia, prechádzky, vyjadrenie pocitov slovami alebo pohybom, tancom,...

**2. Fáza:** práca s manželmi. Pôvodným zámerom tejto fázy bolo pomôcť žene znovu si uvedomiť, že celá situácia, v ktorej sa nachádza sa netýka len jej, ale takisto jej partnera a preto je dôležité, aby mala žena možnosť túto skúsenosť pocítiť fyzicky aj psychicky. Cvičenia v tejto fáze zahrňovali spoločné relaxácie, ku ktorým sa pripájajú vzájomné dotyky, masáže tváre, hlavy pliec, dlaní, nôh, chodidiel alebo aj celého tela, objatia, šúchanie sa navzájom chrbtami, alebo aj spoločné prechádzky. Dôležité je, aby tieto cvičenia mali partneri možnosť robiť spoločne a tým si mali možnosť precítiť vzájomnú prítomnosť.

**3. Fáza:** práca s rodinou. Posledná fáza sa zameriava na rodinu ako celok. Do stretnutí sa pripája novonarodené dieťaťko. Najprv sa matka ako keby znova zoznamuje so svojim

dieťaťkom, matka dieťa si spolu budujú vzájomný vzťah. Postupne sa pripája aj partner, prípadne aj staršie deti. Vhodnými cvičeniami sú napríklad rozprávanie rozprávok alebo rodinného príbehu, prechádzky, hojkanie v deke, tanec, spev uspávaniek,...

Celá štruktúra programu je voľnejšia, pretože je nevyhnutné pribež prispôbovať konkrétnym situáciám. Terapeut navrhuje, predkladá, usmerňuje, nie núti. Každá z techník je len návrhom no pri konkrétnom programe je nutné vychádzať z poznania klientky a vybrať tie cvičenia, ktoré sú pre ňu najvhodnejšie.

Všetky tieto techniky, ktoré uvádzam možno nie sú náročné na realizáciu, zato sú však náročné na čas a precítenie chvíľ, ktoré matka prežíva. Ich cieľom nie je „vyliečiť“ PPD, ale pomôcť matke uvedomiť si, akými vnútornými silami sama disponuje a pomôcť jej tieto sily zmobilizovať a tým navodiť proces uzdravenia.

Na záver ponúkam jeden z príbehov žien, ktoré trpia alebo trpeli PPD. Toto je autentická výpoveď jednej z nich.

„Mám 24 rokov, som z Bratislavy a vydatá som 2 roky. Manžel pracuje a má 30 rokov. Dieťa sa nám narodilo pred 3,5 mesiacom a je to naše prvé bábätko.

Simonka bola očakávaná s radosťou a milovaná od prvých chvíľ, čo sme si uvedomili jej existenciu v mojom brušku. Na rodičovstvo, pôrod, dojčenie a všetko, čo s materstvom súvisí, som sa pripravovala s láskou a nadšením. Moje tehotenstvo ma naplňovalo hlbokým šťastím, aké sa dá len ťažko popísať. Samozrejme, že som očakávala, že moment pôrodu bude vrcholom toho šťastia a od toho dňa D bude všetko ešte žiarivejšie a radostnejšie.

Vedela som (a mala som to načítané z knižiek), že po pôrode prudko klesnú hormóny, ktoré udržiavajú tehotenstvo, a s nim asi aj endorfíny, takže každá rodička by mala očakávať rozladenie a smútok. Nejako som sa týmito poznatkami ale zvlášť nezaoberala. Vedela som, že boli aj prípady laktačnej psychózy, keď napríklad matky strašne ublížili svojim novorodeniatkam, a tiež sa v mojom okolí vyskytli mamičky, ktoré sa po pôrode takmer psychicky zrútili. Väčšina ľudí takéto ženy považovala za hysterky, labilné, snažiac sa získať pozornosť a robiť zo seba chuderky. Priznám sa, občas sa aj mne tieto mamky zdali trochu čudné, myslela som si, že prehávajú.

Pôrodné bolesti prišli cez víkend – v nedeľu, čomu som sa potešila, lebo môj muž bol celý deň doma, takže som ho nemusela zháňať z roboty a pekne v pohode ma odviezol do pôrodnice. Zostal pri mne celý čas pôrodu, jeho pomoc a opora pre mňa bola hlbokým vyznaním lásky a potvrdením jednoty našej rodiny. Nového človečika, nášho milovaného potomka, sme teda privítali spolu. V momente, keď dcérka zo mňa vykĺzla von, pocítila som obrovskú fyzickú úľavu, pretože odrazu zmizli tie šialené bolestivé kontrakcie (rodila som bez epidurálky a naostro to bola bolesť pre mňa skutočné na hranici znesiteľnosti). A v podstate už po chvíli, ešte ako som zostala ležať na tom stole a za ruku ma držal manžel, som pocítila aj zvláštny smútok... Takú prázdnotu, akoby žiaľ nad svojou veľkou fyzickou bolesťou, ktorá po pôrode pokračuje (kvôli nástrihu a šitiu hrádze)... podráždenosť... vnímala som to ako nespravodlivosť, za ČO som si takúto strašnú bolesť zaslúžila? Moje telo aj moju myseľ začali zaplavovať prekvapivé pocity. Napriek tomu, že sa nám narodilo nádherné zdravé bábätko, že pôrod bol nekomplikovaný, že ma sprevádzal môj milovaný muž...

V pôrodnici sme strávili 6 dní a často som tam smútila – kvôli telesnej bolesti, kvôli obrovskej túžbe za manželom a pohodliu domova, kvôli kojeniu – treba sa to totiž naučiť a naše učenie sprevádzali slzy, kvôli skutočnosti, že spolubývajúcú pustili domov o dva dni skôr a zostala som sama, kvôli arogantnej lekáreke, kvôli veľkej únave a vyčerpanosti... Keď



nás konečne pustili z nemocnice, doma som okamžite pookriala a fyzicky aj psychicky som už po prvom dni strávenom v domácom prostredí cítila tisíckrát lepšie. Napriek tomu moje smútenie stále pretrvávalo a veľmi často som plakávala... snáď to bolo psychické vyčerpanie z nedostatku spánku, plaču bábätko, nekonečnému dojčeniu... Kojila som totiž každú hodinu, teda vždy, keď si dcérka vypýtala, a keď sa to tak zráta, tak 15 minút trvalo samotné kŕmenie, 5 minút odgrgávanie, 30 minút tíšenie následného plaču, pár minút ticha a okamžite za tým nasledovalo ďalšie kojenie... rana po pôrode ma bolela tak hrozne, že mi robilo problém nielen sedieť, ale aj stáť, chodiť a ležať na chrbte, takže jediná prijateľná poloha bola pre mňa ležanie na boku – ale ako som mohla kŕmiť a tíšiť dieťaťko v takej polohe? Takže som si vytrpela veľa bolesti, moja únava a smútok pretrvávali. Nemala som čas takmer ani ísť na toaletu. Vyčerpanie a nedostatok spánku mali za následok prudké bolesti hlavy, takmer každý deň, bolo to na zbláznenie. Snáď z toho pramenil ten smútok, ktorý to všetko sprevádzal.

Naozaj som si vždy myslela, že po príchode z pôrodnice je každá mamička šťastím bez seba zo svojho dieťaťa a vychutnáva si radostné chvíle strávené s ním. Že sa celý deň len hrajú, chodia na prechádzky, užívajú si... A namiesto toho toto? Cítila som sa hrozne previnilo za svoje pocity. A bola som aj strašne podráždená a nervózna. Fyzicky ubolená a vnútorné akoby prázdna. Nechájala som, čo sa so mnou deje, zvažovala som to na ten pokles endorfinov, o ktorom som čítala. Telefonovala som s kamarátkou, ktorá porodila dva mesiace predo mnou, vravela mi, že ona prežíva to isté – lenže ona bola slobodnou mamičkou, trápila sa kvôli tomu, že ju opustil partner, a jej situácia bola oveľa horšia ako moja.

Nebolo to však so mnou až také príšerné, ako sa to môže zdať! Že som sa celé dni len topila v slzách... to vôbec nie. Bola som vcelku spokojná, hrdá a v istom zmysle aj šťastná. A v mojom psychickom rozladení mi veľmi pomáhali moji najbližší – manžel a rodičia so súrodencami. Môj muž ma (ako vždy, kedykoľvek v priebehu nášho manželstva) okamžite „odhalil“ - spozná totiž na mne každé moje prežívanie a hlboko ho precíti spolu so mnou... takže jemu som sa zakaždým vyrozprávala, hovorila mu o sebe, ako sa cítim, vypočul si ma, pofúkal moju dušičku, privinul si ma, povedal svoj pohľad na to... Moji rodičia ako zrelí, skúsení a milujúci ľudia na mne síce moje zvláštne pocity nespozorovali tak ako manžel, ale aj im som sa mohla zdôveriť a našla u nich pochopenie. Takisto aj súrodenci, naše vzťahy zostali rovnako vrelé ako predtým, stačilo mi len tak si s nimi pokecať a hneď mi bolo ľahšie na duši. Zároveň vo mne neustále pretrvávala radosť a hrdosť z toho, keď som videla, akí šťastní sú z môjho dieťaťa svokrovci, rodičia, súrodenci, proste celá veľká rodina, a ako veľmi sa dcérka páči mojim kamarátom.

Dosť mi pomáhalo aj to, že postupne sme sa so Simonkou spoznávali, naučili sme sa spolu krásne vychádzať, ona si ustálila približné dvojhodinový interval na dojčenie (ten pretrváva až dodnes), získali sme pravidelný rytmus dňa a denný režim, mne sa pomaly zmenšovala bolesť z rany získanej pri pôrode, nejako som si už za pár týždňov navykla na nedostatok spánku, takže dnes mi už nerobí problémy, prestali moje strašné bolesti hlavy z vyčerpania, nabrala som viac síl, a ten zvláštny smútok, únava, prázdnota, podráždenosť a pocity viny postupne mizli... Dá sa povedať, že to prestalo po uplynutí šestonedelia.

Dnes som veľmi šťastná, spokojná, usmiata... vychutnávam si svoju dcérku, svoje materstvo, svoju nádhernú rodinku. Môj manželský vzťah narodenie dieťaťa ešte viac prehĺbilo a upevnilo našu vzájomnú lásku. Zdá sa mi, že toto je dokonale šťastie, zaplavuje ma ako vlny každou minútou. Užívam si to. Proste – som šťastná a všetky smútky sú už za mnou.“

## Bibliografia

- DEPRESIA [online]. 2008 [cit. 2008-06-15]. Dostupné na internete: <[http://www.zdravotnictvo.sk/buxus/generate\\_page.php?page\\_id=705](http://www.zdravotnictvo.sk/buxus/generate_page.php?page_id=705)>
- FENWICKOVÁ, E. *101 Praktických rád – Narodenie dieťaťa*. Bratislava : IKAR, 1999. 71 s. ISBN 80-7118-537-X
- GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha. : One Woman Press, 2004. 253 s. ISBN 80-86356-32-9
- HOFFMAN, M. *Postpartum depression*. [online]. 2008 [cit. 2008-05-13] Dostupné na: <<http://www.webmd.com/depression/postpartum-depression/postpartum-depression>>
- HORŇÁKOVÁ, M. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava : Občianske združenie Sociálna práca, 2007. 173 s. ISBN 978-80-89185-28-3
- NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha : GRADA, 2001. 147 s. ISBN 80-7169-938-1
- POPÔRODNÁ DEPRESIA [online] 2002. Tehotenské centrum, Babatko – rodinka, ISSN 1335-8006. Dostupné na internete: [http://www.babetko.sk/user/view\\_page.php?page\\_id=109582](http://www.babetko.sk/user/view_page.php?page_id=109582) (cit. 1.1.2007)
- ROCA, C. *Depression During And After Pregnancy*. [online]. 2005 [cit.2007-10-12] Dostupné na <<http://www.4women.gov/FAQ/postpartum.htm>>
- WHAT IS DEPRESSION AFTER PREGNANCY. [online] 2004. [cit. 2008-05-10] Dostupné na internete: <[http://www.ehealthmd.com/library/depressionpregnancy/dpr\\_what.html](http://www.ehealthmd.com/library/depressionpregnancy/dpr_what.html)>

# MOŽNOSTI VÝCHOVNÉHO PORADENSTVA VO VČASNEJ INTERVENCIÍ PRI PODPORE REZILIENCIE U RODÍN DETÍ SO ZNEVÝHODNENÍM

Mária SLANINOVÁ

## Abstrakt

*Proces vyrovnávania sa so znevýhodnením dieťaťa je silnou skúškou pre adaptačné mechanizmy celej jeho rodiny. Jeho osobnosť a výchova často vyžadujú mnohé neštandardné nároky a postupy, ktoré bývajú záťažou pre rodičov a môžu presahovať ich možnosti.*

*Prístup odborníkov pri riešení výchovných problémov dieťaťa môže mať veľmi pozitívny vplyv na podporu reziliencie jeho rodiny a to najmä v prípade, ak výchovné poradenstvo splňa tieto úlohy: podpora kompetencií rodičov, zohľadňovanie požiadaviek rodiny, spoločné hľadanie riešení konfliktných a krízových situácií, snaha o zladenie výchovných vplyvov rešpektujúcich rodinné prostredie a sprostredkovanie informácií o dostupnej pomoci.*

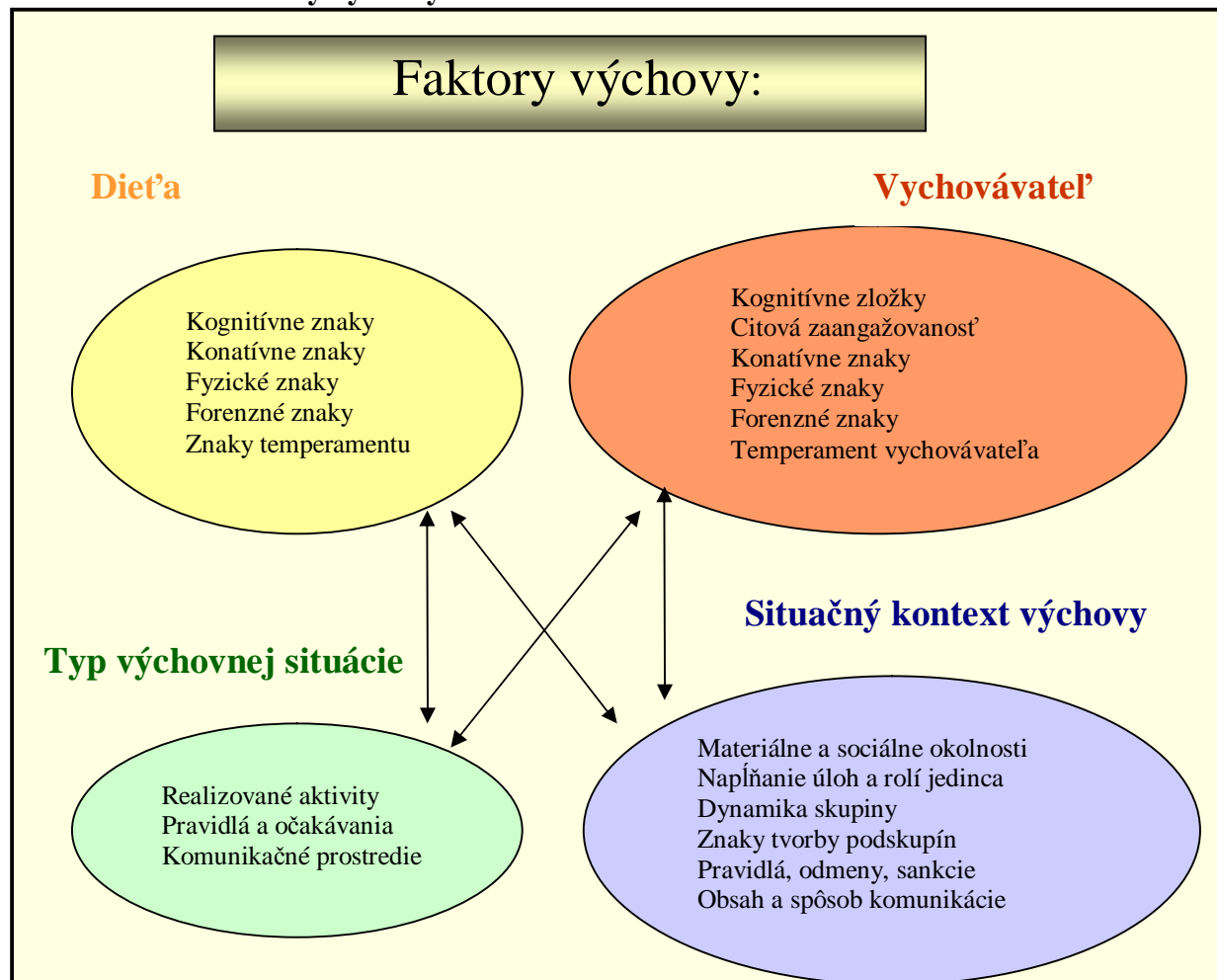
## Kľúčové slová

*Reziliencia, výchovné poradenstvo, podporný prístup.*

Výchova je neoddeliteľnou súčasťou života každého jednotlivca. Prostredníctvom nej dochádza k podnecovaniu motorického, emocionálneho, sociálneho a kognitívneho vývinu dieťaťa. Pelikán (1995, s.37) označuje výchovu ako cieľavedomé a zámerné vytváranie a ovplyvňovanie podmienok, ktoré umožňujú optimálny rozvoj každého jednotlivca v súlade s individuálnymi dispozíciami a stimulujú jeho vlastnú snahu stať sa autentickou, vnútorne integrovanou a socializovanou bytosťou.

Výchovu človeka podmieňujú štyri základné faktory (Rink, 2005):

Obrázok č. 1 – Faktory výchovy



Vzájomná podmienenosť a integrácia týchto faktorov sa odráža v **efektívite výchovného pôsobenia**.

### Rodina dieťaťa so znevýhodnením

Rodina je primárne spoločenstvo prejavujúce sa charakteristickými osobnými a emocionálnymi vzťahmi a väzbami založenými na bezprostredných interakciách jej členov (Sopóci – Búzik, 1995). Svojím pôsobením veľmi významne vplýva na priebeh a výsledky výchovy.

Mnohé životné situácie prinášajú pozitívne alebo negatívne zmeny a nútia rodinu adaptovať sa. Adaptabilita rodiny sa odvíja od pružnosti rodinného systému a jeho schopnosti meniť svoju štruktúru (uplatňovanie moci, preberanie rolí, prispôsobovanie pravidiel a vzťahov) v závislosti na vývojovom a situačnom strese. Vo vývojovom cykle rodiny, tzv. „prechode“ (Sobotková, 2001), kam patrí napríklad narodenie dieťaťa, môže mať stres charakter normálnej krízy. Ak sa dieťa narodí zdravé, zmenu životného štýlu sprevádza radosť. Ak sa objavia zdravotné komplikácie, prípadne poškodenie dieťaťa, obavy rodičov a zvýšené nároky na starostlivosť sa negatívne odrazia na situácii celej rodiny.

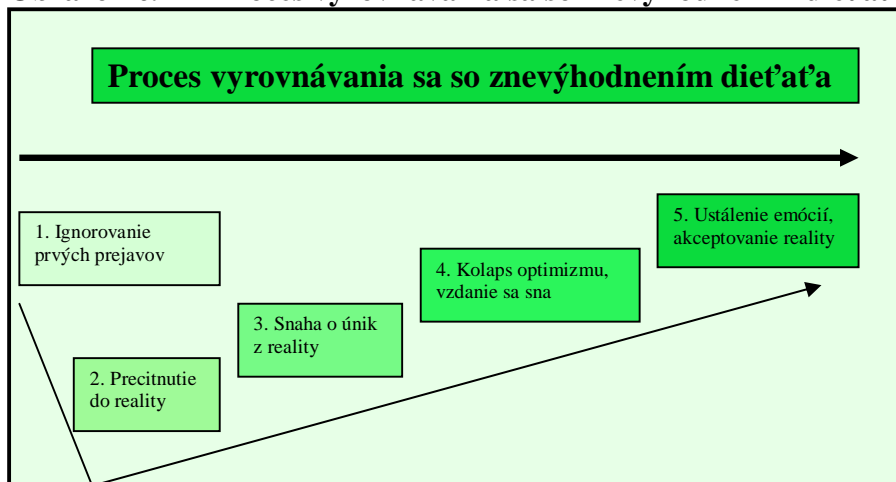
Hlavnou príčinou dezintegrácie rodiny nie je samotné poškodenie dieťaťa, ale spôsob, akým rodina zareaguje na túto skutočnosť. V dôsledku negatívnej reakcie často dochádza k narušeniu vzájomnej interakcie medzi jednotlivcami v rámci rodinného kruhu, čo sa môže

prejavovať neschopnosťou funkčne komunikovať, riešiť vzniknutý problém a preberať zodpovednosť (Dickman - Gordon, 1985). Dlhodobá záťažová situácia môže viesť k udržiavaniu alebo prehĺbovaniu problémov vo vzájomných interakciách medzi členmi rodiny (Glasová, 1999).

Výchovné pôsobenie v rodine do veľkej miery ovplyvňuje aj osobnosť dieťaťa so znevýhodnením, ktorého výchova môže vyžadovať mnohé neštandardné nároky a postupy. Tie často bývajú záťažou pre rodičov, môžu presahovať ich možnosti a prinášať pocity zlyhania. Pritom takéto problematické správanie alebo iné nevhodné prejavy dieťaťa, nemusia byť nutne dôsledkom zlej výchovy.

Významným procesom, ktorým rodina prechádza v prvých rokoch života dieťaťa je proces, v rámci ktorého sa jej jednotliví členovia vyrovnávajú so znevýhodnením dieťaťa. Ten prebieha vo viacerých štádiách, pre ktoré sú príznačné určité emócie. Spočiatku, po zistení problému to býva spravidla šok. Neskôr sú to emócie ako strach, popieranie reality (Matoušek, 1993, Pešová – Šamalík, 2006), nedôvera, beznádej a smútok. V celom priebehu tohto procesu sa rodina ako celok stále viac prispôbuje novým podmienkam a učí sa v nich fungovať (Prevendárová, 1998). Po dosiahnutí vnútornej stabilizácie rodinného systému sú obavy a emócie z predchádzajúcich období napriek občasnému návratu viac pod kontrolou.

**Obrázok č. 2 – Proces vyrovnávania sa so znevýhodnením dieťaťa**



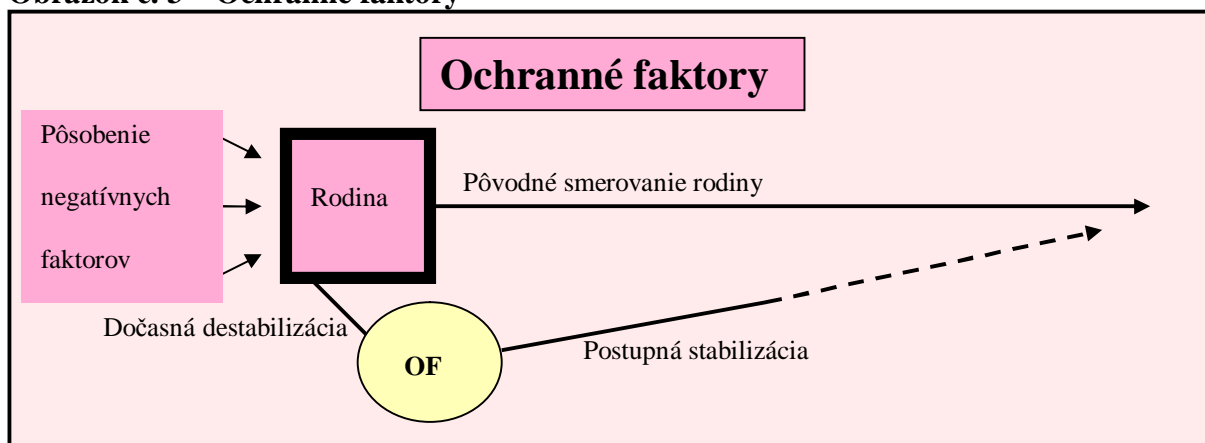
Pod pojmom reziliencia sa rozumie schopnosť jednotlivca, skupiny alebo komunity odolávať alebo zregenerovať sa z ťažkého stavu, prispôbovať sa meniacim podmienkam a prosperovať (Soanes, 2005). Pri adaptácii na rodinu by sme mohli rezilienciu rodiny definovať ako schopnosť rodiny konštruktívne pristupovať k riešeniu problémov, pričom jej jednotliví členovia dokážu spoločne zareagovať na výzvy života v rámci dynamiky rodinných vzťahov s využitím vnútorných a vonkajších zdrojov.

Faktory rodinného života pôsobiace v procese posilňovania reziliencie rodiny dieťaťa so znevýhodnením delia McCubbin – McCubbin – Thompson – Han – Allen (1997) na ochranné a regeneračné.

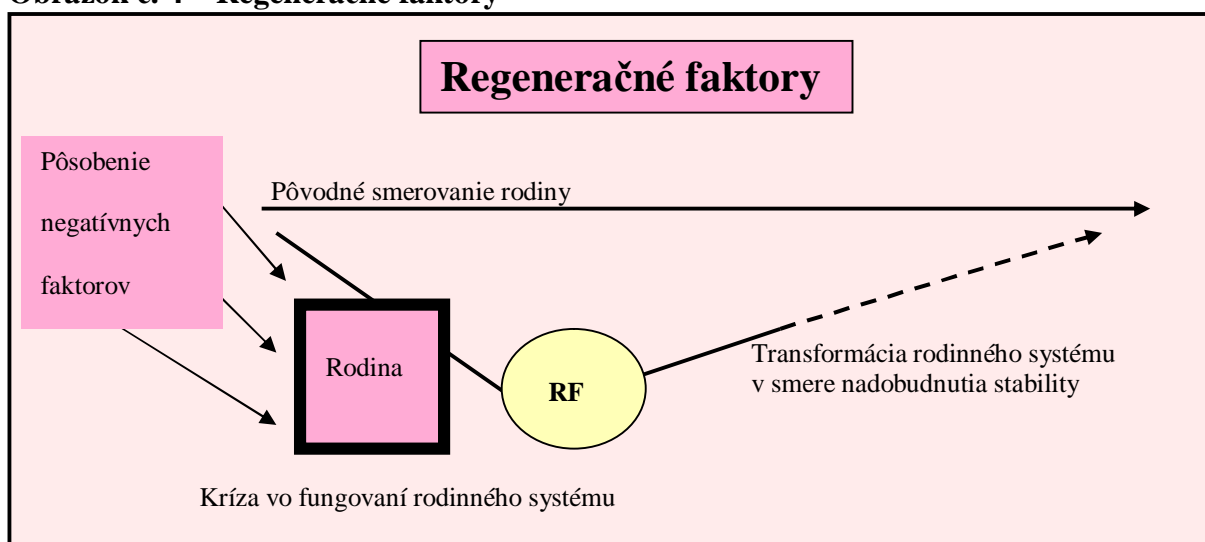
- Ochranné faktory pomáhajú rodine udržať si určitú stabilitu a smerovanie aj pri náročných životných výzvach, ktoré prinášajú dočasnú destabilizáciu rodinného systému. Do tejto skupiny patria napr. rodinné rituály (oslavy, prázdniny), rodinné tradície, spoločné trávenie voľného času, odolnosť rodiny atď.

- Regeneračné faktory sa uplatňujú pri situáciách, kedy je zmena, ktorá postihuje rodinu nezvratná a prináša v sebe potrebu adaptácie. Do tejto skupiny patrí úroveň komunikácie v rodine, dostatok finančných prostriedkov na zabezpečenie fungovania rodiny, súdržnosť rodiny, zohľadňovanie potrieb a špecifického prístupu k jej členom atď. (tamtiež).

**Obrázok č. 3 – Ochranné faktory**



**Obrázok č. 4 – Regeneračné faktory**



### Výchovné poradenstvo vo včasnej intervencii

V procese včasnej intervencie má rodina dieťaťa so znevýhodnením veľmi špecifické postavenie z dôvodu, že je predmetom ale aj sprostredkovateľom včasnej intervencie. Rodina predstavuje prirodzené prostredie dieťaťa, v ktorom sa odohráva socializácia, výchova a starostlivosť. Jej zahrnutie do tvorby a realizácie procesu včasnej intervencie je kľúčovým, emocionálne stabilizujúcim faktorom pre samotné dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, ale zároveň aj pre všetkých členov jeho rodiny. Z tohto dôvodu má kvalitná starostlivosť zohľadňovať nielen potreby dieťaťa, ale aj potreby jeho rodičov a súrodencov (Coleman - Smith – Bradshaw, 2007).

Výchovné poradenstvo vo včasnej intervencii vo svojom pôsobení smeruje k napĺňaniu cieľov výchovy, ktoré Fulková (2002, s. 82) označuje ako ucelené predstavy predpokladaných



a žiadúcich vlastností človeka, ktoré možno získať výchovou. Na dosiahnutie týchto cieľov sa snaží analyzovať a zefektívniť:

- a) podmienky rodinného života,
- b) obsah, metódy, formy a štýly výchovy v rôznych výchovných prostrediach,
- c) vzťah rodiny k odborníkom a výchovným inštitúciám poskytujúcim starostlivosť dieťaťu.

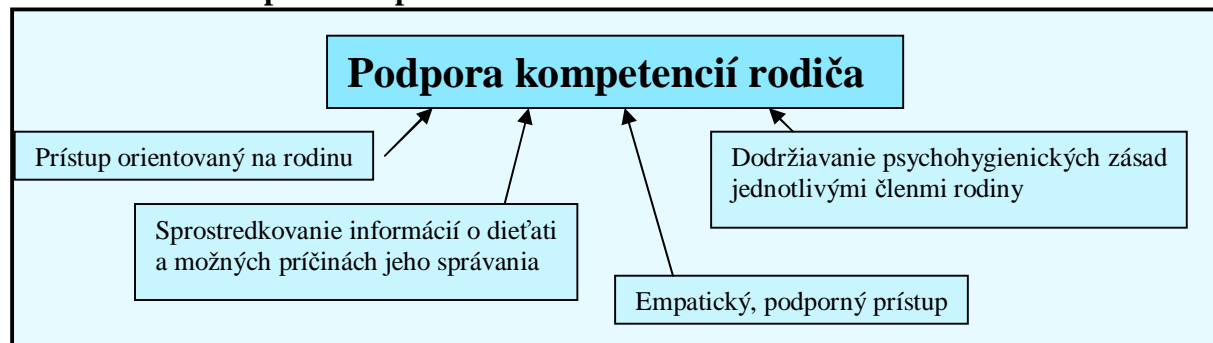
V tejto súvislosti uvádzame **ciele výchovného poradenstva**, ktoré majú pozitívny vplyv na aktuálnu situáciu a proces stabilizácie v rodine dieťaťa:

- a) *podpora kompetencií rodiča,*
- b) *zladenie výchovných vplyvov v prístupe ku dieťaťu,*
- c) *riešenie konfliktných a krízových situácií,*
- d) *orientácia v systéme pomoci,*
- e) *predchádzanie ťažkostiam pri sebauplatnení dieťaťa.*

### Podpora kompetencií rodiča

Znovunadobudnutie psychickej integrity rodičov a stabilizácia rodinného systému tvorí základ pre vytvorenie pozitívneho postoja voči dieťaťu a úspešnú spoluprácu rodičov s odborníkmi. Narodením dieťaťa preberajú na seba rodičia nové spoločenské úlohy ochrancov, živateľov a vychovávateľov (Tamášová, 2007). Cieľom výchovného pôsobenia je dosiahnutie žiadúcich, relatívne trvalých zmien v živote človeka (Maninová, 2004). V prípade, že rodičia nedokážu porozumieť prejavom a potrebám dieťaťa, zhoršujú sa možnosti výchovného vedenia a podnecovania dieťaťa (Renotierová – Ludíková, 2004).

Obrázok č. 5 – Podpora kompetencií rodiča



*Prístup orientovaný na rodinu.* Cieľom tohto moderného prístupu je, aby dieťa dostalo starostlivosť vysokej kvality, ktorá je koordinovaná a volená nielen na základe jeho individuálnych potrieb, ale v rovnakej miere aj potrieb jednotlivých členov jeho rodiny. Štruktúra pomoci je volená tak, aby bola pre rodinu zmysluplná, prospešná a únosná. Okrem samotných rodičov je nutné zahrnúť pripomienky a požiadavky súrodencov ako aj samotných detí s postihnutím v závislosti od ich schopnosti spolupodieľať sa na voľbe prístupov a cieľov.

*Sprostredkovanie informácií o dieťati a možných príčinách jeho správania.* Znevýhodnenie dieťaťa sa často odráža v neštandardných nárokoch a postupoch, ktoré je potrebné uplatniť vo výchovnom pôsobení. Úlohou odborníka je analyzovať správanie dieťaťa a spolupôsobenie jednotlivých faktorov výchovy. Zistené informácie následne tlmočí rodičom a v spolupráci s nimi hľadá riešenia, ktoré rešpektujú individuálnosť rodinného prostredia. Objasnenie správania dieťaťa, identifikácia jeho príčin a ponúknutie alternatívnych spôsobov riešenia problémových situácií pomáhajú rodičom získať pocit kontroly a dôležitosti pri výchovnom pôsobení na dieťa.

*Empatický, podporný prístup.* Často sa stáva, že rodičia sú zavalení pokynmi zo strany odborníkov, alebo nárokmi zo strany širšej rodiny a okolia. Tieto tlaky sa následne odrážajú v pocitoch výchovného zlyhania a bezradnosti (Pešová – Šamalík, 2006). Odborníci, ktorí komunikujú s rodičmi, si musia uvedomovať stres rodičov vyplývajúci z faktu, že majú odlišné dieťa. Táto situácia sa často odráža v postojoch rodičov voči dieťaťu. Ich vnútorné konflikty sa odrážajú do atmosféry domáceho výchovného prostredia. Preto je v celom priebehu intervencie nevyhnutné dodržiavanie empatického prístupu, vypočutia a docenenia rodičovských snáh pri výchove dieťaťa (Hornáková, 2007, Bruder, 2002).

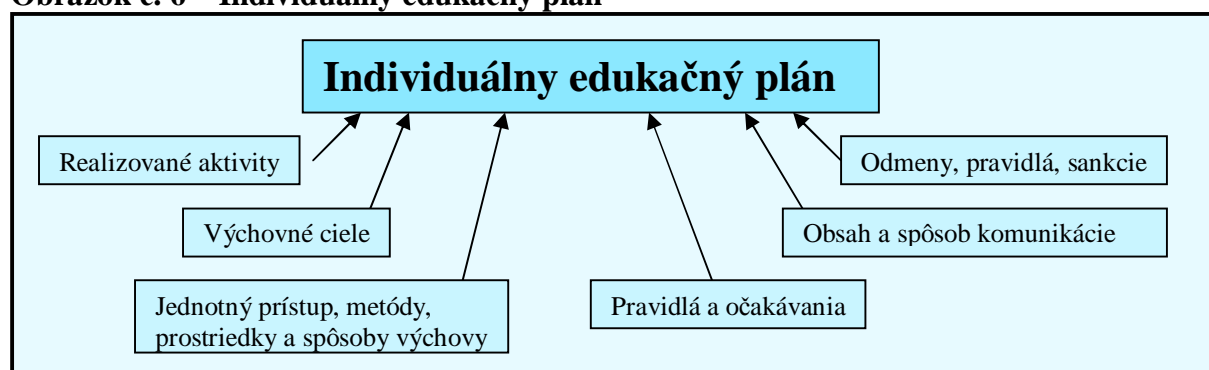
*Dodržiavanie psychohygienických zásad jednotlivými členmi rodiny.* Úlohou výchovných poradcov je teda okrem samotného zamerania na dieťa zdôrazniť rodičom aj potrebu dodržiavania psychohygienických zásad a pravidiel v každodennom osobnom i pracovnom živote na dosiahnutie duševnej rovnováhy, zdravia a zdravého spôsobu života (Ďurdiak – Gatiaľ, 2006). Súčasťou takejto psychohygieny je aj obnovenie tradícií a rituálov v rodine, ktoré boli úspešne zabehnuté pred samotnou krízovou situáciou a vytváranie príležitostí na kvalitne a radosťne strávený spoločný čas všetkých členov rodiny.

### Zladenie výchovných vplyvov

Na výchove dieťaťa sa najčastejšie podieľajú rodičia dieťaťa. Pokiaľ dieťa navštevuje materskú školu, resp. iné špecializované zariadenie, výchovu realizujú aj pracovníci daného zariadenia. V procese včasnej intervencie prichádza dieťa a jeho rodina aj do kontaktu s odborníkmi z rôznych profesií. Nevyhnutnou podmienkou úspešného výchovného pôsobenia je jednotný prístup, metódy, prostriedky a spôsoby výchovy systematicky dodržiavané v každom prostredí, v ktorom sa dieťa pohybuje (Bergen, 1994). Výchovný poradca zabezpečuje prepojenie rodiny, odborných, výchovných a vzdelávacích inštitúcií podieľajúcich sa na starostlivosti o dieťa (Ďurdiak – Gatiaľ, 2006).

Súčasťou plánu včasnej intervencie je aj vypracovanie individuálneho edukačného plánu, ktorý vzniká na základe spolupráce rodičov a odborníkov podieľajúcich sa na včasnej intervencii a je záväzný pre všetkých zainteresovaných na výchovne a vzdelávaní dieťaťa (Stanová, 2008). Konkrétna úloha výchovného poradenstva spočíva v dohľade na jeho realizácii a koordinácii výchovných prístupov.

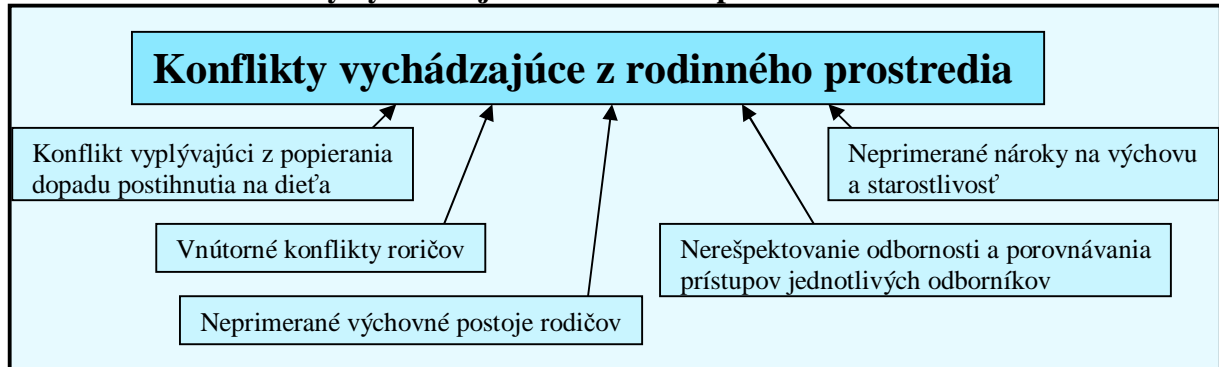
**Obrázok č. 6 – Individuálny edukačný plán**



## Riešenie konfliktných situácií

V náročných životných situáciách rastie riziko vzniku konfliktov a krízových situácií. Východiskom úspešnej intervencie je dobrá vzájomná komunikácia a kooperácia zúčastnených (Clercq, Peeters, 2007). V prípade vzniku konfliktov je nevyhnutná ich včasná identifikácia a operatívne riešenie situácie.

Obrázok č. 7 – Konflikty vychádzajúce z rodinného prostredia



Na predchádzanie vzniku konfliktov alebo na ich rýchle a operatívne riešenie ponúkame pravidlá úspešného riešenia problematických situácií v spolupráci medzi odborníkmi a rodičmi dieťaťa so znevýhodnením:

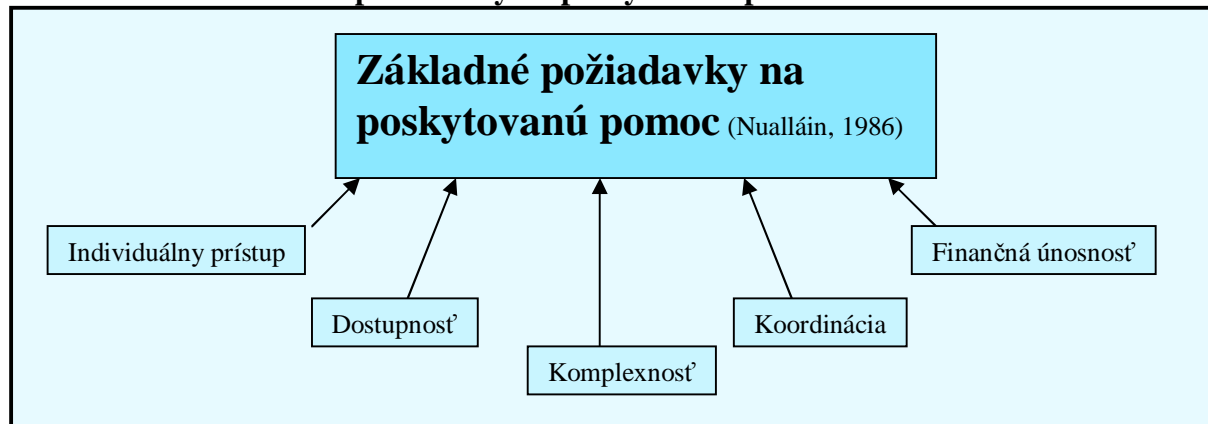
- neutrálny pohľad na problém,
- dôsledná príprava na spoločné stretnutia s rodičmi,
- hľadanie prijateľných prístupov a postupov pri riešení problému tak, aby vyhovovali pedagogickým cieľom a zároveň boli prijateľné pre rodičov dieťaťa,
- navrhovanie konkrétnych, teoreticky podložených krokov a postupov,
- aktívne zahrnutie rodičov a ostatných členov rodiny do postupov pri riešení problematickej situácie,
- zdôvodňovanie a vysvetľovanie.

## Orientácia v systéme pomoci

Reziliencia rodiny dieťaťa so znevýhodnením sa neodvíja len od schopnosti rodinného systému úspešne sa adaptovať na novú situáciu. Veľký význam pri jej podpore má aj reálna ponuka komplexných, na rodinu orientovaných služieb poskytovaných spoločnosťou a schopnosť rodiny úspešne sa navigovať smerom k týmto službám (Ungar, 2005). Faktory navigácie ku zdrojom sa v rodine odvíjajú od schopnosti jednotlivcov kooperovať pri využití vnútorných zdrojov v rámci rodinného kruhu, pri hľadaní vonkajších zdrojov, pri obrane pred dopadom krízovej situácie na rodinu a pri hľadaní spôsobov jej regenerácie.

Pri realizácii výchovného poradenstva je potrebné sprostredkovanie kontaktov rodičom na zariadenia takého typu, kde sa realizujú výchovné aktivity a činnosti potrebné k pozitívnej stimulácii dieťaťa, prípadne zlepšeniu vzťahov medzi rodinou dieťaťa a dieťaťom.

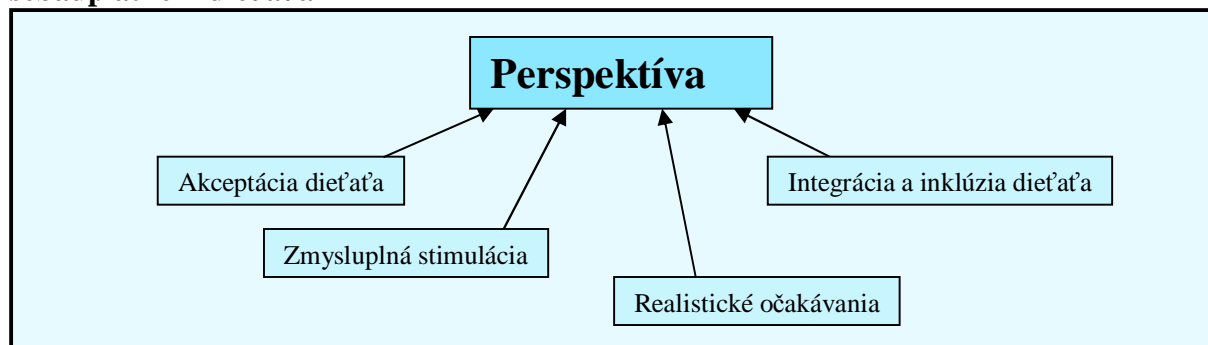
**Obrázok č. 8 – Základné požiadavky na poskytovanú pomoc**



### **Predchádzanie ťažkostiam pri sebauplatnení dieťaťa**

Lansdown (1980) uvádza, že porozumenie stavu dieťaťa a jeho výhľadov do budúcnosti je jedným zo stabilizujúcich faktorov, vplyvajúci na rodinu dieťaťa a neskôr aj na samotné dieťa. Hľadanie reálnych možností pre uplatnenie dieťaťa má význam už v predškolskom veku. Správna stimulácia vývinu a silných stránok dieťaťa prináša pozitívne ovocie. Spočiatku sa prejavuje v oblasti motivácie rodičov a neskôr pozitívne vplyva na sebavedomie samotného dieťaťa. Účinnosť výchovy a úspešnosť integrácie dieťaťa so znevýhodnením do spoločnosti je podmienená efektívnou a aktívnou spoluprácou dieťaťa – rodiča – školy, resp. ďalších inštitúcií, ktoré sa starajú o dieťa so znevýhodnením (Senka, 1995, s. 66).

**Obrázok č. 9 – Ciele výchovného poradenstva – Predchádzanie ťažkostiam pri sebauplatnení dieťaťa**



### **Záver**

Včasná intervencia svojim novým trendom v zmysle prechodu z prístupu orientovaného na dieťa na prístup orientovaný na rodinu vytvára významný priestor pre pomoc rodine v neľahkej situácii ako je narodenie dieťaťa so znevýhodnením. Výchovné poradenstvo realizované takýmto spôsobom okrem samotného pôsobenia na dieťa pozitívne vplyva a harmonizuje celú jeho rodinu. Efekt takéhoto prístupu sa potom následne pozitívne odráža na prínose, ktorý samotná rodina dokáže dať dieťaťu cez rôzne výchovné situácie.

## Bibliografia

- BERGEN, D. *Assessment methods for infant and toddlers: transdisciplinary team approaches*. Teacher College press : New York 1994. ISBN 0-8077-3379-2
- BUNDER, M. B. *Early Intervention For Children with Disabilities*. University of Connecticut School of Medicine: Child and Family Studies. [www.bridges4kids.org/articles/9-02/Bruder9-02.html](http://www.bridges4kids.org/articles/9-02/Bruder9-02.html) Posledná revízia: 22.02. 2008
- CLERCQ, H. de, PEETERS, T. *A partnership between Parents and Professionals*, In: Pérez, Juan Martos – Gonzáles, Pedro M. – Comí, María Llorente – Nieto, Carmen 2007: *New developments in Autism*. London and Philadelphia : Jessica Kingsley Publishers, 2007. ISBN 978-1-84310-449-0
- COLEMAN, V., SMITH, L., BRADSHAW, M. *Children's & Young people's nursing in practice*. Houndmills, Basingstoke : Palgrave Macmillan, 2007. ISBN 978-1-4039-3393-5
- DICKMAN, I., GORDON, S. *One miracle at a time: How to get help for your disabled child – from the experience of other parent*. New York : Simon and Schuster. In: Havens, Amber I. 2005 : *Becoming a resilient family: Child disability and the family system*. National center on accesibility. Posledná revízia 2005. <http://www.indiana.edu/~nca/monographs/17family.shtml>
- ĎURDIÁK, Ľ., GATIAL, V. *Psychologické aspekty výchovného poradenstva*. Nitra : Pedagogická fakulta UKF, 2006. ISBN 80-8094-060-6
- FULKOVÁ, E. *Všeobecná pedagogika*. Nitra : Slovenská poľnohospodárska univerzita, 2002. ISBN 80-8069-087-1
- GLASOVÁ, M. *Interakcia v rodinách chronicky chorých detí*. Doktorandská dizertačná práca, Filozofická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave : 1999.
- HORNÁKOVÁ, M. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava : Občianske zduženie sociálna práca, 2007. ISBN 978-80-89185-28-3
- LANSDOWN, R. *More than Sympathy*. London : Tavistock publication LTD, 1980. ISBN 0-422-76640-8)
- MANINOVÁ, J. *Kapitoly z pedagogiky I*. Bratislava, 2004. ISBN 80-968956-2-1
- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha : SLON, Sociologické nakladatelství, 1993. ISBN 80-901424-7-8
- McCUBBIN, H. I., McCUBBIN, M. A., THOMPSON, A. I., HAN, S. Y., ALLEN, C. T., *Families under stress: what makes them resilient*. American Association of Family and Consumer Sciences, Commemorative Lecture delivered by Hamilton I. McCubbin on June 22, 1997, in Washington, D. C., 1997. [www.cyfernet.extension.umn.edu/research/resilient.html](http://www.cyfernet.extension.umn.edu/research/resilient.html)
- PELIKÁN, J. *Výchova ako teoretický problém*. Ostrava : Amosium servis, 1995 ISBN 80-08-02933.1. in: Danek, Ján 2007 : *Výchova ako súčasť života – teória a prax*. Trnava : Univerzita sv. Cyrila a Metoda, 2007. ISBN 978-80-89220-72-4
- PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1216-4
- PREVENDÁROVÁ, J. *Rodina s postihnutým dieťaťom*. Nové Zámky : Psychoprof, 1998. ISBN 80-967148-9-9

- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0873-2
- RINK, J. E. 2005 : *Praktická pedagogika*. Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislave, 2005. ISBN 80-223-2133-8
- SENKA, J. *K charakteristike rodiny s postihnutým dieťaťom*. In: Senka J. Učeň I. (zost.) 1995 : *Integrácia postihnutých detí v bežných školách* (zborník príspevkov z celoslovenského seminára s medzinárodnou účasťou). Bratislava : VÚDPAP, 1995.
- SOANES, C. „*The Compact Oxford English Dictionary of Current English*“ Oxford University Press : Oxford, 2005. ISBN-13: 978-0-19-861022-9
- SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-559-8
- SOPÓCI, J., BÚZIK, B. *Základy sociológie*. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1995. ISBN 80-08-00042-2
- STANOVÁ, S. *Individuálny vzdelávací program*. In: Špeciálnopedagogické poradenstvo – poruchy učenia. Bratislava : Karpaty, 2008. ISBN 978-80-969936-8-0
- TAMÁŠOVÁ, V. *Teória a prax rodinnej edukácie*. Ivanka pri Dunaji : Axima, 2007. ISBN 978-80-969178-3-9
- UNGAR, M. *Pathways to Resilience Among Children in Child Welfare, Corrections, Mental Health and Educational Settings: Navigation and Negotiation*. Child and Youth Care Forum (Journal), Ročník 34, Číslo 6 : Springer Netherlands, [www.springerlink.com/content/7502734788378787](http://www.springerlink.com/content/7502734788378787), 2005. ISSN 1573-3319



# INDIVIDUÁLNA INTEGRÁCIA SLUCHOVO POSTIHNUTÝCH DETÍ V PREDŠKOLSKOM VEKU AKO SOCIÁLNO-PSYCHOLOGICKÝ PROBLÉM

Ľubica KROČANOVÁ

## Abstrakt

*Proces individuálnej integrácie detí so stratou sluchu do počujúceho prostredia vo vývinovo najcitlivejšom období si podľa našich zistení z výskumu vyžaduje skvalitnenie v oblasti rozvíjania sociálnych zručností a kompetencií, v participácii na interakčných aktivitách a vzťahoch s rovesníkmi bez postihnutia a v celkovej sociálnej zrelosti.*

## Kľúčové slová

*Sluchové postihnutie, predškolský vek, sociálno-psychologické aspekty integrácie.*

Problematika sociálnej integrácie postihnutých detí medzi bežnú rovesnícku populáciu sa prezentuje už dlhodobejšie ako stále aktuálna a podnetná výskumná téma. Problém integrácie je pomerne podrobne rozpracovaný pre obdobie školského veku. Neplatí to ale o včasnej integrácii, ktorej nie je v našich podmienkach venovaná zodpovedajúca pozornosť odborníkov. Zahraničné prointegračné štúdie (Malloy, Mc Murray 1996, Wolfberg 1999, a i.) však jednoznačne podporujú včasné individuálne začleňovanie detí s postihnutím medzi intaktnú detskú populáciu a prinášajú zdôvodnenie pozitívnych postojov k nemu aj týmito tézami :

- V predškolskom veku každé dieťa prežíva jedno zo sociálne najvýznamnejších vývinových období, chce sa intenzívne zapájať do vrstovníckeho prostredia a utvárať si sociálne kontakty s deťmi aj s dospelými. Očakáva v nich sebapresadenie a akceptáciu u rovesníkov,
- Mladšie intaktné deti bezprostrednejšie akceptujú postihnutie v porovnaní so zdravým dieťaťom staršieho veku,
- Menšie postihnuté dieťa sa medzi zdravými vrstovníkmi správa prirodzenejšie a spontánnejšie, aj sa medzi nimi ľahšie presadí, atď.,
- Dieťa postihnuté stratou sluchu okrem toho, že si osvojuje v predškolskom veku elementárne zručností a návyky rovnako ako zdravé deti, má možnosť rozvíjať komunikačné zručnosti a svoje prvé rečové kompetencie, čo je aj hlavným zmyslom jeho prítomnosti v MŠ bežného typu. Spoznáva bežné rečové vzory a pokúša sa o ich imitáciu, rozširuje si aktívnu a pasívnu slovnú zásobu, učí sa rečovým stereotypom a ich praktickému používaniu, získava každodennú skúsenosť s bežnou hovorenou rečou, učí sa jej porozumieť, a tiež dorozumieť sa so svojím okolím.
- Zlepšovanie verbálnych schopností úzko súvisí s napredovaním v kognitívnej oblasti a prejaví sa pozitívne aj na poznávacích záujmoch dieťaťa,
- Medzi zdravými rovesníkmi má sluchovo postihnuté dieťa príležitosť vstupovať do interakcií a vytvárať si sociálne väzby a vzťahy s nimi. Učí sa orientovať v detskej skupine a podieľať sa na jej činnosti (na spoločných hrách alebo iných činnostiach

vyžadujúcich kooperatívnosť). Práve spôsobilosť postihnutého dieťaťa k interakciám so zdravou detskou populáciou sa ukazuje mierou úspešnosti sociálnej integrácie.

- Rodičia dieťaťa postihnutého stratou sluchu oceňujú možnosť prichádzať do materskej školy, ktorá je v blízkosti, resp. v mieste ich bydliska. Nemusia sa vyrovnávať s jeho odlúčením od rodiny a s príp. pobytom internátneho typu v špeciálnopedagogickom zariadení. Blízkosť rodiny je vždy neoceniteľná pre emocionálny vývin a jej podnetnosť zase pre rozvoj intelektu a reči každého dieťaťa. Obzvlášť deťom so sluchovým postihnutím by mali rodičia podnety iniciatívne sprostredkovať, lebo na rozdiel od zdravých si ich menej aktívne vyhľadávajú. Domáce prostredie poskytuje aj potrebnú podporu v integrácii a výrazne ovplyvňuje pripravenosť a motiváciu dieťaťa k tomuto procesu (Kročanová, 2004).
- Včasnú integráciu považujú odborníci tiež za primárnu podmienku spoločného vzdelávania detí znevýhodnených hendikepom a bežnej populácie.

Základnou podmienkou pre integráciu v ranom veku je včasná profesionálna starostlivosť o dieťa s postihnutím a odborná pomoc pre jeho rodičov. Na počiatku je nevyhnutná psychologická diagnostika osobnosti a intelektu dieťaťa, posúdenie vhodnosti integrácie, príp. zváženie prekážok negatívne intervenujúcich do jeho existencie v integrovanom prostredí. Nasleduje psychologické poradenstvo pre rodičov postihnutého dieťaťa, ako aj (v prípade ich záujmu) pre rodičov intaktných detí, ktoré sa nachádzajú v triede s hendikepovaným dieťaťom.

Je zrejmé, že integrácia prináša so sebou fyzickú aj psychickú záťaž, s ktorou sa musí dieťa postupne vyrovnávať. Úspešnosť jeho zaradenia medzi deti bez komunikačnej bariéry, ktoré sú verbálne pohotovejšie, lepšie sa sociálne orientujú a sú obvykle aj výkonnostne úspešnejšie potom úzko súvisí aj s týmito osobnostnými faktormi :

- schopnosť adjustácie na intaktné rovesnícke prostredie
- osobnostné predpoklady k zvládaniu záťaže
- minimálne priemerná úroveň intelektových schopností
- dobrá integrácia psychických funkcií (pamäť, pozornosť)
- vyvinutá jemná motorika (indikátor používania hovorenej reči)
- aspoň čiastočná komunikačná a sociálna kompetentnosť
- motivácia (u malých nepočujúcich detí skôr rodičovská túžba vidieť svoje dieťa medzi bežne sa vyvíjajúcou detskou populáciou)
- podpora, akceptácia a spolupráca z rodinného prostredia
- súhlasné postoje z najbližšieho intaktného okolia (počujúci rodičia, zdraví rovesníci a ich rodičia, integrujúce predškolské zariadenie, a i.)

Kvalitu integračného procesu ovplyvňujú :

1. objektívne faktory
  - úroveň materiálnej vybavenosti prostredia,
  - podporný špeciálno-pedagogický servis pre integrované dieťa,
  - spoločenské postoje bežnej society voči postihnutiu a jeho nositeľovi,
2. subjektívne faktory
  - typ a stupeň postihnutia dieťaťa,
  - vek dieťaťa v čase definitívneho potvrdenia hendikepu,
  - vek dieťaťa, v ktorom sa s ním začalo odborne pracovať,
  - personálne problémy integrácie – pedagogické a osobnostné kvality učiteliek, ich postoje k integrovanej forme výchovy a vzdelávania.

## VÝSKUMNÝ PROBLÉM

Sústredili sme sa na niektoré sociálno-psychologické, komunikačné a kognitívne aspekty vývinu detí so sluchovým postihnutím individuálne integrovaných v bežných materských školách. Pozorovali sme proces sociálnej akceptácie týchto detí bežne sa vyvíjajúcimi rovesníkmi počas vzájomných interakčných výmen v každodenných hrových aj iných kooperatívnych situáciách, v ktorých deti sluchovo znevýhodnené vstupovali do sociálneho kontaktu so zdravými a vytvárali si vlastnú pozíciu v detskom kolektíve.

## POUŽITÉ METODIKY A SKÚMANÁ VZORKA

Pre naše výskumné potreby sme použili *metódu priameho pozorovania* a zaznamenávania jednotiek sociálnej interakcie do záznamových hárkov. Pre tieto účely sme si individuálne zhotovili Pozorovaciu schému na snímanie vzájomných interakčných výmen medzi integrovaným dieťaťom a ostatnými počujúcimi deťmi, resp. na jeho interakcie s učiteľkou. Pozorovali sme integrované dieťa počas organizovaného zamestnania s aktívnou prítomnosťou učiteľky a v priebehu voľnej hry bez priamej účasti učiteľky, v oboch situáciách po 15 min. Výskumnú vzorku tvorilo 15 individuálne integrovaných detí s prelingválnym sluchovým postihnutím na úrovni ľahkej (26-40 dB), strednej (41 – 55 dB) a stredne ťažkej (56 – 70 dB) nedoslýchavosti (podľa klasifikácie WHO), ktoré komunikovali výlučne orálnym spôsobom. Boli vo veku od 5 do 7 rokov z ôsmich bežných MŠ Bratislavského, Trnavského a Nitrianskeho kraja. Ani jedno dieťa nemalo aplikovaný kochleárny implantát. Všetky však používali obojstranne načúvací aparát. Relevantné diagnostické údaje o integrovaných deťoch sme získavali z *rodinných a osobných anamnéz*, resp. z *rozhovorov s rodičmi* dieťaťa. Na zmapovanie kognitívnych schopností pozorovaných detí sme administrovali *inteligentný test WISC-III*. Do nášho sledovania boli zapojené tiež učiteľky materských škôl (okrem individuálnych štruktúrovaných rozhovorov, v ktorých vyjadrovali svoje názory na integráciu) aj *hodnotením správania integrovaných detí pomocou štandardnej dotazníkovej metodiky*. U rodičov bol aplikovaný ešte dotazník *na posúdenie a zhodnotenie sociálnej začlenenosti ich sluchovo postihnutého dieťaťa do počujúceho prostredia*.

## VÝSLEDKOVÁ ČASŤ

V nasledujúcej časti sa pokúsime zhrnúť výsledky posudzovania sociálno-psychologických, kognitívnych a vývinových aspektov včasnej integrácie detí s ľahkým, stredným a stredne ťažkým stupňom nedoslýchavosti. Na základe našich zistení a praktických skúseností s integráciou hodnotíme ich sociálne zručnosti, osobný status a pozíciu počas spoločných činností s počujúcimi vrstovníkmi nasledovne :

### SOCIÁLNE INTERAKCIE

Sluchovo postihnuté dieťa :

- nevystupovalo v pozícii iniciátora interakcií s počujúcimi,
- slabo sa zapájalo do navodených interakčných situácií,
- v už prebiehajúcich interakciách pôsobilo pasívnejšie ako intaktní,
- prejavila sa nízka responzivnosť na podnety ostatných detí,
- k interakciám si volilo skôr dospelé osoby (učiteľka, špeciálny pedagóg), ktoré s ním každodenne pracovali v individuálnych činnostiach (u nich malo pocit ochrany, bezpečia a v prípade potreby sa na nich obracalo).

## SOCIÁLNE VZŤAHY A VAZBY

- Pre sluchovo postihnuté dieťa bola typická fixácia na jedného stáleho zdravého kamaráta, iniciatívne ho vyhľadávalo a trávilo s ním väčšinu času,
- do kamarátskeho vzťahu si vyberalo tiež rovnako postihnuté dieťa, ak sa v skupine nachádzalo,
- zdravé deti svojich sluchovo postihnutých rovesníkov obvykle ignorovali a spontánne si ich nevolili za partnerov pri hre.

## SOCIÁLNE AKTIVITY

- Participácia na nich bola u dieťaťa s postihnutím sluchu limitovaná sluchovo-verbálnym hendikepom a problémami v komunikácii,
- integrované deti sa ťažšie zapájali do už rozbehnutých aktivít,
- menej inklinovali k skupinovým činnostiam,
- prináležala im skôr pozícia „pozorovateľa“ ako „aktéra“.

## HROVÉ AKTIVITY

- U integrovaného dieťaťa prevládala záujem o individuálnu hru, hru osamote a paralelný typ hry pred kooperatívnym,
- presadzovalo si vlastný spôsob hrania, odmietalo prispôbenie sa v hre
- nebolo ochotné spolupracovať s ostatnými deťmi hrajúcimi sa v skupinkách, čo evidentne bránilo rozvíjaniu interakcií medzi nimi.

## SOCIÁLNA AKCEPTÁCIA

- Zo strany počujúcich bolo integrované sluchovo postihnuté dieťa akceptované len čiastočne,
- ocitalo sa často na okraji detského záujmu,
- nebolo prijímané ako rovnocenný partner v hrových či iných sociálnych aktivitách .

## SOCIÁLNY STATUS

- V rámci rovesníckej skupiny charakterizujeme status detí so stratou sluchu ako: „nie celkom odmietané, nie celkom vyhľadávané či obľúbené, skôr tolerované“.

## KOMUNIKAČNÉ AKTIVITY

- Pre sluchový hendikep integrované deti očakávane zaostávali vo verbálnom prejave,
- mali zriedkavú a neefektívnu rečovú produkciu, ktorá negatívne poznačila všetky ich sociálne aktivity a vzájomné interakcie so zdravými deťmi,
- komunikačné ťažkosti „brzdili“ ich prirodzené pôsobenie v sociálnych situáciách, neprinášali im náležitý zisk a obmedzené bolo pribúdanie sociálnych zručností.

## KOGNITÍVNE CHARAKTERISTIKY

*Na základe individuálnych vyšetrení kognitívnych schopností pozorovaných sluchovo postihnutých detí (podľa WISC-III) sme podľa očakávania zaznamenali lepšie neverbálne charakteristiky v porovnaní s verbálnou zložkou intelektu. Integrované deti boli úspešné v úlohách, ktoré si vyžadovali dobrú zrakovú percepciu, vizuálno-motorickú koordináciu, priestorovú predstavivosť, praktický úsudok, postreh a manuálnu zručnosť. Pri verbálnych*

úlohách registrujeme prioritné problémy v chápaní pojmov a logických súvislostí medzi nimi, v kategorizácii a zovšeobecňovaní, v schopnosti abstrakcie a myšlienkovej pružnosti. Slabšia krátkodobá pamäťová vstiepivosť súvisela s čiastočne zníženou koncentráciou pozornosti, ktorá v tomto veku prirodzene osciluje podľa zaujatia činnosťou aj podľa aktuálneho stupňa únavy. Sústredenosť pri činnosti bola ľahšie rozptýliteľná podnetmi z okolia. Prejavový nedostatok sociálnej skúsenosti považujeme za tolerovateľný vzhľadom k veku detí.

## VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO PRIESKUMU MEDZI RODIČMI

*Dotazníkový prieskum medzi rodičmi sluchovo postihnutých detí (Dotazník vnímania predškolskej integrácie rodičmi, Kročanová 2001)* nám potvrdil ich silnú zainteresovanosť na integrácii svojho dieťaťa do počujúceho prostredia, ktorú sme predpokladali. Rodičia „chcú vidieť svoje dieťa ako počujúce“ za každú cenu. Podľa odpovedí hodnotíme, že ho považujú za primerane akceptované medzi intaktnými a jeho špecifické potreby pokladajú za dostatočne zohľadňované. Sú zjavne uspokojení tým, že dieťa majú tam, kde ho chceli mať a neuvádzajú námietky či pripomienky k tomu, čo by chceli v rámci integrácie zlepšiť alebo zmeniť. Očakávajú, že praktická skúsenosť s integráciou poskytne ich dieťaťu dostatok kompetencií, aby mohlo adekvátne existovať v počujúcej spoločnosti. Okrem toho oceňujú, že majú dieťa v domácom prostredí rodiny. Perspektívu ďalšieho vzdelávania svojich detí vidia skôr v bežných typoch škôl. Zaškolenie v prostredí špeciálnej školy sú ochotní akceptovať len v nevyhnutnom prípade.

## VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO PRIESKUMU MEDZI UČITEĽKAMI MŠ

*Z názorov učiteľiek materských škôl* vyplýva, že integráciu v predškolských zariadeniach považujú za prínosnú pre každé postihnuté dieťa (okrem viacnásobne hendikepovaných). Jej úspešnosť však podmieňujú odbornou špeciálno-pedagogickou pomocou, individuálnym prístupom k dieťaťu, ale aj pripravenosťou prostredia, do ktorého dieťa prichádza. Pozitíva nachádzajú v tom, že postihnuté dieťa získava sociálnu skúsenosť s deťmi z bežnej populácie, učí sa s nimi komunikovať, snaží sa medzi nich začleniť, pričom je motivované vyrovnávať sa aj s vlastným hendikepom. Učiteľky oceňujú tiež jeho vplyv na zdravých predškolákov, ktorým podľa nich prospieva, že sa učia rešpektovať odlišnosti, tolerovať „iné“ deti, pochopiť ich, aj im pomôcť, vďaka čomu sa objavujú prosociálne prvky v ich správaní. Vyjadrili tiež pochybnosti k vlastnej kompetentnosti zvládnuť výchovné a vzdelávacie aktivity v prostredí, kde je integrované postihnuté dieťa. Postoje samotných učiteľiek k práci s takouto detskou skupinou boli často rozpačité a neisté, môžeme ich vyjadriť slovami „áno, ale ...“. Učiteľky bez špeciálno-pedagogického vzdelania nie sú obvykle vôbec poučené pre prácu s dieťaťom vyžadujúcim osobitnú starostlivosť. Musia si vystačiť s vlastnou iniciatívou pri získavaní potrebných odborných informácií. Za túto aktivitu však nie sú finančne, ani inak zvýhodňované. Je dokázané (Špotáková, Tomčániová 2000), že pozitívne a súčasne aj realistickejšie postoje k integrácii majú práve tie učiteľky, ktoré sa na nej už aktívne zúčastnili.

## ZÁVER

Skúmaný prínos individuálneho začleňovania detí so sluchovým postihnutím medzi bežnú rovesnícku populáciu v obzvlášť senzitívnom predškolskom vývinovom období hodnotíme podľa výsledkov pozorovania sociálnej integrácie týchto detí ako málo uspokojivý. V našej ďalšej výskumnej práci sa preto chceme sústrediť na stimuláciu úrovne sociálnych zručností,

zlepšovanie osobných kompetencií, skvalitňovanie interakcií a celkovej sociálnej začlenenosti detí odlišujúcich sa od svojich rovesníkov stratou sluchu.

### **Bibliografia**

KROČANOVÁ, Ľ. *Dotazník vnímania predškolskej integrácie rodičmi*. Bratislava, VÚDPaP, 2001.

KROČANOVÁ, Ľ. *Aktuálny pohľad na predškolskú integráciu detí so sluchovým postihnutím*. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 2004, 39, 1, s. 3 – 11.

MALLOY, H.L., McMURRAY, P. *Conflict strategies and resolutions : Peer conflict in an integrated early childhood classrooms*. Early Childhood Research Quarterly, 1996, 11, s. 185 – 206.

ŠPOTÁKOVÁ, M., TOMČÁNIOVÁ, B. *Sociálna integrácia zdravých a postihnutých detí predškolského veku*. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 2000, 35,2,s. 137 – 148.

WOLFBERG, P.J.: *Can I play with you? Peer culture in inclusive preschools programm*s. JASH,1999,Vol.24,No3,s.69-84.



# VNÍMANIE A PRECIŤOVANIE SVOJHO TELA A PRIESTORU – VPLYV NA SEBAOBRAZ A SEBAHODNOTENIE

Magdaléna SZABOVÁ

## Abstrakt

*V dôsledku ťažkých alebo nepriaznivých životných okolností sa človek často ocitá odtrhnutý od reality, cudzí – iný vo svete, ktorý ho obklopuje. Zmeneným spôsobom vníma svoje okolie, i seba, môže sa cítiť vytrhnutý, odtrhnutý, iný. Jeho vnímanie okolia a seba samého v ňom je často otupené, odcudzené, jeho vnímanie a precieňovanie seba vo svete – priestore, ktorý ho obklopuje je povrchné. Človek necíti, nevníma svoje telo, alebo ho nevníma ako pozitívneho nositeľa seba, ale je v ňom uzatvorený, až uväznený. Aj priestor okolo seba môže vnímať ako cudzí, nepriateľský, utláčajúci...*

## Kľúčové slová

*Moje telo, priestor, pohyb, kontakt, komunikácia, obrys tela, sebaobraz, sebahodnotenie, reflexie.*

V dôsledku ťažkých alebo nepriaznivých životných okolností sa človek často ocitá odtrhnutý od reality, cudzí – iný vo svete, ktorý ho obklopuje. Zmeneným spôsobom vníma svoje okolie, i seba, môže sa cítiť vytrhnutý, odtrhnutý, iný. Jeho vnímanie okolia a seba samého v ňom je často otupené, odcudzené, jeho vnímanie a precieňovanie seba vo svete – priestore, ktorý ho obklopuje je povrchné. Človek necíti, nevníma svoje telo, alebo ho nevníma ako pozitívneho nositeľa seba, ale je v ňom uzatvorený, až uväznený. Aj priestor okolo seba môže vnímať ako cudzí, nepriateľský, utláčajúci...Necíti sa v ňom dobre, nie je v ňom doma. Človek, ktorý prekonal ťažkú životnú situáciu, človek, ktorý pre svoje ochorenie má určité znevýhodnenie voči ostatným, potrebuje pomoc, podporu, oporu alebo len sprevádzanie. V procese psychosociálnej rehabilitácie je podľa môjho názoru dôležité pracovať na tvorbe, podpore posilňovaní sebavnímania – sebauvedomenia – sebahodnotenia. Človek, ktorý sa vníma pozitívne, ktorý cíti svoje silné stránky, uvedomuje si seba ako hodnotu sa ľahšie začleňuje do života. Proces, ktorý k tomu vedie, je však často dlhý, obsahuje množstvo malých krokov. V rámci tohto procesu je dobré pracovať s priestorom, v ktorom sa nachádzame, so svojím miestom v ňom, s tvarom a obrazom, ktorý v tomto priestore patrí mne. V symbolickej podobe to môže poukazovať na to, ako vnímam a cítim svoje okolie, v ktorom žijem a ako sa ja v tomto okolí cítim.

Prinášam niekoľko námetov pre prácu s priestorom – ako symbolickým životným priestorom a pre prácu so sebaobrazom – symbolickým vyjadrením vzťahu k sebe samému.

## **Priestor** (ako vnímam priestor, v ktorom sa nachádzam)

Pozývam vás do chôdze. Chod'te tak, ako sa vám momentálne žiada, ako vám to ide. Nájdite si spôsob, ktorý je pre vás najlepší. Vnímajte svoju chôdzu, skúste byť sami so sebou, tu a teraz, v tomto priestore. Pri chôdzi si obzerajte priestor, v ktorom sa nachádzate. Je to nový priestor, nová situácia, skúste ju preskúmať. Všimnite si, čo je hore, dolu, vpravo, vľavo,

vpredú, vzadu, v centre na periférii... Objavujte rozličné miesta, pristavte sa pri nich na chvíľu, precíťte ich... Skúste nájsť miesto, ktoré je pre vás príjemné, na chvíľu sa tam zastavte. Čo vám to miesto evokuje, aký pocit? A teraz skúste nájsť nepríjemné miesto... A na záver ešte jedno príjemné. A zasa sa dajte do chôdze a skúste uchopiť celkovú atmosféru priestoru, v ktorom sa spolu nachádzame.

### **Chôdza v priestore** (ako mi to ide tu a teraz, v tomto priestore, v tejto situácii)

Skúste, čo sa dá tu a teraz, v tejto situácii, v tejto atmosfére, v tomto priestore robiť. Skúsme to cez chôdzu. Môžeme zrýchľovať a spomaľovať, môžeme bežať aj zastať. Meníme smer, ideme po periférii, cez centrum, robíme krivky, ideme rovno, akoby po čiare. Dýchame. Chodíme rázne, isto, ustráchané, jemnúčko ako víly, tichúčko ako keď niekto v blízkosti spí, a zasa môžeme aj dupať, skákať, loziť... Vnímame a precíťujeme ako nám to ide v tomto priestore, čo sa nám chce a čo nechce, čo je pre nás prirodzené...

### **Telo v priestore**

Skúsme vnímať a precíťť svoje telo v priestore okolo. Vnímajte svoje ruky, skúste nimi hýbať v priestore rozličnými smermi, precíťte ich. Vnímajte svoje nohy... Zamerajte sa na centrum svojho tela a skúste precíťť energiu, ktorá prúdi od centra na perifériu. Spojte to s dýchaním. A zasa do chôdze. Skúsme dať telu rôzne kvality – ľahké, ťažké, guľaté, hranaté, trasľavé, špicaté, drevené, sklenené... Ako voda, oheň, vietor... Nasledujeme impulzy skupiny. Ako sa teraz cíti tvoje telo? Ako sa cítime vo svojom tele? Sme vo svojej koži?

### **Ja a iní**

Všimnime si ľudí v tomto priestore, ako sa pohybujú, ako sa pohybuješ ty, ako sa cíti tvoje telo, čo potrebuje, ako sa cítiš ty... Skúsme kontakt s inými, tak ako to cítime, ako nám to ide, ako je to pre každého z nás optimálne. Môžeme sa k niekomu pripojiť, utvoriť dvojicu alebo menšie skupinky.

Porozprávame sa o tom, čo sme zažili, ako sme sa cítili.

Boli v skupine nejaké podobné pocity?

### **Telo v priestore. Miesto v priestore. Vonkajší a vnútorný priestor. Hranice.**

**Chôdza s dekou** (pomocný predmet – čo s ním môžem, chcem... urobiť) - zober si deku a choď chvíľu s ňou, urob s ňou niečo, čo práve chceš, čo potrebuješ, čo sa ti žiada... Nasledujeme impulzy skupiny.

**Miesto v priestore** (kde sa umiestnim, aby mi bolo príjemne, kde je „moje“ miesto) – nájdí si miesto, kde sa budeš príjemne cítiť, rozlož si tam deku a ulož sa naň. Môžeš zatvoriť oči a prejsť si v duchu celým telom - od prstov na nohách smerom hore až k hlave, potom späť do centra a z neho do rúk. Vnímajme svoje telo ako celok, jeho polohu, miesto, kde sa v priestore nachádza. Ako sa cíti. Cíti sa príjemne? Ak nie, skúsme zmenu.

**Polohy tela** (aké je moje rozpoloženie, čo chcem, čo môžem, čo sa dá, čo môžem skúsiť, čo nechcem) – Aké veľké je tvoje telo? Skús sa natiahnuť čo najviac do dĺžky, do šírky, aj diagonálne, a potom sa zmenšiť na najmenšiu možnú mieru. Skúšaj to v rôznych polohách –

na chrbte, na bruchu aj na bokoch. A potom sa zasa vráť do príjemnej polohy – tej istej ako na začiatku alebo do inej. Zotrvaj v nej chvíľu a precíť ju.

**Miesto – telo – priestor – hranice** (vonkajší a vnútorný priestor) – skúste teraz vnímať svoje telo ako súčasť priestoru. Vnímajte, čo je nad a čo je pod, čo je vedľa. Čo je vnútri a čo vonku. Kde sú hranice. Zreteľnú hranicu tvorí podložka. Precíťte ju. Uvedomte si miesta, ktoré sa dotýkajú podložky, ktoré sú v kontakte s hranicou. Skúste to tak, aby tých miest bolo viac. Uvedomte si, čo je vonku, čo je vnútri, kde je hranica. Dá sa to na chrbte, na bokoch na bruchu. Skúste uchopiť pocit vnútri a vonku. Vnímať svoju kožu ako hranicu tela. Nechajte si čas, ktorý potrebujete.

Spojte sa s niekým, komu by ste mohli o svojich pocitoch krátko porozprávať.

### **Ja a iní – kontakt, komunikácia, ohraničenie, spolupráca.**

**Uchopovanie tela** (Toto je moje telo, koža je hranicou. Cítim svoje telo zvonku aj zvnútra.) Skúsme si teraz priam uchopiť svoje hranice.

**Obrys tela** (telo = symbolický sebaobraz) Pracuje sa vo dvojiciach.

*Obkresľovanie obrysov:* jeden z partnerov leží na zemi, na bruchu druhý mu tenisovými loptičkami „ukazuje“ zadnú (vzhlľadom na telo) a hornú (vzhlľadom na priestor) hranicu jeho tela. Ak je ochota a súhlas partnera, je možné to urobiť aj rukami. Toto je hranica tvojho tela, medzi mojimi rukami a podložkou si ty. Na uchopenie obrysu tela (bočná hranica) použijeme špagát. Tu môže ležiaci zaujať ľubovoľnú pozíciu, partner špagátom alebo vlnou „obkresľuje“ jeho telo na deke. Kombinovať môžu viacero materiálov a farieb. Obrys tela sa snaží zachytiť čo najvernejšie. Keď to spraví, ležiaci vystúpi zo svojho obrysu.

Výmena partnerov – ukazovanie a obkresľovanie tela.

*Galéria:* pozrite si svoj obrys a hľadajte analógiu – čo mi môj obrys pripomína, čo pripomína partnerovi a ostatným členom skupiny. Hľadajme názov pre obraz – rozhodujúci je majiteľ.

Pri tomto pohľade si uvedomte aj to, čo je za tým. Špagát limituje vaše telo a je fakt, že ono väčší priestor nezaberá. Predstavte si, čo je vo vnútri toho obrysu. Skúste myslieť nielen na tých pár štvorcových centimetrov, ale na obsah ako kvalitu. Máme v sebe obrovský priestor, ktorý je náš, iba náš a nám vlastný. Plný spomienok, zážitkov, pocitov. Uvedomujeme si, že jeho obsahom sú aj rôzne neduhy a veci, ktoré sa nám na sebe nepáčia, sú tiež naše a môžeme ich akceptovať alebo s nimi pracovať.

*Symbolické predmety vo svojom obryse:* Pokúste sa teraz vyplniť svoj obraz, svoje vnútro, možno niektorú zaujímavú časť, trochu zhmotniť, dať mu charakter pomocou predmetov. Pozerajte sa na ne symbolicky. Vložte 3-4 predmety do vnútra vášho tela.

*Symbolické predmety v obryse druhého:* Teraz sa pokúste vložiť niekoľko predmetov do obrysu svojho partnera. Skúste nájsť predmety, ktoré symbolizujú pocity, ktoré ste precíťovali pri zaoberaní sa jeho telom. Opäť to môžu byť 3 alebo 4 predmety.

*Reflexie vo dvojici. Reflexie v skupine.*

Práca s priestorom, v ktorom sa nachádzame, s miestom jednotlivca v ňom, s tvarom a obrazom, ktorý mu v tomto priestore patrí môže v symbolickej podobe poukazovať na to, ako vníma a cíti svoje okolie, v ktorom žije a ako sa on sám do tohto sveta projikuje.

Pracujeme tu s kvalitami:

Ako sa pohybujem, aký charakter má moja chôdza a prečo. Kade kráčam, aké cesty volím, čo to so mnou robí. Kde sa nachádzam v priestore, ktoré miesto je pre mňa bezpečné, kde sa cítim dobre a kde nie. Prečo. V akom som rozpolžení, koľko miesta zaberám, ako sa vzťahujem k iným ľuďom, ktorí zdieľajú okolitý priestor. Ako sa uložím, aký odraz – obraz zanechám, čo mi to evokuje. Ako sa vidím vnútorným zrakom, čo ten obraz pre mňa znamená, ako ma vidia iní...čo viem, čo chcem, čo dokážem s tým urobiť. Ako ma pri tom môžu podporovať iní, čo mi môžu odhaliť, ukázať. Zhodujú sa ich a moje predstavy?

Takéto a podobné otázky si môžeme klásť, takým spôsobom pracovať, v procese psychosociálnej rehabilitácie podporovať a umožňovať cítiť precítiť svoje telo = ja, priestor = okolie, a tvoriť tak pozitívny sebaobraz = sebahodnotenie.

## ADRESÁR ÚČASTNÍKOV

**Doc. PhDr. Vladimír Kebza, CSc.**

Státní zdravotní ústav Praha  
Katedra psychologie FF UK v Praze  
e-mail: [kebza@szu.cz](mailto:kebza@szu.cz)

**Prof. PaedDr. Milan Schavel, PhD.**

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave  
Katedra sociálnej práce  
e-mail: [mschavel@truni.sk](mailto:mschavel@truni.sk)

**Doc. PhDr. Marta Horňáková, PhD.**

Univerzita Komenského v Bratislave  
Pedagogická fakulta  
Katedra liečebnej pedagogiky  
e-mail: [marta.hornakova@fedu.uniba.sk](mailto:marta.hornakova@fedu.uniba.sk)

**PaedDr. Zlata Šramová**

Univerzita Komenského v Bratislave  
Pedagogická fakulta  
Katedra liečebnej pedagogiky  
e-mail: [sramova.s@zoznam.sk](mailto:sramova.s@zoznam.sk)

**Mgr. Marcela Havelková**

Betánia, n.o., Bratislava  
e-mail: [gerbeta@stonline.sk](mailto:gerbeta@stonline.sk)

**PaedDr. Hroznata Živný, PhD.**

Centrum pre liečbu drogových závislostí v Bratislave  
Univerzita Komenského v Bratislave  
Pedagogická fakulta  
Katedra liečebnej pedagogiky  
e-mail: [hzivny@seznam.cz](mailto:hzivny@seznam.cz)

**PaedDr. Jana Španíková**

Univerzita Komenského v Bratislave  
Pedagogická fakulta  
Katedra liečebnej pedagogiky  
e-mail: [spanikova@fedu.uniba.sk](mailto:spanikova@fedu.uniba.sk)

**PhDr. Zlatica Bartíková, Mgr. Katarína Čermáková**  
NZZ, Psychologická ambulancia  
Liga za duševné zdravie (League for Mental Health SR)  
e-mail: [bartikova2@inmail.sk](mailto:bartikova2@inmail.sk), [katarina@dusevnez.sk](mailto:katarina@dusevnez.sk)

**PhDr. Katarína Trlicová**  
Linka detskej istoty pri Slovenskom výbore pre UNICEF v Bratislave  
e-mail: [ldi@unicef.sk](mailto:ldi@unicef.sk)

**Mgr. Zuzana Pytlová**  
The Mill, Oxfordshire Mind, Oxford, UK  
e-mail: [zuzanapytlova@yahoo.co.uk](mailto:zuzanapytlova@yahoo.co.uk)

**Mgr. Róbert Sabo**  
Metodicko-pedagogické centrum v Banskej Bystrici  
e-mail: [sabo@mpcbb.sk](mailto:sabo@mpcbb.sk)

**Mgr. Mária Bendíková**  
Univerzita Komenského v Bratislave  
Pedagogická fakulta  
Katedra liečebnej pedagogiky  
e-mail: [majkabendik@gmail.com](mailto:majkabendik@gmail.com)

**Mgr. Mária Slaninová**  
Brilliant Stars International Kindergarden v Bratislave  
e-mail: [maria.slaninova@gmail.com](mailto:maria.slaninova@gmail.com)

**PhDr. Ľubica Kročanová**  
Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie v Bratislave  
e-mail: [krocanova@vudpap.sk](mailto:krocanova@vudpap.sk)

**PaedDr. Magdaléna Szabová**  
Univerzita Komenského v Bratislave  
Pedagogická fakulta  
Katedra liečebnej pedagogiky  
e-mail: [magdalena.szabova@fedu.uniba.sk](mailto:magdalena.szabova@fedu.uniba.sk)