1 • 2022 • roč. XV

PRO LP
Asociácia liečebných pedagógov

# REVUE LIEČEBNEJ PEDAGOGIKY

**Vydáva: PRO LP Asociácia liečebných pedagógov**

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

1 / 2022, roč. XV

**ISSN 1337-5563**

# REVUE LIEČEBNEJ PEDAGOGIKY

**Vydáva: PRO LP Asociácia liečebných pedagógov**

## OBSAH

**EDITORIÁL** / EDITORIAL

*Janoško, P.:*.....2

**ŠTÚDIE/**STUDY

*Horňáková, M.:* ***Profesijná identita /*** *Professional identity*.....3

*Benková, N., Zubáková, M:* ***Porucha pozornosti a aktivity v detskom veku /*** *Attention deficit hyperactivity disorder in childhood*.....10

*Vodičková, B., Stupková, M.:* ***Traumatické skúsenosti v detstve /*** *Traumatic experiences in childhood*.....23

**Z PRAXE /** FROM PRACTICE

*Víglaská, V.:* ***Koncept zmyslovej aktivizácie a jeho využitie v zariadení sociálnych služieb Dominik, n.o. /*** *The concept of sensual activation and its use in social services Dominik, n-p.o.*.....29

*Vardziková, Z.:* ***Liečebný pedagóg ako člen multidisciplinárneho tímu pri práci so skupinou v škole/*** *Therapeutic educator as a member of a multidisciplinary team when working with a group at school*.....32

**INFORMÁCIE /** INFORMATIONS

*Kotrbová, K.:* ***Aktuálne informácie od SKIZP /*** *Current information from SKIZP*.....35

**RECENZIE** / REVIEW

*Habalová, M.: Oakladner Violet, 2020.* ***Třinácté komnaty dětské duše. Tvorivá psychoterapie v duchu gestalt terapie/*** *The thirteenth chamber of the child's soul. Creative psychotherapy in the spirit of gestalt therapy*.....39

**Informácie pre prispievateľov/** Informations for authors .....41

Titulná fotografia: © Pavol Janoško

**REDAKČNÁ RADA**

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

**Predseda redakčnej rady**:
Mgr. Pavol JANOŠKO, PhD.

**Zástupkyňa:**
Mgr. Viera BOSÁKOVÁ

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

**Redakčná rada**:
PaedDr. Monika STUPKOVÁ, PhD.
Mgr. Barbora VODIČKOVÁ, PhD.
Mgr. art. et Mgr. Martina ZUBÁKOVÁ, PhD.
Mgr. Zuzana FÁBRY LUCKÁ, PhD.
PaedDr. Erika KOVÁCSOVÁ, PhD.
Mgr. Petra MITAŠÍKOVÁ, PhD.
Gabriela DUBOVSKÁ, MA.

**Editor:** Mgr. Pavol JANOŠKO, PhD.

*Recenzenti príspevkov sú vyberaní vedeckou a redakčnou radou časopisu podľa charakteru príspevku. Za jazykovú úpravu zodpovedajú autori.*

## EDITORIÁL

*Milé kolegyne, milí kolegovia,*

*milé naše čitateľky a čitatelia,*

prihovárame sa vám novým číslom nášho vedecko-odborného časopisu, s nádejou, že Vás jeho obsah opäť zaujme a pracovne obohatí.

Príprava periodika tohto typu je pomerne náročným procesom. Vyžaduje si výraznú spoluprácu redakčnej a vedeckej rady, mnohých recenzentiek a recenzentov a v neposlednom rade členiek a členov našej profesijnej obce, ktorí disponujú chuťou a ochotou deliť sa o poznatky a skúsenosti tak z výskumu, ako aj z praxe. Sme však presvedčení, že to má zmysel. Pretože bez diseminácie aktuálnych vedeckých a odborných znalostí sa náš odbor nezaobíde. Upadal by a postupne zanikol.

Členom Katedry liečebnej pedagogiky PdF UK sa napriek náročným kritériám podarilo začiatkom leta obhájiť a akreditovať existenciu nášho odboru. Jeho udržanie si však vyžaduje veľké úsilie a každé číslo nášho časopisu je dôležitým článkom tejto podpory. Bez priloženia ruky k dielu tými, ktorí veria v opodstatnenosť svojej profesie, sa v redakcii nezaobídeme. Stupňujúce sa nároky praxe to potvrdzujú. Preto ďakujeme, že nás nielen čítate, ale aj aktívne prispievate!

***Pavol Janoško****, zodpovedný redaktor*

ŠTÚDIA

# PROFESIJNÁ IDENTITA

PROFESSIONAL IDENTITY

*Marta Horňáková*

Katedra liečebnej pedagogiky,
Pedagogická fakulta, Univerzita Komenského, Bratislava

marta.honakova@fedu.uniba.sk

***Abstrakt:*** Príspevok sa zameriava na formovanie profesijnej identity liečebného pedagóga. Hľadá odpovede na kontext medzi istotou a neistotou, sebaobrazom a pracovným zaradením, sebahodnotením a ocenením na pracovisku ako aj potenciálom vlastnej skúsenosti, osobným rastom a profesijným životom v kontexte formovania identity liečebného pedagóga.

***Kľúčové slová:*** profesijná identita, kvalifikácia a pracovné uplatnenie, nástroje podpory identity.

***Abstract:*** The paper focuses on the formation of the professional identity of a Heilpädagoge. It seeks answers to the context between certainty and uncertainty, self-image and job classification, self-esteem and appreciation in the workplace, as well as the potential of one's own experience, personal growth and professional life in the context of shaping the identity of a medical educator.

***Key words:*** professional identity, qualifications and employment, identity support tools.

## Vymedzenie chápania profesijnej identity

Profesijná identita je fenomén spojený s každým povolaním. Bezpochyby sa začína utvárať v priebehu štúdia, ale nie je pridanou hodnotou k diplomu. Neustále sa utvára na báze osobného príbehu, osvojených poznatkov a skúseností počas života i štúdia odboru, ako aj sociálneho a materiálneho hodnotenia pôsobenia na pracovisku. Ide o proces dosahovania profesijnej zrelosti, kedy sa spoja osobné danosti jednotlivca s hodnotami a rozvíjajúcimi sa schopnosťami. Má vplyv na spokojnosť so svojou prácou i na ašpirácie v budúcnosti (čo sa chcem ešte naučiť, na akú problematiku sa zameriam, čo chcem dosiahnuť). Profesijná identita priamo súvisí s profesijnými kompetenciami – so schopnosťou preniesť znalosti a zručnosti do nových situácií v rámci daného povolania, organizovať si práce, plánovať, inovovať, vyrovnávať sa s neobvyklými úlohami. Skúsenosť s vlastným kompetentným konaním podporuje posilnenie profesijnej identity.

V rámci učiteľstva profesijnú identitu vymedzila Kosová (2013. s. 109 – 110) ako osobné kognitívne a emocionálne "*uvedomenie si podstaty profesionality v povolaní a uvedomenie si miesta profesie v systéme sociálnych kategórií a vzťahov (vysoký stupeň sebauvedomenia, autonómie a sebakontroly pri vykonávaní profesie, silné prežívanie príslušnosti k nej).*". V prípade liečebných pedagógov sa stáva, že jeho miesto v systéme nie je ešte jasné a stabilizované. To prináša na pracovisko riziko osamotenia a nepochopenia.

Identita je úzko spojená so vzťahmi a s procesom sebautvárania, ako to zdôraznil Weinerich (2003) – človek konštruuje sebapoňatie na základe toho, ako sa vníma v kontexte minulosti a ako si predstavuje svoje ideálne ja v budúcnosti. Sebapoňatie formuje aj sociálne prostredie so svojim hodnotením a možnosťami. Sociálne aspekty podčiarkol aj Hambálek, keď popísal profesijnú identitu ako „*priesečník vzťahov medzi sociálnymi štruktúrami a individuálnymi činiteľmi (medzi sociálne konštruovanou/ podmienenou predstavou „self" a medzi predstavou „self", obsahujúcou dispozície, postoje a behaviorálne odpovede, ktoré pretrvávajú v čase, sú relatívne stabilné a ktorých súčasťou sú kognitívne a emocionálne obsadené významy*." Uviedol to v kontexte utvárania identity rodinných

terapeutov, ale platí to aj pre liečebných pedagógov. V oboch profesiách sú silne zdôraznené hodnoty a významy. Dôležitú bariéru videl aj v dôraze na systémový prístup, ktorý je v praxi stále zriedkavý a preto aj málo očakávaný a akceptovaný. Podobne aj u liečebných pedagógov dominantný ekosystémový, kauzálny a inkluzívny prístup býva často prijímaný nedôverčivo až odmietavo. Na druhej strane zase on sám pomáhajúce zariadenia a služby s ich úlohami, možnosťami a očakávaniami môže vnímať ako nedostatočne pružné a málo kvalitné. Spravidla viac vidí to, čo nefunguje (mnohým deťom a pacientom sa pomoc dostáva oneskorene, s dlhými čakacími lehotami a na nízkej odbornej úrovni) a čo by sa malo zmeniť. To sťažuje jeho situáciu na pracovisku a poznačuje sebareflexiu.

**Rizikové okolnosti budovania identity**

Od začiatku etablovania liečebných pedagógov v pracovnom poli pomáhajúcich profesií sa tradovalo tvrdenie, že liečebný pedagóg miesto nezískava, ale si ho vytvára. Či sa už stretol s vysokými očakávaniami, alebo ľahostajnosťou, či s nepochopením a kritickými postojmi (Čo od nás chce? O čo mu ide?), mohol sa cítiť pod tlakom. Veď musel ukázať, čo vie, presvedčiť, aby sa nestal „dievča pre všetko“ a nedostalo sa mu verbálneho alebo postojové vyjadrenia odmietnutia (My vás nepotrebujeme, čo tu chcete robiť? Nechcite nič meniť!“) Nezáujem o spoluprácu, o komunikáciu a pod., vytvára stresové situácie. Mohlo sa stať, že liečebný pedagóg v snahe dokázať odbornosť a opodstatnenosť, kládol na seba vysoké nároky – chcel dosiahnuť rýchle výsledky, neodvážil sa pripustiť, že niečo nevie, že sa potrebuje poradiť, niečo doštudovať. Osamelé úsilie s neuspokojivými výsledkami podrýva sebavedomie a brzdí proces utvárania profesijnej identity. Každý začínajúci odborník môže začať hľadať „bezpečné a osvedčené metódy“. Možno skúsi robiť veci, ktorým budú spolupracovníci lepšie rozumieť. Možno sa už ani nepýta, či sú v súlade s jeho vlastným odborom. Pracuje vyčerpávajúco, má málo času, bojuje s pocitom nedostatočnosti a zlyhania. Možno preruší aj kontakt s profesijnou organizáciou, so svojou katedrou, nečíta odbornú tlač, nesleduje čo je nové, nehľadá supervíziu. Jeho profesijná identita je ako rastlina na nesprávnom stanovisku. Nedarí sa jej.

**Proces posilnenia profesijnej identity**

Kým sociálne štruktúry môžeme meniť len obmedzene, dostupnejšie je pracovať s hlbším uvedomením si podstaty svojej profesionality – liečebnopedagogické úlohy, teoretické východiská a paradigmy, metódy a prístupy v odbore, modely profesijného konania od diagnostiky, cez plánovanie, realizáciu a evalváciu intervencie. Dôležité je vedomie príslušnosti k profesijnej skupine, udržiavanie komunikácie, zdieľanie sa. Dosiahne sa tým zvýšenie sebakontroly pri výkone povolania. Ani táto úloha nie je v prvých rokoch praxe ľahká, hoci už aj ako študenti kúsok cesty majú za sebou: Na štátnych skúškach musia preukázať, že zvládli teoretické východiská profesie, používajú vhodné metódy a postupy, vedia hodnotiť výsledky svojej intervencie. Spravidla to v diplomových prácach naozaj preukážu.

**Uvedomenie si podstaty odboru a profesijných kompetencií**

Poznávame postupne. Môžeme mať vedomosti, ale rôzne súvislosti objavujeme často neskôr. Niekto môže byť zaskočený, ak má stručne povedať, čo je to liečebná pedagogika. Niekto môže mať toľko nejasností, že chce radšej hneď redefinovať

liečebnú pedagogiku. Nenapadne mu, že redefinovanie paradigiem spôsobí, že potom to už nebude liečebná pedagogika, ale niečo iné. V pracovnom poli pomáhajúcich odborov je už teraz dosť "tesno". Riešením je vždy znova svoje poznanie obnoviť.

Liečebná pedagogika bola vymedzená ako **vedný odbor s interdisciplinárnym integrovaním poznatkov medicíny, psychológie a sociálnych vied zameraný na všetkých tých, ktorí sú odkázaní na zvýšenú pomoc**" (Asperger, Hanselmann, Moor, 1939 - 1960). Zaoberá sa poznatkami o vývine a zdraví človeka v sťažených životných okolnostiach – ako rozumieť problémom a poruchám, ako vznikajú, ktoré faktory a mechanizmy pritom pôsobia, ako možno podporiť, to čo je zdravé, oslabiť patogénne, umožniť nájsť hodnoty a uplatniť sa. Spája výchovu a liečenie do jedného celku. Presahovanie do blízkych pomáhajúcich odborov pomáha k celostnému a systémovému prístupu. Základom je spojenie výchovy a terapie. Akonáhle sa jedno z týchto poslaní stratí, už sa nedá hovoriť o liečebnej pedagogike. Stráca svoju identitu a stáva sa len terapiou/ psychoterapiou, alebo výchovou/učením (Kobi, 2004). Vďaka tomuto spojeniu plní liečebný pedagóg špecifické úlohy v spoločnom pracovnom poli. Vyjadrujú to aj paradigmy odboru:

- človek je autonómna bytosť, ktorá si zaslúži úctu a rešpektovanie práv a je schopná žiť svoj život a riešiť svoje problémy a k tomu potrebuje primerané podmienky a pomoc,
- zmysel a hodnoty sú kľúčové,
- ide o intenzívne bytie vo vzťahu, o učenie sa umeniu zdravého života,
- v prepojení výchovy a terapie je jedinečnosť liečebnej pedagogiky, jej identita.

**Liečebnopedagogické konanie**

Pre liečebnopedagogické konanie (Gröschke, 1997) je typické, že vychádza zo situácie človeka, uchopuje ho tam, kde je a dáva mu priestor pre rast a dozrievanie. Spolu vytvárajú jedinečný **interaktívny koncept pomoci,** ktorý zahrňuje aj prostredie. Nevychádza z nedostatkov, ale z toho, čo „už je" a z potenciálov („zachránenie možného do skutočnosti", Ondracek, Greving, 2005). Pracuje sa v tíme, ktorý spoluvytvára optimálne prostredie pre vnímanie, komunikáciu konanie i učenie. Podporuje stratégie zvládania požiadaviek okolia a účasť na živote. Primárne nejde o korekciu/nápravu, ale o podporu zdravého a rozvíjanie potenciálu a zmena sa dostaví tiež. Gröschke (2001) to vyjadril tak, že liečebnopedagogické pôsobenie sa realizuje v jedinečnom interaktívnom projekte terapeuta a klienta, v ktorom spolupracujú na možnej zmene. Rozhodujúca je spolupráca a podpora kompetencií vnímať, chápať, konať v súlade s hodnotami. Cieľom je:

- pomoc človeku pri zmenených (oslabených, nerozvinutých, chýbajúcich) somatických, psychických a sociálnych funkciách, aby mohol rozvíjať a lepšie využívať svoje možnosti,
- pomoc pri zvyšovaní kvality života, podporu v samostatnosti, pri sebarealizácii, naplnení života zmyslom,
- pomoc pri začlenení sa do spoločnosti (participácia, inklúzia). Tiež ju možno chápať ako pomoc pri výchove a sebavýchove (Gröschke, 1997, s. 41).

Človek je rešpektovaný ako sebautvárajúce sa bytie vo vzťahu k prostrediu v jeho celostnosti. V liečebnovýchovnom procese mu patrí úcta, nádej, otváranie perspektívy. Získava tak skúsenosti, príležitosti pre zmenu a rast. Základom ponuky pomoci je čo najhlbšie pochopenie jeho „poznateľnej skutočnosti“. Problémy nie sú izolované, ale tvoria systém zložený z mnohých faktorov. Tie možno doplniť, oslabiť alebo posilniť. Tým možno zmenu pripraviť. Nejde o jej nacvičenie, o dril.

Liečebný pedagóg nemá katalóg riešení pre problémy a poruchy. Ponúka príležitosti získať formujúcu skúsenosť, byť aktívny, tvoriť, nájsť zmysel, osvojiť si hodnoty, využiť možností u uplatniť sa. Lotz (1997) povedal, že liečebná pedagogika je škola života pre tých, ktorí nevedia ako ďalej. Liečebný pedagóg spravidla preto dostáva príležitosť profesijne pomôcť tam, kde to ostatní už vzdali.

Používa medicínsky model práce – vychádza z diagnostiky a potrieb človeka, na základe spoločne vytvorenej dohody o poskytnutí pomoci ponúka návrh postupu a interaktívne ju realizuje intervencia. Súčasťou postupu je aj evalvácia a správa so záverom a prípadným návrhom ďalších opatrení. Vedie dokumentáciu v súlade s požiadavkami na ochranu práv a intimity a súkromia. V zdravotníckych službách podporuje uzdravenie, robí psychosociálnu rehabilitáciu, prevenciu komplikácií a relapsu. Pri podpore zdravia a reziliencie využíva salutory, ktoré definoval Antonovský (1979, 1987):

| Salutory: | Možnosti intervencie: |
|---|---|
| *zrozumiteľnosť* | cvičenia na podporu vnímania, orientácie, pre pochopenie súvislostí, porozumenie, komunikáciu; |
| *zvládnuteľnosť* | cvičenia na podporu kompetencií konať (uvedomenie, asociácie, skúsenosti, stratégie, využívanie daných možností, plánovanie, spolupráca); |
| *zmysluplnosť* | objavovanie významov, sprostredkovanie hodnoty, úcty, prežívanie zmyslu, nachádzanie životnej zameranosti. |

Každá zmena sa musí udiať v mozgu. Ponúkané cvičenia musia mať dostatočné trvanie a intenzitu, aby sa dostavil výsledok.

Pre posilnenie identity sa ukazuje potreba realizácie výskumu zameraného na činnosti, ktoré vykonáva liečebný pedagóg v praxi. Skúsili sme to dokonca medzinárodne (IGhB), ale pracovné úlohy v pomáhajúcich profesiách sú rôzne podľa veku, problematiky klienta ako aj podľa prostredia, kde sa pomoc poskytuje. Preto nie je jednoduché dospieť k predstaveniu profesijných kompetencií hoci na jednom konkrétnom pracovisku. Je to ale dôležité pre vypracovanie štandardov, pre zlepšenie odbornej prípravy v rámci vysokoškolského a celoživotného vzdelávania a porozumenia v tímovej spolupráci, kde je nutné rešpektovať profesijné kompetencie. Podľa Antálovej (2002) identifikácia profesijných kompetencií prispieva k rozvoju ľudských zdrojov. Ona videla „identifikáciu profesijných kompetencií pracovníkov a ich budovanie ako nikdy sa nekončiaci proces, ktorý si vyžaduje sústavnú redefiníciu, prípadne inováciu pracovných, ako aj edukačných štandardov” (Antálová, 2002, s. 433).

**Robíme terapie** – to je častá odpoveď na otázku, v čom sme ako liečební pedagógovia špecifickí. Nie sú to terapie. Tie sú oprávnení robiť aj iní profesionáli, ak absolvovali vzdelávanie/výcvik (psychológovia, psychiatri, špeciálni pedagógovia, sociálni pedagógovia, sociálni pracovníci, zdravotné sestry, umelci), pričom je zrejme, že ich robia rôznymi spôsobmi, s rôznymi cieľmi. Pre liečebných pedagógov je dôležité, aby v nich spojili výchovu a terapiu – ako je to vo vyššie uvedených teoretických rámcoch. Hra, pohyb, aktivity, umenie vytvárajú priestor pre uvoľnenie, kreativitu, komunikáciu, spoluprácu, sebavyjadrenie. Umožňujú pozorovať stratégie riešenia problémov, kvality vnímania, motoriku, sociálne potreby a zručnosti, záujmy a pripraviť také materiály a aktivity, ktoré sprostredkujú potrebné skúsenosti a zážitky „vau“, ktoré vedú k rastu a rozvoju.

Azda všetci sme sa stretli s používaním pojmu expresívne terapie v liečebnej pedagogike - tento pojem sa objavoval v odborných statiach, i v učebných textoch. Nové pojmy je potrebné preskúmať čo do ich pôvodu a významu. V prípade expresívnych terapií ide o doplňujúcu psychoterapeutickú metódu, ktorá sa ponúka pacientom, kde je treba podporiť priebeh terapie. Umožnia mu vyjadriť obsahy, ktoré potom so psychoterapeutom preberie. Nie je pravda, že liečebnopedagogické terapie sú expresívne terapie, aj keď je istá „expresia“ vždy prítomná, nie je cieľom. Každý prejav sa dá chápať aj ako vyjadrenie, kto žije – sa aj hýbe a prejavuje. Využitie liečebnopedagogických terapií je však oveľa širšie a je zamerané na iné ciele ako je podpora psychopterapie. Samozrejme, niektorí liečební pedagógovia môžu takto spolupracovať so psychoterapeutom, ale to ešte nie je dôvod nazývať ich liečebnopedagogickými terapiami.

Liečebný pedagóg musí poznať terapeutické techniky z kreatívnych a umeleckých terapií (ako sú terapia hrou, arteterapia, muzikoterapia, ergoterapia, psychomotorická terapia, biblioterapia, dramatoterapia, ale aj terapia smiechom, zážitková terapia a iné...). Jeho úlohou je na základe pochopenia situácie (príbehu, dopadu poruchy/ochorenia, skúsenosti, potenciálu) „uchopiť človeka tam kde je“ a v spolupráci/v interakcii s jednotlivcom, alebo skupinou ponúkať skúsenosti a zážitky, ktoré mu umožnia zrelšie správanie a lepšie zvládanie. Zmenu nenacvičuje, ale pripravuje. Hovorí sa, že techniky a metódy treba poznať, ale nemožno sa na ne spoľahnúť (aplikovať ich podľa problému) ich použitie musí byť jedinečné u každého jednotlivca, lebo závisí od jeho aktuálnej situácie, potenciálnu zvládania a skúseností.

**Posilnenie príslušnosti k profesii**

Niektoré študijné skupiny si vytvorili také hlboké vzťahy, že mali potrebu sa spolu pravidelne stretávať roky. Spolupatričnosť pomáha obnoviť spomienky, obohatiť poznanie, umožní zdieľať skúsenosti, budovať svoju osobnú víziu ako odborníka v odbore. Niektorí sa prišli na ponúkané podujatia, alebo sa stretli v rôznych pracovných skupinách. O niekom vieme, že pracuje v odbore, ale nedáva o sebe vedieť. Viacerí odišli do iných profesií, do zahraničia, či našli svoje poslanie v rodine. Možno po prerušení kontaktov obnoviť svoju profesijnú príslušnosť? Isteže áno.

Pre rozvoj odboru ako vedy i osobnej profesijnej identity je nutné udržiavanie komunikácie. Uvedomili sme si to na Katedre liečebnej pedagogiky PdF UK krátko po rehabilitácii odboru v r. 1990 a následne začali realizovať konferencie pod názvom Liečebnopedagogické dni. Nadviazali sme spoluprácu s nemeckými

kolegami v ich profesijnom zväze (BHP). Zriadili sme čosi ako stálu pracovnú skupinu, kde boli kolegyne, ktoré pracovali na zmenách v legislatíve. Pripravovali sme aj zriadenie Komory liečebných pedagógov (1996), ale to sa nepodarilo. Ale liečební pedagógovia v zdravotníctve boli prijatí do Komory iných zdravotníckych pracovníkov v samostatnej sekcii. Väčšina však pracovala v iných rezortoch. Preto prišlo v r. 2004/2005 k príprave a následnému založeniu občianskeho združenia PROLP Asociácie liečebných pedagógov. Bola zaregistrovaná 02. 08. 2005 na Ministerstve vnútra ako nezisková organizácia. Odvtedy na báze dobrovoľníctva zastupuje záujmy liečebných pedagógov a usiluje o ich vzdelávanie a etablovanie. Očakávali sme živší ohlas a spoluprácu. Spravidla sa len občas ohlási niekto, kto má nejaký problém. Je to málo využitá príležitosť pre rozvíjanie profesijnej identity. Čaká na každého liečebného pedagóga..

Identitu významnou mierou buduje Revue liečebnej pedagogiky spolu s internetovou stránkou PROLP. Tiež čaká na prispievateľov a spolupracovníkov. Vďaka za tých doterajších, ktorí na báze dobrovoľníctva prispievajú svojou prácou k ich udržaniu.

**Zhrnutie**

Profesia liečebného pedagóga je relatívne nová v praxi. Spravidla každý, kto v nej pôsobí, je priekopníkom. Jeho profesijná identita sa neutvára ľahko. Je dôležité obnovovať a uvedomovať si teoretické východiská i svoju zodpovednosť za budovanie odboru. Profesijná identita je o osobnom raste, o komunikácii v odbore a zdieľaní sa so svojim skúsenosťami. Nie je nám daná „zadarmo“, ale vyžaduje si úsilie a výdrž v profesijnom raste.

**Summary**

The profession of therapeutical educator is relatively new in practice. As a rule, everyone who works in it is a pioneer. His professional identity is not easy to form. It is important to renew and be aware of the theoretical background and your responsibility for building the department. Professional identity is about personal growth, communication in the field and sharing one's experiences. It is not given to us "for free", but it requires effort and perseverance in professional growth.

Zoznam použitej literatúry

ALEXY, J. − *ANTALOVÁ*, M. *2002*. *Trh práce a manažment ľudských zdrojo*v. Bratislava : Ekonóm, *2002*.

DOBROTKA, G. 2001. *Osobnosť v liečebnopedagogickom procese*. In: Terapie ve speciále pedagogické péči. Brno, 2001, S. 7-8. - ISBN 80-7315-010-7.

EBERLE, G. 2009. *Von der Relevanz der Fachgeschichte für die Heilpädagogik*....Fach Ztschr. 1, s. 7- 15. 2009.

GREDECKÁ, Z. 2021. *Profesijná identita vysokoškolských učiteľov v kontexte ich ďalšieho profesijného rozvoja*. Trnavská univerzita, PdF: Trnava, 2021.I. SBN 978-80-568-0248-9.

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

GRÖSCHKE, D. 2006. *Heilpädagogische Professionalität – zwischen Rollenvielfalt und Identitätsdiffusion.* In: „*Heilpädagogik in Gegenwart und Zukunft*“ (Heinrich Hanselmann, 1939) – Heilpädagogik auf dem Weg. Berlin : BHP Verlag, 2006.

GUGGENBÜHL-CRAIG, A. 2010. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha. Portál 2010, ISBN978-80-7367-809-8.

HAMBÁLEK, V: *Profesionálna identita rodinného terapeuta na Slovensku.* https://www.coachingplus.org/texty/profesionalna_identita_rodinneho_terapeuta_na_Slovensku.pdf.

HORŇÁKOVÁ, M. 2009. *Obsahová integrácia a diverzifikácia neučiteľských študijných odborov na PdF UK: liečebná pedagogika, sociálna pedagogika, sociálna práca*. - 2. doplnené vyd. – Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave,2009. - 222 s. ISBN 978-80-223-2636-0.

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

KOBI, E.E. 2004. *Grundfragen der Heilpädagogik. Eine Einführung in Heilpädagogisches Denken.* 6.

Auflage, Berlin: BHP Verlag, 2004.

KOSOVÁ, B. 2006. *Profesia a profesionalita učiteľa*. In Pedagogická revue, vol. 58, no. 1, pp. 1–13. ISSN 1335-1982.

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

MICHELS, M. 2006. *Heilpädagogisches Handeln unter sich verändernden Rahmenbedingungen – Identitätssuche und Entwicklungsbedarf.* In: „Heilpädagogik in Gegenwart und Zukunft" (Heinrich Hanselmann, 1939) – Heilpädagogik auf dem Weg. Berlin: BHP Verlag, 2006.

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

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

ONDRACEK, P, GREVING, H. 2005. *Handbuch Heilpädagopgik*. Troisdorf: E1NS, 5354 s. 2005. ISBN 3-427-34000-7.

SPECK, 0., 1987. *System Heilpädagogik*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verl., 1987.

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

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

ŠTRANEKOVÁ, D. 2007. *Profesijné kompetencie u študentov pomáhajúcich profesií*. Bratislava: Pd UKv BA. 2007, 99 s.

TOMALOVÁ, P., MICHAL, J. *Profesijná identita pracovníkov pomáhajúcich profesií* ŠTUDENT NA CESTE K PRAXI II, 15. – 16. máj 2013 Zborník príspevkov zo Študentskej vedeckej medzinárodnej konferencie v odbore špeciálna pedagogika a liečebná pedagogika.

WEINREICH, P. AND SAUNDERSON, W. 2003. *Analysing Identity. Cross-Cultural, Societal and Clinical Contexts*. Routledge, London. https://www.scirp.org/(S(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2168643.

ŠTÚDIA

# PORUCHA POZORNOSTI A AKTIVITY V DETSKOM VEKU

## ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDHOOD

*Natália Benková, Martina Zubáková*

Katedra tanečnej tvorby, Hudobná a tanečná fakulta, Vysoká škola múzických umení v Bratislave

nbenkova1@vsmu.sk

Katedra logopédie, Pedagogická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

zubakova@fedu.uniba.sk

**Abstrakt:** Výskyt poruchy aktivity a pozornosti (ADHD) za posledné desaťročie narástol, stáva sa čoraz bežnejšou a ovplyvňuje životy všetkých, ktorí sú s takýmto dieťaťom v akejkoľvek forme interakcie. Informovanosť a poznanie prejavov, príčin vzniku a možných vplyvov na prejavy poruchy dokážu byť v rámci komunikácie s dieťaťom s ADHD rozhodujúce. Príspevok na základe analýzy aktuálnej zahraničnej literatúry ponúka stručný prehľad o histórii, hlavných prejavoch a komorbidných poruchách s ADHD. Ďalej sa zameriava na zhrnutie doterajších informácií o možných príčinách vzniku poruchy s dôrazom na genetické a environmentálne faktory. V závere pojednáva o vplyve tejto poruchy na kvalitu života detí a stručne charakterizuje terapeutické prístupy, ktoré sa uplatňujú v starostlivosti o túto špecifickú skupinu jedincov. Cieľom príspevku je poskytnúť prehľad doteraz známych poznatkov o ADHD so zámerom poukázať na značný vplyv poruchy nielen na okolie, ale aj na život samotného dieťaťa.

***Kľúčové slová:*** porucha pozornosti a aktivity, ADHD, symptomatológia, príčiny vzniku, kvalita života, terapeutické prístupy.

**Abstract:** The incidence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) has increased in recent decades, becoming more common, and affecting the lives of everyone who interacts with such a child. Awareness and knowledge of the manifestations, causes and possible effects on the manifestations of the disorder can be crucial in communication with a child with ADHD. The paper, based on the analysis of current foreign literature, offers a brief overview of the history, main manifestations, and comorbid disorders with ADHD. It also aims to summarize the existing information on the possible causes of the disorder with emphasis on genetic and environmental factors. Finally, it discusses impact of the disorder on the quality of life of children and briefly characterizes the therapeutic approaches that are applied in the care of this specific group of individuals. The aim of the paper is to provide an overview of previously known knowledge about ADHD with the intention of pointing out the significant impact of the disorder not only on the environment, but also on the life of the child himself.

***Keywords**:* attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, symptomatology, causes, quality of life, therapeutic approaches.

## Úvod

Pri vyslovení skratky ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) si mnohí jedinci predstavia dieťa, ktoré príliš veľa behá a v škole nedáva pozor. Nejde však „iba“ o nadmernú hyperaktivitu či nedostatok pozornosti – ADHD je poruchou, ktorá je charakterizovaná rôznymi kombináciami viacerých symptómov, ktoré sú pravdepodobne navzájom prepojené. Existuje triáda hlavných prejavov ADHD, a to nepozornosť, hyperaktivita a impulzivita. Tieto prejavy sú pre ADHD kľúčové, avšak nenesú význam absolútnej definície tejto poruchy. Fenoménom býva, že sa vyskytuje napríklad bez prítomnosti prejavov hyperaktivity alebo naopak, s primárnymi prejavmi impulzivity, ktorá nie je ani zahrnutá v jej názve. Navyše, často sa vyskytuje v kombinácii s inými poruchami (Rohde, Kieling, Salum, 2018; Faraone a kol., 2021).

ADHD je charakterizovaná ako neurovývinová porucha, ktorá má genetický pôvod. Ide o zložitú poruchu, ktorá má značný vplyv nielen na život tých, ktorým bola diagnostikovaná, ale aj na tých, ktorí sú s danými jedincami v akejkoľvek forme interakcie. Dôležité sú podmienky, v ktorých jedinci s ADHD žijú, pretože dokážu mať pozitívny ale aj negatívny vplyv na prejavy symptómov. ADHD totiž vo väčšine prípadov pretrváva až do

dospelosti, aj keď len vo forme oslabenia určitej oblasti. Existuje viacero možností intervencie jedincov s ADHD. Predovšetkým ide o podporu zo strany rodičov, učiteľov, psychoedukáciu, behaviorálne prístupy či medikamentóznu liečbu. V školskom prostredí sa na základe mnohých výskumov preukázali ako obzvlášť efektívne stratégie, ktoré vychádzajú z princípov behaviorálnej terapie, pretože dokážu vo vysokej mierne ovplyvniť správanie a fungovanie dieťaťa s ADHD z dlhodobého hľadiska (Posner, Polanczyk, Sonuga-Barke, 2020).

**Významné historické míľniky ADHD**

Najstaršia zmienka o ADHD pochádza už z roku 1775. Nemecký lekár Melchior Adam Weikard napísal knihu *„Der Philosophische Art“* s kapitolou, ktorú nazval *„Geisteskrankheiten“*, čiže choroby duše. Jej súčasťou je opis deficitov pozornosti, ktoré sú aj v súčasnosti považované za jadro symptomatológie ADHD (Barkley, Peters, 2012). Navyše, Weikard zohľadnil i vývinovú perspektívu, čiže zvýšenú nepozornosť vnímal u mladších jedincov v oveľa vyššej miere ako u starších. Deficity pozornosti opísal ako nestálu poruchu, čo taktiež sedí s dnešnou charakteristikou ADHD, ktorá síce vyžaduje prítomnosť určitých symptómov, ale ich zastúpenie a prejavy sa plynutím času môžu meniť (Rohde, Kieling, Salum, 2018).

O pár rokov neskôr, v roku 1798, škótsky lekár Alexander Crichton vo svojej práci *„Duševný nepokoj“* opísal všetky hlavné symptómy nepozornosti, ktoré sú takmer totožné s dnešnými diagnostickými kritériami pre ADHD s prevažujúcimi prejavmi nepozornosti. Už vtedy odporúčal pre tieto deti špeciálu intervenciu. Odvtedy sa v medicíne začína objavovať stále viac prípadov detí, ktoré by boli v súčasnosti diagnostikované s ADHD (Sharkey, Fitzgerald, 2004). Začiatkom 20. storočia boli prejavy ADHD, ktoré sú v súčasnosti jadrom tejto diagnózy, identifikované a systematicky zdokumentované. George Still, prvý anglický profesor pediatrie, poskytol bohatý opis nadmernej aktivity, agresivity, impulzivity a odporu voči trestom. Opísal 43 detí, ktoré mali „morálnu poruchu“, ktorá sa prejavovala nedostatočným sebaovládaním. Jeho práca, prezentovaná v Londýne, bola pre vývoj diagnózy ADHD kľúčová, pretože informácie, ktoré sú v nej zahrnuté sa stali základom dnešnej charakteristiky ADHD. Navyše, Still taktiež poznamenal, že strata „morálnej kontroly“ je v rozpore s fungovaním v spoločnosti – to znamená, že jedinci s ADHD majú v mnohých prípadoch problém do nej zapadnúť (Chandler, 2010).

Pár rokov potom, ako George Still uverejnil počiatočné opisy ADHD, sa ako zdroj daných ťažkostí začína považovať mozog. V roku 1917 zasiahla Európu a Severnú Ameriku pandémia infekčného ochorenia letargickej encefalitídy, nazývanej aj ako „choroba spania“ (Chandler, tamtiež). Barkley (2006 in Chandler, 2010) píše, že niektoré deti trpeli post-encefalitickým syndrómom, ktorý sa po zápale prejavoval ako nadmerná aktivita, porucha koordinácie a učenia, impulzivita a agresia. Tieto prejavy boli jasným dôsledkom poškodenia, ktoré bolo spôsobené zápalom mozgu. Ide o prvé skutočné potvrdenie toho, že ADHD má neurobiologický pôvod. Pandémii letargickej encefalitídy sa v súčasnosti nepripisuje význam možnej príčiny ADHD, avšak vďaka nej sa objasnili neurologické procesy, ktoré vplývajú na prejavy symptómov tejto poruchy. Udalosť bola navyše akýmsi spúšťačom záujmu Severnej Ameriky o ADHD.

Sharkey a Fitzgerald (2004) uviedli, že v danom období sa začínajú formovať teórie Ľahkej mozgovej dysfunkcie (ĽMD), ktoré sa zaoberali drobnými poškodeniami mozgu a ich vplyvom na správanie a osobnosť. ĽMD sa ako diagnóza postupom času vyvíjala a čoraz viac sa odvolávala na prejavy správania ako hyperaktivita, impulzivita a nepozornosť. Chandler (2010) popísal nasledovné príznaky: slabé organizačné schopnosti, nedostačujúca snaha o udržanie pozornosti, ťažkosti v zvládaní impulzívneho správania a potreba okamžitých odmien.

Podľa diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch druhej edície (DSM-II) Americkej psychiatrickej asociácie z roku 1968 sa popísané príznaky nazývali „hyperkinetická reakcia v detstve“. V tretej edícii (DSM-III) sa zmenil jej názov na poruchu pozornosti (ADD) a taktiež nastal posun k viacrozmernému vnímaniu poruchy. Zmena názvu však upriamila pozornosť predovšetkým na symptómy nepozornosti, ktoré môžu, no nemusia byť v každom prípade rozhodujúce. DSM-III navyše rozlišovala medzi ADD s a bez príznakov hyperaktivity, aj napriek nepostačujúcim dôkazom, ktoré by takéto rozdelenie podporili. V roku 1987 bola zverejnená DSM-IIIR (revízia predchádzajúcej edície), ktorá už uvádzala súčasný názov „Porucha pozornosti a hyperaktivity“. V DSM-IV z roku 2000 sa objavil opis triády základných symptómov ADHD: nepozornosť, hyperaktivita a impulzivita (Stefanatos, Baron, 2007).

**Terminologické vymedzenie a diagnostika**

Porucha pozornosti a hyperaktivity je prítomná po celom svete bez ohľadu na pokrokovosť jednotlivých krajín. Na základe metaanalýzy 19 štúdií s vyše 55 000 účastníkmi bolo zistené, že 5,9 % detí a adolescentov spĺňa diagnostické kritériá ADHD (Willcutt, 2012). Prevalencia ADHD u dospelých jedincov je nižšia, a to 2,5 % (Simon a kol, 2009). Avšak Zablotsky a kol. (2019) vo svojej štúdii uvádzajú, že výskyt poruchy sa v období od roku 2009 – 2017 zvýšil z 8,5 % až na 9,5 %. Hlavným dôvodom nárastu prevalencie ADHD sú pokroky v oblasti identifikácie a následnej diagnostiky detí, ktoré spĺňajú diagnostické kritériá tejto poruchy. Čo sa týka porovnania výskytu ADHD medzi pohlaviami, táto porucha je častejšie prítomná u chlapcov ako u dievčat, a to v pomere zhruba 2:1 (Willcutt, 2012).

Chandler (2010) uvádza, že súčasná diagnostika ADHD spadá pod dva klasifikačné systémy. Ide o Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch Americkej psychiatrickej asociácie (DSM-5) z roku 2013 a Medzinárodnú klasifikáciu chorôb 10. revízie, ktorej aktuálnejšia, 11. revízia (MKCH-11) vstúpila do platnosti v roku 2022. Porucha pozornosti a hyperaktivity je podľa MKCH-11 zaradená do podkategórie neurový-vinových porúch (6A05). ADHD je charakterizovaná pretrvávajúcou (minimá-lne po dobu 6 mesiacov) nepozornosťou a/alebo hyperaktivitou a impulzivitou, ktorá má priamy negatívny vplyv na akademické, profesijné alebo sociálne fungovanie jedinca. Miera nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity presahuje normu, ktorá je očakávaná vzhľadom na vek a intelektuálnu úroveň. Vo väčšine prípadov boli určené príznaky nepozornosti a/alebo hyperaktivity a impulzivity pred dosiahnutím veku 12 rokov, aj keď niektorí jedinci boli diagnostikovaní neskôr. Na stanovenie diagnózy musia byť prejavy nepozornosti a/alebo hyperaktivity a impulzivity zjavné v rôznych situáciách a prostrediach (napr. doma, v škole, v práci), avšak môžu sa líšiť vzhľadom na ich štruktúru a požiadavky (WHO, 2021). DSM-5 (2015) definuje ADHD prítomnosťou 6 a viac príznakov nepozornosti a/alebo hyperaktivity a impulzivity prejavujúcich sa minimálne po dobu 6 mesiacov, pričom väčšina príznakov sa musí objaviť do veku 12 rokov. Menej príznakov (najmenej 5) je potrebných pre určenie diagnózy adolescentom a dospelým (17 rokov a viac). Príznaky nesmú byť výhradným prejavom opozičného správania, vzdoru, nepriateľstva či zlyhania pri porozumení zadania alebo inštrukcií.

Oba diagnostické manuály vyžadujú prítomnosť viacerých prejavov ADHD v rôznych situáciách a prostrediach, konkrétne DSM-5 vyžaduje najmenej dve. Dôvodom je možný výskyt symptómov podobajúcich sa ADHD v určitej situácii na základe konkrétneho spúšťača, ktorý je pre danú situáciu typický. Napríklad správanie dieťaťa môže zdanlivo pripomínať prejavy ADHD z dôvodu výskytu častých konfliktných situácií v rodine alebo toto správanie môže byť len reakciou na neprimerané nároky a požiadavky v školskom prostredí (Rohde, Kieling, Salum, 2018). Na druhej strane Willcutt

(2012) vo svojej štúdii poukazuje na skutočnosť, že u niektorých detí sa môžu v určitom čase prejavovať symptómy len v jednom prostredí, ale s postupom času pri narastajúcich akademických a sociálnych požiadavkách sa môžu začať prejavovať vo viacerých situáciách. Rovnako existujú prípady, kedy deti spĺňajúce kritériá diagnózy ADHD vykazujú závažné oslabenie viazané len na jednu situáciu či prostredie. V tomto prípade môže ísť najmä o deti s ADHD s prevažne nepozornými prejavmi, kedy sa symptómy prejavujú hlavne v škole v súvislosti s akademickými povinnosťami.

ADHD je klinická diagnóza, ktorá si vyžaduje podrobné zhodnotenie súčasných a predchádzajúcich príznakov vrátane rodinnej a osobnej anamnézy jednotlivca (Posner, Polanczyk, Sonuga-Barke, 2020). ADHD môže byť diagnostikovaná len odborníkom, ktorý posudzuje všetky kritériá potrebné pre potvrdenie diagnózy prostredníctvom rozhovoru s rodičmi/opatrovníkmi dieťaťa, prípadne so samotným dieťaťom. Poruchu nie je možné diagnostikovať len na základe hodnotiacich stupníc, neuropsychologických testov či pomocou metód snímajúcich mozog (Faraone a kol., 2021). Chandler (2010) uvádza, že rodičia/opatrovníci dieťaťa zohrávajú pri diagnostikovaní ADHD dôležitú úlohu, práve na základe poskytnutia informácií týkajúcich sa obdobia tehotenstva, možných komplikácii pri pôrode, vývinových medzníkov či výskytu psychiatrických ochorení v rodine. Ďalšou dôležitou zložkou diagnostického procesu sú učitelia, ktorí s dieťaťom trávia v škole veľa času. Dané rozhovory majú štruktúrovanú alebo semi-štruktúrovanú formu, čo znamená, že majú presne stanovený program. Semi-štruktúrované rozhovory spolu s hodnotiacimi stupnicami predstavujú najspoľahlivejšiu formu diagnostiky.

### Hlavné prejavy

Ako bolo už spomínané, triádu kľúčových prejavov ADHD predstavuje nepozornosť, hyperaktivita a impulzivita. Existuje rozličná miera zastúpenia a špecifické prejavy nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity, ktoré sa líšia naprieč jednotlivými prípadmi a taktiež v priebehu ich individuálneho vývinu. Medzinárodná klasifikácia chorôb definuje nepozornosť značnými ťažkosťami pri udržiavaní pozornosti počas plnenia úloh, ktoré neposkytujú vysokú úroveň stimulácie alebo časté odmeny. Jedinci sa nechajú ľahšie rozptýliť a majú ťažkosti s organizáciou. Hyperaktivita sa týka nadmernej motorickej aktivity a ťažkostí s udržaním pokoja, ktoré sa prejavujú najmä v štruktúrovaných situáciách, ktoré si vyžadujú sebakontrolu. Impulzivita predstavuje tendenciu konať bez uvažovania, čo znamená, že jedinec okamžite reaguje na určitý podnet, a to bez zváženia možných rizík a následkov (WHO, 2021).

Tabuľka 1**:** *Prejavy ADHD v troch hlavných oblastiach (Chandler, 2010)*

| |
|---|
| **Nepozornosť** |
| neschopnosť udržať pozornosť<br>vyhýbanie sa dlhotrvajúcim aktivitám<br>ľahko sa nechá vyrušiť<br>ťažkosti s dokončovaním úloh<br>ťažkosti s organizáciou<br>strácanie vecí<br>zábudlivosť |
| **Hyperaktivita** |
| nepokoj<br>neschopnosť obsedieť na jednom mieste<br>nadmerné behanie, skákanie, lozenie<br>neschopnosť hrať sa/pracovať potichu<br>nadmerné rozprávanie |
| **Impulzivita** |
| nadmerné rozprávanie |
| nejasnosť odpovedí<br>skákanie do reči<br>vyrušovanie ostatných |

ADHD sa prejavuje v troch hlavných oblastiach a ku každej oblasti prislúcha niekoľko špecifických prejavov (viď tabuľka 1). Čo sa týka nepozornosti, dominantným špecifickým prejavom je „neschopnosť udržať pozornosť“. V prvom rade ide

o ťažkosti pri všímaní si detailov, z čoho vyplývajú tzv. chyby z nepozornosti, či už v škole, práci alebo pri iných aktivitách. Ďalej sa ťažkosti s udržaním pozornosti prejavujú pri rozličných úlohách a aktivitách vo forme problémov so sústredením, napríklad počas vyučovacích hodín či konverzáciách. Jedinci s poruchou pozornosti často vyzerajú, že nepočúvajú, a to aj vtedy, keď k nim niekto priamo hovorí. Často sa vyhýbajú, nemajú radi alebo odmietajú aktivity, ktoré si vyžadujú dlhotrvajúce úsilie. V prípade detí ide najmä o školské a domáce úlohy, u dospelých ide napríklad o dlhé písomnosti, vypĺňanie formulárov či prípravu pracovných správ. Nepozornosť sa ďalej prejavuje nedodržiavaním stanovených postupov a neschopnosťou dokončiť začatú činnosť, ako napríklad domáce úlohy, povinnosti v práci či doma. Daný prejav súvisí najmä s tým, že jedinci nadobudnutú pozornosť ľahko stratia a nechajú sa čímkoľvek vyrušiť (v prípade adolescentov a dospelých jedincov môže ísť aj o rôzne myšlienky nesúvisiace s aktivitou). Veľmi výrazné sú ťažkosti s organizáciou, ako napríklad neschopnosť udržať si poriadok vo veciach, chaotická práca, neschopnosť časovej organizácie a dodržania stanovených termínov. S týmto prejavom súvisí i časté strácanie vecí, ako napríklad školských pomôcok, peňaženky či kľúčov. Zábudlivosť sa netýka len vecí, ale aj každodenných aktivít, v podobe domácich prác, platenia účtov, atď. (DSM-5, 2015).

Hyperaktivita sa prejavuje najmä nepokojom – častým vrtením, pohybom rúk/nôh, neschopnosťou vydržať na svojom mieste, aj keď sa to v danej situácii vyžaduje (napr. v školskej lavici). Príznačné je aj časté behanie, skákanie či lozenie po okolitých objektoch v nevhodných situáciách. U adolescentov a dospelých jedincov sú tieto prejavy zväčša limitované na tzv. „pocity nepokoja“. Ďalším symptómom je neschopnosť hrať sa či pracovať potichu a častý je tiež prejav neustáleho pohybu, akoby boli títo jedinci „poháňaní motorom“. Znamená to, že nie sú schopní vydržať v pokoji dlhší čas, napríklad v reštaurácii či na stretnutí. Nadmerné rozprávanie je charakteristickým prejavom nielen pre hyperaktivitu, ale aj impulzivitu. Tá sa navyše prejavuje skákaním do reči, dokončovaním viet ostatných a predčasnými odpoveďami na otázky. Impulzívni jedinci majú ťažkosti s trpezlivosťou, napríklad pri čakaní v rade. Často vyrušujú ostatných, či už slovne alebo si napríklad berú cudzie predmety bez opýtania (DSM-5, tamtiež).

DSM-IV rozdeľovala ADHD do troch subtypov na základe prevahy spomenutých symptómov. Ide o prevažne nepozorný typ, hyperaktívno-impulzívny typ alebo kombinovaný typ. Aktuálnejšia DSM-5 nahradzuje pojem „subtyp“ pojmom „prejav“ za účelom zdôraznenia skutočnosti, že zastúpenie jednotlivých symptómov sa plynutím času u jedinca môže meniť. MKCH-11 upravila formuláciu o ADHD tak, aby sa zosúladila s aktuálnou DSM-5 (Posner, Polanczyk, Sonuga-Barke, 2020). Zaraďuje ADHD do podkategórie neurovývinových porúch, začína používať pojem ADHD namiesto označenia hyperkinetická porucha a rozlišuje medzi ADHD s prevažne nepozornými prejavmi, hyperaktívno-impulzívnymi prejavmi, kombinovaným prejavom a inými špecifikovanými a nešpecifikovanými kategóriami. Všetky z nich spĺňajú diagnostické požiadavky ADHD, avšak pri prvom prejave prevládajú príznaky nepozornosti a pri druhom hyperaktívno-impulzívne vlastnosti. Pri kombinovanom prejave sú pri diagnostike významné príznaky nepozornosti, hyperaktivity aj impulzivity, pričom ani jeden z nich neprevláda (WHO, 2021).

Jedinci s ADHD s prevažne nepozornými prejavmi čelia v najväčšej miere oslabeniu v akademickej oblasti, neskôr v zamestnaní, nízkemu sebavedomiu a s tým spojenými ťažkosťami v každodennom fungovaní. Prevažne hyperaktívno-impulzívne prejavy stoja za odmietaním zo strany rovesníkov, agresiou, nepremyslenými aktivitami a s nimi súvisiacim zvýšeným výskytom zranení. Charakter pridružených porúch taktiež závisí od

prevládajúcich symptómov (Willcutt a kol., 2012).

DSM-5 okrem rozdelenia ADHD podľa miery zastúpenia jednotlivých symptómov rozlišuje aj mieru závažnosti poruchy. Pri jej určovaní je dôležité zohľadniť nielen počet diagnostikovaných symptómov, ale aj celkovú mieru oslabenia jedinca s ADHD v každodennom živote. Na základe toho rozlišuje DSM-5 tri kategórie závažnosti ADHD, a to miernu, stredne ťažkú a ťažkú. Napríklad prípad ADHD s miernou závažnosťou sa vyznačuje prítomnosťou hraničného počtu symptómov pri určovaní diagnózy, ktoré spôsobujú jedincovi len mierne oslabenie v každodennom fungovaní (Rohde, Kieling, Salum, 2018).

Okrem oficiálnych zdrojov, ktoré charakterizujú a klasifikujú jednotlivé symptómy ADHD, existujú značné rozdiely v tom, ako sú hodnotené a nazývané jednotlivé prejavy nepozornosti, hyperakti-vity a impulzivity naprieč rôznymi skupinami rodičov a učiteľov, ktorí sú v dennodennom styku s takýmito deťmi. Viacero rodičov opisuje svoje deti ako veselé a zvedavé, avšak učitelia ich vidia ako nadmerne aktívne až neodbytné. Iná skupina rodičov vníma svoje dieťa ako hĺbavé a zamyslené, pričom učitelia ho vnímajú skôr ako zasnené a neproduktívne. Kontrastom sú ďalší rodičia, ktorí svoje dieťa opísali ako hravé a veselé, ale učitelia skôr poukazujú na nadmernú impulzivitu a tým aj zvýšené riziko potenciálnych nehôd. Niekedy vidia rodičia oveľa viac príznakov doma v porovnaní s učiteľmi, ktorí s nimi trávia čas v škole. Navyše rôzne kontexty, v ktorých sa symptómy prejavujú sa líšia a taktiež aj miera tolerancie jednotlivých prejavov správania u rôznych osôb. Príkladom môže byť návšteva lekára, kedy je dieťa s ADHD často schopné zostať v pokoji, pretože je to pre neho neobvyklá a zaujímavá situácia, kedy je lekár pre dieťa výraznou autoritou (Fine, 1997).

Aj napriek tomu, že prejavy danej poruchy sa môžu v jednotlivých prípadoch líšiť, longitudinálne štúdie poukázali na existenciu najmenej štyroch vývinových období ADHD. Ide o obdobie skorého nástupu ADHD v predškolskom veku (3 – 5 rokov), obdobie s pretrvávajúcim priebehom v školskom veku od 6 – 14 rokov, prechodné obdobie k adolescencii a nástup adolescencie s prechodom až do dospelosti (16 rokov a viac). Hoci sa intervenčné postupy naprieč danými obdobiami značne prekrývajú, ich poznanie a pochopenie je dôležité pri plánovaní terapie (napr. či dieťa s ADHD potrebuje aj naďalej užívať lieky počas nástupu obdobia adolescencie) (Posner, Polanczyk, Sonuga-Barke, 2020). Ako uvádzajú Rohde, Kieling a Salum (2018), pre ADHD je typické, že aj napriek stanoveniu diagnózy môže postupom času dôjsť k zmierneniu niektorých prejavov, čo môže viesť až k tomu, že daný jedinec prestane spĺňať diagnostické kritériá ADHD. Neznamená to však, že spolu so zmiernením prejavov ustúpilo aj klinicky relevantné oslabenie v každodennom fungovaní. Na druhej strane Faraone, Biederman a Mick (2006) uviedli, že častým fenoménom býva, že s uplynutím určitého obdobia nedôjde k zmierneniu prejavov, ale namiesto hyperaktívno-impulzívnych vlastností začnú prevažovať prejavy nepozornosti. Obidve zistenia poukazujú na skutočnosť, že ADHD sa ako porucha postupom času vyvíja a poznanie vývinových období ADHD môže byť v mnohých prípadoch kľúčové.

### Výskyt pridružených porúch

Pre ADHD je bežné, že spolu s jej charakteristickými prejavmi sa vyskytuje v komorbidite s inými psychiatrickými poruchami. Najbežnejšie sú poruchy opozičného vzdoru a sociálneho správania, ktorých zohľadnenie má pri diagnostike ADHD veľký význam, pretože ich závažnosť sa postupne zvyšuje. Pri poruchách opozičného vzdoru deti nerešpektujú pravidlá v ešte väčšom rozsahu ako pri samotnom ADHD. Tresty obyčajne nezaberajú, deti sú hádavé, zlomyseľné, pomstychtivé a náchylné k prudkým zmenám nálad a výbuchom hnevu. Poruchy sociálneho správania predstavujú oproti poruchám opozičného

vzdoru iný extrém. Deti majú sklony ku kriminálnym činom ako podpaľačstvo, krádeže, vandalizmus a iným antisociálnym aktivitám, ktoré majú v porovnaní so samotným ADHD oveľa väčší vplyv na život ich blízkych a rodiny. Iné pridružené poruchy, ktoré sa vyskytujú počas rôznych štádií vývinu jedinca s ADHD sú úzkosť, depresia, obsedantno-kompulzívna porucha, užívanie návykových látok a mnoho ďalších (Chandler, 2010).

ADHD sa tiež často vyskytuje v kombinácii s inými neurovývinovými poruchami, ako napríklad porucha autistického spektra (PAS), vývinové poruchy učenia či Tourettov syndróm. V rámci DSM-IV z roku 2000 nebolo možné diagnostikovať ADHD spolu s PAS, avšak aktuálna DSM-5 umožňuje diagnostikovať obe tieto poruchy zároveň. Na základe výskumu realizovaného v USA sa ukázalo, že až u 42 % detí s PAS sa potvrdila komorbidita s ADHD a u 17 % detí sa potvrdila diagnóza PAS spolu s ADHD a vývinovou poruchou učenia (Gnanavel a kol., 2019). Pri komorbidite ADHD s PAS sa symptómy charakteristické pre tieto poruchy vyskytujú s ešte väčšou závažnosťou vo všetkých oblastiach. Navyše, jedinci s takouto diagnózou vo väčšine prípadov trpia poruchami spánku (Sadeh, Pergamin, Bar-Haim, 2006). Čo sa týka komorbidity ADHD s vývinovými poruchami učenia, Rucklidge a Tanock (2002) uviedli, že poruchy učenia sa vyskytujú najmä kombinácii s ADHD s prevažne nepozornými prejavmi. Mayes, Calhoun a Crowell (2000) vo svojej štúdii poznamenali, že až 70 % jedincov s ADHD trpí vývinovou poruchou učenia. Najčastejšie ide o poruchy týkajúce sa písania (dysgrafiu), v menšej miere čítania (dyslexiu), počítania (dyskalkúliu) a pravopisu (dysortografiu).

## Príčiny vzniku

Existuje veľké množstvo rôznych faktorov, ktoré prispievajú k tomu, že u jednotlivca vznikne ADHD. Jedná sa o genetické a environmentálne faktory a ich vzájomné interakcie, čiže o kombináciu mnohých rizikových faktorov. Jeden rizikový faktor sám o sebe nemá taký efekt a nedisponuje silou, ktorá by bola dostatočná pre podmienenie vzniku ADHD (Langley, 2018).

Deficity vo vyšších kognitívnych procesoch, ktoré sú charakteristické pre jedincov s ADHD, vznikajú na základe oneskoreného vývinu frontálno-striatálno-parietálnych a frontálno-cerebrálnych prepojení v mozgu, ktoré ovplyvňujú najmä pracovnú pamäť, motorickú koordináciu, pozornosť a kognitívnu flexibilitu (Rubia, 2018). Ako uviedli Rubia, Alegria a Brinson (2014), jedinci s ADHD majú na základe oslabenia týchto neurónových prepojení problém s vykonávaním činností, ktoré vyžadujú vyššiu kognitívnu kontrolu a dlhotrvajúcu pozornosť. Zasiahnuté sú aj iné oblasti, avšak na základe rôznych štúdií je známe, že existuje značná heterogenita v rámci kognitívnych oslabení u jedincov s ADHD (Rubia, 2018). Klein a kol. (2017) vo svojej štúdii systematicky zhrnuli a posúdili dovtedy známe informácie vychádzajúce z výskumov, ktoré boli založené na snímaní mozgu jedincov s ADHD. Opísali konkrétne genetické varianty a ich prepojenie so symptomatológiou poruchy. Zamerali sa najmä tie, ktoré súvisia s dopamínom, konkrétne išlo o receptor D4 a transportéry SLC6A3 a DAT1. Na základe štúdie bolo preukázané značné prepojenie týchto génov s rozdielnymi aspektami exekutívneho fungovania u jedincov s ADHD.

Hoci množstvo výskumov identifikovalo rozdiely medzi fungovaním mozgu jedincov s ADHD v porovnaní s intaktnými jedincami, tieto rozdiely nie sú až také veľké v rámci porovnania ADHD s inými neurovývinovými poruchami. To znamená, že na ich základe nie je možné ADHD diagnostikovať. Navyše, v mnohých prípadoch sa tieto anomálie menia alebo úplne vymiznú počas vývinu dieťaťa. Napriek tomu sú tieto zistenia dôkazom, že mozog jedincov s ADHD funguje na základe iných princípov a prepojení, ktoré podliehajú vplyvu genetických faktorov (Thome a kol., 2012).

Vo výskume genetických faktorov vplývajúcich na vznik ADHD sa postupne odhaľujú nové skutočnosti, avšak s každým jedným pokrokom sa vynárajú nové doplňujúce otázky, čo naznačuje, že ku komplexnému pochopeniu tejto oblasti ešte stále vedie dlhá cesta. Na základe záverov výskumu, ktorý skúmal dedičnosť ADHD pomocou štúdií v rámci rodín sa predpokladalo, že príbuzní tých, ktorým bola diagnostikovaná ADHD, majú pre vznik poruchy väčšiu genetickú predispozíciu (Thapar a kol., 2007). Avšak Nadder a kol. (1998) uviedli, že nevýhodou týchto štúdii je, že členovia rodiny zdieľajú nielen gény ale aj prostredie, čiže rozlíšiť mieru vplyvu jednotlivých faktorov je nemožné. Na druhej strane boli vykonané štúdie na rodinách s adoptovanými deťmi, kde sa preukázalo, že v zmysle prejavov ADHD boli u detí objavené väčšie podobnosti s biologickými rodičmi. Týchto pár štúdií s malou výskumnou vzorkou teda predpokladalo, že genetické faktory stoja za vznikom ADHD (Thapar a kol., 2007). Ďalšie štúdie sa zameriavali na výskum dvojičiek, ktorý sa odrážal od predpokladu, že tým, že dvojičky vyrastajú v rovnakom rodinnom prostredí, rozdiely medzi nimi možno pripísať genetickým faktorom. Štúdie sa opierali o črty vychádzajúce z genetických predispozícií a spoločného a rozdielneho prostredia dvojičiek. Ich výsledky preukázali, že genetické faktory sú pri ADHD rozhodujúce, s dedičnosťou 70 – 80 % (Nikolas, Burt, 2010). Dané výsledky boli počiatkom chápania ADHD ako prevažne dedičnej poruchy. Výskum sa však sústredil na celkové genetické a environmentálne faktory naprieč populáciou a nezameriaval sa na identifikáciu špecifických rizikových faktorov, ktoré sa vyskytujú u jednotlivca. Takýto pohľad je dôležitý pre komplexnejšie chápanie ADHD, ktoré môže byť rozhodujúce pri diagnostike a následnej liečbe (Langley, 2018).

Špecifickými rizikovými faktormi sa zaoberajú geneticko-molekulárne štúdie. Ide o skúmanie a pokus o objavenie konkrétnych genetických variantov, ktoré v sebe nesú riziko ADHD a spôsobujú tak dedičnosť z generácie na generáciu (Asherson, Gurling, 2012). Najaktuálnejšie sú štúdie genómov (GWAS – Genome-wide association studies), ktorými je možné skúmať státisíce genetických variantov genómu (súbor genetickej konštitúcie jedinca v bunkovom jadre) (Chanock a kol., 2007). Úspešnosť počiatočných výskumov však bola veľmi nízka, signifikantné výsledky dosiahol až medzinárodný výskum realizovaný na 20 000 výskumných vzorkách. Pomocou neho sa identifikovalo viacero genetických variantov s menším vplyvom na riziko vzniku poruchy. Do istej miery štúdie genómov potvrdili význam genetických faktorov pri objasňovaní príčin ADHD, avšak podiel vysvetlených variantov genómu je stále ešte malý (Demontis a kol., 2017; Demontis a kol. 2019). Brikell a kol. (2020) uviedli, že daný výskum potvrdil, že existuje viacero genetických variantov s menším vplyvom, ktoré sa navzájom kombinujú a tým sa zvyšuje riziko vzniku ADHD.

**Prostredie ako rizikový faktor vzniku ADHD**

Aj napriek určitým metodologickým a technickým pokrokom v geneticko-molekulárnych výskumoch, genetické varianty, ktoré boli doposiaľ objavené, neposkytujú dostatočné objasnenie rizika vzniku ADHD. Na základe toho sa výskum začal zaujímať aj o prostredie ako možný rizikový faktor vzniku danej poruchy. ADHD koreluje s rozsiahlou škálou možných environmentálnych príčin, avšak súčasný epidemiologický výskum potvrdzuje najmä socioekonomický status a depriváciu (Sonuga-Barke, Harold, 2018). Lifford a kol. (2009) uvádzajú, že určité rozpätie rizikových environmentálnych faktorov, ako napríklad chaotické rodinné prostredie či drsnejší výchovný štýl, sú častejšie pozorované v rodinách s deťmi s ADHD.

Klinické štúdie (napr. Larsson a kol., 2014; Obel a kol., 2015; Dreier a kol., 2016) potvrdili rôzne pred a popôrodné vplyvy prostredia. Počas prenatálneho obdobia

boli preukázané signifikantné asociácie medzi ADHD a fajčením matky, konzumácie alkoholu a užívaním drog. Výskyt infekcie a zápalu počas tehotenstva je taktiež zvýšený v súvislosti s rizikom tejto poruchy. Ďalšie faktory sa týkajú nesprávnej výživy či obezity matky alebo nízkej pôrodnej hmotnosti, predčasného pôrodu a komplikácií pri pôrode. Popôrodné faktory sa týkajú najmä sociálnych vplyvov prostredia či už v rodine (napr. nedostatok pozornosti, nezhody v rodine, nesprávne výchovné štýly), náhradnej starostlivosti (napr. týranie, odmietanie zo strany náhradných rodičov) alebo v rôznych sociálnych zariadeniach (Sonuga-Barke, Harold, 2018).

Aj napriek rastúcim dôkazom, ktoré prepájajú ADHD s možnými rizikovými faktormi prostredia, nie je možné s jasnosťou určiť prostredie ako priamu príčinu ADHD. Hlavným dôvodom je úzke prepojenie medzi genetickými a environmentálnymi faktormi počas vývinu dieťaťa, ktoré sa prehlbuje ak dieťa vyrastá u svojich biologických rodičov. To znamená, že počas spolužitia dieťaťa a rodičov dochádza k vzájomnému pôsobeniu ich genotypov a prostredia, ktoré sa prejavuje dvomi spôsobmi. V prvom prípade ide o správanie rodičov, ktoré vplýva na genetické riziko vzniku ADHD u dieťaťa, ako napríklad fajčenie počas tehotenstva alebo nesprávne výchovne štýly. V druhom prípade je to práve geneticky podmienené správanie dieťaťa, ktoré vyvoláva určitú odozvu zo strany prostredia, čiže rodičov. V tomto prípade opäť nastupuje nesprávny výchovný štýl a napätie vo vzťahu medzi dieťaťom a rodičmi, čo môže vyvolať zhoršenie správania a symptómov dieťaťa (Sonuga-Barke, Harold, tamtiež).

Vzhľadom na popísané skutočnosti, najnovší model ADHD opisuje poruchu ako kombináciu viacerých faktorov. Konkrétne ide o veľké množstvo (pravdepodobne tisíce) bežných genetických variantov s menším vplyvom, menší počet vzácnych genetických variantov s väčším vplyvom a environmentálne riziká, ktoré sa navzájom ovplyvňujú a vytvárajú tak veľké spektrum neurobiologických príčin vzniku správania a deficitov typických pre ADHD (Faraone a kol., 2015).

**Vplyv ADHD na kvalitu života**

ADHD je vo svete psychiatrie označovaná ako externalizujúca diagnóza. Dôvodom je jej vplyv na kvalitu života nielen u osoby, ktorej bola diagnostikovaná, ale aj u ľudí, ktorí prichádzajú s ňou do každodenného kontaktu. Ide najmä o členov rodiny, učiteľov či spolužiakov. Každý však vníma symptómy tejto poruchy z vlastného pohľadu – na základe toho, čo od dieťaťa vyžaduje a očakáva. Pre rodičov takéhoto dieťaťa môžu byť najvýraznejšie prejavy impulzivity či agresie. Pre učiteľov zas prejavy nepozornosti a ťažkosti so sebaovládaním (Chandler, 2010).

Pre samotné dieťa s ADHD predstavuje táto diagnóza najmä sociálne ťažkosti. Ide predovšetkým o pocit izolácie, odmietania zo strany rovesníkov a túžbu zapadnúť medzi ostatných. Pokiaľ u dieťaťa s ADHD prevažujú negatívne skúsenosti v rámci sociálnej interakcie, postupne sa zhoršujú i psychosociálne ťažkosti, ktorým čelí. Ak sa však podarí nastaviť správny manažment symptómov, psychosociálne ťažkosti spojené s ADHD sa môžu časom zmierniť (Chandler, tamtiež). Fine (1997) uvádza, že u jedincov, ktorým bola diagnostikovaná ADHD, je vyššia pravdepodobnosť výskytu ťažkostí nielen v škole, ale aj vo vzťahoch s rovesníkmi a rodinnými príslušníkmi. Je zrejmé, že dôvodom je prítomnosť „sociálnej poruchy učenia“, čo znamená, že im chýba akási „sociálna citlivosť“.

Lee a kol. (2016) píšu o významnom vplyve poruchy na kvalitu života, ktoré popisujú jedinci s ADHD a ich rodičia. Najviac zasiahnuté sú tri oblasti, a to sociálna, emočná a akademická. Na základe nezvládnutých emócií sa k ADHD často pridruží i problémové správanie a odmietanie zo strany rovesníkov. Oslabenie sa následne prejaví v rozličných prostrediach – doma, v škole, medzi priateľmi a aj pri voľnočasových aktivitách

(Strine a kol., 2006). Ros a Graziano (2018) popísali najčastejšie deficity v sociálnych zručnostiach u detí s ADHD, ako napríklad problémy so zdieľaním, spoluprácou či striedaním sa a taktiež deficity v oblasti spracovania sociálnych informácií, ktoré sa týkajú napríklad rozpoznávania sociálnych narážok, problémov či vytvárania riešení.

Prostredie, v ktorom jedinec s ADHD vyrastá a v ktorom sa dennodenne nachádza, pokračuje v ovplyvňovaní toho, ako sa porucha ďalej prejavuje. V tomto zmysle je možné vplyvom prostredia výrazne zlepšiť, ale aj zhoršiť prejavy symptómov ADHD a pridružených deficitov (Metin a kol., 2015). Na základe toho rozlišujeme medzi pozitívnym, podporujúcim prostredím, ktoré zmierňuje dlhodobé riziká súvisiace s ADHD. Na druhej strane poznáme rôzne typy prostredia s negatívnym vplyvom, ktoré majú na riziká spojené s ADHD nepriaznivé účinky. Konkrétne môžu vplývať na pôvodné genetické riziko, ktoré sa naplno rozvinie alebo môžu vyvolať sekundárne následky súvisiace s duševným zdravím a pridruženými poruchami (Sonuga-Barke, Harold, 2018).

## Terapeutické prístupy pri ADHD

Pri hľadaní možných zlepšení kvality života jedincov s ADHD by sme mali zvážiť niekoľko prístupov, ako napríklad psychoedukácia, behaviorálna terapia, podpora v škole, rodičovská podpora, intervencia pre lepšie zvládanie symptómov a stanovenie a liečba pridružených porúch. Zvolené postupy sa vyvíjajú a menia spolu s jedincom, napríklad rodičovská podpora má veľký význam pre dieťa vo veku 6 – 12 rokov, avšak s nástupom adolescencie sa stáva efektívnejšia psychoedukácia. Existuje množstvo rozdielnych postupov a prístupov, ako zvládať ADHD, avšak vo veľa krajinách sú poskytované len malému percentu jednotlivcov. Spolu so spomenutými formami podpory je v niektorých prípadoch zvažovaná aj medikamentózna liečba. Zdravotné organizácie v Spojených štátoch amerických, Latinskej Amerike, Kanade a Európe odporúčajú použitie psychostimulačných liekov. Väčšina z nich je však na začiatku liečby zástancom psychoedukácie a behaviorálnej terapie, a to najmä pri jedincoch s mierne závažnými príznakmi. Navyše existuje konsenzus, že u detí mladších ako šesť rokov sa pri liečbe začína behaviorálnou terapiou vo forme rodičovskej podpory. NICE (The National Instituce for Health and Care Excellence) odporúča, že o medikamentóznej liečbe detí mladších ako 5 rokov sa môže uvažovať len v tom prípade, ak podpora zo strany rodičov nebola účinná a danú liečbu odporučí lekár (Posner, Polanczyk, Sonuga-Barke, 2020).

Behaviorálne prístupy majú v spojitosti s terapiou ADHD pomerne dlhú históriu. Ich cieľom je tzv. kognitívna rehabilitácia, ktorá sa zameriava na seba-posilnenie, riešenie problémov, kontrolu pozornosti, pracovnú pamäť a intervenciu zo strany prostredia (Fernandes a kol., 2019). Sú založené na princípoch sociálnej teórie učenia, v rámci ktorej sa modelujú pozitívne vzory správania, ktoré sa následne posilňujú a potláča sa, prípadne ignoruje nežiadúce správanie. Zvyčajne sú poskytované rodičmi alebo odborníkmi, ktorí absolvovali špeciálne vzdelávanie (Sonuga-Barke, Harold, 2018). Často sú kombinované s psychoedukáciou, ktorá by mala byť základom každej liečby, pretože buduje vzájomný terapeutický vzťah medzi rodičmi a dieťaťom s ADHD. Na začiatku spočíva v individuálnych rozhovoroch rodičov, dieťaťa a v niektorých prípadoch aj učiteľa s cieľom zistiť ich vedomosti o poruche, z nej vyplývajúce problémy a ich potenciálne riešenia. Na základe toho sú spätne informovaní o diagnóze (symptómy, príčiny vzniku, prognóza, možné následky) a o odporúčanej terapeutickej liečbe a jej cieľoch. (Döpfner, Van der Oord, 2018). Chandler (2010) uvádza, že behaviorálne prístupy sú účinné až vtedy, keď sú aplikované dôsledne v každom prostredí, v ktorom sa dieťa každodenne nachádza. V prípade detí ide hlavne o domáce a školské prostredie, čo znamená, že rozhodujúci je prístup rodičov a učiteľov

dieťaťa. Behaviorálne prístupy sú mimoriadne účinné najmä v súvislosti so sekundárnymi príznakmi ADHD, a to hlavne pri problémoch so sebavedomím a sociálnych ťažkostiach. Navyše, pri úspešnej terapii dokáže byť ich pozitívny účinok dlhodobý.

Ďalšou možnou intervenciou pre lepšie zvládanie symptómov poruchy je liečebnopedagogická starostlivosť. V rámci nej je možné poskytnúť dieťaťu s ADHD terapiu senzorickej integrácie, ktorá pracuje so spôsobom spracovania senzorických informácií v mozgu. Jej cieľom je utvárať a upevňovať nervové dráhy primeraného senzorického spracovania na základe hrovej interakcie dieťaťa s terapeutom. Aktivity zahrnuté v terapii musia byť zmysluplné a predstavovať pre dieťa primeranú výzvu. Dieťa sa na základe týchto aktivít a s nimi spojenými kompenzačnými stratégiami učí zvládať podnety z prostredia, chápať a pracovať s problémami, ktorým každodenne čelí, a tým postupne budovať lepší a pokojnejší vzťah so sebou a svojím okolím (Lištiaková, 2017).

Okrem deficitov vo vyšších kognitívnych procesoch a s nimi spojenými ťažkosťami bolo u 30 – 40 % detí s ADHD preukázané aj psychomotorické oneskorenie. Jedná sa o ťažkosti spojené s priestorovou orientáciou, jemnou motorikou, rovnováhou a vizuomotorickou koordináciou. Na základe týchto poznatkov sú deťom s ADHD poskytované rôzne formy psychomotorickej terapie, ktoré môžu obsahovať cvičenia zamerané na strečing, rovnováhu, relaxáciu napätia či rôzne tanečné pohyby. Na základe štúdií (Barbosa, Munster, 2014; Poeta, Rosa Neto, 2005; Braga, Martins, Almeida, 2008 in Fernandes a kol., 2019), ktoré skúmali efektivitu psychomotorickej terapie u detí s ADHD, ktoré absolvovali rôzne programy zamerané na stimuláciu motorických zručností, bolo preukázané signifikantné zlepšenie v oblasti rovnováhy, priestorovej orientácie, jemnej motoriky a navyše aj pozornosti a pamäte (Fernandes a kol., 2019).

## Záver

Existujú značné rozdiely v tom, ako sa porucha pozornosti a aktivity prejavuje v rámci širokého spektra individuálnych prípadov. Sú známe rôzne kombinácie jej symptómov, stupne závažnosti či možnosti pridružených porúch. Vo všetkých prípadoch je však prítomné oslabenie v každodennom fungovaní jedinca, či už závažné alebo mierne. Stratégie vychádzajúce z behaviorálnych prístupov sa preukazujú ako obzvlášť efektívne, pretože nežiadúce vzory správania potláčajú a naopak žiadúce správanie posilňujú, a to všetko prostredníctvom jednoduchých metód, ktorých aplikovanie vedie k budovaniu pozitívneho, systematického, predvídateľného a moti-vujúceho prostredia. Pokiaľ je odborník oboznámený s kľúčovými informáciami o poruche, ktoré zahŕňajú hlavné prejavy, príčiny vzniku a možnosti podpory prostredníctvom efektívnych prístupov, môže to výrazne ovplyvniť intervenčný proces, zlepšiť kvalitu života samotnému dieťaťu i jeho okoliu.

## Použitá literatúra


ASHERSON, P., GURLING, H. 2012. Quantitative and molecular genetics of ADHD. In *Current Topics in Behavioral Neuroscience*, vol. 9, p. 239 – 272.

BARKLEY, R. A., PETERS, H. 2012. The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikards description in 1775 of attention deficit (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). In *Journal of Attention Disorders*, vol. 16, no. 8, p. 623 – 630. https://doi.org/10.1177/1087054711432309

BRIKELL, I. et al. 2020. The contribution of common genetic risk variants for ADHD to a general factor of childhood psychopathology. In *Molecular Psychiatry,* vol. 25, no. 8, p. 1809 – 1821. https://doi.org/10.1038/s41380-018-0109-2

DEMONTIS, D. et al. 2017. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for ADHD. In *Biorxiv*. https://doi.org/10.1101/145581

DEMONTIS, D. et al. 2019. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. In *Nature Genetics*, vol. 51, no. 1, p. 63 – 75. https://doi.org/10.1038/s41588-018-0269-7

DÖPFNER, M., VAN DER OORD, S. 2018. Cognitive-behavioral treatment in childhood and adolescence. In D. Coghill, A. Zuddas, T.

Banaschewski (Eds.), *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, p. 340 – 348. Oxford University Press.

DSM-5. 2015. *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Preklad Raboch a kol. Hogrefe – Testcentrum.

FARAONE, S. V. et al. 2015. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In *Nature Reviews: Disease Primers*, 1(15020). https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20

FARAONE, S. V. et al. 2021. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol. 128, p. 789 – 818. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022

FARAONE, S. V., BIEDERMAN, J, MICK, E. 2006. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. In *Psychological Medicine,* vol. 36, no. 2, p. 159 – 165.

FERNANDES, M. et al. 2020. Effect of a psychomotor intervention program for children with ADHD In *Estudios De Psicologia*, vol. 24, no. 1, p. 1 – 11. http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190001

FINE, S. 1997. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Selected review of causes, comorbidity and treatment. In *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, vol. 1, no. 4, p. 249 – 259. https://doi.org/10.3109/13651509709024736

GNANAVEL, S. et al. 2019. Attention deficit hyperacitvity disorder and comorbidity: A review of literature. In *World Journal of Clinical Cases*, vol. 7, no. 17, p. 2420 – 2426. https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i17.2420

CHANDLER, C. 2010. *The Science of ADHD: A Guide for Parents and Professionals.* John Wiley and Sons Ltd.

CHANOCK, S. J., MANOLIO, T., & NCI-NHGRI WORKING GROUP ON REPLICATION IN ASSOCIATION STUDIES. 2007. Replicating genotype-phenotype associations. In *Nature*, 447(7145), 655 – 660. https://doi.org/10.1038/447655a

KLEIN, M. et al. 2017. Brain imaging genetics in ADHD and beyond – Mapping pathways from gene to disorder at different levels of complexity. In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol. 80, p. 115 – 155. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.013

LANGLEY, K. 2018. ADHD genetics. In D. Coghill, A. Zuddas, T. Banaschewski (Eds.), *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Oxford University Press, p. 19 – 25.

LEE, Y. C. et al. 2016. Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: By both parent proxy-report and child self-report using PedsQL™. In *Research in Developmental Disabilities*, vol. 51 – 52, p. 160 – 172. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.11.009

LIFFORD, K., HAROLD, G. T., THAPAR, A. 2009. Parent – child hostility and child ADHD symptoms: A genetically sensitive and longitudinal analysis. In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 50, no. 12, p. 1469 – 1476. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02107.x

LIŠTIAKOVÁ, L. I. 2017. Liečebnopedagogická intervencia prostredníctvom multisenzorických prístupov pri problémoch v správaní detí. In *Liečebnopedagogické intervencie pri poruchách správania detí*, Univerzita Komenského v Bratislave, s. 154 – 173.

MAYES, S. D., CALHOUN, S. L., CROWELL, E. W. 2000. Learning disabilities and ADHD: overlapping spectrumn disorders. In *Journal of Learning Disabilities*, vol. 33, no. 5, p. 417 – 424. https://doi.org/10.1177/002221940003300502

METIN, B. et al. 2015. Dysfunctional modulation of default mode network activity in attention-deficit/hyperactivity disorder. In *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 124, no. 1, p. 208 – 214. https://doi.org/10.1037/abn0000013

NADDER, T. S. 1998. Genetic effects on ADHD symptomatology in 7- to 13-year-old twins: results from a telephone survey. In *Behavior Genetics*, vol. 28, no. 2, p. 83 – 99. https://doi.org/10.1023/A:1021686906396

NIKOLAS, M. A., & BURT, S. A. 2010. Genetic and environmental influences on ADHD symptom dimensions of inattention and hyperactivity: a meta-analysis. In *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 119, no. 1, p. 1 – 17. https://doi.org/10.1037/a0018010

POSNER, J., POLANCZYK, G. V., SONUGA-BARKE, E. 2020. Attention-deficit hyperactivity disorder. In *Lancet*, vol. 395, 10222, p. 450 – 462.

ROHDE, L. A., KIELING, Ch., SALUM, G. A. 2018. Current diagnostic criteria DSM, ICD, and future perspectives. In D. Coghill, A. Zuddas, T. Banaschewski (Eds.), *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Oxford University Press, p. 139 – 147.

ROS, R., GRAZIANO, P. A. 2018. Social functioning in children with or at risk for attention deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. In *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, vol. 47, no. 2, p. 213 – 235. https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1266644

RUBIA, K. 2018. ADHD brain function. In D. Coghill, A. Zuddas, T. Banaschewski (Eds.), *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Oxford University Press, p. 64 – 73.

RUBIA, K., ALEGRIA, A., BRINSON, H. 2014. Imaging the ADHD brain: disorder-specificity, medication effects and clinical translation. In *Expert Review of Neurotherapeutics*, vol. 14, no. 5, p. 519

– 538. https://doi.org/10.1586/14737175.2014.907526

RUCKLIDGE, J. J., TANNOCK, R. 2002. Neuropsychological profiles of adolescents with ADHD: effects of reading difficulties and gender. In *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 43, no. 8, p. 988 – 1003. https://doi.org/10.1111/1469-7610.00227

SADEH, A., PERGAMIN, L., BAR-HAIM, Y. 2006. Sleep in children with attention-deficit hyperactivity disorder: a metaanalysis of polysomnographic studies. In *Sleep Medicine Reviews*, vol. 10, no. 6, p. 381 – 398. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2006.03.004

SHARKEY, L., FITZGERALD, M. 2004. The History of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In *Australian Journal of Learning Disabilities*, vol. 9, no. 1, p. 22 – 24. https://doi.org/10.1080/19404150409546751

SIMON, V. et al. 2009. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. In *British Journal of Psychiatry,* vol. 194, no. 3, p. 204 – 211.

SONUGA-BARKE, E., HAROLD, G. 2018. Conceptualizing and investigating the role of the environment in ADHD: Correlate, cause, consequence, context, and treatment. In D. Coghill, A. Zuddas, T. Banaschewski (Eds.), *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, Oxford University Press, s. 25 – 35.

STEFANATOS, G. A., BARON, I. S. 2007. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a neuropsychological perspective towards DSM-V. *Neuropsychology review*, vol. 17, no. 1, p. 5 – 38. https://doi.org/10.1007/s11065-007-9020-3

STRINE, T. W. et al. 2006. Peer reviewed: emotional and behavioral difficulties and impairments in everyday functioning among children with a history of attention-deficit/hyperactivity disorder. In *Preventing chronic disease*, vol. 3, no. 2, p. 1 – 10.

THAPAR, A. et al. 2007. Advances in genetic findings on attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological Medicine*, vol. 37, no. 12, p. 1681 – 1692.

THOME, J. et al. 2012. Biomarkers for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). A consensus report of the WFSBP task force on biological markers and the World Federation of ADHD. In *The World Journal of Biological Psychiatry*, vol. 13, no. 5, p. 379 – 400. https://doi.org/10.3109/15622975.2012.690535

WILLCUTT, E. G. 2012. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. In *Neurotherapeutics*, vol. 9, no. 3, p. 490 – 499. https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8

WILLCUTT, E. G. et al. 2012. Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. In *Journal of Abnormal Psychology, vol. 121, no. 4, p.* 991 – 1010. https://doi.org/10.1037/a0027347

WHO. 2021. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11).* World Health Organization. https://icd.who.int/browse11/l-m/en

ZABLOTSKY, B. et al. 2019. Prevalence and Trends of Developmental Disabilities among Children in the United States: 2009–2017. In *Pediatrics October,* vol. 144, no. 4, p. 1 – 21. https://doi.org/10.1542/peds.2019-0811

# TRAUMATICKÉ SKÚSENOSTI V DETSTVE

TRAUMATIC EXPERIENCES IN CHILDHOOD

*Barbora Vodičková, Monika Stupková*

Katedra liečebnej pedagogiky, Pedagogická fakulta UK v Bratislave

vodickova@fedu.uniba.sk

Ambulancia liečebnej pedagogiky

stupkovam@gmail.com

**Abstrakt:** V rámci typov traumatických skúseností a zážitkov v detstve, ktoré sa všeobecne považujú za traumatické, existujú rozdiely v definíciách. Akákoľvek situácia, spojená s ohrozením a bezmocnosťou, ktorú dieťa nedokáže spracovať, nesie v sebe riziko vzniku posttraumatických porúch. Tie majú u detí širokú škálu prejavov v závislosti od veku a vývinového obdobia. Nespracovaná traumatická skúsenosť z detstva má negatívny dosah na mentálne a telesné zdravie v dospelosti a s tým súvisiacimi ďalšími následkami v sociálnej a pracovnej oblasti.

**Kľúčové slová:** traumatické skúsenosti a zážitky, trauma, detstvo.

**Abstract:** There are differences in definitions within the types of childhood traumatic experiences and generally considered traumatic experiences. Any situation associated with threat and helplessness that a child is unable to process carries the risk of post-traumatic disorders. These have a wide range of manifestations in children, depending on age and developmental period. Unprocessed traumatic experiences in childhood hurt mental and physical health in adulthood, with associated social and occupational consequences.

**Keywords:** traumatic experiences, trauma, childhood.

## Úvod

Za posledné obdobie sa veda posunula v poznatkoch o traume a jej bezprostrednom dosahu na vývin a zdravie detí. Následky nespracovaných traumatických skúseností v detstve môžu výrazne zhoršovať kvalitu života počas celého vývinu jednotlivca. Kvalitu života dieťaťa poznačuje to, že dieťa nemá možnosť traumatizujúci sociálny kontext meniť. Ten často pôsobí dlhodobo (napr. zažívanie násilia v rodine, extrémna chudoba a s ňou spojený toxický stres a pod). Na druhej strane, aj dieťa s dobrou kvalitou života vo svojom bezprostrednom opatrovateľskom prostredí, sa môže ocitnúť v traumatizujúcich situáciách, ktoré nevie zvládnuť bez podpory chápajúcich dospelých (napr. v škole, v nemocnici, pri nehode, katastrofe a pod.). Alebo môže byť traumatizované udalosťami, ktoré dospelí nemajú tendenciu považovať za pre neho poškodzujúce, a teda im nevenujú dostatočnú pozornosť. V rámci akademických debát a výskumov je problematické definovať traumu a pochopiť ju v plnom rozsahu, nakoľko súčasťou problému je, že „zlá udalosť“ je subjektívna (Perry, Winfrey, 2022). Perry uvádza, že úrad pre zneužívanie návykových látok a služby duševného zdravia (SAMHSA) zvolal akademikov a lekárov, ktorí navrhli definíciu traumy, ktorá zohľadňuje tri kľúčové aspekty: príhoda-udalosť, priebeh-skúsenosť a pôsobenie-následky (Perry, Winfrey, 2022).

## Charakteristika traumatických skúseností

Negatívne a traumatické skúsenosti v detstve môžeme chápať ako skúsenosti a zážitky rôznej závažnosti a intenzity v kontinuu od menej zjavných a závažných až po traumu. Deti, ktoré majú skúsenosť s traumatizujúcimi udalosťami a zážitkami sú vo vysokom riziku rozvoja posttraumatickej stresovej poruchy a následných negatí-

vnych emocionálnych, behaviorálnych, mentálnych a sociálnych dôsledkov (Gillies et al., 2016). Vzhľadom na vulnerabilitu detského obdobia musíme myslieť aj na udalosti, ktoré sa nemusia javiť pre dieťa ako ohrozujúce, ale aj napriek tomu môžu mať na neho negatívny dopad. Saunders a Adams (2014) píšu, že exituje riziko prehnaného zamerania sa na mimoriadne emocionálne strhujúce alebo veľmi závažné typy udalostí, a tak dochádza k prehliadaniu menej zjavných, no veľmi významných foriem traumatizácie dieťaťa. Pri rozhodovaní o tom, aké situácie a správanie predstavujú potenciálne traumatické skúsenosti pre deti, existuje veľa nezrovnalostí. Diskutuje sa o tom, či niektoré ťažké prežité skúsenosti z detstva, ako je rozvod, prirodzená smrť milovanej osoby, internetové obťažovanie alebo umiestnenie dieťaťa do pestúnskej starostlivosti, by sa mali považovať za „traumatické“, alebo by sa mali skôr považovať za „stresujúce“. V rámci typov skúseností, ktoré sa vo všeobecnosti považujú za traumatické, existujú rozdiely v hraniciach definícií. Autori (ibidem) si kladú nasledujúce otázky, pri ktorých vznikajú dilemy, napríklad: Kedy sú hádky rodičov dostatočne závažné, aby predstavovali emocionálne zneužívanie dieťaťa? Kedy sa z agresívnych interakcií medzi rovesníkmi stane šikanovanie? Rôzne koncepčné a operačné definície medzi štúdiami, ktoré údajne študujú rovnaký fenomén, vedú k výrazne odlišným výsledkom.

Levin a Klineová (2012) zdôrazňujú, že akákoľvek situácia, ktorú dieťa nedokáže emočne spracovať má potenciál vyvolať posttraumatické poruchy. Čím je dieťa mladšie, tým je vulnerabilnejšie a tým viac môžu mať traumatické udalosti na neho negatívnejší dopad. Traumatický zážitok/ skúsenosť je definovaný svojim účinkom na nervovú sústavu jednotlivca, nie intenzitou samotného zážitku.

Levine a Klineová (2012) medzi možné traumatické zážitky/skúsenosti v detstve zaraďujú:

- nehody, úrazy, pády,
- lekárske a chirurgické výkony, hospitalizácia,
- násilie (fyzické, sexuálne, emocionálne zneužívanie),
- psychické týranie aktívnej povahy - nadávanie, ponižovanie, vyhrážanie sa, strašenie, stres, šikanovanie, verbálna agresia,
- psychické týranie pasívnej povahy - nedostatok podnetov, zanedbanie duševné a citové,
- strata, smrť rozvod, oddelenie od vzťahovej osoby aj z dôvodu práce mimo domu, výkonu trestu a pod.),
- chronické ochorenie vzťahovej osoby,
- stresory z vonkajšieho prostredia (búrka, záplava, katastrofy, napadnutie zvieraťom),
- médiá – obrazy násilia v médiách, kyberšikana,
- technológie,
- nástup do škôlky, či školy,
- adaptácia na príchod súrodenca,
- stratenie sa, únos,
- sťahovanie,
- prežitie šoku – napr.: veľmi nepríjemný medicínsky zákrok, incident s autoritou, situácia, v ktorej dieťa prežívalo intenzívny strach.

Aktuálne fenomény súčasnosti nesú v sebe riziko traumatizácie detí. V súčasnej pandemickej dobe a tiež v dobe bezprostredného ohrozenia vojenským konfliktom v blízkosti hraníc našej krajiny, niet pochýb, že aj tieto aktuálne negatívne skúsenosti detí môžu u niektorých ohroziť ich well-being a spôsobiť ťažkosti v ich duševnom zdraví bezprostredne, alebo s ďalekosiahlym dosahom na ich zdravie v budúcnosti. V súvislosti s koronakrízou

Unicef (2020) uvádza, že celosvetová pandemická situácia a následné lokálne okolnosti a epidemiologické opatrenia s ňou spojené spôsobili, že mnohé deti v ranom detstve nemali možnosť plnohodnotne navštevovať školské zariadenie. Náročnosť rodinnej starostlivosti o deti spojenej s prácou v domácom prostredí a so zabezpečením ekonomickej stability rodín, rodičov preťažovali. Pre niektoré domáce prostredia bol charakteristický až toxický stres, čo následne mohlo ovplyvniť vývinovú trajektóriu mnohých detí. Vasileva, Alisic, DeYoung (2021) prostredníctvom reflexnej tematickej analýzy na základe odpovedí rodičov predškolákov (N=399, vek detí 3-5 rokov) v súvislosti s pandémiou COVID-19 zistili, že deti mali strach zo zmien a mysleli si, že budú trvalé (napr. už nikdy nepôjdu do MŠ, nikdy už neuvidia starých rodičov), mali strach z toho, že ochorejú alebo nakazia iných, rodičia tiež komunikovali väčšiu tendenciu detí k rozrušeniu, opatrnosť a pripútanosť k nim, na druhej strane častejšie vyhýbanie sa cudzím ľuďom.

Tiež extrémna chudoba zvyšuje pravdepodobnosť, že deti budú vystavené viacerým nepriaznivým situáciám vrátane rodinného stresu, zneužívania alebo zanedbávania detí, násilia, ale tiež neistoty v dodávke stravy v komunitách s obmedzenými zdrojmi. Nahromadené nepríjemnosti a protivenstvá sú často škodlivejšie ako jednotlivé nepríjemné skúsenosti. Hovoríme o kumulatívnom efekte trauma-tických skúseností, ktoré bezprostredne ovplyvňujú vývin dieťaťa a majú dopad na jeho zdravie (Black et al., 2017).

Je dôležité spomenúť, že v literatúre nachádzame pojem ACE (z angl. Adverse Childhood Experience - v preklade nepriaznivá skúsenosť z detstva). Podľa Kostić et al. (2019) sa jedná o traumatickú skúsenosť v živote človeka, ktorá sa vyskytla pred vekom 18 rokov, ktorú si daná osoba pamätá ako dospelá. Kalmakis a Chandler (2013) definujú ACE ako udalosti v detstve, rôznej závažnosti, často chronické, vyskytujúce sa v rodine alebo v sociálnom prostredí dieťaťa, ktoré dieťaťu spôsobujú ujmu alebo utrpenie, čím narúšajú jeho fyzické alebo psychické zdravie a vývin.

**Prevalencia**

Meta-analytický výskum autorov Stoltenborgh et al., (2015, podľa Kaščáková, 2020) priniesol dáta o prevalencii detskej traumatizácie zisťovanej retrospektívne (celosvetový výskyt), ktorý zahŕňal: 36,3 % - emočné týranie, 22,6 % - fyzické týranie, 7,6 % - sexuálne zneužívanie u chlapcov a 18 % u dievčat, 18,4 % - emočné zanedbávanie a 16,3 % - fyzické zanedbávanie. Saunders a Adams (2014) upozornili, že pri retrospektívnych štúdiách sa zisťuje stav z pred 20. rokov, a že je problematické skúmať reálny stav z dôvodu zamlčiavania alebo nedostupnosti informácií o aktuálne traumatizovaných deťoch. Zvyčajne sa takéto údaje získavajú z národných databáz (napr. rezort vnútra alebo rezort sociálnych vecí). Kaščáková et al. (2020) uvádzajú, *„že treba očakávať, že množstvo prípadov zlého zaobchádzania sa nezachytí v detstve ani v dospelosti a reálne čísla sú vyššie.“* Saunders a Adams (2014) si všimli, že štúdie, ktoré majú širšie koncepčné a operačné definície konkrétnych typov incidentov, uvádzajú vyššiu mieru prevalencie a incidencie, ako štúdie s konzervatívnejšími a obmedzenejšími definíciami, pretože skríningom sa zachytí viac udalostí.

**Patofyziológia a klinický obraz**

Patofyziológia spracovania traumatických udalostí, skúseností a zážitkov vychádza z poznatkov o vplyve a spracovaní stresových situácií. V kontexte času rozoznávame akútny a chronický stres, ktorý následne môže vyvolať stresový

syndróm. Základnými reakciami na ohrozujúcu stresovú situáciu sú útok, útek alebo celkové stuhnutie. Prvotná reakcia na stres je pre organizmus výhodou, má slúžiť na mobilizáciu stratégií zvládania stresovej situácie, ale pri dlhodobom strese dochádza k vyčerpaniu rezerv a tiež k rôznym psychosomatickým ochoreniam. Odpoveď organizmu na stres je v rovine neurohumorálnej, kde základnú úlohu zohrávajú štruktúry hypotalamu. Existencia neurohumorálnej stresovej osy, ktorá zapája mozgovú kôru, hypotalamus, hypofýzu, nadobličky, sympatický nervový systém a zároveň ovplyvňuje orgány a tkanivá, tak určuje aj charakter stresovej reakcie (Levine, Klineová, 2012, Plumer, 2013). Elbers et al. (2018) potvrdili na vzorke 80 detí, že stres ovplyvňuje mnoho funkcií neuroendokrinného systému. Vedie k dysregulácii nervového systému dieťaťa, čo následne ovplyvňuje nervovú organizáciu a správanie dieťaťa v rovnakom pomere ako vrodené charakteristiky detí a/alebo prostredie, v ktorom sa vývin uskutočňuje. Raná traumatizácia dieťaťa doslova mení biológiu mozgu (Perry, Winfrey, 2022). V kontexte komplexnej vývinovej traumy ide o opakované traumatizácie dieťaťa v ranom období života. To sa následne prejavuje narušením vývinu mozgu s narušenou schopnosťou sebaregulácie (Vrtbovská, 2010). Ak dieťa vyrastá v prostredí, ktoré charakterizuje nepredvídateľnosť, chaos a pretrvávajúca hrozba, s veľkou pravdepodobnosťou sa u neho vyvinú zmenené systémy reakcie na stres, ktoré sa stanú nadmieru aktívne a prehnane reaktívne (Perry, Winfrey, 2022).

Rumunská štúdia zaoberajúca sa deťmi z prostredia ústavnej starostlivosti naznačila, že negatívny účinok nepriaznivých skúseností síce môže narušiť reguláciu hypotalamo-hypofýzovej adrenokortikálnej osi skoro v živote, ale môže sa čiastočne zlepšiť prostredníctvom ranej vývin podporujúcej starostlivosti, najlepšie do dvoch rokov veku dieťaťa (McLaughlin, et al., 2015).

Hašto a Vojtová (2013) udávajú, že po prežitých traumách sa môžu objaviť u jednotlivca: akútna stresová porucha (v 1. mesiaci) alebo neskôr posttraumatická stresová porucha. Popísali aj iné klinické prejavy podmienené, či spolupodmienené traumou a jej spracovávaním ako napríklad: adaptačné, úzkostné, psychosomatické, depresívne a disociatívne poruchy a prejavy, ale tiež napr. užívanie návykových látok. Levine a Klineová (2015) píšu, že postupom času sa môžu objavovať rôzne symptómy na úrovni telesnej, emočnej a behaviorálnej. Je dôležité zdôrazniť, pre pochopenie prejavov a foriem spracovávania traumatickej udalosti u detí, že je potrebné uvažovať vývinovo (iné prejavy majú deti predškolského veku, iné školského veku a iné tínedžeri) (bližšie Vodičková, Stupková, 2021).

**Presah traumatických skúseností v detstve do dospelosti**

Hašto a Vojtová (2013) potvrdili, že existuje významná korelácia medzi výskytom traumatických zážitkov v detstve a zdravotnými rizikami, telesnými a duševnými ochoreniami v dospelosti. Kaščáková et. al (2020) uvádzajú, že traumatické skúsenosti v detstve môžu súvisieť s rozvinutím neistých foriem vzťahovej väzby a tie sa považujú za rizikové faktory pre rôzne ochorenia v dospelosti. Copeland et al. (2018) píšu, že negatívne zážitky sú bežnou detskou skúsenosťou, avšak kumulácia ich počtu a intenzity do veku 16 rokov rezultuje do štatisticky zvýšeného výskytu duševných ochorení v dospelosti. To má za následok výrazne zhoršený prechod do dospelosti prejavujúci sa nezamestnanosťou alebo sociálnou izoláciou v mladom veku.

Výsledkom výskumu uskutočnenom na vzorke 555 vysokoškolákov bolo konštato-

vanie, že detská trauma bola pre nich stále spoločným sociálnym a psychologickým problémom. Jednotlivci s prežitou traumou v detstve vykazujú oveľa viac depresie, úzkosti, skreslenej kognície, rôznych osobnostných ťažkostí a tiež nižšiu úroveň sociálnej podpory, čo môže predstavovať sociálnu a psychologickú zraniteľnosť pri vývoji psychiatrických porúch po zážitkoch z traumy z detstva (Wang et al., 2018).

**Záver**

Záverom zdôrazňujeme, že existujú rôzne náhľady na typy traumatizujúcich udalostí, z ktorých niektoré ich definujú širšie a iné sa skôr zameriavajú na tie extrémne naozaj ťažké skúseností detí. V tejto súvislosti je dôležitá prevencia, monitorovanie vysokorizikových populácií a včasný záchyt s následnou odbornou podporou detí, ktoré prechádzajú alebo prešli rôznym typom traumatických skúseností. Kaščáková et al. (2020), ako protektívny faktor zdôrazňujú tiež reziliencu a bezpečnú vzťahovú väzbu detí.

Z pohľadu liečebnej pedagogiky, v kontexte opisovanej problematiky, si v každom kontakte s rodinou treba všímať, či rodičia dokážu dieťaťu dať pocit bezpečia a predvídateľnosti v každodennej starostlivosti (tzv. responzívne rodičovstvo), ale tiež, či sa vedia dostatočne o dieťa postarať v krízových situáciách. V kontexte problémového správania alebo pri rôznych zdravotných ťažkostiach dieťaťa, je potrebné v anamnéze venovať pozornosť jeho možnej traumatizácii. V procese diagnostiky si všímať znaky v kresbách a prejavy v hrách a v správaní dieťaťa, ktoré by mohli poukazovať na záťažovú resp. traumatizujúcu udalosť, v ktorej sa dieťa ocitlo. Liečebný pedagóg v liečebnopedagogickej intervencii (prostredníctvom terapie hrou, arteterapie, psychomotorickej terapie, dramatoterapie a biblioterapie): podporuje dieťa v expresii jeho emócií, napomáha abreakcii jeho potlačených pocitov, ponúka mu vzťah, pomáha mu osvojiť si zrelšie a veku primerané stratégie zvládania a podporuje rezilientné správanie.

V rámci psychoterapie sa ako účinné, s dobrou váhou dôkazov javia na traumu zameraná kognitívne-behaviorálna terapia a EMDR (angl. Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (Hašto, Tavel, 2015).

Použitá literatúra


Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., Grantham-McGregor, S., & Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet* (London, England), 389(10064), 77–90. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7

Copeland, W.E., Shanahan, L., Hinesley J., Chan, R.F., Aberg, K.A., Fairbank, J.A., van den Oord, E.J.C.G., & Costello, E.J. (2018). Association of Childhood Trauma Exposure With Adult Psychiatric Disorders and Functional Outcomes. *JAMA Netw. Open*. Nov 2;1(7):e184493.

Elbers, J., Jaradeh, S., Yeh, A. M., & Golianu, B. (2018). Wired for Threat: Clinical Features of Nervous System Dysregulation in 80 Children. *Pediatric neurology*, *89*, 39–48. https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2018.07.007

Gillies, D., Maiocchi, L., Bhandari, A. P., Taylor, F., Gray, C., & O'Brien, L. (2016). Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10),CD012371. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012371

Hašto, J. & Vojtová, H. (2013). Trauma a postraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálny prístup. *Psychiatria-psychoterapia – psychosomatika*, 20, č.1, s. 83-93. 23.

Hašto, J. & Tavel, P. (2015). Nové vymedzenie posttraumatickej stresovej poruchy u dospelých a detí v DSM-5 a niektoré aktuálne klinické poznatky; *Psychiatr. prax*; 16(3): 95–99

Kalmakis, K.A., Chandler, G.E. (2013). Advesre childhood experiences: toowards a clear conceptual

meaning. *Journal of Advanced Nursuring.* 7. Nov, 2013

Kaščáková, N., Bednaříková H., Dobrotková, A., Petríková, M., Hašto, J., & Tavel, P. (2020). Traumatizácia v detstve a zdravie v dospelosti. *PSYCHIATRIAPSYCHOTERAPIA-PSYCHOSOMATIKA*, 27,(2), 6 – 15.

Kostić, M. et al. (2019). *Adverse Childhood Experiences (ACE). Study Research on Adverse Childhood Experiences in Serbia.* Belgrade: Unicef Serbia.

Levine, P.A., & Klineová, M. (2012). *Trauma očima dítěte*, Praha: MAITREA.

McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Tibu, F., Fox, N. A, Zeanah, CH., & Nelson, C. A. (2015). Causal effects of the early caregiving environment on development of stress response systems in children. *Proc Natl Acad Sci USA,* 112: 5637–42.

Perry, B. D., Winfrey, O. (2022). *Čo sa vám stalo? Rozhovory o traume, odolnosti a uzdravovaní.* Bratislava: Eastone Books.

Plumer, D. *Učíme děti zvládat úzkost, obavy a stres*. (2013). Praha: Portál.

Saunders, B.,E., & Adams, W. Z. (2014). Epidemiology of Traumatic Experiences in Childhood. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014 April ; 23(2): 167–184. doi:10.1016/j.chc.2013.12.003

Stoltenborgh M., Bakermans-Kranenburg M.J., Alink L.R., & van Ijzendoorn M.H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50. Podľa: Kaščáková, N., Bednaříková H., Dobrotková, A., Petríková, M., Hašto, J., & Tavel, P. (2020). Traumatizácia v detstve a zdravie v dospelosti. *PSYCHIATRIAPSYCHOTERAPIA-PSYCHOSOMATIKA*, 27,(2), 6 – 15.

UNICEF (2021). *Early Childhood Development and COVID-19*. Dostupné na: https://data.unicef.org/topic/early-childhood-development/covid-19

Vasileva, M., Alisic, E., & De Young, A. (2021). COVID-19 unmasked: preschool children´s negative thoughts and worries during COVID-19 pandemic in Asustralia. *European JournaL Of Psychotraumatology.* 12(1). https://DOI:10.1080/20008198.2021.1924442

Vodičková, B. & Stupková, M. (2021). *Traumatické zážitky v detstve.* Štandardný postup. Špecializovaný odbor Liečebná pedagogika. Bratislava: MZ SR.

Vrtbovská, P. (2010). *O ztraceném dítěti a cestě do bezpečí. Attachment, poruchy attachmentu a léčení.* Tišnov: Sdružení SCAN.

Wang et al. (2018). The Impacts of Childhood Trauma on Psychosocial Features in a Chinese Sample of YoungAdults, Wang, D., *Psychiatry Investig*. Nov 15 (11): 1046-1052. doi 10.30773/pi.2018.09.26. Epub2018

# KONCEPT ZMYSLOVEJ AKTIVIZÁCIE A JEHO VYUŽITIE V ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB DOMINIK, N.O.

THE CONCEPT OF SENSUAL ACTIVATION AND ITS USE IN SOCIAL SERVICES DOMINIK, N.O.

*Veronika Víglaská*

liečebná pedagogička
Zariadenie sociálnych služieb DOMINIK, n.o., Veľká Lehota 431, 96641 Veľká Lehota, www.dominikno.sk
E-mail: veronkasalyova@gmail.com

Zmyslové orgány predstavujú významnú štruktúru spojení v našom organizme, prostredníctvom ktorých je nám umožnené vnímať svet. Z dôvodu vyššieho veku a pribúdajúcich diagnóz patria seniori k skupine ľudí najviac ohrozených oslabením až úplnou stratou zmyslov. Ako uvádza Prevendárová (2017), vnímanie zaraďujeme k základným poznávacím procesom, ktoré človeku umožňujú byť v kontakte so svojím okolím.

K definitívnej strate zmyslov dochádza postupne a nikdy neprichádza k strate všetkých zmyslov súčasne. Ak u seniora dôjde k celkovej strate niektorého zmyslu môžeme našu pozornosť zamerať na tie zmyslové funkcie, ktoré zostali zachované, a tak seniora vhodne aktivizovať. Tak ako zdôrazňuje Vojtová (2014) zmysly človeka môžeme chápať ako jeho zdroje, ktoré pracovníkom v pomáhajúcich profesiách ponúkajú množstvo možností pre ich využitie v terapeutickej intervencii. V liečebnopedagogickej praxi považujeme za kľúčové orientovať sa na silné stránky človeka, teda na jeho zdroje, ktorými sú v našom prípade zmysly a neupriamovať pozornosť na deficity seniora v rôznych oblastiach. Jednou z možností ako podporiť seniorov s demenciou v zmyslovej oblasti je aj koncept zmyslovej aktivizácie, ktorý aplikujeme v našom zariadení.

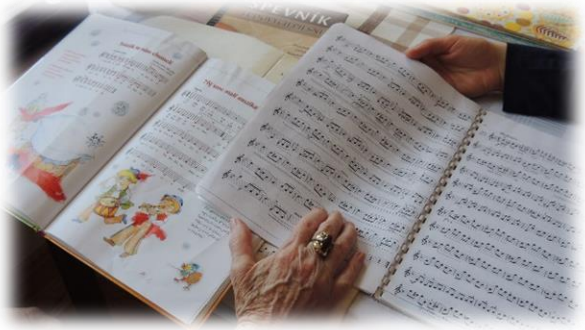
Zariadenie sociálnych služieb Dominik n.o., sa nachádza v obci Veľká Lehota, neďaleko Novej Bane. Sociálne služby poskytuje od roku 2010, najmä seniorom s demenciou. V rámci výstavby druhej etapy zariadenia bolo vytvorené aj Špecializované zariadenie pre 18 seniorov s rôznym typom demencie a celková kapacita zariadenia bola rozšírená na 66 klientov. V zariadení pracujem ako liečebný pedagóg, kde v rámci multidisciplinárneho tímu spolupracujem najmä s riaditeľkou zariadenia, sociálnou pracovníčkou a zdravotnou sestrou. V rámci terapeutickej intervencie sa okrem iného zameriavame na tréning pamäti, reminiscenčnú terapiu, ergoterapeutické, či psychomotorické cvičenia, ktoré sa u seniorov stretávajú s veľkou obľubou. V súčasnosti som sa po absolvovaní dvoch úrovní vzdelávania začala zameriavať na využite konceptu zmyslovej aktivizácie v praxi.

Koncept zmyslovej aktivizácie je rozšírený najmä v českej praxi, vďaka Ing. Bc. Hane Vojtovej, ale čoraz častejšie sa s ním začíname stretávať aj na Slovensku. Zakladateľkou konceptu je Lore Wehner, ktorá ako prvá začala v Rakúsku rozvíjať myšlienku aktivizácie seniorov s demenciou prostredníctvom zmyslov. Pojem zmyslová aktivizácia môžeme doslova chápať ako „uvedenie seniora do pohybu," s využitím všetkých zachovaných zmyslov. Primárne je určený pre veľmi starých ľudí a seniorov s demenciou (Vojtová, 2014).

Zmyslová aktivizácia nás učí ako s láskou, úctou a rešpektom pristupovať k seniorom s demenciou. V našom zariadení pracujeme podľa jednoduchej štruktúry stretnutí, ktoré s klientom realizujeme, a ktorá je v rámci konceptu pevne daná. Aktivizáciu realizujeme individuálne alebo v menšej skupinke, ktorú tvoria maximálne traja seniori s demenciou. Skupinka by mala byť

čo najviac homogénna z hľadiska pohlavia, veku, či stupňa demencie. Klienti sú na stretnutie pozvaní a je dôležité, aby neboli počas aktivizácie rušení vonkajším prostredím. Jednotlivé stretnutia uskutočňujeme v časovom rozmedzí do 30 minút, aby sme dokázali udržať dostatočnú koncentráciu pozornosti seniorov, s ktorými pracujeme. S jednou skupinkou pracujeme dlhodobejšie a vedieme si pravidelné záznamy z realizovaných stretnutí. Každé stretnutie má úvodnú fázu, hlavnú fázu a výstupnú fázu. V rámci jednotlivých fáz si volíme čiastkové ciele, na ktoré sa zameriavame ako sú napríklad: uvedomenie si vlastných zdrojov, vnútorná vyrovnanosť, podpora pamäti a orientácie, posilnenie komunikácie a sociálnych kontaktov, tréning jemnej motoriky, budovanie dôvery a podobne. Usilujeme sa teda predovšetkým zachovať alebo obnoviť vecné, sociálne a vlastné kompetencie seniora s demenciou.

V úvodnej fáze uplatňujeme tzv. štyri piliere stretávania: 1. dotyk (začíname podaním ruky), 2. emocionálna podpora (zaujímame sa, sme účastní života seniora), 3. komunikácia (verbálna aj neverbálna), 4. nedeliteľná pozornosť (očný kontakt). V úvodnej fáze sa taktiež zameriavame na pripravené prostredie a prácu s kalendárom. U seniorov s demenciou pre jednoduchšiu orientáciu využívame tzv.



jednodňový kalendár. Vždy prečítame aktuálny dátum a deň v týždni, čím seniora prirodzene orientujeme v čase. Okrem samotnej aktivizácie majú seniori tieto časové údaje v zariadení vždy umiestnené k nahliadnutiu na nástenke v spoločných priestoroch. Vhodné je aby sme na stôl, kde realizujeme aktivizáciu vopred umiestnili vázu s kvetmi, ktoré aktuálne kvitnú alebo inú dekoráciu, ktorá predstavuje aktuálne časové obdobie.

S pripraveným prostredím súvisí aj fakt, že na stole máme pripravený aktivizačný materiál, s ktorým budeme v rámci hlavnej fázy pracovať. Hlavná fáza predstavuje samotnú činnosť seniora. Každé stretnutie má svoju hlavnú tému a podtému, ktorá ju bližšie charakterizuje. Napríklad v rámci hlavnej témy s názvom Jar mali naše stretnutia rôzne podtémy ako napríklad: Sadenie jarných kvietkov, Príprava jarnej nátierky, Sadenie žeruchy, Jarné práce, Veľká noc a podobne. Volíme témy prislúchajúce danému ročnému obdobiu, čím takisto napomáhame orientácii seniora s demenciou, ale súčasne môžeme vychádzať z jeho biografie, záľub, čím podporujeme jeho dlhodobú pamäť.

Vo výstupnej fáze sa naopak zameriavame na podporu krátkodobej pamäti, pýtame sa seniora na to, čo sme na stretnutí robili, aké pocity to v ňom vyvolalo. Ak to senior dokáže vyjadriť pýtame sa na témy, ktorým by sa rád venoval na ďalšom stretnutí. Aktivizácia vždy končí rovnakým rituálom, napr. zaspievaním obľúbenej piesne. Aj vďaka takýmto stereotypným činnostiam seniorov s demenciu ľahšie orientujeme v situácii a vedia, že naše stretnutie je na konci.

V koncepte zmyslovej aktivizácie, podobne ako v reminiscenčnej terapii, pracujeme s rôznym materiálom. Využívame vlastné predmety našich klientov ako sú predovšetkým fotografie, suveníry, vyšívané dečky a pod. Spomienkové a záujmové predmety, napr. šijací stoj, hudobné nástroje, hračky, knihy. Klienti sa veľmi radi venujú pečeniu, v zariadení máme k dispozícií malú kuchynku. Vždy vychádzame z témy a individuálnych, či spoločných záujmov skupiny. Takisto naši seniori veľmi radi pracujú s prírodnými materiálmi ako sú najmä kvety, ovocie, či zelenina (podľa sezóny).

Ako uvádza Andresová (2019), spomienky uložené v dlhodobej pamäti, pocity a vnemy s nimi súvisiace, sa uchovávajú aj v najpokročilejších štádiách demencie.

V našom zariadení sa snažíme klientov zmyslovo aktivizovať nielen konkrétnymi stretnutiami, ale aj počas bežných každodenných činností, v rámci seba-obsluhy, počas prechádzky, či obyčajným rozhovorom, ktorý ale má pre nich osobitý význam. Výzdobu zariadenia, čo najviac prispôsobujeme príslušnému ročnému obdobiu. Snažíme sa voliť vhodnú komunikáciu, vychádzajúcu z empatického prístupu, vnímame pocity seniora, ktoré reflektujeme s jeho potrebami. Seniorov vedieme k aktívnej spolupráci v zmysle tzv. asistovanej starostlivosti, pri sebaobslužných činnostiach, usilujeme sa aby klienti zostala či najdlhšie ako je to možné samostatní, aktívni a vďaka tomu mali stále pocit užitočnosti a potrebnosti.

V Českej republike je tento koncept v niektorých zariadeniach aplikovaný ako celostný systém starostlivosti o seniorov s demenciou. Na to je však potrebné vyškolenie v danom koncepte, a to u všetkých zamestnancov, ktorí prichádzajú s klientom do kontaktu a certifikát, ktorý vydáva Institut smyslové aktivizace.

Na záver jeden krátky citát, od autorky konceptu zmyslovej aktivizácie Lore Wehner: *„Zmyslová aktivizácia nám má a môže pomôcť využiť životný poklad človeka pre jeho plnohodnotnú a zmysluplnú starobu.“*

Význam zmyslovej aktivizácie v praxi vnímame najmä v zlepšení emočného prežívania, zlepšení v oblasti uvedomovania si, čo všetko ešte seniori dokážu, v oblasti orientácie, či v celkovom zvýšení kvality života. Veľký význam zmyslovej stimulácie u seniorov s demenciou je nepopierateľný.

## Zoznam literatúry


ANDRESOVÁ, J. Podpůrné přistupy. In ČECHOVÁ, K. a kol. 2019. V bludišti jménem Alzheimer. Praha : Management Press, 2019. 430 s. ISBN 978-80-264-2707-0.

PREVENDÁROVÁ, J. a kol. 2017. Nové výzvy v psychológii. Silůvky : Nakladatelství Palma, 2017. 238 s. ISBN 978-80-904620-0-7.

VOJTOVÁ, H. 2014. Smyslová aktivizace v české praxi. Institut vzdělávání : Prachatice, 2014. 69 s. ISBN 978-80-260-5804-5.

VOJTOVÁ, H. 2018. Jak (ne)přesadit starý strom. JOKL : Frýdek-Místek, 2018. 231 s. ISBN 978-80-905419-9-3.

# LIEČEBNÝ PEDAGÓG AKO ČLEN MULTIDISCIPLINÁRNEHO TÍMU PRI PRÁCI SO SKUPINOU V ŠKOLE

THERAPEUTIC EDUCATOR AS A MEMBER OF A MULTIDISCIPLINARY TEAM WHEN WORKING WITH A GROUP AT SCHOOL

*Zuzana Vardziková*

*PRO LP asociácia liečebných pedagógov*

Bola raz jedna trieda a v nej žiaci sedeli v laviciach. Vždy mali všetky domáce úlohy a spravili všetko, čo pani učiteľka povedala. Nikdy nekričali, nebehali ani sa nehnevali. Stále sa usmievali, počúvali a vôbec nevymýšľali. Nikdy nerobili chyby ani problémy. Mohlo by sa zdať, že ide o dokonalú triedu. Aké by však boli deti z takejto triedy?

Povedala by som, že našťastie takéto triedy neexistujú. Deti prirodzene vnášajú do každodenných situácií dynamiku, nápady, skúšajú rôzne veci. Tak aj každá trieda má svoju živosť, dejú sa v nej rôzne veci, ktoré majú vplyv na zúčastnené osoby- žiakov i dospelých. *„Skupinovou dynamikou rozumieme súhrn noriem a interakcií, vzťahy medzi členmi skupiny, vzájomné reakcie vo vnútri skupiny, ale i to, čo prichádza z vonkajšieho prostredia. Sú to všetky sociálne procesy a interakcie s ich emocionálnymi, verbálnymi i neverbálnymi sprievodnými znakmi. Každý člen skupiny je vystavený rôznym vplyvom, ktoré musí spracovávať. Môže ich využiť k pozitívnej zmene prejavujúcej sa v jeho správaní v skupine, ale i mimo nej.“* (Langmeier, K. Balcar, Špitz in Tóthová, Šlosár, 2019, s. 24).

Pre deti v školskom veku skupina narastá na význame. V triede trávia značnú časť svojho dňa. Myslím, že práve cez konkrétne situácie, zážitky a skúsenosti v skupine sa deti mnoho učia. Ak je trieda bezpečným prostredim, žiaci sa nielen učia lepšie v oblasti akademických zručností, ale nadobúdajú aj osobnostné, medziľudské a praktické skúsenosti pre život. V skupinovej práci vnímam veľký potenciál pre celkový rozvoj žiakov i pre spoluprácu a pôsobenie multidisciplinárneho tímu v rámci prevencie, intervencie i podpory.

V školskom multidisciplinárnom tíme by mal mať liečebný pedagóg svoje nenahraditeľné miesto. Liečebná pedagogika nesie v sebe medziodborovosť, keďže už pri svojom utváraní vznikala na pomedzí medicíny a sociálnej pedagogiky (Horňáková, 2007) a dodnes je v systéme vied ako hraničný odbor. Využíva metódu integrálneho spolupôsobenia, čiže transdisciplinaritu, v rámci ktorej sa snaží tvoriť také formy spolupráce a doplňovať odbornú starostlivosť pre efektívne uplatnenie a súlad s ostatnými výchovnými vplyvmi na klienta (tamtiež). *„Dobrá spolupráca rôznych odborníkov vytvára nové, lepšie možnosti pre posilnenie a využitie jednotlivých kompetencií a rozširuje priestor pre poskytnutie pomoci.“* (Horňáková, 2007, s. 5). Aj na základe týchto charakteristík má liečebný pedagóg svoje opodstatnené miesto v odbornom tíme školského prostredia. Jeho pôsobenie vo výchovno vzdelávacom systéme podkladá zákon 138/2019 § 27 ods. 2 písm a) a b) a zákon 245/2008 § 94 ods. 4 a § 130 ods. Aktuálne je legislatíva v procese zmien, tzv. transformácie a liečebná pedagogika musí opäť obhájiť svoju pozíciu v školskom sytéme.

Jedna zo zásad liečebnej pedagogiky hovorí o holistickom vnímaní človeka v jeho bio-psycho-sociálnej jednote ako originálne bytie smerujúce k integrite (Horňáková, 2007). Aj na žiaka v škole možno nazerať ako na jednotu týchto oblastí, ktoré sú navzájom prepojené.

*Bio-* odkazuje na telesnú rovinu ľudskej bytosti, okrem fyziologických daností

a potrieb zahŕňa tiež potrebu mať dostatok pohybu, priestoru a hry. Vo vývine motorika predchádza učenie, a preto je telesná pohoda dôležitá pre úspešný vyučovací proces. Pohyb taktiež vyvažuje sústredenie sa na kognitívne funkcie počas výuky a napomáha opätovnej koncentrácií. Počas skupinovej práce sú pohybové aktivity využívané, pracuje sa cez telo, jeho vnímanie a zážitok.

*Psycho-* hovorí o vnútornom duševnom živote jedinca. Okrem kognitívnej oblasti sem patrí najmä spracovávanie a vyjadrovanie svojich emócií a učenie sa vnímať prežívanie iných, ale taktiež rozvoj osobnostných daností, tvorivosti, či zdrojov zvládania. Szabová, Vodičková a Stupková (2012, s. 7) uvádzajú, že *„potreby detí sa menia podľa životnej situácie, často súvisia s vekom, ťažkou životnou situáciou alebo s identifikovaným problémom. Pri tomto všetkom sa však zabúda „na potrebu byť šťastný, byť v pohode, mať láskyplný vzťah, cítiť emócie a môcť ich prejaviť, môcť urobiť chybu a neprísť o pozitívny vzťah, mať šancu chybu napraviť, potrebu slobody priestoru, hľadania, voľby, uplatnenia.“* Tento priestor je možné ponúknuť v skupinových stretnutiach.

*Socio-* obsahuje vzťahovú rovinu človeka smerom k iným osobám. Ide o skúsenosti z rodinného zázemia, zachytáva tiež kvalitu vzťahov s rovesníkmi, spolužiakmi, učiteľmi a interakcie s nimi v náročných i pozitívnych momentoch. Každý žiak má potrebu byť a cítiť sa súčasťou skupiny, v ktorej má možnosť učiť sa nadväzovať a rozvíjať vzťahy, dostáva sa mu zážitok ocenenia a spoločnej zábavy. Koncept formovania učiaceho sa spoločenstva, ako základného atribútu inkluzívnej školy, *„je vo veľkej miere o vytváraní podmienok pre efektívnu komunikáciu a spoluprácu. Prispieva k podpore osobnostného rastu všetkých aktérov vzdelávania.“* (Janoško a kol., 2020, s. 15). Autor ďalej poznamenáva, že *„členovia skupiny sa učia zaobchádzať s rozmanitosťou, rešpektovať názory, ktoré sú iné, spolupracovať a reflektovať spoločný výsledok. Vytvárajú si skupinovú identitu, učia sa zapojiť a prispieť k spoločnému výsledku.“* (Janoško a kol., 2020, s. 21). Kvôli pandemickej situácií sa v posledných rokoch zdá byť sociálny rozvoj detí ešte ohrozenejší. Zmeny v detstve súvisia aj s pretechnologizovanou spoločnosťou, deti treba viac učiť k spontánnosti, tvorbe, priamej komunikácií, psychickej odolnosti, nastavovaniu a dodržiavaniu hraníc a ďalším zručnostiam ako píše vo svojej knihe Klub nerozbitných detí Slávka Kubíková (2018). Práca s triedou ako skupinou umožňuje venovať sa všetkým opísaným fenoménom.

Pre liečebnú pedagogiku je taktiež vlastné využívanie umenia ako prostriedku pre dosiahnutie pozitívnej zmeny- rozvíjaniu smerom k zdraviu adekvátne k schopnostiam klienta (Horňáková, 2007). *„Pozorné vnímanie, uplatnenie tvorivosti a rozhovory o vytvorenom diele považujeme za hlavné prostriedky, ktorými môžu umelecké aktivity obohacovať pedagogickú prácu v škole a prispievať k rozvoju požadovaných kompetencií detí a žiakov“* (Slavíková, Slavík a Eliášová, 2019, s. 11). Výborným prostriedkom na prácu so skupinou je umenie. Mnohé typy aké umelecké aktivity zakomponovať nájdete v rôznych knihách či na internete, ale najmä vo vlastnej tvorivosti. Je dôležité nezabúdať, že umenie je len nástrojom, vytvára prostredie pre tvorivosť a sebarealizáciu, no je potrebné, aby pomáhajúci profesionál bol v procese vnímavo prítomný a facilitoval reflexiu a diskusiu v skupine.

Forma využitia výtvarného prejavu nazývana artefiletika, ktorej sa venujú autori Slavíková, Slavík a Eliášová (2019) popisujú, že artefiletika prepája *„emocionálny a sociálny rozvoj s rozvojom intelektuálnym. Vychádza z tvorivého expresívneho prejavu a osobných zážitkov, ktoré sa snaží pedagogicky zhodnotiť pre poznávanie, sebapoznávanie, rozvoj komunikačných schopností a uplatnenie sa v živote medziľuďmi.“* (s. 13). Podstatnou súčasťou artefiletiky je reflektívny dialóg nad vytvoreným dielom a vďaka tomuto procesu umožňuje poznávanie seba aj iných v skupine a zároveň podporuje komunikáciu a rezilienciu *„Náležité zvládanie a primerané zaobchádzanie*

*s prežívaním je dôležitým predpokladom psychyckého zdravia a preto sa v tejto oblasti výchova stretáva s psychoterapeutickými odbormi“* (tamtiež, s. 15). Fabrizio Cassanelli a Guido Castiglia (2011) aplikujú vo svojej praxi divadelné umenie. Rovnako popisujú nebezpečenstvo technológií a konzumizmu, ktoré podľa nich prispievajú k strate kreatívnej, symbolickej a kritickej schopnosti myslieť. Potenciál divadla v školskom prostredí vidia v odhalení tém, potrieb a túžob žiakov, na ktoré môže potom lepšie odpovedať. Zároveň vnímajú v skupinovej divadelnej práci prepojenie kognície, emócií a skúseností i vzťahovej roviny, ktoré napomáhajú sociálnemu zreniu. „*Vychovávať divadlom znamená dať novým generáciám nástroje a spôsoby expresívneho vyjadrovania, ktoré facilitujú získanie vlastnej identity s cieľom nastolenia významných vzťahov s inými.*“ (tamtiež, s. 22).

V rámci CŠPP, ktoré je súčasťou Spojenej školy na Dúbravskej ceste v Bratislave, sme v našom multidisciplinárnom tíme (psychológ, logopéd, liečebný pedagóg, špeciálny pedagóg a asistent učiteľa) dosiahli úspech vytvorenia sociálno psychologického programu pre žiakov so ŠZŠ, ktorý je určený pre odborných zamestancov Spojenej školy v spolupráci s pedagogickými zamestnancami. Náš zámer ponúknuť prostredníctvom skupinových stretnutí žiakom v triede prijatie, sprevádzanie a podporu v orientácií vo vlastných emóciách, vyjadrovaní svojho prežívania, a tiež vo vzťahoch k spolužiakom, či okoliu sa myslím viac, či menej podarilo naplniť. Vnímam tiež preventívny charakter vplyvu skupinových aktivít na triedu, v zmysle optimalizácie triednej klímy a podpory skupinovej dynamiky.

Realizácia sebevlastných prirodzených kreatívnych chopností závisí priamo od možností, ktoré ponúka okolie, spoločnosť, výchovné inštitúcie. (Cassanelli, Castiglia, 2011, s. 21). Myslím si, že skupinová práca s triedou cez rôzne umelecké aktivity je vytváraním priestoru pre takúto sebarealizáciu žiakov a mala by figurovať v školskom systéme. Svojím charakterom vyvažuje rozvoj akademických zručností s osobnostnými a vzťahovými schopnosťami. Podľa môjho názoru je tiež vhodným spôsobom práce sprevádzania, podpory a rozvoja triedy pre multidisciplinárny školský tím, v ktorom má liečebný pedagóg svoje dôležité miesto. Verím, že aj keď je to len v malom, má zmysel tvoriť spolu s deťmi skúsenosti pre život, aby nepatrili do „dokonalých tried“, ale do „klubu nerozbitných detí.“

## Použitá literatúra


Cassanelli, F., Castiglia, G., 2011. *Il teatro del fare*. Titivillus Mostre Editoria, Pisa 2011. ISBN 978-88-7218-331-1.

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

Janoško, P. a kol., 2020. *Učiace sa spoločenstvo.* Výzva pre inkluzívne vzdelávanie. Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta, Katedra liečebnej pedagogigky. Vydavateľstvo Univerzity Komeského, Bratislava 2020. ISBN 978-80-223-5053-2.

Kubíková, S., 2018. *Klub nerozbitných detí*. Postoj Media, Bratislava 2018. ISBN 978-80-89994-00-7.

Slavíková,V., Slavík, J., Eliášová, S., 2019. *Dívej se, tvoř a povídej!.* Artefiletika pro předškoláky a mladší školáky. Portál, Praha 2019. ISBN 978-80-262-1557-8.

Szabová, M., Vodičková, B., Stupková, M., 2012. *Dieťa v centre pozornosti.* Vydavateľstvo RAABE, Bratislava 2012. ISBN 978-80-8140-015-5

Tóthová, L., Šlosár, D., 2019 *Skupina a práca so skupinou v pomáhajúcich profesiách.* Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta, Katedra sociálnej práce. Vydavateľatvo ŠafárikPress, Košice 2019. ISBN 978-80-8152-754-8. Dostupné in online [3.11.2021]:https://unibook.upjs.sk/img/cms/2019/FF/skupina-a-praca-so-skupinou-v-pomahajucich-profesiach.pdf

Zákon 138/2019 o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Dostupné in online [2.11.2021] https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2019/138/vyhlasene_znenie.html

Zákon 245/2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov dostupné in online [2.11.2021] https://www.zakonypreludi.sk/zz/2008-245

# AKTUÁLNE INFORMÁCIE OD SLOVENSKEJ KOMORY INÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV

*Kvetoslava Kotrbová*

Milé kolegyne, kolegovia,

dovoľte, aby som Vás informovala, že 15. marca 2022 nadobudol účinnosť zákon č. 67/2022 Z. z., ktorým sa menil zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o poskytovateľoch“) v tom zmysle, že bola vypustená príprava na výkon práce v zdravotníctve ako podmienka na výkon zdravotníckeho povolania liečebného pedagóga (viď bod 4. článku I. citovanej novely, ktorým sa menil § 27 ods. 2 zákona).

**Vypustenie prípravy na výkon práce v zdravotníctve**

Z procesného a praktického hľadiska to pre liečebných pedagógov znamená, že v zdravotníctve môžu byť prakticky hneď od prvého dňa nástupu do zamestnania u zamestnávateľa pracovne zaradení ako zdravotnícki pracovníci. Na takéto zaradenie liečebné pedagóga v zdravotníckom zariadení už od 15. marca 2022 nie je potrebné zamestnávateľovi dokladovať potvrdenie o absolvovaní prípravy na výkon práce v zdravotníctve absolvovanej na Slovenskej zdravotníckej univerzite.

Čo však naďalej zostáva v platnosti a je stále potrebné spolu s ďalšími dokladmi zamestnávateľovi dokladovať (bezúhonnosť, zdravotná spôsobilosť, atď.) je registrácia v príslušnej komore t. j. v Slovenskej komore iných zdravotníckych pracovníkov (viď § 31 ods. 1 písm. e) cit zákona o poskytovateľoch). Registrácia musí trvať po celý čas výkonu zdravotníckeho povolania liečebného pedagóga (viď § 31 ods. 3 zákona o poskytovateľoch). Informácie, ako postupovať pri vybavovaní registrácie sú dostupné na stránke komory http://www.skizp.sk/registracia.

Uvedená úprava (vypustenie prípravy na výkon práce v zdravotníctve ako podmienky na výkon povolania liečebného pedagóga ako zdravotníckeho pracovníka) tiež umožňuje rýchlejší vstup liečebných pedagógov do špecializačného a certifikačného štúdia na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave.

**Rýchlejší vstup do špecializačného štúdia**

Podľa citovanej novely zákona v spojení s novelou vykonávacieho predpisu k tomuto zákonu, ktorým je nariadenie vlády SR č. 95/2022 Z. z., ktorým sa s účinnosťou od 1. apríla mení a dopĺňa nariadenie vlády č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov (ďalej len „nariadenie o ďalšom vzdelávaní“), **si liečebný pedagóg vďaka tejto novej právnej úprave môže prakticky hneď prvý deň zamestnania u zamestnávateľa** (pri dodržaní postupu podľa § 70 nariadenia vlády) **podať prihlášku do špecializačného štúdia v špecializačnom odbore liečebná pedagogika.** Už na zaradenie do špecializačného štúdia na SZU nie je potrebné pre dokladovať predchádzajúce absolvovanie prípravy na výkon práce v zdravotníctve.

Keďže – ako sme uviedli vyššie - na účel registrácie v komore a absolvovanie špecializačného štúdia v rezorte zdravotníctva postačuje preukázanie existencie pracovnoprávneho vzťahu pracovnou zmluvou alebo dohodou o vykonaní práce alebo iného dokladu o výkone povolania v zdravotníctve (viď bod 2. spomínanej

stránky http://www.skizp.sk/registracia), z pohľadu komory sa týmto čiastočne otvára aj možnosť pre absolvovanie ďalšieho vzdelávania v rezorte zdravotníctva aj pre liečebných pedagógov s magisterským stupňom vzdelania, ktorí pôsobia aj v iných rezortoch. Komore postačuje predloženie dokladu o existencii pracovnoprávneho vzťahu alebo iného obdobného výkonu povolania (t. j. aj čiastočného) v rezorte zdravotníctva.

**Opätovne je možné spätné započítanie praxe**

Nariadenie vlády účinné od 1. apríla 2022 tiež opätovne sprístupňuje možnosť tzv. spätného započítania praxe na účely špecializačného štúdia, teda aj odbornej praxe absolvovanej v období rokov pred začatím špecializačného štúdia (viď nové odseky 6 až 9 §-u 71 cit. novely nariadenia vlády https://www.zakonypreludi.sk/zz/2022-95), čo je iste zaujímavé pre tých kolegov liečebných pedagógov, ktorí už dlhodobejšie pôsobia v praxi, aby po zaradení do špecializačného štúdia nemuseli opätovne absolvovať takú prax, ktorú už nadobudli pred zaradením do špecializačného štúdia.

**Liečební pedagógovia môžu byť znova zaraďovaní do certifikačného štúdia v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia**

Opätovne je tiež od 1. apríla 2022 pre liečebných pedagógov prístupná možnosť prihlásenia sa do štúdia v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia (viď bod 63. novely nariadenia, ktorým sa mení písmeno Q. Prílohy č. 3 nariadenia vlády). Takáto možnosť v nariadení absentovala od roku 2018 pre legislatívne nedorozumenie počas vtedajšej prípravy novely nariadenia vlády SR, ktorá súvisela s inou problematikou. Preto pri tejto príležitosti tiež ďakujeme všetkým kolegom aj z Asociácie liečebných pedagógov Pro LP aj novej hlavnej odborníčke MZ SR pre odbor liečebná pedagogika Mgr. Zuzane Yakhyaev, PhD., ktorí vyvinuli úsilie pre túto pozitívnu zmenu a participovali na príprave príslušných podkladov pre Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.

**Možno študovať súčasne v špecializačnom aj certifikačnom štúdiu psychoterapie**

Podľa citovanej novely nariadenia vlády po novom od 1. apríla 2022 **už nie je podmienkou** na prihlásenie sa do certifikačného štúdia v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia absolvovanie špecializačného štúdia. **V špecializačnom štúdiu liečebnej pedagogiky a certifikačnom štúdiu psychoterapie možno podľa citovanej novely nariadenia vlády od 1. apríla 2022 študovať paralelne.**

Ministerstvo zdravotníctva SR, ktoré bolo predkladateľom uvedenej novely nariadenia vlády to odôvodnilo Plánom obnovy a reziliencie SR, podľa ktorého strategických cieľov a priorít je v záujme obnovy a podpory duševného zdravia obyvateľstva v Slovenskej republike zlepšenie prístupu k psychoterapeutickej starostlivosti aj napríklad takýmto uľahčením vstupu do štúdia.

Podobne - v záujme zlepšenia starostlivosti o duševné zdravie obyvateľstva SR - to možno upraviť aj v ďalších náplniach minimálnych štandardov vzdelávania v certifikovaných študijných programoch liečebných pedagógov na Slovenskej zdravotníckej univerzite. Je však plne v pôsobnosti predkladateľov minimálnych štandardov študijných programov ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, či je to odborne vhodné aj prakticky realizovateľné.

**Nariadenie vlády upravuje minimálny štandard vysokoškolského univerzitného vzdelávania v študijnom programe liečebnej pedagogiky**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky aj doplnením nového ustanovenia časti „O. Minimálny štandard na získanie odbornej spôsobilosti na výkon odborných pracovných činností v zdravotníckom povolaní liečebný pedagóg“ do Prílohy č. 2 nariadenia vlády opätovne

potvrdilo, že o absolventov liečebnej pedagogiky v rezorte zdravotníctva má záujem a na definovanej obsahovej kvalitatívnej úrovni, ktorú majú dodržať všetci poskytovatelia vysokoškolského vzdelávania v študijnom programe liečebná pedagogika.

Touto cestou ďakujeme Katedre liečebnej pedagogiky PdF UK v Bratislave, ktorá počas obdobia prípravy podkladov pre Ministerstvo zdravotníctva SR k uvedenej novele nariadenia vlády v uplynulom roku 2021 k problematike ďalšieho vzdelávania liečebných pedagógov a prioritám potenciálnej podpory z eurofondov (o tejto problematike budeme informovať neskôr, keď budú k dispozícii potrebné závery MZ SR) venovala jedno celé samostatné rokovanie katedry. Osobitne ďakujeme čestnej odbornej garantke programu liečebná pedagogika prof. PhDr. Marte Horňákovej, PhD. za sformulovanie minimálneho štandardu vo formáte požadovanom MZ SR, ktorý vytvára ako obsahový rámec pre harmonizáciu študijných programov liečebnej pedagogiky poskytovaných na území Slovenskej republiky ako aj vzájomnú porovnateľnosť výstupných kompetencií absolventov.

**Podpora ďalšieho sústavného vzdelávania liečebných pedagógov z eurofondov a iné**

Ako sme spomenuli vyššie, aktuálne je vo vysokom štádiu rozpracovania poskytovanie príspevkov na ďalšie vzdelávanie liečebných pedagógov (príspevky na registračné poplatky, školné, cestovné náhrady, atď.) z eurofondov. Očakávame, že o tom kde a ako bude možné o príspevok požiadať a na aké vzdelávacie programy, kurzy, výcviky a podobne budeme informovať v druhej polovici roka 2022.

Podobne dávame do pozornosti novelu školského zákona, ktorá vyšla v Zbierke zákonov pod č. 2/2022 Z. z. a umožňuje v školách a školských zariadeniach zamestnať tzv. školských zdravotníkov (lekári, sestry, verejní zdravotníci, fyzioterapeuti, zdravotnícki záchranári) na účel poskytovania zdravotnej starostlivosti priamo v prostredí škôl a školských zariadení. Dávame do pozornosti, že s týmito môžu liečební pedagógovia pôsobiaci na školách a v školských zariadeniach nadviazať spoluprácu na účel prevencie - podpory zdravia a reziliencie detí v prostredí škôl – napríklad v podobe prípravy spoločných preventívnych a osvetových výchovno-vzdelávacích projektov, programov, workshopov a podobne. Aj keď je iste pravdou, že tento segment preventívnej starostlivosti ešte len čaká na rozvinutie (viď napríklad Kotrbová, K., Trechová, M., 2022 in https://lekarskenoviny.sk/index.php/2022/03/23/ake-preventivne-opatrenia-prijat-pre-zlepsenie-dusevneho-a-fyzickeho-zdravia-buducich-generacii/).

Pre krátkosť času určeného na prípravu novely nariadenia vlády SR, ktorej sme venovali tento článok, sa bohužiaľ zatiaľ nepodarilo zapracovať úpravu relevantného postavenia a ďalšieho vzdelávania v zdravotníctve u liečebných pedagógov s bakalárskym stupňom vzdelania, o ktoré sa budeme opätovne pokúšať pri najbližšej možnej legislatívnej príležitosti.

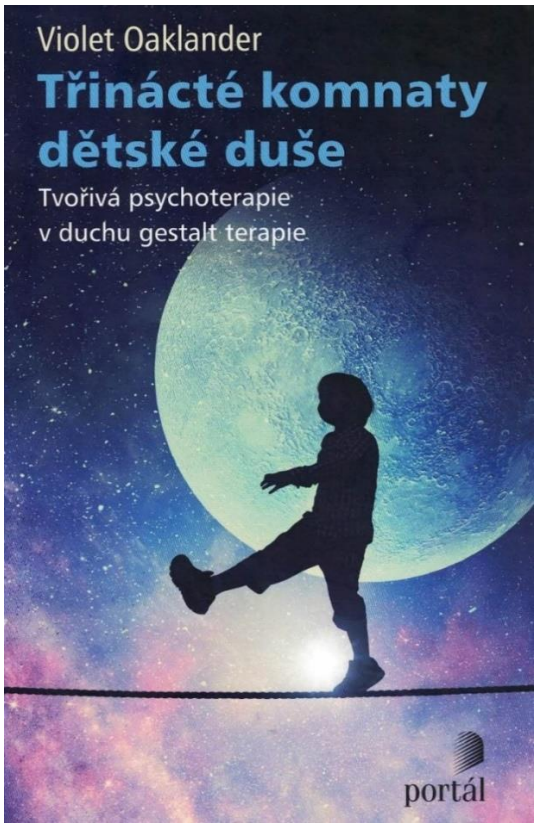
Podobne sa Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov na základe podkladov od Katedry liečebnej pedagogiky PdF UK v Bratislave Asociácie liečebných pedagógov Pro LP z roku 2014 dlhodobo a opakovane snaží o otvorené (t.j. nielen nepriame čiastočné, ako sme popísali v tomto článku) umožnenie vstupu všetkých liečebných pedagógov z iných rezortov do ďalšieho vzdelávania poskytovaného v rezorte zdravotníctva. Aktuálne ako súčasti (čl. II., ktorým sa mení a dopĺňa zákon o poskytovateľoch) pripravovaného zákona o psychologickej a psychoterapeutickej činnosti. Budeme sa tešiť, keď Vás aj v tejto oblasti budeme môcť už čoskoro (dúfame ☺) informovať o pozitívnom výsledku.

Ešte raz by som chcela touto cestou všetkým kolegom a kolegyniam liečebným pedagógom, ktorí sa zapojili alebo aktuálne participujú na príprave podkladov pre

legislatívne úpravy uľahčujúce výkon povolania liečebný pedagóg predkladané Slovenskou komorou iných zdravotníckych pracovníkov nielen Ministerstvu zdravotníctva Slovenskej republiky, za Slovenskú komoru iných zdravotníckych pracovníkov úprimne poďakovať za spoluprácu a teším sa na ďalšiu.

*PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., MPH*

viceprezidentka pre legislatívu a inovácie
Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov
Drieňová 27, 821 02 Bratislava
www.skizp.sk, 0948316081




Oakladner Violet, 2020. **Třinácté komnaty dětské duše.** Tvorivá psychoterapie v duchu gestalt terapie. Praha: Portál, 360s. ISBN 978-80-262-1591-2.

Publikácia autorky Violet Oaklander vyšla prvý krát v angličtine v roku 1978, no stále nestráca na svojej aktuálnosti. Dôkazom toho sú aj jej opakované vydania (v českom jazyku vyšla druhý krát) ako aj to, že od tej doby bola preložená do 15 jazykov.

Violet Oakladner vyštudovala klinickú psychológiu, špeciálnu pedagogiku zameranú na prácu s deťmi s emocionálnymi ťažkosťami a deťmi so špecifickými poruchami učenia, manželské a rodinné poradenstvo. Po absolvovaní psychoterapeutického výcviku v gestalt terapii upriamila svoju pozornosť na prácu s deťmi a dospievajúcimi. Bola dlhoročnou riaditeľkou Violet Oaklander inštitútu, ktorý sa venoval predovšetkým výcviku a supervízii pre ľudí pracujúcich s deťmi.

Aj keď je autorka psychoterapeutka, spôsob jej práce môže byť veľmi prínosný pre liečebných pedagógov. V publikácii sú predstavené mnohé techniky z oblasti umeleckých terapií. Inšpiratívny je aj popis spôsobu terapeutickej práce a smerovania terapeutického procesu, ktoré majú mnohé spoločné znaky s východiskami a filozofiou liečebnej pedagogiky. Napríklad, rovnako ako v liečebnej pedagogike, aj tu autorka pri práci s dieťaťom zdôrazňuje dôležitosť toho, aby sa terapeut na dieťa „naladil“ a vedel vnímať proces, ktorým dieťa prechádza. Tiež zdôrazňuje význam a potrebu prijímajúceho a dôverného vzťahu, orientácie v detskom vývine, porozumenia vývinovým medzníkom, orientácie v poruchách učenia a ich možných dopadoch na emocionálnu oblasť dieťaťa. Okrem samotného zamerania na dieťa by mal terapeut poznať aj spôsoby práce s rodinným systémom, brať do úvahy vplyv prostredia a kultúrne normy, ktoré sú u dieťaťa uplatňované.

Samotný podnázov publikácie „Tvořivá psychoterapie v duchu gestalt terapie“ naznačuje, že autorka vo svojom prístupe využíva tvorivosť detí. Robí tak cez ponuku aktivít zameraných na obnovenie a zosilnenie zážitkov, spojených so zmyslovou skúsenosťou a tiež prostredníctvom umeleckých terapií. V tejto súvislosti bližšie popisuje rôzne techniky arteterapie (využíva čmáranie, kresbu, maľbu, prácu s hlinou, plastelínou a iné materiály), biblioterapie (práca s príbehmi, využitie bábok a bábkového divadla pri práci s príbehom), dramatizácie (tvorivá dramatika, improvizácia, práca so snami a iné), terapie hrou (rôzne hry, projektívne techniky, využitie pieskoviska v terapii). Práve cez ne podnecuje detskú fantáziu, o ktorej tvrdí, že vďaka nej dieťa dokáže vyjadriť to, čo je preň ťažké a s čím by sa samé ťažko konfrontovalo. Používa predovšetkým projekciu, ktorá môže byť jediným spôsobom, cez ktorý je dieťa schopné a ochotné odhaliť niečo ťažké zo svojho prežívania. Práve to, čo sa v rámci projekcie ukáže, môže dieťaťu pomôcť k jeho sebauvedomeniu a prijatiu. V jednotlivých kapitolách približuje svoj spôsob práce na konkrétnych príkladoch zo svojej

bohatej klinickej praxe. Opisuje, čo u detí pozorovala, s akými reakciami sa u detí stretla, ako na ne reagovala, akým spôsobom aktivity posúvala ďalej a pod. Pri mnohých z popísaných situácií je zrejmé, že sprostredkovaná skúsenosť bola pre dieťa významná a korektívna. Pozornosť je však venovaná aj prípadom, kedy dieťa zareagovalo nečakane alebo činnosť odmietlo. V súvislosti s tým opisuje svoje reakcie na tieto situácie. Kapitoly sú doplnené o mnohé obrázky výtvorov detí, použité básne, prepisy textov uvádzajúcich cvičenia a pod. Často sú tu uvedené aj nápady a postupy iných autorov, ktorí autorku v jej práci inšpirovali a tiež výpočet literatúry, ktorá môže obohatiť prácu s danou technikou.

Autorka tiež prezentuje možnosti praktickej aplikácie svojho prístupu pri riešení konkrétnych problémov u detí. Robí tak v kapitole s názvom Poruchy správania napr. pri agresívnom správaní, hneve, hyperaktivite, uzavretosti, strachu, stresových situáciách a traumatických zážitkoch a iných. Venuje sa aj tomu, čo môže dieťa v súvislosti so svojím správaním prežívať, ako môže pôsobiť na svoje okolie, prípadne s akými problémami sa v súvislosti so svojimi prejavmi môže stretávať.

Podobne ako v liečebnej pedagogike, aj tu je zdôraznená potreba akceptovať dieťa také, aké je, v jeho špecifickej životnej situácii, bez nánosu skreslených predstáv a súdov. Publikácia je písané veľmi zaujímavo a prakticky. Autorka nedáva direktívne odporúčania pri prezentácií jednotlivých techník, ale necháva na čitateľovi, aby sa na základe jej skúseností inšpiroval a poučil. Určite patrí k publikáciám, ktoré môžu v mnohom inšpirovať liečebných pedagógov, ktorí sa vo svojej práci venujú deťom.

*Mgr. Mária Habalová, PhD.*

Katedra liečebnej pedagogiky

Pedagogická fakulta UK v Bratislave

habalova@fedu.uniba.sk

# INFORMÁCIE PRE PRISPIEVATEĽOV

**Vážené odborníčky, vážení odborníci v pomáhajúcich profesiách.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

riadok voľný/ leave a space

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

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

ISSN 1337-5563