

*Perspektívy pomoci ľuďom
s postihnutím a ich rodinám*

edícia
DIALÓGY

*Perspektívy pomoci
ľuďom s postihnutím
a ich rodinám*

Mária Šmidová



Dobrá kniha
Trnava 2014

© Teologická fakulta Trnavskej univerzity, 2014
© doc. PhDr. Mária Šmidová, PhD., 2014

Autori:

doc. PhDr. Mária Šmidová, PhD.

PhDr. Janka Marková, PhD.

ThLic. Krzysztof Trebski, PhD.

Recenzenti:

doc. PhDr. Mária Davideková, PhD.

doc. PhDr. Patrícia Dobríková, PhD.

Druhé vydanie

ISBN 978-80-7141-862-7



Obsah

Predhovor	9
Predhovor k druhému vydaniu.	12
1 Úvod do problematiky	13
1.1 Nové východiská	13
1.2 Definícia pojmov postihnutie, osoba s postihnutím, diskriminácia na základe postihnutia	15
1.3 Klasifikácia postihnutí	18
2 Mentálne postihnutie.	21
2.1 Definícia mentálneho postihnutia	21
2.2 Etiológia mentálneho postihnutia	22
2.3 Diagnostika mentálneho postihnutia	23
2.4 Klasifikácia mentálneho postihnutia	24
2.5 Špecifický prístup k osobám s mentálnym postihnutím	26
2.6 Prípadová štúdia	26
3 Telesné postihnutie	29
3.1 Definícia telesného postihnutia	29
3.2 Druhy telesného postihnutia	31
3.2.1 Detská mozgová obrna	32
3.2.2 Iné druhy telesného postihnutia	42
3.3 Špecifický prístup k osobám s telesným postihnutím	49
3.4 Prípadová štúdia	51
4 Zrakové postihnutie.	53
4.1 Definícia zrakového postihnutia	53
4.2 Klasifikácia zrakového postihnutia	54

4.3	Špecifický prístup k ľuďom so zrakovým postihnutím . . .	54
4.4	Prípadová štúdia	56
5	Sluchové postihnutie	57
5.1	Definícia sluchového postihnutia	57
5.2	Klasifikácia sluchového postihnutia	57
5.3	Špecifická sluchového postihnutia	58
5.4	Prípadová štúdia	59
6	Narušenie komunikačnej schopnosti	61
6.1	Definícia narušenej komunikačnej schopnosti	61
6.2	Klasifikácia narušenej komunikačnej schopnosti	62
6.3	Komunikácia – cesta ku vzájomnému pochopeniu	64
7	Autizmus ako špecifický problém	67
7.1	Definícia autizmu	67
7.2	Klasifikácia autizmu	68
7.3	Etiológia autizmu	72
7.4	Prejavy autizmu	73
7.5	Autizmus a mentálne postihnutie	78
7.6	Špecifický prístup k ľuďom s autizmom	80
7.7	Prípadová štúdia	83
8	Špecifické vývinové poruchy učenia a správania	
	– ADHD	87
8.1	Špecifické vývinové poruchy učenia	87
8.1.1	Definícia a klasifikácia špecifických vývinových porúch učenia	88
8.1.2	Príčiny špecifických vývinových porúch učenia	91
8.1.3	Prejavy špecifických vývinových porúch učenia	92
8.2	Poruchy správania – ADHD	97
8.2.1	Definícia a klasifikácia porúch správania, ADHD	97
8.2.2	Príčiny porúch správania, ADHD	101
8.2.3	Prejavy porúch správania, ADHD	101
8.3	Špecifický prístup k osobám s vývinovými poruchami učenia a správania	104
8.4	Prípadová štúdia	107

9	Osobnosť človeka s postihnutím	111
9.1	Prístup k deťom s telesným postihnutím	111
9.2	Prečo má človek veľkú hodnotu	112
9.3	Osobnosť človeka s postihnutím	113
10	Prístup k osobám s postihnutím	119
10.1	Princíp sebapoznania terapeuta ako základný predpoklad jeho práce	119
10.2	Princíp utvorenia správneho prístupu dieťaťa s telesným postihnutím ku vlastnému postihnutiu . . .	122
10.3	Princíp správneho prijímanie dieťaťa s telesným postihnutím jeho okolím	125
10.4	Partnerský princíp	130
10.5	Záverečné poznámky ku vzťahu terapeuta a človeka s postihnutím	134
11	Pomáhajúci vzťah voči ľuďom so zdravotným postihnutím	141
11.1	Pomáhajúci vzťah (counseling)	147
11.2	Výnimočnosť spirituálneho (pastorálneho) counselingu	150
11.3	Ciele spirituálneho (pastorálneho) pomáhajúceho vzťahu	152
11.4	Antropologické predpoklady spirituálneho (pastorálneho) pomáhajúceho vzťahu	154
11.5	Spirituálny model pomáhajúceho vzťahu	157
11.6	Motivácie duchovného poradcu	158
11.7	Schopnosti duchovného poradcu	160
11.8	Správanie	161
11.9	Techniky „nedirektívne“	164
11.10	Vzťahové techniky	166
	11.10.1 Pozorovanie	166
	11.10.2 Bezprostrednosť	166
	11.10.3 Konfrontácia	167
	11.10.4 Syntéza	169
11.11	Podobenstvo o milosrdnom Samaritánovi: paradigma priebehu sprevádzania	169
	Príloha. Charta práv telesne postihnutých	172

12 Komunitná rehabilitácia	177
12.1 Cieľ a obsah komplexnej rehabilitačnej starostlivosti . .	177
12.2 Liečebná rehabilitácia	178
12.3 Výchovná rehabilitácia	181
12.4 Pracovná rehabilitácia	186
12.5 Sociálna rehabilitácia	188
13 Právne aspekty sociálnej práce	191
13.1 Dokumenty mimoprávnej povahy	191
13.2 Medzinárodné zmluvy a právo Európskej únie	193
13.3 Všeobecne záväzné právne predpisy Slovenskej republiky	198
Zoznam bibliografických odkazov	205



Predhovor

Práca má za cieľ priniesť pohľad na život ľudí s postihnutím. Títo ľudia sa ocitli v situácii, ktorú nemôžu ovplyvniť, zmeniť, ale ktorá ich v mnohých ohľadoch obmedzuje a zabraňuje im prežívať život tak, ako ho prežívajú ostatní ľudia. Očakávania, ktoré títo ľudia majú, sú odrazom ich túžby žiť plnohodnotne. Chcú byť zároveň pre svoje okolie užitoční. Dovoľujeme si vyjadriť názor, že v tejto oblasti zostávajú v našej spoločnosti otvorené otázky nezanedbateľného významu. Ťažiskom týchto otázok je vzájomný vzťah terapeuta a človeka s postihnutím, ich vzájomné pochopenie, očakávania a možnosti vzájomnej pomoci.

Narodenie dieťaťa je jednou z najväznejších udalostí v rodine. Situácia, keď sa dieťa narodí postihnuté, stavia všetkých do nepoznanej situácie. Rodičia a celé okolie od prvej chvíle riešia množstvo problémov a otázok. Hľadajú pre dieťa pomoc. Dieťa sa od útleho veku stretáva s množstvom lekárov, psychológov, rehabilitačných a iných odborníkov, podrobuje sa mnohým vyšetreniam, operáciám, potom navštevuje špeciálne výchovné a vzdelávacie zariadenia. Pobyty v nemocnici, v zariadeniach rehabilitačnej starostlivosti, či pobyt v sociálnom zariadení alebo v špeciálnej internátnej škole prinášajú novú skúsenosť, odlúčenie

od svojej rodiny. Prežívanie takéhoto života znamená boriť sa s vlastným problémom, ktorý súvisí s postihnutím, prijímať toto postihnutie, prežívať odlúčenie od blízkych a zvykať si neustále na nové prostredie. Po ukončení vzdelávania nastáva nová situácia: títo ľudia, aj keď získajú vzdelanie, majú minimálne možnosti uplatniť sa v spoločnosti. Obyčajne sa vracajú domov, do prostredia, ktoré im je v mnohých prípadoch už cudzie, a majú tam začať žiť. Ani jeden mladý človek netuží byť celý život závislý od iných, najmä nie od svojich rodičov. Z možností, ktoré sú pre nich dostupné, je táto tá najlepšia. Ako by mohli plnohodnotne naplniť svoj život? Ide o množstvo nezodpovedaných otázok, ktoré stoja nielen pred týmito ľuďmi, ale aj pred tými, ktorí im chcú pomôcť.

Čo sa očakáva od tých, ktorí chcú pomôcť týmto ľuďom pri naplnení ich života? Aký je cieľ práce s ľuďmi s postihnutím a aká je jej efektivita? Čo je najpodstatnejšou podmienkou? Do akej miery spoločnosť a ľudia, ktorí v tejto oblasti pracujú, myslia na vnútornú, ľudskú hodnotu človeka s postihnutím? Ako sa pripravujú študenti, ktorí raz budú odborníkmi v tejto oblasti?

Naším cieľom je predovšetkým oboznamovať so svetom ľudí s postihnutím. Predstaviť týchto ľudí s ich problémami, ale predovšetkým s ich prednosťami. Oboznámiť rodičov, ktorým sa narodilo postihnuté dieťa, o tom, čo samotné postihnutie pre dieťa znamená, ale zároveň im chceme ukázať cestu, po ktorej môžu kráčať, aby dobre zvládli toto postihnutie spolu so svojím dieťaťom. Tento prístup vedie k záveru, že ľudia s postihnutím sú rovnocennými ľuďmi, rovnako užitočnými, ako sú ľudia bez postihnutia, a umožňuje odpovedať na otázky, prečo je to tak a čo z toho vyplýva. Naša

publikácia v tejto súvislosti hovorí o zdravom prístupe k ľuďom s postihnutím. Je určená pre všetkých, ktorí im chcú pomôcť. Zámerom je pripraviť tých, ktorí chcú pomáhať takýmto rodinám, budúcich terapeutov, asistentov, ako majú pristupovať k ľuďom s postihnutím, ale aj k ich rodinám.

Mária Šmidová

Predhovor k druhému vydaniu

Pred časom vyšla táto publikácia v malom náklade, ktorý sa nám zdal dostatočným vzhľadom na jej obsah. Vznikla však potreba publikovať druhé vydanie, čo nás ako autorov pravdaže potešilo. Je pozitívne vedieť, že touto témou sme oslovili nielen tých, ktorých sa priamo dotýka, teda predovšetkým rodičov a blízkych ľudí s postihnutím, ale aj študentov a širšiu verejnosť. Je to potešiteľné najmä preto, že sa tým prejavila citlivosť ľudí v našom národe, ich schopnosť spolicítiť s druhými, ich chuť vzdelávať sa aj v oblastiach, ktoré priamo nesúvisia s ich zamestnaním.

Svet sa ocitá na križovatke svojich dejín, ktorou sa stala zmena myslenia a utváranie nových pohľadov v chápaní základných hodnôt. Tieto hodnoty, ktoré tvoria prirodzené bohatstvo ľudstva, je potrebné chrániť. Ochrana nie je len vecou spoločenskej diskusie, ale je predovšetkým zodpovednosťou, ktorú má súčasná generácia za budúce smerovanie života na zemi. Zásadné odpovede na výzvy doby hľadajú mnohí odborníci všetkých odborov. Preto spoločný postoj smerujúci k uchovaniu týchto hodnôt je tou najlepšou odpoveďou. Postoj k ochrane života, hodnoty človeka, jeho dôstojnosti, podpora tých, ktorí sú svojou chorobou alebo postihnutím oslabení.

Nech každá pozitívna obrana hodnôt nachádza svojich prívržencov a podporovateľov, lebo len tak bude mať život na Zemi zmysel.

Mária Šmidová

V Bratislave 8. októbra 2014

1

Úvod do problematiky

V úvode je potrebné definovať pojmy, čo postihnutie je, aké sú najnovšie východiská pri posudzovaní postihnutia, ako aj predstaviť základné klasifikácie jednotlivých postihnutí.

1.1 Nové východiská

Na začiatku tretieho tisícročia sa medzinárodné spoločenstvo dopracovalo ku kroku, ktorý možno označiť za historický. Prvýkrát prijíma mnohostrannú univerzálnu medzinárodnú zmluvu ľudskoprávnej povahy. Táto zmluva zaväzuje štáty garantovať osobitné práva 650 miliónom osôb s postihnutím na celom svete. Posun zo všeobecnej a spravidla právne nezáväznej formy garancie práv týchto osôb do uceleného a komplexného záväzného dokumentu možno pokladať za novú kvalitu tejto garancie.

Dohovor o právach osôb so špeciálnymi potrebami (angl. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*; ďalej len „Dohovor“) a *Opčný protokol k Dohovoru o právach osôb so špeciálnymi potrebami* (angl. *Optional Protocol to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*; ďalej len „Protokol“)

sú novými mnohostrannými medzinárodnými zmluvami Organizácie spojených národov, ktoré prijala rezolúcia Valného zhromaždenia OSN 13. decembra 2006 počas 61. zasadnutia, č. 61/106. Tento dohovor sa stal záväzným na Slovensku o rok neskôr, v marci 2007, keď prezident Slovenskej republiky podpísal prístupový dohovor.

Základnými koncepčnými východiskami Dohovoru sú:

1. Plné a efektívne zapojenie sa osôb so špeciálnymi potrebami do života spoločnosti znemožňuje i v súčasnosti tak materiálne, ako aj názorové prekážky.
2. Zdôrazňuje sa interakcia opatrení na vyrovnanie príležitostí na národnej, regionálnej i medzinárodnej úrovni.
3. Ťažiskové záležitosti týkajúce sa ľudí so špeciálnymi potrebami sú integrálnou súčasťou stratégií trvalo udržateľného rozvoja.
4. Akákoľvek diskriminácia na základe postihnutia človeka je porušením vlastnej dôstojnosti a hodnoty ľudskej osoby (inherent dignity and worth of the human person).
5. Uznáva sa individuálna rozdielnosť ľudí so špeciálnymi potrebami a kladie sa dôraz aj na ťažké postihnutia.
6. Osobitne sa upozorňuje na nevyhnutnosť medzinárodnej spolupráce zlepšovaním podmienok života ľudí so špeciálnymi potrebami, najmä v rozvojových štátoch.
7. Uznáva sa hodnota a potenciál ľudí so špeciálnymi potrebami pre zlepšenie života ich komunity.
8. Berie sa do úvahy, že podpora možnosti plného uplatnenia ľudských práv a základných slobôd zo strany ľudí so špeciálnymi potrebami vedie k vytváraniu vzájomného pocitu spolupatričnosti a tým aj k výraznému pokroku v ľudskom, sociálnom a ekonomickom rozvoji spoločnosti a pri zmierňovaní chudoby.

9. Počíta sa s dôležitosťou individuálnej autonómnosti a nezávislosti ľudí so špeciálnymi potrebami, vrátane slobody ich rozhodovania.
10. Uznáva sa, že ľudia so špeciálnymi potrebami by mali mať príležitosť zapojiť sa do rozhodovacích procesov o politikách a programoch, najmä tých, ktoré sa ich týkajú.
11. Upozorňuje sa na osobitne zložité podmienky dievčat, žien a detí, ľudí v konfliktoch a chudobných ľudí so špeciálnymi potrebami.
12. Zdôrazňuje sa rodová rovnosť v oblasti uplatňovania práv ľudí so špeciálnymi potrebami.
13. Poukazuje sa na nevyhnutnosť prístupu ľudí so špeciálnymi potrebami ku zdravotným službám, informáciám, komunikácii a vzdelaniu, ako aj vo fyzickej, sociálnej, kultúrnej a ekonomickej oblasti.
14. Rodina je prirodzenou a základnou skupinou v spoločnosti a má právo, aby ju spoločnosť a štát chránili. Preto členovia rodiny ľudí so špeciálnymi potrebami majú právo na nevyhnutnú ochranu a pomoc, s cieľom umožniť týmto rodinám prispievať k plnému a rovnoprávnemu uplatňovaniu ich práv.

1.2 Definícia pojmov postihnutie, osoba s postihnutím, diskriminácia na základe postihnutia

Pri odvodení definície postihnutia vychádzame z nových prístupov Dohovoru. Progresívnym prvkom koncepcie

Dohovoru je definícia postihnutia a osoby s postihnutím; na porovnanie – na Slovensku sa udomácňujú aj nové výrazy „špeciálne potreby“ a „osoba so špeciálnymi potrebami“.

Podľa čl. 2 účelom Dohovoru je podpora, ochrana a zabezpečenie plného a rovnoprávneho užívania všetkých ľudských práv a základných slobôd všetkými osobami s postihnutím a podpora ohľadu na ich neodmysliteľnú, či neoddeliteľnú dôstojnosť.

Osoba s postihnutím je osoba, ktorá má dlhotrvajúce fyzické, psychické, intelektuálne alebo zmyslové poruchy v interakcii s rôznymi bariérami, ktoré môžu sťažovať plnú a efektívnu účasť v spoločnosti na základe rovnosti s inými.

Pod výrazom „diskriminácia na základe postihnutia“ sa rozumie akékoľvek rozlišovanie, vylučovanie alebo obmedzovanie osoby na základe postihnutia, ktorého účelom alebo dosahom je porušenie alebo znemožnenie uznania, požívania alebo výkonu všetkých ľudských práv a základných slobôd na politickom, ekonomickom, sociálnom, kultúrnom, občianskom alebo inom poli, na základe princípu rovnosti s inými osobami v spoločnosti.

Toto zahŕňa všetky formy diskriminácie, ktoré zabráňujú osobám s postihnutím prežívať život plnohodnotne, bez ukladania zbytočnej záťaže v súvislosti s princípom rovnosti.

Dohovor v tomto smere evidentne upravuje problematiku osôb s postihnutím vo veľkej miere presnosti a komplexnosti, zohľadňujúc čo najväčší rozsah na seba nadväzujúcich podmienok a okolností. Pracuje teda v súvislostiach skutočností, ktoré v praxi určujú ich život.

Základné východisko prístupu k osobám s postihnutím znamená, že postihnutie spočíva v spoločnosti, a nie v osobe s postihnutím.

V tomto smere možno vidieť určitý koncepčný posun od „Štandardných pravidiel OSN“, ktoré na vyjadrenie akéhokoľvek postihnutia používali výrazy „porucha“, „postihnutie“ a „hendikep“. Tieto výrazy boli nahradené novou štruktúrou „poruchy a „postihnutia“.

Postihnutý je ten človek s poruchou, ktorého spoločnosť určitým spôsobom diskriminuje a nevyrovnáva adekvátne jeho príležitosti.

Príklady:

Dieťa s intelektuálnou poruchou, ktoré je postihnuté tým, že škola nie je schopná adaptovať sa na žiakov so zníženou kapacitou učenia sa.

Dieťa s extrémnou myopiou (krátkozrakosť). Osoby s myopiou vo dvoch odlišných krajinách: tam, kde takáto osoba má prístup ku korekčným šošovkám, sa podľa Dohovoru nebude pokladať za osobu s postihnutím; naopak v krajine, kde takýto prístup nemá, spôsobuje daný nedostatok v spoločnosti jej postihnutie.

Na týchto príkladoch vidieť jasne väzbu postihnutia na spoločnosť, a nie na danú osobu. Hendikep nie je v prípade filozofie Dohovoru statusovou otázkou, ale príčinou postihnutia. Znevýhodnenie má na osobu s poruchou taký dosah, že ju zaraďuje do kategórie osôb s postihnutím.

Táto koncepcia by mohla byť v súlade so slovenskou koncepciou „osôb s postihnutím“ v tom zmysle, že ide o prvý článok dichotomického usporiadania:

Osoba, ktorá má poruchu, má zároveň v dôsledku toho špeciálne potreby. Ak spoločnosť neumožní tieto potreby naplniť, možno hovoriť o osobe s postihnutím.

Je potrebné upozorniť na nesprávnosť používania výrazu „postihnutá osoba“. Zdôrazňuje vzťah postihnutia k osobe, a nie ku spoločnosti. Podobne je to v prípadoch kedysi používaných výrazov „invalidná osoba“, „mentálne retardovaná osoba“, či „osoba pripútaná na invalidný vozík“ a podobne.

Možno uzavrieť, že výraz „osoba s postihnutím“ stanovuje dôležitý princíp prístupu k osobám, ktoré majú dlhotrvajúce fyzické, psychické, intelektuálne alebo zmyslové poruchy. Tento výraz označuje takú osobu s postihnutím, ktorú v spoločnosti znevýhodňujú podmienky jej života, či už rovnaké alebo odlišné od tých, ktoré má osoba bez danej poruchy. Postihnutie sa v tomto zmysle teda viaže na spoločnosť, a nie na danú osobu, a stav postihnutia je podľa medzinárodného práva diskrimináciou.

1.3 Klasifikácia postihnutí

V teórii aj v praxi nastal posun k interaktívnym teóriám a k teóriám systémov: sociálna dimenzia postihnutia nadobúda čím ďalej tým väčší význam.

Prejavilo sa to aj v rôznych dokumentoch medzinárodného spoločenstva, ktoré sa dopracovalo k historickému kroku. WHO korigovala svoju pôvodnú definíciu postihnutia a navrhla také vymedzenie pojmov porucha a postihnutie, ktoré obsahuje nové sociálne aspekty.

Nová definícia WHO predstavuje tri úrovne postihnutia:

- biologické postihnutie;
- somatopsychické poruchy funkcií;
- interpersonálna, sociálna úroveň.¹

Klasifikácia porúch vychádza primárne predovšetkým z lekárskej diagnostiky, ktorá identifikuje orgánové alebo funkčné nedostatky. Medicína pritom nemôže mnoho diagnostikovaných porúch odstrániť a zabrániť tak vzniku postihnutia.

Podľa typu	- orgánové - funkčné
Podľa intenzity	- ľahké - stredné - ťažké
Podľa príčin (podľa doby vzniku)	- vrodené - získané

Na túto všeobecne platnú klasifikáciu nadväzuje klasifikácia porúch podľa jednotlivých druhov postihnutia:

- mentálne postihnutie,
- zrakové postihnutie,
- sluchové postihnutie,
- somatické, telesné postihnutie,
- narušenie komunikačnej schopnosti,
- psychosociálne narušenie (poruchy správania),
- poruchy učenia.

Uvedené druhy postihnutí majú špecifické prejavy a vyžadujú si aj špecifické prístupy práce zo strany terapeutov.

¹ Porov. ZÁSZKALICZKY, P.: Proměny paradigmatu – od segregace k inkluzi. In: LECHTA, V.: *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha : Portál, 2010.

2 | *Mentálne postihnutie*

2.1 Definícia mentálneho postihnutia

Za mentálne postihnutie sa pokladá zastavenie alebo nedokončenie vývinu intelektu.

Prejavuje sa počas vývinovej periódy a charakterizuje ho najmä poškodenie schopností patriacich k celkovej úrovni inteligencie, t. j. poznávacích, jazykových, pohybových a sociálnych schopností.

Mentálne postihnutie možno definovať z rôznych hľadísk, ako to možné sledovať v nasledujúcej tabuľke²:

Prístup	Definícia
biologický	Postihnutie v dôsledku trvalého závažného organického alebo funkčného poškodenia mozgu. Syndróm podmienený chorobnými procesmi v mozgu.
psychologický	Primárne znížená úroveň rozumových schopností merateľných štandardizovanými IQ testami (vzhľadom na populačnú normu)

² Porov. SLOWÍK, J.: *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007.

Prístup	Definícia
sociálny	Postihnutie charakteristické dezorientáciou vo svete a v spoločnosti, čo obmedzuje schopnosť zvládnuť vlastnú sociálnu existenciu samostatne, bez cudzej pomoci.
pedagogický	Znížená schopnosť učiť sa navzdory využitiu.
právny	Znížená spôsobilosť ku právnym úkonom.

Dôležité je uvedomiť si rozdiel medzi mentálnou retardáciou a demenciou. Hoci symptomaticky sú tieto ochorenia veľmi podobné, ich príčina, etiológia je odlišná.

Mentálne postihnutie je vrodené ochorenie, ktoré vzniká v prenatálnom alebo perinatálnom období, prípadne najčastejšie do prvého roku života dieťaťa.

Demencia je charakteristická znížením už získaných mentálnych schopností jedinca, čo sa prejavuje degeneratívnymi ochoreniami mozgu, napr. Alzheimerova choroba.

2.2 Etiológia mentálneho postihnutia

Vo všeobecnosti možno konštatovať, že pri tomto postihnutí hlavnou príčinou je poškodenie mozgu, ktoré môže byť *funkčné* alebo *organické*.

Etiologická rôznorodosť tiež súvisí s časovým faktorom, ktorý má podstatný vplyv na vznik mentálneho postihnutia. Na základe toho môžeme rozdeliť faktory, ktoré môžu mať za následok mentálne postihnutie, do troch skupín:

Prenatálne

- vírusové infekcie, rtg žiarenie, diabetes mellitus matky, nedostatočná výživa matky, krvácanie v čase tehotnosti, anémia, nedonosenosť, prenášanie plodu, alkohol, cigarety, drogy.

Perinatálne

- rizikové pôrody.

Postnatálne.

Jednoznačnejšie je možné určiť príčiny mentálneho postihnutia u syndrómov vyvolaných genetickými poruchami. Príčiny však môžu byť tiež vonkajšie:

- génové mutácie alebo chromozomálne odchýlky (Downov syndróm, Turnerov syndróm), metabolické poruchy (fenilketonúria), intoxikácia (fetálny alkoholový syndróm), traumy (hypoxie, asfixie), multifaktorálna etiológia, úrazy, choroby (encefalitída), operačné zákroky (operácie pri odstraňovaní nádoru), ochorenia mozgu, sociálne faktory (zanedbanie výchovy).

2.3 Diagnostika mentálneho postihnutia

Získanie diagnózy každého ochorenia je zložitý proces. Osobitne, ak ide o také náročné ochorenie, tento proces si vyžaduje veľké úsilie. Od zozbierania opisu a črt daného stavu, starostlivé zachytenie odchýlok od zdravého stavu vo všetkých sférach, až po zistenie odchýlok vývoja v zmysle jeho zaostávania sa možno dopracovať k diferenciálnej diagnostike, ktorej výsledkom je diagnóza. Jednotlivé diagnostické postupy je potrebné koordinovať s tímom, ktorého

členmi by mali byť: lekár (pediater, psychiater, neurológ), psychológ, špeciálny pedagóg, sociálny pracovník, rodič.

2.4 Klasifikácia mentálneho postihnutia

Meranie inteligencie prešlo dlhým vývojom, mnohí autori sa rôznia v názore na správnu definíciu inteligencie. Najčastejšie sa aj v súčasnosti využíva ako meradlo inteligencie tzv. intelligenčný kvocient (IQ). Tento ukazovateľ, ktorého autorom je Stern (1871 – 1938), je vyjadrením pomeru mentálneho a fyzického veku. Pre výpočet IQ platí vzorec:

$$\text{IQ} = \text{mentálny vek} / \text{chronologický vek} \times 100$$

Základná klasifikácia mentálneho postihnutia je rozdelenie na vrodené mentálne postihnutie a na demenciu.

Presnejšia klasifikácia mentálneho postihnutia podľa ICDH-10, čo je Medzinárodná klasifikácia chorôb, postihnutí a hendikepov, MKN-10, ktoré pripravila Svetová zdravotnícka organizácia WHO v roku 2006:

Ľahká duševná zaostalosť

Rozsah IQ od 50 do 69, F10

Prejavuje sa problémami v učení, väčšina osôb môže v dospelosti pracovať, nadväzovať sociálne vzťahy. Zahŕňa slabomyseľnosť a ľahkú mentálnu subnormu.

Stredný stupeň duševnej zaostalosti

Rozsah IQ od 35 do 49, F 71

Prejavuje sa značným zaostávaním vývoja v detstve. Väčšina týchto osôb dosiahne určitý stupeň nezávislosti

a samostatnosti v sebaobsluže, získa primerané komunikačné zručnosti a primerané vzdelanie. V dospelosti potrebujú určitú mieru podpory na zvládanie života a práce v prostredí bežnej spoločnosti. Zahŕňa stredne ťažkú mentálnu subnormu.

Ťažká duševná zaostalosť

Rozsah IQ od 20 do 34 , F 72

Prejavuje sa potrebou sústavnej pomoci vo všetkých oblastiach života. Zahŕňa ťažkú mentálnu subnormu.

Hlboká duševná zaostalosť

IQ je pod 20, F73

Prejavuje sa vážnym obmedzením v sebaobsluže, komunikácii a mobilite. Zahŕňa hlbokú mentálnu subnormu.

Iná duševná zaostalosť

F 78

Táto kategória sa používa vtedy, keď stanovenie stupňa zaostalosti obvyklými metódami je zvlášť ťažké alebo nemožné. Ide o prípady pridruženej senzorickej alebo somatickej poruchy, napr. u nevidiacich, nepočujúcich, nehovoriacich, u jedincov s poruchami správania alebo u ľudí s autizmom.

Nešpecifikovaná duševná zaostalosť

F 79

Táto kategória sa používa pri diagnostike prípadov, kde je preukázateľná duševná zaostalosť, ale nie je dostatok informácií, aby bolo možné pacienta zaradiť do jednej z vyššie uvedených kategórií.

2.5 Špecifický prístup k osobám s mentálnym postihnutím

Pri hodnotení špecifického prístupu k osobám s mentálnym postihnutím treba brať do úvahy jednotlivé charakteristiky vôľových procesov, citov, motivácií, úrovne aspirácie a sebahodnotenia. Tieto charakteristiky sa u osôb s mentálnym postihnutím vyznačujú určitými osobitosťami.³

2.6 Prípadová štúdia

Paľko, 28-ročný, Bratislava

Narodil sa starším rodičom. Jeho primárna diagnóza je detská mozgová obrna, kvadruparetická forma, preto je na vozíku. Sekundárnym postihnutím je zníženie intelektu na úroveň stredného stupňa duševnej zaostalosti.

Materskú školu absolvoval v triediacej triede; po vykonaní diagnostických testov bol preradený na špeciálnu školu. Absolvoval šesť rokov základnej školy. Po ukončení sa jeho rodičia usilovali o jeho zaradenie na ďalšie vzdelávanie. Na základe jeho obmedzenej schopnosti v oblasti jemnej aj hrubej motoriky nemohol pokračovať v ďalšom vzdelávaní. Preto matka musela nechať prácu, zostala doma a stará sa o neho 24 hodín denne. Paľkovou záľubou je nakupovanie v obchodných domoch. Preto ho väčšinou možno stretnúť v spoločnosti jeho matky v obchodnom centre, ktoré je blízko ich bytu. Rád všetko pozoruje. Dobre

³ Porov. POŽÁR, L.: *Psychológia osobnosti postihnutých*. Bratislava : UK, 1996, s. 44.

si pamätá ľudí, ktorých stretávajú, preto oslovuje každého, koho už raz stretol, a pripomína im situácie, ako sa niekedy stretli. Jeho perspektíva je život s mamou, ktorú má veľmi rád. Jeho otec je pre neho vzorom. Vie, že otec nie je doma, lebo zarába peniaze.

Aj keď starostlivosť o teraz už mladého muža je pre rodičov náročná, nevnímajú to ako vážny problém. Ich ozajstným problémom je predstava o jeho budúcnosti, keď rodičia už budú starší a nebudú vládnuť postarať sa o neho. Táto perspektíva je z pohľadu možností, ktoré sú v súčasnosti dostupné, veľmi neistá.

3

Telesné postihnutie

3.1 Definícia telesného postihnutia

Pojem *telesné postihnutie* zahrnuje tri typy postihnutia: telesné postihnutie v užšom zmysle slova, choroba a zdravotné oslabenie.

Telesne postihnutý je jednotlivец s chybou pohybového a nosného ústrojenstva, ako aj s chybou nervového ústrojenstva, ak sa táto chyba prejavuje porušenou hybnosťou.⁴ Patria sem tiež všetky odchýlky od normálneho tvaru tela a končatín, teda deformity, a tiež abnormality, čiže anomálie.

Telesné postihnutie môže byť: 1. vrodené, 2. získané v priebehu života.

Vrodené poruchy vznikajú poruchou vývoja zárodka spravidla v priebehu prvých týždňov tehotenstva.

Získané poruchy môžu byť zapríčinené napríklad úrazom, hormonálnou činnosťou, rôznymi zápalovými a ne-generatívnymi ochoreniami mozgu a miechy a podobne.⁵

V zahraničí možno zaznamenať dve tendencie v terminológii:

⁴ Porov. KOLLÁROVÁ, E.: *Základy somatopédie*. Bratislava : UK, 1993.

⁵ Porov. KRAUS, I., ŠANDERA, O.: *Tělesně postižené dítě*. Praha : SPN, 1964.

- jednotlivec sa nazýva telesne postihnutý, chybný, poškodený (physically handicaped, handicape physigüe),
- jednotlivec sa nazýva pohybovo postihnutý, chybný, alebo sa používa ekvivalent tohto termínu (with motor handicap, mit Bewegungstörungen).

Telesné postihnutie je obvykle navonok viditeľné. Odlišnosti, ktoré sú viac alebo menej nápadné, sa môžu prejavovať najčastejšie neúmernosťou medzi jednotlivými časťami tela, odlišnosťami v tvare trupu a končatín, chýbajúcou končatinou alebo jej časťou.

Telesné postihnutie má vplyv aj na psychiku človeka, môže sa odrážať v oblasti poznávacích procesov, vôle, emotionality a sociálnych vzťahov.

Chorý je jednotlivec v stave choroby, ktorá sa bežne definuje ako porucha rovnováhy organizmu s prostredím.

Vznikajú pritom rozličné anatomické a funkčné zmeny v organizme. Nejde tu však o pomenovanie chorého vo všeobecnosti, ale o chorého, ktorý si pre svoju chorobu vyžaduje osobitnú starostlivosť.

Kategória chorých sa diferencuje na viaceré skupiny chorôb dýchacieho, pohybového, nervového, srdcovocievneho, tráviaceho, vylučovacieho a pohlavného ústrojenstva, chorôb kožných, krvných, chorôb žliaz s vnútornou sekréciou a ďalších.

Tu sa berie do úvahy skutočnosť, či sa choroby končia vyzdravením, alebo zanechávajú následky v telesnej deformite, iné zase trvalo obmedzujú jednotlivca v istých oblastiach. To sa potom odráža aj v prístupe k týmto jedincom.⁶

⁶ Porov. ŠMIDOVÁ, M.: *Prístup k deťom s telesným postihnutím*. Trnava : SAP, 2005.

Zdravotne oslabený je jednotlivec v stave rekonvalescencie alebo so zníženou odolnosťou proti chorobám, či s tendenciou k recidíve choroby, alebo jednotlivec s ohrozením zdravia v dôsledku vplyvu nevhodného prostredia, nevhodného životného režimu, nesprávnej výživy.

Medzi zdravotne oslabenými tvoria zvláštne skupiny astenickí a obézni jednotlivci.

Viacnásobne postihnutý je jednotlivec, ktorý má viac ako jeden typ postihnutia (napr. skoliózu a chorobu krvi), a najmä ten, ktorý okrem telesného alebo zdravotného postihnutia má postihnutie aj v oblasti senzoriky, reči, prípadne v rozumovej oblasti. Títo jednotlivci sa inak označujú ako postihnutí viacerými chorobami.

Všeobecne je potrebné vyjadriť skutočnosť, že v súvislosti so zhoršovaním životného prostredia a so zhoršovaním kvality života v súvislosti so stresom a strácaním hodnôt sa vo svete zvyšuje počet ľudí, ktorí sú telesne postihnutí.

3.2 Druhy telesného postihnutia

Na prístupnenie jednotlivých druhov telesného postihnutia je výhodné ich neurologické členenie, ktoré uvádzame ďalej.⁷

⁷ Porov. SLOWÍK, J.: *Speciální pedagogika*.

3.2.1 *Detská mozgová obrna*

Toto ochorenie sa pokladá za najčastejšiu príčinu vzniku telesného postihnutia. Je to civilizačné ochorenie. V ostatnom období počet prípadov detskej mozgovej obrny prirúba. Je potrebné oboznámiť sa s tým.

Príčinou detskej mozgovej obrny je organické poškodenie mozgu a mozočka, ktoré vzniká skôr, ako bol dokončený rast a vývoj mozgu.⁸

Ide o syndróm nepokračujúceho poškodenia mozgu spôsobeného činiteľmi pôsobiacimi na nezrelý nervový systém, prejavujúci sa počas pôrodu, alebo v ranom postnatálnom živote, prejavujúci prevažne poruchu hybnosti a často pridružené postihnutie, intelektuálne, záchvatové, citové, emočné a špecificky výchovné.

Doba, v ktorej vyvíjajúce sa mozgové tkanivá ešte nie sú zrelé, nie je zatiaľ jasne definovaná. Ide o dobu 28 dní po pôrode (pediatrické ponímanie), 6 mesiacov až rok po pôrode (neurologické ponímanie), do 3 rokov po pôrode. Podľa niektorých autorov je možnosť vzniku niektorých poškodení perinatálneho charakteru až do siedmich rokov.

Podstatná je aj otázka názvu uvedeného ochorenia. Vo svete sa v minulosti používalo dvojaké pomenovanie: anglosaské – „cerebral palsy“ (mozgová obrna), prípadne „infantile cerebral palsy“ (detská mozgová obrna) a francúzske – „encéphalopathies infantiles“ (detská encefalopatia).

Anglosaský termín bol prijatý ako oficiálne pomenovanie tejto diagnózy. Je preložený do väčšiny svetových jazy-

⁸ Porov. VAJDA, R: *Špeciálna neurológia pre somatopédov*. Bratislava, 1992.

kov, často s pridaním termínu „detská“. Takto sa zaužívali termíny:

- v anglickej literatúre „cerebral palsy“ (CP),
- vo francúzskej literatúre „infirmité motrice“,
- v nemeckej literatúre „zerebral Kinderlähmung“.

Etiológia detskej mozgovej obrny

Príčina tohto postihnutia u detí je veľmi rozmanitá. Etiologické faktory môžeme rozdeliť do troch základných skupín:

- a. prenatálne činitele,
- b. perinatálne činitele,
- c. postnatálne činitele.

Prenatálne činitele

Túto skupinu tvoria faktory, ktoré v čase od počatia do doby pôrodu môžu mať za následok vznik telesného postihnutia:

- dedičnosť (diskutovaný etiologický faktor, odborníci sa usilujú odhaliť genetické predpoklady vzniku detskej mozgovej obrny so snahou predchádzať tomuto ochoreniu,⁹
- všetky druhy infekcií, ktoré prekonala matka dieťaťa,
- obehové poruchy, najmä gestózy, zvýšená hladina thyroxínu v sére matky,
- inkompabilita Rli dieťaťa a matky,
- nedonosenosť rôzneho stupňa,
- škodlivosť účinkov röntgenových lúčov a rádiového žiarenia na vaječnú bunku a vyvíjajúci sa plod,

⁹ Porov. VÁGNEROVÁ, M.: *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha : Karolinum, 1997.

- chronické účinky alkoholu,
- nikotín,
- chemické škodliviny,¹⁰
- duševná záťaž matky,
- nedostatok výživnej stravy,
- nepriaznivé vplyvy v 6. až 12. týždni vnútromaternicového vývoja plodu, t. j. v období prechodu zárodka z choriového krvného obehu na placentárny krvný obeh.

Perinatálne činitele

Perinatálne obdobie je čas samotného pôrodu.

- Rh inkompabilita,
- abnormálne plody, ktoré spôsobujú pri pôrode komplikácie s následkami. Ide o krvácanie, intravertikulárne, intracerebrálne, subarachnoidálne, ruptupy tkaniva, falx alebo tentoria,
- asfyxie – deti kriesené viac ako 10 minút, čo vedie k mozgovej hypoxii. Novorodenec má na rozdiel od starších detí možnosť prežiť nedostatok v dýchaní hrudníkovom anaeróbnym dýchaním pomocou kyseliny mliečnej,¹¹
- novorodenecká hypoglykémia. Je známe, že mozog potrebuje na svoju výživu kyslík a glukózu, keďže bez ich neustáleho prísunu gangliová bunka nemôže existovať.¹²

Postnatálne činitele

Postnatálne činitele sú predmetom odbornej diskusie. Podľa angloamerických autorov sa detská mozgová obrna spravidla označuje ako získaná (acquired). S týmto tvrde-

¹⁰ Porov. KÁBELE, F.: *Somatopedie*. Praha : SPN, 1982; KÁBELE, F.: *Základy somatopedie*. Praha : SPN, 1985.

¹¹ Porov. LESNÝ, I.: *Dětská neurologie*. Praha, 1980; LESNÝ, I.: *Všeobecná a speciální neurologie*. Praha, 1980.

¹² Porov. LESNÝ, I.: *Dětská neurologie*.

ním nesúhlasí iná skupina autorov, ktorá sa domnieva, že v súvislosti s detskou mozgovou obrnou sa dá hovoriť o získanej detskej mozgovej obrne len vtedy, ak ide o prípady vzniknuté až po prvom roku života.

Hlavné popôrodné činitele vedúce k vzniku telesných postihnutí sú predovšetkým:

- rané kojenecké infekcie, najmä pľúcne (bronchopneumonia), zažívacie (gastroenteritis), infekčné zápal mozgu (encefalitis) a mozgových blán (meningitis),
- Rh inkompabilita sa vďaka liečiteľnosti vyskytuje už veľmi zriedka,
- príčinou detskej mozgovej obrny býva viac činiteľov súčasne (multiplied factors),
- afyxie,
- nedonosenosť.

Symptomatológia detskej mozgovej obrny

Detská mozgová obrna má typické prejavy, ktoré pokladáme za symptómy detskej mozgovej obrny. Kvôli prehľadnosti vymenúvam oblasti, v ktorých sa tieto symptómy môžu prejaviť.

- *Poruchy hybnosti*

Hlavným hodnotiacim faktorom pri detskej mozgovej obrne je schopnosť jedinca pohybovať sa. Ak sa pohybuje samostatne, hodnotí sa ako mobilný. Ak sa pohybuje len s pomocou inej osoby alebo ortopedickej pomôcky (barly, „chodítka“), hodnotí sa ako čiastočne mobilný. Ak nie je schopný pohybovať sa ani s pomocou, hodnotí sa ako imobilný a premiestňuje sa pomocou invalidného vozíčka.

Hodnotenie mobility alebo imobility sa používa v hodnotiacich správach a má praktický význam pri určovaní schopnosti chodiť.

Rozlišujú sa dva okruhy poškodenia hybnosti:

- a) poškodenie hrubej motoriky,
- b) poškodenie jemnej motoriky.

Z neurologického hľadiska sa pri detskej mozgovej obrne objavujú tieto typy porúch:

- a) spasticita,
- a) hypotónia,
- a) diskinéza,
- a) hypokinetický syndróm,
- a) atetoidný syndróm,
- a) choreatický syndróm,
- a) balistický syndróm,
- h) myoklonický syndróm.¹³

- *Poruchy telesného vývinu*

Prejavujú sa v raste, celkovej vyspelosti a vo vzhľade, ktorý je nejakým smerom patologický a odlišný od normy.

- *Poruchy zraku*

Sú to predovšetkým poruchy zrakového nervu, strabizmus, epileptické paroxyzmy, čo sa vyskytuje až u 50 % detí s detskou mozgovou obrnou.

- *Poruchy sluchu*

Tieto poruchy sa prejavujú v spastických formách v čase spasticity. Sú spôsobené poškodením sluchovej dráhy alebo priamo kôrového poľa sluchového analyzátoru v spánkovom laloku.

¹³ Porov. KÁBELE, F.: *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s DMO*. Praha : SPN, 1988.

- *Poruchy reči*

Porucha reči, inak nazývaná narušená komunikačná schopnosť detí s telesným postihnutím, je veľmi častá. Štatisticky je preukázané, že 65 % detí s detskou mozgovou obrnou je postihnutých poruchami reči.¹⁴ Toto percento sa zvyšuje až na 80 %, ak sa berú do úvahy i ľahšie rečové nedostatky, najmä oneskorený vývin reči. Toto vysoké percento potvrdzujú aj novšie výskumy. Asi tri štvrtiny detí s detskou mozgovou obrnou majú v reči ťažkosti rozličného stupňa.

Príčiny vzniku porúch reči súvisia s viacerými okolnosťami. Je to predovšetkým preto, že prevažná väčšina telesných postihnutí vzniká na základe poškodenia centrálnej nervovej sústavy. Pri tomto poškodení vzniká primárna porucha hybnosti, ktorá sa prejavuje narušením hrubej motoriky, čo, zjednodušene povedané, znamená narušenie schopnosti chodiť. Zároveň však dochádza aj k narušeniu jemnej motoriky, čo sa prejavuje predovšetkým v obratnosti rúk, ale aj v zníženej motorike všetkých funkcií orofaciálneho systému, ktorý sa zúčastňuje na hovorení. Ide o zníženie pohyblivosti pier, jazyka, sánky, čeľuste, líc, mäkkého i tvrdého podnebia. Narušenie jemnej motoriky v tejto oblasti spôsobuje aj narušenie koordinácie pri artikulácii.

- *Poruchy vedomia*

Ide o kombináciu telesného postihnutia a epilepsie. Výskyt epileptických záchvatov býva u hemiparetického typu až u 42 % detí s detskou mozgovou obrnou.¹⁵

¹⁴ Porov. SOVÁK, M.: *Logopedie*. Praha : SPN, 1981.

¹⁵ Porov. VAJDA, R: *Špeciálna neurológia pre somatopédov*.

- *Poruchy správania*

Hlavným prejavom je psychomotorický nepokoj, neposlušnosť, deštruktívne sklony, negatívny postoj k práci, najmä v prípade kombinácie s ľahkou mozgovou dysfunkciou.¹⁶ Poruchy správania môžu sprevádzať telesné postihnutie aj ako následok psychickej záťaže na dieťa, vyplývajúcej z následkov postihnutia.

- *Slinotok*

Slinotok je spôsobený parézou jazyka a tvrdého a mäkkého podnebia, čo je príznačné u niektorých typov detskej mozgovej obrny. Tento prejav je možné ovplyvňovať pedagogicky.

- *Porucha pocity diskriminácie*

Prejavuje sa ako vedľajší symptóm pri epileptických záchvatoch a pri niektorých typoch detskej mozgovej obrny.

- *Obmedzenie sociálnych kontaktov*

Základnou príčinou tohto prejavu je obmedzená mobilita. Človek, ktorý je telesne postihnutý, má obmedzenú možnosť pohybovať sa bez pomoci. Ide hlavne o fyzické bariéry. Niekedy i jeden schod môže spôsobiť izolovanosť. Fyzické bariéry nie sú však tou hlavnou prekážkou. Podstatnejšie sú bariéry psychické. Neprijatie postihnutia, uzavretie sa človeka s postihnutím do svojho vnútorného sveta je podstatnejšou príčinou sociálnej izolácie; takisto neprijímanie ľudí s telesným postihnutím spoločnosťou ľudí, s ktorými žijú.

¹⁶ Porov. BAJO, I., VAŠEK, Š.: *Psychopédia I.* Bratislava : UK, 1985.

- *Zlyhanie v škole*

U detí s detskou mozgovou obrnou sa často prejavujú pridružené špecifické poruchy učenia, hlavne agrafia, alexia, najmä pri kvadraparetickej forme detskej mozgovej obrny.

Formy detskej mozgovej obrny

Prvý opis hemiplegickej formy pochádza z 12. storočia, autorom prvého vedeckého opisu hemiparetickej formy z roku 1827 je Cazauviell a ďalšími vedeckými prácami, najmä v anglosaských krajinách, dospelo bádanie v oblasti klasifikácie detskej mozgovej obrny, predovšetkým v období po druhej svetovej vojne, ku svojmu rozvoju.

Klasifikácia detskej mozgovej obrny, ktorú vypracoval neurológ Dr. Lesný v roku 1985, dáva prehľadný obraz o jej jednotlivých formách.¹⁷

Spastické formy detskej mozgovej obrny

Spastické formy vznikajú ako dôsledok poškodenia pyramídovej dráhy, t. j. centrálnych motorických neurónov, kdekoľvek v ich priebehu od kôry čelového laloku až k rozvetveniu okolo motorických buniek v predných rohoch miechy.¹⁸

1. Diparetická forma

Táto forma vzniká poškodením (léziou) v temennom laloku mozgu. Ide o najskôr poznanú formu DMO (John Little v roku 1859), ktorá je charakteristická spastickým symetrickým ochrnutím oboch dolných končatín. Po-

¹⁷ Porov. LESNÝ, I., a i.: *Dětská mozková obrna*. Praha : Avicenum, 1985.

¹⁸ Porov. OPATRÍLOVÁ, D.: *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno : PhF MU, 2003.

známe *typ extenčný*, pri ktorom sú kolenné kĺby v extenzii (natahnuté), alebo *typ flekčný*, pri tomto type je v kolenách trvalá flexia (pokrčenie až ohnutie).¹⁹ Bedrové kĺby sa nachádzajú v addukcii (sú od seba oddialené). Následkom toho dochádza ku skráteniu trojhlavého lýtkového svalu, čo má za následok tzv. pes equinus (konská noha).

Chôdza osôb s touto formou DMO je „nôžkovitá (pre addukciu v bedrách kolená trú o seba), „prekračujúca“ (prekračovanie stopy) a „digitigrádna“ (došľapovanie na špičku).²⁰

Charakteristické je aj poškodenie motoriky a tiež narušenie uvedomovania si vlastného tela.

2. *Paukospasická diparetická forma*

Táto forma je rovnaká ako klasická diparetická forma, charakteristické pri tomto postihnutí je, že postihnutí jediní viac zaťažujú prednú časť chodidla.

3. *Hemiparetická forma*

Táto spastická obrna hornej a dolnej končatiny jednej polovice tela²¹, pričom ide o postihnutie jednej mozgovej hemisféry.

U tejto formy je poškodenie hlavne v oblasti hlavy a horných končatín, menej v oblasti dolných končatín.²² Horná končatina je vo flexii v lakťovom kĺbe. Typická je tzv. vynútená ľavorukosť alebo pravorukosť na základe postihnutia dominantnej ruky. Dolná končatina je naopak v extenzii a to sa prejavuje našľapovaním na špičku. Inteligencia

¹⁹ Porov. RENOTIÉROVÁ, M.: *Somatopedické minimum*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2002.

²⁰ Porov. LESNÝ, J., ŠPITZ, J.: *Neurologie pro speciální pedagogy*. Praha : SPN, 1989.

²¹ Porov. RENOTIÉROVÁ, M.: *Somatopedické minimum*.

²² Porov. VÍTKOVÁ, M.: *Somatopedické aspekty*. Brno : Paido, 1999.

u týchto detí súvisí s postihnutím hemisfér. Pri postihnutí pravej hemisféry je IQ okolo 90, pri postihnutí ľavej hemisféry je IQ 65.

4. *Spastická obojstranná hemiparetická forma*

Vzniká na základe rozsiahleho poškodenia mozgu v obidvoch hemisférach. Postihnuté sú všetky štyri končatiny a hybnosť je preto obmedzená.²³ Obojstrannú hemiparetickú formu niektorí odborníci nazývajú aj subforma kvadruparetickej formy.

5. *Kvadruparetická forma*

Ide o globálne poškodenie rozsiahlych častí senzomotorickej oblasti mozgovej kôry, čo znamená, že je narušená celková senzomotorika tela i oblasť hlavy.²⁴ Táto forma je pokladaná za najťažšiu formu, pretože sú postihnuté všetky štyri končatiny a má najmenej priaznivú prognózu vo vývoji hybnosti a tiež intelektu.

Nespastické formy detskej mozgovej obrny

Nespastické formy sú typické absenciou svalového napätia. Aj táto forma má niekoľko typov.

1. *Hypotonická forma*

Je charakteristická znížením svalového tonusu a zmenami v dôsledku dozrievania mozgu. Táto forma môže okolo tretieho roku života prejsť do niektorej spastickej alebo dyskinetickej formy. Prejavuje sa zvýšenou kĺbovou

²³ Porov. RENOTIÉROVÁ, M.: Životní standard jedinců s muskulární dystrofií. In: *Sborník V. mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006.

²⁴ Porov. VÍTKOVÁ, M.: *Somatopedické aspekty*.

pohyblivosťou v dôsledku zníženého svalového tonusu. Často je prítomná aj mentálna retardácia.

2. *Dyskinetická forma*

Táto forma je charakteristická mimovoľnými pohybmi, ktoré sú nepotlačiteľné a prejavujú sa nezávisle od vôle človeka.

Tieto nepotlačiteľné pohyby sa prejavujú ako:

- atetotické (pomalé, červovité),
- choreatické (prudké, nečakané),
- balistické (prudké, s veľkým pohybovým rozsahom),
- myoklonické (drobné pohyby jednotlivých svalov, alebo svalových skupín),
- lordotická dystonia (pri chôdzi sa jedinec otáča v oblasti trupu smerom dozadu, takže vzniká nápadná lordóza).

Pri dyskinetickej forme vznikajú i mimovoľné pohyby v tvári, pričom vznikajú grimasy, ktoré vôbec nezodpovedajú psychickému stavu jedinca – ide o tzv. pseudoafektívnu fyziognómiu.²⁵

3. *Rigidne akinetická forma*

Podľa Lesného²⁶ ide o tzv. parkinsonský syndróm bez pokojového trasu.

3.2.2 Iné druhy telesného postihnutia

Kraniocerebrálne poranenia detí

Dôsledky kraniocerebrálnych poranení detí závisia od veku dieťaťa. Členíme ich na pôrodné poranenia, otras

²⁵ Porov. RENOTIÉROVÁ, M.: *Somatopedické minimum*.

²⁶ Porov. LESNÝ, J., ŠPITZ, J.: *Neurologie pro speciální pedagogy*.

mozgu, postkomočný syndróm, mozgovú kontúziu a lecéráciu a postraumatickú epilepsiu.

Lahká mozgová dysfunkcia

Lahká mozgová dysfunkcia vzniká včasným postihnutím nezrelého mozgu, alebo minimálnym poškodením centrálného nervového systému. Tieto poškodenia sú nenápadné a málo známe. Ich význam je však veľký preto, lebo detí s touto diagnózou pribúda. V súčasnosti sa spája táto diagnóza s diagnózou ADHD.

Neurokutálne syndrómy

Neurokutálne syndrómy sú geneticky podmienené ochorenia progresívneho charakteru. Charakteristickou črtou neurokutálnych syndrómov sú displastické kožné zmeny, ktoré sa kombinujú so zmenami v centrálnom nervovom systéme. Najčastejšie sú:

- a) neurofibromatosis – morbus Recklinghausen,
- b) ataxia teleangiectasia – syndróm Luis-Baar,
- c) cerebello – retinálna hemangiomatóza – syndróm Hippel-Lindau,
- d) Sturge – Weber syndróm,
- e) Sjögren – Larssonov syndróm,
- f) tuberózna skleróza.

Neurologické syndrómy spojené s chromozomálnymi abnormalitami

Chromozomálne aberácie sú poruchy autosomálnych alebo pohlavných chromozómov, buď v ich počte alebo v ich štruktúre. Z veľkého počtu rôznych syndrómov sa najčastejšie stretávame s týmito:

- a) Downov syndróm – trizómia 21,
- b) antimongolizmus – syndróm Lejeune,
- c) trizómia 18 – syndróm Edward,

- d) trizómia 13 – syndróm Patau,
- e) trizómia 22,
- f) čiastočná monozómia chromozómu 5 – syndróm mačacieho plaču,
- g) syndróm Klinefelter (47, XXY),
- h) syndróm Turner (45, X).

Neurologické syndrómy spojené s chromozomálnymi abnormalitami sa prejavujú somatickou stigmatizáciou, psychickou retardáciou, krčmi, abnormálnymi pohybovými prejavmi, štrukturálnymi zmenami mozgu a poruchami správania.

Degeneratívne ochorenia nervového systému v detskom veku

Degeneratívne ochorenia nervového systému sú systémové ochorenia, ktoré sa anatomicky prejavujú degeneratívnymi zmenami bielej alebo sivej hmoty mozgu. Pri týchto ochoreniach rozlišujeme syndrómy, pri ktorých degenerujú celé systémy buniek a príslušných dráh, a syndrómy, pri ktorých proces postihuje len bunkové štruktúry. Degenerácie začínajú v útlom veku a rýchlo progredujú. Väčšina z nich má familiárny výskyt s dominantnou alebo recesívnou dedičnosťou.

Podľa postihnutia jednotlivých systémov možno degeneratívne ochorenia rozdeliť na:

- a) degenerácie postihujúce prevažne bielu hmotu mozgu, miechové povrazce a mozoček,
- b) degenerácie s prevahou extrapyramídových prejavov,
- c) degenerácie postihujúce mozog a sietnicu,
- d) degenerácie, ktoré tvoria prechod k nádorovému bujneniu.

V tejto súvislosti uvediem niektoré najčastejšie ochorenia:

- a) spinocerebellárna degenerácia,

- b) neurálna amyotrofia – m. Charcot–Márie–Toth,
- c) infantilná spinálna degenerácia – Werdnigová–Hoffmannova,
- d) hepatolentikulárna degenerácia – m. Wilson,
- e) včasnoinfantilná forma – Tay–Sachsova forma,
- f) neskoroinfantilná forma – Jánskeho–Bielschowského forma,
- g) juvenilná forma – Spielmayerova–Wogtova.

Pri viacerých chorobách sa kombinuje degenerácia a demyelinizácia. Prejavujú sa poruchami motoriky, psychiky a niektoré epileptickými záchvatmi.

Demyelinizačné ochorenia nervového systému v detskom veku

Demyelinizačné ochorenia nervového systému patria do skupiny ochorení, ktorých spoločným znakom je histiotropia, to jest vzťah k určitému tkanivu, k bielej hmote mozgu a miechy, kde spôsobujú rozpad myelínu. Majú veľmi rýchly priebeh. Demyelinizačné ochorenia možno rámcovo členiť na ložiskové a difúzne. Najčastejšími ložiskovými demyelinizačnými ochoreniami sú Morbus–Pelizeaus–Merzbacher a sklerosis multiplex. Najčastejším difúznym demyelinizačným ochorením je encefalitída periaxialis Schilder.

Sklerosis multiplex je najčastejším ochorením, s ktorým sa môžeme stretnúť v ústavoch sociálnej starostlivosti. Z typických príznakov tohto ochorenia uvádzam najmä parastézie na dolných končatinách, ťažkosti s močením, poruchy hybnosti v zmysle paraparéz až plégii dolných končatín. Reč je skandovaná, ovplyvnená ťažkými parézami orofaciálneho systému. Príznačný je nystagmus a intenčný tras.

Metabolické poruchy centrálného nervového systému

Metabolické poruchy centrálného nervového systému sú ochorenia, pri ktorých prevláda v klinickom obraze metabolická chyba alebo je metabolická chyba hlavným patogenetickým faktorom. Ide o širokú skupinu ochorení, kde absencia enzýmov spôsobuje trvalé, skoro vždy progresívne ochorenie centrálného nervového systému. Rozoznávajú sa poruchy metabolizmu bielkovín, tukov a cukrov. Môžeme ich rozdeliť na:

- a) tesaurizmózy (metabolit sa hromadí v orgánoch),
- b) zaplavenie organizmu nevhodnými metabolitmi,
- c) transportné poruchy,
- d) karenčné poruchy.

V tejto súvislosti uvádzam najčastejšie ochorenia:

- a) fenylketonúria,
- b) choroba javorového sirupu,
- c) okulocerebrorenálny syndróm (Lôwe),
- d) hyperamonémia,
- e) Reyov syndróm.

Metabolické poruchy centrálného nervového systému sa prejavujú buď celkovými príznakmi alebo aj postihnutím iných orgánov okrem mozgu, komplikáciami základných metabolických procesov.

Epileptické záchvaty

Epileptický záchvat je náhly prechodný patologický stav v mozgu, ktorý sa prejavuje senzorickými, motorickými príznakmi. Podľa patogenézy sa epileptické záchvaty členia na dve veľké skupiny – parciálne (ložiskové) záchvaty a generalizované záchvaty. Hlavné klinické prejavy epileptického záchvatu možno rozdeliť do niekoľkých skupín:

- a) poruchy vedomia rôzneho stupňa,
- b) motorické príznaky (kŕče, poruchy svalového napätia a automatické pohyby),
- c) psychické príznaky rôzneho druhu (strach v úvode zá-
chvatu),
- d) senzitívne a senzorické príznaky (trpnutie),
- e) vegetatívne príznaky (zmena zreníc, pulzu, slinenie).

Zápalové ochorenia centrálnej nervovej sústavy

Ide o zápal mozgu, ktoré spôsobujú infekcie a postihujú organizmus ako celok.

Zápalové ochorenia centrálnej nervovej sústavy môžeme rozdeliť podľa miesta postihnutia na ochorenia mozgu (encefalitídy), ochorenia miechy (myelitídy) a ochorenia ich obalov (meningitídy).

Prejavujú sa bolesťami pri pohyboch krku, bolesťami hlavy, horúčkami, zvracaním až postihnutím nervového systému.

Svalové ochorenia v detskom veku

Choroby svalov spolu s chorobami iných častí motorického systému (motorické bunky predných rohov miechy, nervové korene) označujeme ako nervosvalové ochorenia. Ochorenia svalových vlákien, tzv. myopatie, zahŕňajú poškodenie priečne pruhovaného svalstva.

Podľa etiológie možno myopatie rozdeliť na:

- a) svalové dystrofie,
- b) kongenitálne myopatie,
- c) metabolické myopatie,
- d) endokrinné myopatie,
- e) zápalové myopatie,
- f) periodické paralýzy,

- g) poškodenie svalstva vonkajšími činiteľmi,
- h) nádory svalu.

Príznakmi sú postupný úbytok svalovej sily a hmoty, postupná imobilizácia a neschopnosť samostatného pohybu.

Cievne ochorenia mozgu

Tieto ochorenia vznikajú náhle. Rozoznávajú sa náhle cievne mozgové príhody, krvácanie do mozgu a subarachnoidálne krvácanie.

Príčinou hypoxie a ischemie mozgu je asfyxia, nedostatok kyslíka pri pôrode. Závažné ischemie spôsobia poškodenie mozgových ciev s následným krvácaním do mozgového tkaniva. Tieto poškodenia sú najčastejšou príčinou detskej mozgovej obmy, mentálnej retardácie a epileptických záchvatov.

Amputácie

Amputácie sa vykonávajú v tých prípadoch, keď porúrazové alebo chorobné zmeny končatín zhoršujú alebo ohrozujú život postihnutého.

Poruchy v zakrivení chrbtice

Poruchy v zakrivení chrbtice sa nazývajú lordóza (prehnutie chrbtice smerom dopredu), kyfóza (prehnutie chrbtice smerom dozadu) a skolióza (patologické vychýlenie chrbtice smerom doprava alebo doľava).

Prejavom tohto postihnutia je zlé držanie tela a bolesti v oblasti chrbta.

Vrodené poruchy vývoja

Niektoré vývojové chyby vznikajú poruchou uzavretia medulárnej trubice, a to najčastejšie na jej hornom alebo dolnom konci.

Vrodené poruchy vývoja sa členia na:

- a) rászštepy lebky,
- b) skryté rászštepy lebky,
- c) rászštepy chrbtice,
- d) skryté rászštepy chrbtice,
- e) vrodená svalová atónia – Oppenheimova choroba,
- f) vrodené deformity končatín (nôh a kĺbov).

3.3 Špecifický prístup k osobám s telesným postihnutím

Pri tomto postihnutí treba brať do úvahy nielen stupeň postihnutia, ale aj skutočnosť, že stav, v ktorom sa nachádzajú, si samotní ľudia s telesným postihnutím plne uvedomujú. To, ako jedinec vníma svoje postihnutie, závisí od jeho osobných vlastností, ale je v istej miere odrazom vzťahu spoločnosti k nemu.

V našej spoločnosti prebieha proces integrácie a inkluzie ľudí so zdravotným postihnutím do spoločnosti. Na všetkých typoch škôl sa vytvárajú podmienky na vzdelávanie študentov s telesným postihnutím, hlavne formou odstraňovania bariér, prípravou individuálnych foriem vzdelávania a pod.

Napriek tomu sa s takými študentmi stretáme v menšej miere, najmä na vysokých školách. Príčina je v obavách, ktoré pretrvávajú u týchto mladých ľudí, a tiež v nepripravenosti a neochote učiteľov akceptovať špecifické postupy a potreby, ktoré si to-ktoré postihnutie z ich strany vyžaduje.

Odpoveď na otázku položenú ktorémukoľvek mladému človeku, po čom najviac túži, znie: 1. Nájsť si dobrého životného partnera. 2. Vlastná seberealizácia a dobrá práca, „ktorá by ma bavila“. Ak položíme rovnakú otázku ktorémukoľvek mladému človeku so špeciálnymi potrebami, odpoveď znie: 1. Nájsť si dobrého životného partnera. 2. Vlastná seberealizácia a dobrá práca, „ktorá by ma bavila“. Odpoveď je stále rovnaká. Rozdiel je v tom, aké skutočné možnosti títo mladí ľudia majú.

Možnosti mladých ľudí sa neodlišujú v materiálnom zmysle, ide o niečo iné. Ide o viacero pozoruhodných a jednoduchých skutočností týkajúcich sa mladých ľudí so zdravotným postihnutím. Ide hlavne o vzdelanie ako súčasť ich normálneho vývoja, o proces formovania ich osobnosti, o stupeň ich nezávislosti, o ich seberealizáciu, o ich reálnu užitočnosť, o ich pracovné uplatnenie, o ich prístup ku kultúre, o ich sociálne kontakty, o ich vedomie vlastnej dôstojnosti.

Možnosti mladých ľudí so zdravotným postihnutím budujú skúsenosť, ktorá formuje ich presvedčenie o perspektíve vlastného života. Nedostatok vzdelania ovplyvňuje ich životnú perspektívu omnoho výraznejšie ako nedostatok vzdelania mladých ľudí vo všeobecnosti. Ich šanca uplatniť sa je spravidla viacnásobne menšia, avšak zároveň priamo úmerná dosiahnutému vzdelaniu.

3.4 Prípadová štúdia

Klára, 29-ročná, Nové Zámky

Iného človeka, Kláru, som poznala ako desaťročné dievča. Následkom detskej mozgovej obrny mala vážne telesné postihnutie a zostala na invalidnom vozíku. Bola veľmi pekná. Dobre sa učila. Bola zodpovedná. Spolužiaci ju mali radi, lebo vždy sa zaujímal o ostatných a pomáhala každému, kto jej pomoc potreboval. Len ťažko bolo možné spozorovať smútok, ktorý nosila vo svojom vnútri. Po čase, keď sme sa zblížili, mi ho prezradila. Jej rodičia sa práve rozviedli. Matka zostala s ňou a otec si našiel inú rodinu. Už sa o nich nezaujíma. Na otázku, či vie povedať, prečo to tak je, mi odpovedala: „To ma najviac trápi. Je to kvôli mne.“

Ukončila vzdelanie na strednej škole. Nejaký čas žila so svojou matkou, ale takýto život ju neuspokojoval.

Po dlhom rozhodovaní sa prihlásila na vysokú školu. Bola najlepšou študentkou v ročníku. Ani vtedy však nebola schopná sa prijať. Žila v neustálych pochybnostiach o sebe, o zmysle života.

Po troch rokoch štúdia ju nezodpovedané otázky dovedli k ukončeniu svojho života.

Jana, 50-ročná, Bratislava

Iným príbehom je príbeh Jany, s ktorou som sa zoznámila pred dvadsiatimi rokmi. Jana prekonala detskú mozgovú obrnu. Následkom tohto ochorenia sa ocitla na invalidnom vozíku. Po každom stretnutí s touto dievčinou a jej rodinou som z ich strany cítila úžasný a hmatateľný pokoj a vyrovnanosť. Rozmýšľala som o tom, ako je možné, že

mladá pekná osoba vie tak radostne a plnohodnotne žiť, hoci jej svet je zmenšený do rozmerov jedného domu, pričom tam, sediac na invalidnom vozíku, prijíma láskavú pomoc svojej matky a otca. Odkiaľ berú silu títo starší rodičia – denne sa tešiť, plánovať pekné veci, pozitívne a s dobroprajnosťou hovoriť o iných, tešiť sa z úspechov iných ľudí. Prijatie, ktoré som zažila v tejto rodine, ma priviedlo k hľadaniu odpovede na otázku, čo je zdrojom tejto pozitívnej sily, ktorá napriek neľahkému fyzickému stavu človeka je všetkých prijímajúcou bez akejkoľvek výhrady. Predsa nie je ľahké prijať postihnutie svojho dieťaťa, zmieriť sa s tým, že toto dieťa nebude nikdy žiť rovnako ako hociktoré iné dieťa z okolia, nebude si môcť vybrať školu, ktorá sa mu páči, cestovať a cítiť sa voľne, tak ako každý mladý človek túži. Nebude si môcť obliecť nádherné šaty a ísť si zatančovať. Toto musí vyvolať u rodiča aspoň pocit hnevu, či sklamania, ktorý som však pri stretnutí s nimi jednoznačne nepociťovala. Skôr naopak, mohla som uvoľnene rozprávať o svojom úspechu, postážovať si hoci na prežívanú nespravodlivosť a zakaždým odchádzať z tohto prostredia prijatá a pochopená.

4 | *Zrakové postihnutie*

Porucha zraku je jednou z porúch, ktoré nazývame zmyslové postihnutie. Toto postihnutie predstavuje 1,5 % z celkovej populácie.

4.1 Definícia zrakového postihnutia

Za osobu so *zrakovým postihnutím* (z pohľadu tyflopédie) pokladáme toho jedinca, ktorý i po optimálnej korekcii (medikamentóznej, chirurgickej, pomocou dioptrických okuliarov a podobne) má v bežnom živote problémy so získavaním a spracovávaním informácií zrakovou cestou.²⁷

Vizus (miera zrakovej ostrosti) je presnosť vizuálnej diferenciácie. Meria sa na blízko a na diaľku.

Videnie na diaľku, napríklad vizus 1/20 znamená, že zrakovo postihnutá osoba rozpozna na vzdialenosť jedného metra to, čo zdravý na vzdialenosť dvadsať metrov.

²⁷ Porov. VITÁSKOVÁ, K., LUDÍKOVÁ, L., SOURALOVÁ, E.: *Zefektivnění studia a profesního uplatnění handicapovaných studentů na vysokých školách*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2003.

Videnie na blízko sa hodnotí pomocou čísel, ktoré označujú písmená v diagnostickej tabuľke, ktoré je jedinec ešte schopný prečítať.

4.2 *Klasifikácia zrakového postihnutia*

Zrakovo postihnutých môžeme členiť podľa WHO do týchto štyroch základných skupín:

- *nevidiaci*, teda osoby s úplnou stratou zraku, prípadne osoby, ktorí sú schopné vnímať svetlo bez schopnosti určiť jeho zdroj;
- *prakticky nevidiaci*, teda osoby, ktoré majú zachované zvyšky zraku tak, že sú schopné vnímať svetlo, tvary predmetov, ale ani s korekciou nie sú schopné využívať zrak v bežnom živote;
- *slabozrakí*, teda osoby, ktoré majú vážne poškodený zrak, ale s jeho zachovanými zvyškami sú schopní vykonávať bežné úkony; nie sú schopní vykonávať zrakovú prácu;
- *osoby s poruchami binokulárneho videnia*, teda osoby s poruchou videnia, ktorá spôsobuje problémy v priestorovom vnímaní. Ide o poruchu funkčnej rovnováhy a fyziologickej spolupráce pravého a ľavého oka.

4.3 *Špecifický prístup k ľuďom so zrakovým postihnutím*

Život osôb so zrakovým postihnutím sťažujú problémy vyplývajúce z ich postihnutia. V závislosti od stupňa a typu

zrakového postihnutia vnímajú svoje obmedzenie v týchto dvoch základných bariérach:

- prekážky (fyzické) pri samostatnom pohybe a orientácii (neozvučené semaforey na prechodoch pre chodcov, nedostatočné označenia nebezpečných prekážok, chýbajúce vodiace línie a reliéfne značenia a pod.);
- bariéry pri získavaní informácií (nedostupnosť bežných informácií vo vhodnom formáte, akým je pre osoby so zrakovým postihnutím Brailovo písmo, zvukové nahrávky alebo elektronické verzie textov, prípadne veľkosť a typ písma používaného v tlačených dokumentoch, nápisochoch, informačných tabuliach a podobne).

Pri posudzovaní miery postihnutia je dôležitým kritériom, či ide o zrakové postihnutie vrodené, alebo získané.

S vrodeným zrakovým postihnutím sa človek od detstva adaptuje na odlišné životné podmienky. Vrodené zrakové postihnutie znamená to, že sa od narodenia rozvíjajú ostatné zmysly, ktoré napomáhajú vnímanie sveta. Neschopnosť porovnávať spôsob života s bežnou zrakovou kontrolou svojím spôsobom uľahčuje prijímanie daného postihnutia. Je však náročné na učenie sa. Od detstva majú nevidiaci ľudia sťažené hlavne sociálne učenie. Nevidiaci človek je odkázaný na pomoc inej osoby. Preto aj intervencia je zameraná viac na rodinu, blízke okolie. Začlenenie sa do bežnej spoločnosti predpokladá výchovu k rozvoju praktickej samostatnosti. Praktická samostatnosť je predpokladom samostatnosti v rozhodovaní.

V prípade získaného zrakového postihnutia je situácia odlišná. Hlavný dôraz sa kladie na pomoc človeku samotnému, aby sa vedel so svojím postihnutím vyrovnáť. Podstatný je aj vek, v ktorom k postihnutiu došlo. Získané

vedomosti, skúsenosti, predstavy o živote a prostredí v ktorom žil, môžu byť nápomocné pri zvládaní postihnutia a pri začlenení sa do života.

4.4 Prípadová štúdia

Ján, 40-ročný

Obyčajný chlapec z dediny, ktorého zrakové postihnutie zaviedlo ďaleko od svojej rodiny, lebo mohol študovať iba na špeciálnej škole. Báľ sa nového prostredia. Hľadal si nejakú istotu, ktorá by mu pomohla. Pri náhodnom stretnutí spoznal skupinu mladých ľudí, ktorí ho pozvali medzi seba. Spolu rozprávali o hodnotách, o tom, ako je pekné žiť pre druhých, a o zodpovednosti za tých, ktorí sú na tom horšie ako my sami. Zdalo sa mu to nepochopiteľné, že by niekto mohol mať ťažší život ako on. Lenže pri ďalších stretnutiach spoznal takých, ktorí prišli na stretnutie s omnoho vážnejšími problémami, aké poznal on. Boli to mladí ľudia bez zmyslu života. Spoznal sa s jedným s nich, ktorý mu vyrozprával, ako beznádejne žije. Počúval ho pozorne a vo vnútri ho veľmi ľutoval. Hľadal spôsob, ako mu pomôcť. Keď ho nenachádzal, nabral odvahu a opýtal sa ho to. Jeho kamarát mu odpovedal jednoducho: Ty si mi už pomohol, konečne som stretol niekoho, kto ma vypočul, koho zaujímam. Si vnímavejší ako všetci, ktorých som doteraz stretol, lebo vidím v твоjich očiach, že mi chceš pomôcť. Ján zostal prekvapený, lebo on predsa zrak skoro nemá.

Odvtedy pomáha mnohým ľuďom, ticho, nenápadne. Pri svojom povolaní maséra počúva osudy zdanlivo zdravých ľudí.

5 | *Sluchové postihnutie*

5.1 Definícia sluchového postihnutia

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) zaraďuje sluchové postihnutie na druhé miesto z hľadiska závažnosti postihnutia. Na Slovensku je evidovaných 5–7 % populácie nepočujúcich alebo nedoslýchavých. Podľa neoficiálnych štatistík 90 % detí so sluchovým postihnutím sa narodí v počujúcej rodine.²⁸

Sluchové postihnutie vzniká následkom organickej alebo funkčnej poruchy v ktorejkoľvek časti sluchového analyzátoru, sluchovej dráhy a sluchových kôrových centier, prípadne funkcionálne perцепčných porúch.²⁹

5.2 Klasifikácia sluchového postihnutia

Stupne sluchových strát podľa WHO:

- ľahká strata sluchu do 26–40 dB;

²⁸ Porov. ROMANČÍKOVÁ, M., SCHMIDTOVÁ, M.: Sluchové postižení. In: LECHTA, V.: *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha : Portál, 2010.

²⁹ Porov. SLOWÍK, J.: *Speciální pedagogika*.

- stredná strata sluchu 41–44 dB;
- stredne ťažká strata sluchu 56–70 dB;
- ťažká strata sluchu 71–90 dB;
- hluchota nad 91 dB.³⁰

Ide o postihnutie, ktoré je charakteristické nedostatkami počutia reči. Stupeň sluchovej poruchy nie je jediným ukazovateľom závažnosti sluchového postihnutia.

5.3 Špecifiká sluchového postihnutia

Sluchové postihnutie predstavuje v živote človeka obmedzenia:

- komunikačná bariéra (narušený vývin reči, obmedzená schopnosť porozumenia ostatným),
- deficit v orientačných schopnostiach (orientácia v priestore je obmedzená na rámec zorného poľa),
- psychická záťaž (život vo „väzení ticha“),
- obmedzená sieť sociálnych vzťahov (predovšetkým vzhľadom na problém v komunikácii),
- negatívny vplyv na vývoj myslenia (nerozvíja sa vnútorná reč),
- strata bezpečnostnej funkcie sluchu (sluch je aktívny u počujúceho človeka aj v spánku).

³⁰ Porov. FREEMAN, R., CARBIN, F. C., BOESE, J. R.: *Tvé dítě neslyší – pro všechny, kteří pečují o neslyšící děti*. Praha : FRPSP, 1992.

5.4 Prípadová štúdia

Šaňo, 11-ročný, Šaľa

Šano sa narodil s vážnym sluchovým postihnutím. Navštevoval školu pre nepočujúcich. Učil sa veľmi dobre. Mal aj mimoriadny dar pekne maľovať. Tento svoj dar skrýval pred svojimi spolužiakmi v škole. Nepatril do partie chlapcov, pretože sa nevedel prispôbiť ich drsným spôsobom. Bol väčšinou v úzadí, pozoroval všetkých a všetko. Často bol terčom posmechu a útokov chlapcov.

Pri jednom výlete sa v blízkom lese, cez ktorý priamo viedla železničná trať, Šaňo stratil. Po chvíli hľadania ho zbadali priamo na koľaji. Rýchly zásah vychovávateľky mu zachránil život.

Po tejto udalosti sa priznal. Rozhodol sa skončiť svoj život, lebo sa cíti veľmi sám. Túžil po kamarátoch, ale keď sa k nim priblížil, väčšinou sa mu vysmiali, že je tučný a že nevie behať. Vychovávateľka mu pripomenula jeho dar maľovať, ale on v tom videl ešte väčší hendikep, lebo spolužiaci sa mu aj preto smiali.

Nasledovali hodiny rozhovorov vychovávateľky s jeho spolužiakmi, ktorí po čase pochopili, ako mu ubližovali. Vychovávateľka, ktorá bola schopná porozumieť Šaňovmu svetu a zároveň bola schopná primerane vysvetliť spolužiakom jeho prežívanie, vytvorila most, ktorým sa vzájomne k sebe dostali. V krátkom čase prihlásili spolužiaka do súťaže mladých umelcov a keď Šaňo vyhral prestížnu súťaž v maľovaní, stratil aj pocit menejcennosti. V súčasnosti pracuje ako grafik.

6

Narušenie komunikačnej schopnosti

6.1 Definícia narušenej komunikačnej schopnosti

Komunikačná schopnosť človeka je narušená vtedy, keď niektorá rovina jeho jazykových prejavov (prípadne niekoľko rovín súčasne) pôsobí interferenčne vzhľadom na komunikačný zámer.³¹

Narušená komunikačná schopnosť (NKS) sa môže prejavovať ako

- chyba reči, ktorá je vrodená,
- porucha reči, ktorá je získaná.

³¹ Porov. LECHTA, V., a i.: *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin : Osveta, 1995; LECHTA, V., MATUŠKA, O., ZÁSZKALICZKY, R: *Nové cesty k postihnutým ľuďom*. Bratislava : Liečreh Gúth, 1997.

6.2 *Klasifikácia narušenej komunikačnej schopnosti*

Narušený vývin reči

Narušený vývin reči je bezrečnosť z dvoch aspektov. Môže ísť o vývinovú bezrečnosť ako vedľajší príznak (najčastejšie ako následok poruchy sluchu, mentálnej retardácie, alebo ako následok centrálnej poruchy) alebo o vývinovú bezrečnosť ako hlavný príznak (spôsobený patológiou sociálneho prostredia).

Dyslália

Dyslália je neschopnosť používať jednotlivé hlásky alebo skupiny hlások v komunikačnom procese. Prejavuje sa nesprávnou alebo chybnou výslovnosťou.³²

Rinolália

Rinolália sa prejavuje zmenou rezonancie zvuku hlások pri reči. Rozlišuje sa zatvorená rinolália, ktorá je charakteristická patologicky zníženou nosovosťou, a otvorená rinolália, ktorá je charakteristická patologicky zvýšenou nosovosťou.

Mutizmus

Mutizmus je strata schopnosti prehovoriť na neurotic-
kom alebo psychickom podklade. Ak sa mutizmus zužuje na určitú osobu alebo určitú situáciu, ide o výberový mutizmus, nazývaný elektívny mutizmus. Ak sa neurotický útlm rozšíri aj na oblasť počutia, hovoríme o surdomutizme.

³² Porov. *Defektologický slovník*. Praha, 1984, s. 98.

Zajakavosť

Zajakavosť pokladáme za syndróm komplexného narušenia koordinácie orgánov, ktoré sa zúčastňujú na hovorení. Najnápadnejšie sa prejavuje typickým tonickým alebo klonickým prerušovaním plynulosti procesu hovorenia.

Porucha hlasu

Poruchu ohlasuje patologická zmena v štruktúre hlasu – zmena v jeho akustických kvalitách, spôsobe tvorenia a používania, pričom sa v hlase môžu objavovať pridružené šelesty, alebo iné zvuky, ktoré znižujú jeho kvalitu, napr. môže ísť o chrčanie.

Afázia

Afázia je porucha reči jedného alebo viacerých komponentov produkcie a porozumenia reči, vzniknutá na základe lokálneho poškodenia mozgu.

Vývinová dyzartria

„Dyzartria je celková porucha vyslovovania (na rozdiel od dyslálie, pri ktorej ide o porušenie výslovnosti len niektorých hlások). Dyzartria sa vyskytuje v rôznom stupni, od ľahkého postihnutia hláskovania, ktoré sa prejavuje akusticky len na niektorých hláskach (napr. v sykavkách, prípadne vibrantoch), až po ťažkú poruchu, pri ktorej je reč úplne nezrozumiteľná. Dyzartria je spôsobená poruchou inervácie artikulačných hybných orgánov.“³³

Dyzartria je nielen charakteristickou poruchou reči detí s detskou mozgovou obrnou, ale patrí aj medzi najkomplikovanejšie a najťažšie odstrániteľné poruchy reči v logopédii vôbec. Je to pochopiteľné, ak si uvedomíme, že ide

³³ Defektologický slovník, s. 97.

o narušenie inervácie hovoridiel v dôsledku organického poškodenia centrálného nervového systému.

*Dyzartria sa môže rozlišovať z rôznych hľadísk, najvýznamnejšie z nich je hľadisko lokalizácie lezie. Stupeň jednotlivých dyzartrií závisí od rozsahu lezie v centrálnej nervovej sústave, ktorá môže zasiahnuť motorické systémy natoľko, že ide o neschopnosť artikulovať vôbec, čo sa označuje ako *anartria*.*³⁴

Najčastejšie sa stretávame s týmto členením dyzartrie:

1. kôrová (kortikálna) dyzartria,
2. pyramídová dyzartria,
3. extrapyramídová dyzartria ako hypertonická forma a ako hyperkinetická forma,
4. mozočková (cerebelárna) dyzartria,
5. zmiešané typy dyzartrie,
6. bulbárna dyzartria.³⁵

6.3 Komunikácia - cesta ku vzájomnému pochopeniu

Ľudský duch (transcendentalita) sa uskutočňuje prostredníctvom jazyka. Znamená to však, že vždy ide o dialóg najmenej dvoch ľudí. Spoluprácu, sociálny vzťah ľudí nevyhnutne predchádza komunikácia.

Filozofia prijíma názor, že človek sa stáva človekom iba medzi ľuďmi, ktorí sa vzájomne oslovujú. Kvôli tomu, aby sa človek stal osobou, musí nevyhnutne vytvárať komuni-

³⁴ Porov. LECHTA, V.: *Logopedické repetitórium*. Bratislava : SPN, 1990, s. 211.

³⁵ SOVÁK, M.: *Logopedie*, s. 382.

káciu medzi Ja a Ty. Individuá sa stávajú osobami, ak ich prijímajú ďalší ľudia, ak ich podnecujú k sebarealizácii, vychovávajú a prejavujú im lásku. Takto sú ľudia, či už uvedomene alebo nie, spolutvorcami ľudských bytostí, vrátane seba samých.³⁶

Z pozície personálnej ontológie možno povedať, že bytie je profilované personálne, preto ho možno nahliadnuť len prostredníctvom dialógu, komunikácie. Bytie sa prejavuje v osobných až osobnostných postojoch.³⁷

Dieťa s telesným postihnutím, ktoré je schopné vyjadrovať svoje pocity, vie hovoriť o chybách druhých a brániť sa prostredníctvom komunikácie, sa samo dopracúva k sebaúcte. A sebaúcta mu dáva dôveru vo svoje vnemy a úsudok. Verí, že môže niečo dosiahnuť. Verí vo svoju pravdu, a preto má aj odvahu vyjadriť svoje názory. Je ochotné prijímať aktívnu úlohu. Je menej úzkostlivé, menej vystavené pochybnostiam. Má viac možností sústrediť sa na dobré veci a má chuť ich dosahovať. Toto uzatvára pozitívny kruh, ktorý má tendenciu sám seba udržiavať.

Ako môžem pomôcť týmto deťom? Tým, že ich naučím komunikovať.

Na jednej strane to znamená dosahovať technické zvládanie reči. Na druhej strane to znamená naučiť ich komunikovať v zmysle „vedieť povedať“, správne pomenovať svoje pocity, nehanbiť sa za ne a nebať sa použiť svoj hlas na to, aby iní vedeli, čo cítim. Znamená to napokon naučiť dieťa reagovať na potreby druhých, nebať sa vysloviť svoj názor na problém, zapojiť sa do debaty aj odlišným názorom, mať názor na vec. Takto komunikovať sa zdá prirodzeným.

³⁶ Porov. ANZENBACHER, A.: *Úvod do filozofie*. Praha, 1987, s. 205.

³⁷ Porov. LETZ, J.: *Metafyzika a ontológia*. Bratislava: ÚSKI, 1993, s. 139.

Ludia pracujúci s deťmi s telesným postihnutím mi však môžu potvrdiť, že ide o zložitý problém a jeho vyriešenie je extrémne dôležitá úloha.

7

Autizmus ako špecifický problém

7.1 Definícia autizmu

Pojem autizmus pochádza z gréckeho slova „autos“ – sám, „izmus“ – orientácia, stav. Autizmus je pervazívna vývinová porucha, ktorá sa čoraz výraznejšie javí ako porucha niektorých mozgových funkcií, ktoré vznikajú na neurobiologickom podklade. Termín pervazívny znamená v doslovnom preklade prenikavý alebo všetko prenikajúci. Jeho zavedenie nebolo podmienené len potrebou pojmovo špecifikovať určité symptómy. Je nadradeným označením pre skupinu porúch, ktoré sa svojím obrazom vyčleňujú a odlišujú od iných kategórií. Reflektuje v sebe trvalosť prejavov, postihnutie viacerých psychických funkcií (na rozdiel od špecifických vývinových porúch) a výskyt symptómov, ktoré sú kvalitatívne odlišné od normálneho vývinu. Pri autizme ide o jednu z najzávažnejších porúch detského mentálneho vývinu. Porucha má mnoho podôb, stupňov a miery narušenia jednotlivých oblastí. Jedinci s autizmom potrebujú špeciálny prístup, špeciálny typ starostlivosti a vzdelávania, vďaka ktorej sú schopní pochopiť a do is-

tej miery prispôsobíť sa nášmu svetu. Autizmus je jednou z najzávažnejších porúch detského mentálneho vývinu. Ide o poruchu niektorých mozgových funkcií, ktoré vznikajú na neurobiologickom podklade. Dôsledkom je skutočnosť, že dieťa nerozumie tomu, čo vidí, čo počuje a prežíva. Duševný vývin je pre tento hendikep narušený hlavne v oblasti komunikácie, sociálnej interakcie a predstavivosti. Autizmus sprevádzajú špecifické vzorce správania. Ide o ťažké zdravotné postihnutie, ktoré sprevádzajú symptómy porúch psychického vývinu, postihujúce kvalitu komunikácie, sociálnych interakcií, či integráciu do spoločnosti. Sociálna práca, sociálna pomoc a starostlivosť je jedna z foriem podpory, sprevádzania a pomoci, no musia ju vykonávať profesionálne vyškolení sociálni pracovníci, ktorí sa zúčastňujú na zlepšení kvality a spôsobu života autistov a ich rodín.

7.2 Klasifikácia autizmu

Autizmus je postihnutie zaradené do Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10). Po prvýkrát sa objavil v 3. revízii Diagnostického a štatistického manuálu Americkej psychiatrickej asociácie z roku 1980 a preberajú ho súčasné klasifikačné systémy: MKCH-10, 1992, a DSM-IV (má štatistické označenie F 84), čo je medzinárodne akceptovaná škála s poslednou revíziou v roku 1994. Autizmus patrí medzi pervazívne vývinové poruchy (prenikavé poruchy vývinu), čo znamená, že duševné abnormality prenikajú do všetkých oblastí myslenia, sú charakteristické prenikavými črtami správania dieťaťa vo všetkých situáciách, aj keď ich stupeň môže byť rôzny. Reflektujú v sebe trvalosť

prejavov, postihnutie viacerých psychických funkcií (na rozdiel od napr. špecifických vývinových porúch) a výskyt symptómov, ktoré sú kvalitatívne odlišné od normálneho vývinu.³⁸ Autizmus je porucha, pri ktorej sú zmyslové orgány primárne bez defektu, no prijaté informácie sú spracované defektným spôsobom.

Podľa MKCH-10 sú do skupiny pervazívnych vývinových porúch zahrnuté tieto diagnostické kategórie:

1. *Detský autizmus* (F 84.0) – prejavuje sa do tretieho roku života, je charakteristický triádou postihnutia. Od raného veku je charakterizovaný nedostatkom emotívnych odpovedí na emócie iných ľudí, neprispôsobením sa sociálnym kontaktom, trvaním na rituáloch a ťažkým prispôsobením sa novým situáciám. Deti majú odpor k akejkoľvek zmene, kvalita komunikácie je narušená, u niektorých detí sa reč nevyvinie.

2. *Atypický autizmus* (F 84.1) – ide o pervazívnu vývinovú poruchu, ktorá sa od detského autizmu líši v tom, že narušený vývoj sa prejaví po treťom roku života dieťaťa. Táto diagnóza sa najčastejšie uvádza u detí s ťažkou mentálnou retardáciou a u detí s viacnásobným postihnutím.

3. *Rettov syndróm* (F 84.2) – ako prvý ho opísal Dr. Andreas Rett. Najčastejšie sa prejavuje u dievčat, ktoré sa vyvíjajú do 6 až 18 mesiacov normálne a po tomto období dochádza k úplnej strate získaných manuálnych a verbálnych zručností. Charakteristická je strata pohyblivosti rúk, stereotypné akoby „umývacie pohyby“ a oneskorený vývin reči. Typickými prejavmi je veľmi slabá schopnosť žuvania, časté slinenie a vyplazenie jazyka, škrípanie zubami, prerušovaný

³⁸ Porov. PEČEŇÁK, J.: Diagnostika detského autizmu. In: *Diagnostika narušenej komunikáčnej schopnosti*. Bratislava : Osveta, 1995.

smiech. Okolo tretieho roku strácajú motorické schopnosti, po štvrtom roku sa začína autistické správanie. Je veľmi ťažké diagnostikovať takýmto deťom stupeň mentálnej retardácie, často ide o ťažkú mentálnu retardáciu a po neurologickej stránke sa spomaľuje rast hlavy a mozgu. Motorika sa zhoršuje, prestávajú rozprávať, ale hovorenej reči rozumejú. V priebehu detstva sa k tomuto syndrómu pridružia somatické problémy, vychýlenie chrbtice, až rigidná spasticita, najmä na dolných končatinách. Okolo ôsmeho roku veku sa veľmi často objavuje epilepsia.

4. *Iná dezintegratívna porucha v detstve* (F 84.3) – deti sa vyvíjajú normálne, ale okolo 18. až 28. mesiaca sa objavujú ťažké symptómy autistického typu. Táto porucha býva spojená s určitou zmenou, ako je napr. rozvod rodičov, presťahovanie sa, narodenie mladšieho súrodenca, hospitalizácia v nemocnici, lekársky zákrok, nástup do jaslí, materskej školy a pod. Vývin dieťaťa je regresívny, dieťa sa utiahne do seba, prestáva rozprávať a reč sa výrazne zhorší. Pre určenie tejto diagnózy je významná triáda príznakov:

- nie je prítomné organické ochorenie,
- porucha v komunikácii a v sociálnej interakcii má známky autizmu,
- po strate týchto schopností môže nastať čiastočné obnovenie.

Ďalší vývin je pomalý, často spojený s mentálnou retardáciou, ale lepšou komunikačnou zručnosťou a schopnosťou napr. nadviazať očný kontakt. V minulosti sa na základe týchto príznakov deti označovali ako deti s infantilnou demenciou, dezintegračnou psychózou, Hellerovým syndrómom. Aj v súčasnej dobe ide o málo opísanú poruchu.

5. *Aspergerov syndróm* (F 84.5) – opísal ho v roku 1944 viedenský psychiater H. Asperger ako „autistickú psychopatiu“ bez toho, že by vedel o „infantilnom včasnom autizme“, ktorý predstavil rok pred tým psychiater L. Kanner. Lorna Windová v roku 1981 nahradila termín autistická psychopatia termínom Aspergerov syndróm, opísala ho a uviedla do praxe. Aspergerov syndróm má podobné príznaky ako autizmus, ale nie je prítomné celkové oneskorenie vývinu osobnosti. Často sú to deti nadané, vývin reči a intelektu nie je narušený. K základným znakom tejto poruchy patrí egocentrizmus, ktorý je sprevádzaný malou snahou o kontakt s vrstovníkmi, vyskytujú sa problémy v chápaní sociálnych vzťahov a situácií, nevedia sa vžiť do pocitov a myšlienok iných ľudí, v kolektíve sú osamelí a ich komunikácia prebieha zvláštnym spôsobom. K charakteristickým prejavom patrí sociálna naivita, dôsledná pravdovravnosť, šokujúce poznámky smerom k neznámym osobám. Sú často telesne neobratní, majú postihnutú hrubú motoriku. Aj keď sú deti s Aspergerovým syndrómom dostatočne inteligentné v abstraktnom zmysle, v praktickom zmysle sú označované za sociálne hendikepované a potrebujú sociálnu starostlivosť.³⁹

6. *Hyperaktívna porucha, spojená s mentálnou retardáciou a stereotypnými pohybmi* (F 84.4) – ide o nejasne definovanú poruchu, ktorá v sebe zahŕňa hyperaktívny syndróm (nereagujúci na stimulácie) a mentálnu retardáciu nižšiu ako 50 IQ, stereotypné pohyby, často spojené so seba-poškodzovaním.

7. *Iné pervazívne vývinové poruchy* (F 84.8).

8. *Nešpecifikované vývinové poruchy* (F 84.9) – okrem psychogénneho a somatogénneho autizmu sa rozlišuje Kan-

³⁹ Porov. MUHLPACHR, P.: Autizmus známa neznáma. In. *Špeciálna pedagogika*, roč. 11, 2001, č. 3, s. 143–148.

nerov a Aspergerov syndróm a tieto dva syndrómy tvoria hlavné formy autizmu.

7.3 *Etiológia autizmu*

Príčina vzniku celého spektra autistických porúch je stále nejasná a je veľa rôznych faktorov, ktoré prispievajú ku vzniku autizmu. Ide napr. o príčiny vplývajúce na vývin mozgu pred alebo po narodení (neurovývinové ochorenia), rubeola matky, tuberkulóza, skleróza, nedostatok kyslíka pri pôrode, encefalitída sprevádzajúca detské ochorenie (osýpky, čierny kašeľ, niektoré očkovania, antibiotiká a i.).

U niektorých skúmaných detí sa zistila chromozomálna abnormalita (fragilný X-chromozóm). Empirické výskumy poukázali na silné a slabé stránky genetických vplyvov a jedna z posledných teórií hovorí, že autizmus je metabolická porucha. Napriek viacerým výskumom doma i v zahraničí nevieme jednoznačne určiť príčiny vzniku autistických porúch a odborníci sa prikláňajú k názoru, že ide skôr o kombináciu viacerých faktorov.⁴⁰

V súčasnosti neexistuje nijaká jednoznačne úspešná liečebná klinická metóda. Liečenie autizmu, ako uvádzajú niektorí odborníci, je v 98% nemožné. Autizmus sa liečiť nedá, ide o celoživotné postihnutie. Dominantné postavenie v rade terapeutických prístupov má špeciálno-pedagogický prístup.⁴¹

⁴⁰ Porov. OSTATNÍKOVÁ, D.: *Autizmus z pohľadu neuropsychobiológie*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2010.

⁴¹ Porov. MARKOVÁ, J.: *Metódy a formy práce vo výchovno-vzdelávacom procese u žiakov s autizmom*. Rigorózna práca, 2009.

Alarmujúca je situácia v stúpajúcom výskyte detí s autizmom. Častejší je autizmus u chlapcov ako u dievčat. Rodič vidí „krásne“ navonok zdravo sa vyvíjajúce dieťa, ktoré sa neskôr stáva iným, jeho správanie je bizarné, tvár jemná, vážna. Rodičia sa začínajú znepokojovať až vtedy, keď rečový vývin nie je adekvátny veku dieťaťa. Riziko návratnosti autizmu po narodení už jedného autistického dieťaťa v rodine je iba 3 %. Toto percento je však 60- až 100-krát väčšie ako základný pomer autizmu všeobecne v celej populácii.⁴² Ďalším dôvodom zvýšeného výskytu autistickej populácie sú kvalitnejšie a presnejšie možnosti diagnostiky už v ranom detstve.

7.4 Prejavy autizmu

Pri autizme ide o kognitívnu dysfunkciu, ktorá sa prejavuje poruchou správania, stereotypnými aktivitami, odporom ku zmenám, neschopnosťou predstaviť si myslenie iných ľudí. Porucha sa prejaví do 36 mesiacov života dieťaťa. Zvyčajne je nukleárny autizmus diagnostikovaný v treťom až štvrtom roku života. V prípadoch netypického autizmu, alebo pri ľahších formách autizmu prichádza k diagnóze oveľa neskôr. Autistické deti sú svojím spôsobom geniálne, viaceré vynikajú fantastickou pamäťou. Na druhej strane majú problém zvládnuť úlohy, ktoré sú pre zdravých ľudí úplne samozrejmé. Majú výrazne nevyrovnaný vývoj. V niečom vynikajú, v niečom inom výrazne zaostávajú. Pokiaľ ide o vonkajší prejav vyzerajú normálne, bez

⁴² Porov. HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V.: *Dětský autizmus*. Praha : Portál, 2004.

výrazných nápadných charakteristík, hrubá motorika je na dobrej úrovni.

Autizmus je charakteristický *triádou poškodenia*, ktorá zahŕňa poruchy:

- v komunikácii,
- v sociálnej interakcii,
- v záujmoch a aktivitách.

1. Postihnutie v oblasti *komunikácie* zahŕňa problém porozumieť reči druhých a udržiavať zmysluplnú konverzáciu. Deficit v komunikácii je napríklad pri utváraní vzťahov – osoby s autizmom majú problémy udržiavať funkčnú komunikáciu s ostatnými, a preto majú veľmi obmedzené možnosti utvárať vzťahy.

V oblasti reči sa odchýlky od normálneho vývoja u detí s autizmom niekedy objavia už v štádiu džavotania. U detí s autizmom môže toto štádium úplne chýbať. Objaviť sa môžu aj iné nápadnosti – džavotanie dieťaťa je monotónne alebo nie je využívané na komunikačné účely. Deti s autizmom v tomto období vývoja často nereagujú na meno alebo na hlasy rodičov. U bežných detí sa po druhom roku rozvíja funkčná reč, deti s autizmom sa v tomto ohľade značne odlišujú od normálneho vývoja. Niektoré si osvoja niekoľko špecifických slov (napríklad hasiči, záchranka), po istom čase ich však prestanú používať, pretože nerozumejú významu komunikácie. Približne polovica detí s autizmom si nikdy neosvojí funkčný jazyk.⁴³ Reč detí s autizmom je často echolalická (na otázku odpovedajú zopakovaním otázky). Okrem echolálie sa vyskytuje aj palilália (opakova-

⁴³ Porov. GILLBERG, Ch., PEETERS, T.: *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha : Portál, 2008.

nie vlastných alebo cudzích viet bez zrejmeho dôvodu a porozumenia).⁴⁴ Aj keď deti s autizmom majú pomerne rozsiahlu slovnú zásobu, slová sa často doslova naučia naspamäť, nevedia ich funkčne použiť. Ďalším charakteristickým znakom je, že majú problémy s používaním zámen.⁴⁵ Je pre nich náročné pochopiť, že slovo „ja“ sa môže vzťahovať na kohokoľvek, kto o sebe rozpráva. Keďže ľudia ich oslovujú zámenom „ty“, niektorí jedinci s autizmom sa domnievajú, že „ty“ sa vždy vzťahuje na ich osobu, a začnú sami seba nazývať „ty“. Zámeno „ja“ potom používajú vo význame „ty“.

2. Ide o postihnutie v oblasti *sociálnej interakcie*. Pre autizmus je charakteristický nedostatok vzájomnosti vo vzťahu k iným – pre ľudí s autizmom je náročné vžiť sa do pocitov, predstáv a myšlienok ostatných ľudí. V spoločnosti prežíva predsudok, že všetci jednotlivci s autizmom sa vyhýbajú kontaktu s ostatnými. Toto tvrdenie vyplýva z nepochopenia podstaty autizmu – mnohé deti i dospelí s autizmom majú záujem o kontakt s ostatnými, špecifiká ich postihnutia im však nedovoľujú nadviazať vzťahy primerané ich vývojovej úrovni.

Podľa prevládajúceho správania rozlišuje päť typov sociálneho správania u ľudí s autizmom alebo inou pervazívnou vývojovou poruchou:

1. osamelý typ,
2. pasívny typ,
3. aktívny, ale zvláštny typ,
4. formálny a afektovaný typ,
5. zmiešaný a zvláštny typ.⁴⁶

⁴⁴ Porov. GILLBERG, Ch., PEETERS, T.: *Autizmus – zdravotní a výchovné aspekty*.

⁴⁵ Porov. VERMUELEN, P.: *Autistické myslenie*. Praha : Grada, 2006.

⁴⁶ Porov. THOROVÁ, K.: *Poruchy autistického spektra*. Praha : Portál, 2006.

Osamelý typ nemá záujem o fyzický kontakt, nestojí o dotyky ani maznanie, nevyhľadáva spoločnosť rovesníkov, neprejavuje záujem o spoločnú hru s ostatnými deťmi, sťahuje sa do ústrania. Nekomunikuje, nevenuje pozornosť svojmu okoliu, vyhyba sa očnému kontaktu alebo ho nadväzuje bez komunikačného zámeru. Chýba schopnosť empatie, dieťa ničí veci ostatných, vie byť agresívne. Záujem o kontakt s ostatnými sa obvykle s vekom zlepšuje.

Pasívny typ je v kontakte s druhými málo spontánny – nevyhyba sa kontaktu, ani ho neinicuje. Z kontaktu s druhými má len malé potešenie, nezaujímajú ho spoločenské akcie ani stretnutia s novými ľuďmi. Má obmedzenú schopnosť podeliť sa s ostatnými o radosť, robí mu problém vyjadriť svoje potreby alebo požiadať o pomoc. Má ťažkosti s poskytovaním útechy a podpory, chýba mu sociálna intuícia. Obvykle sa zaujíma o rovesníkov, ale nevie, ako sa zapojiť do spoločných hier a aktivít. Obvykle je hypoaktívny, bez porúch správania.

Aktívny a zvláštny typ je v sociálnom kontakte veľmi spontánny, má problém posúdiť, ktoré správanie je vhodné a ktoré nie, jeho konanie nie je primerané kontextu, často sa dopúšťa závažného porušovania spoločenských noriem. Svojím správaním druhých obťažuje alebo zahanbuje (napr. často sa dotýka cudzích ľudí, v rozhovore stojí príliš blízko ku druhým). Jeho gestikulácia a mimika je zvláštna a bizarná, často uprene pozerá do očí poslucháča alebo nadväzuje očný kontakt bez komunikačného zámeru, často kladie rovnaké otázky, aj keď odpoveď pozná. Tento typ sa často spája s hyperaktivitou.

Formálny, afektovaný typ sa vyskytuje najmä u detí a dospelých s vyšším IQ, s dobrými vyjadrovacími schopnosťami.

mi. Reč je príliš strohá a formálna, správanie voči cudzím aj voči rodičom pôsobí chladným dojmom. Tento typ obľubuje spoločenské rituály a obsesívne trvá na ich dodržiavaní. Rovnako lipne na rešpektovaní pravidiel, pri ich porušení dochádza k záchvatom afektu. Často slepo imituje správanie dospelých, chýba mu schopnosť rozlíšiť primerané a neprimerané správanie. Svoje okolie môže šokovať úprimnými, ale sociálne absolútne nevhodnými komentármi. Má problémy porozumieť irónii, sarkazmu, humoru. Vyskytujú sa u nich encyklopedické záujmy.

Zmiešaný a zvláštny typ je veľmi rôznorodý a závisí od prostredia, situácie a osôb, s ktorými nadväzuje kontakt. Tento typ má veľké výkyvy v kvalite sociálneho kontaktu. V ich sociálnom správaní sa objavujú prvky aktívneho, osamelého, pasívneho i formálneho typu. Z pasívnych prvkov sa prejavuje sociálny úsmev, zdvorilé správanie, vyjadrovanie súhlasu. Aktivita v sociálnom kontakte sa objavuje najmä vo vzťahu ku stereotypnému záujmu (jednotlivec rád rozpráva o svojom záujme). Ak sa cíti neisto a zmätene, prevládajú osamelé prvky (stiahnutie sa do seba, odmietanie kontaktu). Podobne ako pri formálnom type, aj tu sa vyskytuje využívanie naučených fráz, mentorovanie a pedantické dodržiavanie pravidiel.

3. Narušenie predstavivosti, ku ktorému pri autizme dochádza, bráni postihnutým jedincom vyplniť svoj čas rozvíjajúcou, pestrou aktivitou. Z tohto dôvodu trávajú väčšinu času *stereotypnými činnosťami alebo záujmami*, čím je narušená oblasť *záujmov a aktivít*. Ide napr. o nefunkčné zaobchádzanie s predmetmi (roztáčanie, hojkanie, mávanie alebo hádzanie, zhasínanie svetla a rozsvetcovanie, púšťanie a zastavovanie vody z vodovodného kohútika a pod.). Ďal-

šie deti s autizmom zoraďujú napr. predmety podľa farby, tvaru či veľkosti. Jednotlivci s autizmom si často vytvoria stereotypnú záľubu, ktorej venujú všetok voľný čas. Tieto záujmy pretrvávajú u jednotlivca s autizmom mesiace alebo roky. Predmetom záujmu sú často špecifické javy, o ktoré rovesníci nejavia záujem, napríklad antény, kanály, sifóny, vysávače, vypínače. Ako uvádza Thorová, napodobňujúca alebo fantazijná hra sa vyskytuje iba u 20 % detí s autizmom.⁴⁷ Gillberg a Peeters uvádzajú, že u detí s autizmom sa okrem stereotypných pohybov veľmi často vyvinú motorické stereotypy (opakované pohyby jednej alebo viacerých častí tela).⁴⁸ K najbežnejším patrí mávanie alebo krútenie rukami, potriasanie hlavou, pohupovanie sa, kolísanie sa, otáčanie rôznymi predmetmi. Bežne sa vyskytuje aj chodenie po špičkách. Tieto motorické aktivity môžu byť spojené so vzrušením alebo s nadmernou stimuláciou.

7.5 *Autizmus a mentálne postihnutie*

Autizmus ako pervazívna vývinová porucha sa musí diagnostikovať na základe prejavov správania bez ohľadu na prítomnosť či neprítomnosť akéhokoľvek pridruženého ochorenia (telesné, zmyslové, neurologické, endokrinologické, genetické a pod.). Medzi podstatné zmeny v chápaní autizmu patrí akceptovanie skutočnosti, že detský autizmus je veľmi často spojený s mentálnym a iným postihnutím (vo všeobecnosti ide o časté spojenie autizmu a mentál-

⁴⁷ Porov. THOROVÁ, K.: *Poruchy autistického spektra*.

⁴⁸ Porov. GILLBERG, Ch., PEETERS, T.: *Autizmus – zdravotní a výchovné aspekty*.

neho postihnutia). Autisti netvorí homogénnu skupinu, nájdeme tu deti s priemernou až nadpriemernou inteligenciou (vysokofunkční autisti), ale aj deti v oblasti stredného, ťažkého až hlbokého stupňa mentálneho postihnutia. Prejavy autizmu sú rôzne a rôzny je aj stupeň mentálneho postihnutia. Najviac detí s autizmom sa pohybuje v pásme stredného a ťažkého mentálneho postihnutia.⁴⁹ 60 % detí s autizmom má IQ pod 50, 20 % detí s autizmom sa pohybuje v rozmedzí ľahkej mentálnej retardácie a 20 % detí s autizmom má priemerné alebo nadpriemerné IQ. Rozlíšiť ťažkú formu autizmu a mentálne postihnutie býva zložité, pretože mentálne postihnutie môže vykazovať symptómy pripomínajúce autizmus. Mentálne postihnuté deti sú však na rozdiel od detí s autizmom sociabilnejšie, majú svoju predstavivosť, radi komunikujú verbálne aj neverbálne, gestami a mimikou. Niekedy je včasná diagnostika ťažšia, najmä vtedy, keď ide o pridružené poruchy zraku a sluchu. Pre mentálne postihnuté deti je charakteristický oneskorený vývin, ale vývin detí s autizmom je kvalitatívne odlišný. Charakterizuje ho nevyrovnaný vývinový profil. Deti s autizmom sú na niektorých vývinových úrovniach, napríklad v úrovni motorických zručností, porovnateľní so zdravými deťmi, ale v iných oblastiach, ako je komunikácia, sociálne vzťahy, predstavivosť, výrazne zaostávajú. Ak aj majú deti s autizmom niektoré nadpriemerné zručnosti, v praktickom živote ich nevedia použiť.

Stanovenie stupňa mentálneho postihnutia a úrovne vývinu reči má veľmi dôležitú úlohu z hľadiska prognózy a tvorby individuálnej terapie detí s autizmom. Priaznivejší

⁴⁹ Porov. PEETERS, T.: *Autizmus – od teorie k výchovně vzdělávací intervenci*. Praha : Scienia, 1998.

vývin možno očakávať u detí s IQ vyšším ako 50 a s objavením sa verbálnych prejavov do 5. roku života. Výskumy v oblasti autizmu prekonalí obrat od chápania autizmu ako psychózy a táto diagnóza bola zaradená medzi vývinové poruchy, nie duševné ochorenia.

7.6 Špecifický prístup k ľuďom s autizmom

Výchova a vzdelávanie je založené na štruktúrovanom a organizovanom prístupe, ktorý predchádza dôkladná diagnostika a podrobné vývinové hodnotenie. Všeobecným cieľom vzdelávania je ovplyvniť vývin tak, aby dosiahol úroveň čo najväčšieho využitia osvojených vedomostí, zručností a návykov. Hlavným cieľom vzdelávania je pozitívne ovplyvňovanie poškodených oblastí. Účinným a významným prístupom pri výchove a vzdelávaní je štruktúrovaná behaviorálna terapia pod názvom TEATCCH program (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped). Program je zameraný na rozvoj všetkých troch poškodených oblastí, pričom je potrebné využívať rôzne ďalšie techniky na odstránenie alebo potlačenie nežiaduceho správania, záchvatov agresie, na zlepšenie koncentrácie pozornosti a pod. Za hlavnú prioritu sa pokladá nácvik funkčnej komunikácie a individuálny prístup v psychoedukácii. Základnými metodickými piliermi tohto prístupu je *štruktúrované učenie* (kladenie jasných požiadaviek na dieťa, ohraničenie, organizovanie a plánovanie prostredia, ktoré ho obklopuje), *vizualizácia a individuálny prístup*. Vzhľadom na rôznorodosť poškodení sa výchova

a vzdelávanie autistických detí zameriava na získavanie oveľa širšej palety skúseností ako u ostatných skupín postihnutých. Z hľadiska dosiahnutia pozitívnych výsledkov je dôležitá úzka spolupráca odborníkov a rodičov.

Sociálna pomoc pre rodiny autistických detí a samotných autistov môže byť zabezpečená cez rôzne organizácie, inštitúcie, školy a školské zariadenia, sieť sociálnych zariadení, cirkevné spoločenstvá a pod.

Patrí sem napríklad Autistické centrum Andreas v Bratislave ako mimovládna organizácia s celoslovenskou pôsobnosťou, ktorá bola založená v roku 2001 s cieľom poskytovať všeobecne prospešné služby v oblasti sociálnej pomoci a humanitárnej starostlivosti výhradne pre populáciu s autistickým syndrómom.

Regionálne zariadenie pre autistov v Žiline zabezpečuje od roku 2006 komplexnú starostlivosť pre ľudí so špeciálno-pedagogickými potrebami s diagnózou autizmu a pre ich rodiny. Regionálne zariadenie zahŕňa vzdelávanie v špeciálnej základnej škole s materskou školou, poskytovanie služieb v centre špeciálno-pedagogického poradenstva, špecializovaného zariadenia, ktoré poskytuje svoje služby vykonávaním sociálnej prevencie, poskytovaním sociálneho poradenstva a zabezpečením celodennej starostlivosti pre deti od predškolského veku až po dospelosť.

Ďalšou formou starostlivosti môžu byť denné stacionáre pre autistov (Nitra), formou autistických tried v rámci špeciálnych základných škôl, súkromné školy a predškolské zariadenia so špecializovanými zariadeniami pre autistických jedincov. V rámci DSS vzniklo napr. v roku 2004 Regionálne centrum autizmu ako výsledok spolupráce zamestnancov DSS Symbia v oblasti odbornej starostlivosti o deti a mládež

s diagnózou autizmu vo Zvolene. V Prešove je Regionálne autistické centrum Frančesko ako občianske združenie a sú ďalšie organizácie a inštitúcie v rámci celého Slovenska. Napriek prepracovanej legislatíve z oblasti školstva, zdravotníctva a ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny, aj napriek odbornej sociálnej starostlivosti a informovaní populácie o problematike autizmu, sú mnohé nedostatky, najmä v starostlivosti o dospelých autistov, ktoré treba riešiť aj prostredníctvom sociálnych pracovníkov.

Autizmus je extrémne komplikovaná porucha. Všetky prejavy, ktoré sú v tejto kapitole opísané, môžu byť pre veľa detí s autizmom spoločné, ale tým, že ide o rôznorodé poruchy, nenájdete dve deti s autizmom, ktoré by boli rovnaké. Každé dieťa sa môže nachádzať na inom bode škály, každý rodič, vychovávateľ, učiteľ, opatrovateľ môže byť na inom stupni porozumenia tejto škály. Dieťa s autizmom, aj dospelý, ktorý sa oň stará, každý má jedinečný súbor potrieb. Preto na záver tejto kapitoly uvádzame „Desať vecí, ktoré by každé dieťa s autizmom chcelo, aby ste vedeli“:

1. Predovšetkým som dieťa. Mám autizmus. Predovšetkým nie som „autista“.
2. Mám narušené vnímanie.
3. Nezabudnite rozlišovať medzi nechcem (moje rozhodnutie je nie) a nemôžem (nie som schopný).
4. Myslí konkrétne. To znamená, že reč chápem doslovne.
5. Majte, prosím, trpezlivosť s mojou obmedzenou slovnou zásobou.
6. Pretože reč je pre mňa ťažká, som veľmi vizuálne zamerané.
7. Zamerajte sa, prosím, skôr na to, čo zvládnem, ako na to, čo nezvládam, a budujte na tom.

8. Pomôžte mi, prosím, so sociálnou interakciou.
9. Usilujte sa identifikovať, čo spúšťa moje skratové správanie.
10. Ak ste členom mojej rodiny, milujte ma, prosím, bezvýhradne.

Toto napísala matka autistického syna Ellen Notbohm v mene svojho syna.⁵⁰

Autizmus musíme pochopiť; až keď ho pochopíme, budeme vedieť pomáhať rodinám s dieťaťom s autizmom, či samotným autistickým klientom.

7.7 Prípadová štúdia

Janko, detský autizmus

Zdravotná anamnéza. Raný vývin bol bez pozoruhodností, dieťa sa vyvíjalo normálne. Janko sa narodil ako zdravé dieťa z druhého tehotenstva, pôrod bol bez problémov. Do jedného roku života sa prejavoval normálne, volal na mamu, zapájal sa do hry, reagoval na meno. Po roku náhle prestal jesť, prestal rozprávať, nereagoval na okolie, postupne sa správanie Janka menilo, preto rodičia navštívili odborníkov.

Sociálna anamnéza. Janko žije v úplnej rodine s jedným starším súrodencom. Medzi prvým a druhým rokom života bol Jankovi diagnostikovaný autizmus. Aj napriek určenej diagnóze začiatky boli pre rodinu ťažké. Janko bol hyperaktívny, nezládnuteľný (matka uvádza kričanie bez príčiny, hádzanie sa o stenu, ničenie nábytku, vecí okolo seba,

⁵⁰ NOTBOHM, E.: *Desať vecí, ktoré by každé dieťa s autizmom chcelo, aby ste vedeli*. Bratislava : Európa, s. r. o., 2013.

častá zúrivosť nielen v domácom prostredí, ale aj na verejnosti. Problémom bolo napríklad vystúpenie z autobusu na zastávke, ktorú nepoznal, čakanie u lekára a i.). Janko v súčasnej dobe pravidelne navštevuje centrum špeciálno-pedagogického poradenstva, nastúpil do predškolského zariadenia pre deti s autizmom, kde za výdatnej spolupráce odborníkov a rodičov začal robiť veľké pokroky.

Záver. Rodičia sa naučili zvládať Jankovo správanie, dorozumievajú sa pomocou náhradnej komunikácie, podľa TEATCH programu pracujú aj v domácom prostredí. S Jankovou rodinou je veľmi dobrá spolupráca. Janko výrazne napreduje a pripravuje sa na vstup do školského prostredia.

Martin, autizmus s mentálnym postihnutím

Zdravotná anamnéza. Tehotenstvo aj pôrod bez problémov, psychomotorický vývin oneskorený, neskoro začal rozprávať a iba niektoré slová. Keď rozpráva, odpovedá väčšinou zopakovanými otázkami a v tretej osobe. Bez problémov zje iba štyri jedlá (rožky, syr, kuracie stehno a všetko čo pri chrúmaní vydáva zvuk). Martin má časté záchvaty zlosti, trhá si vlasy, škriabe a rozhadzuje okolo seba nábytok. Chodí po špičkách, zapcháva si uši, mydlí si ruky. Má časté epileptické záchvaty. Rád počúva tečúcu vodu, ktorá ho upokojuje.

Sociálna anamnéza. Martin má dvanásť rokov, ale jeho mentálna úroveň zodpovedá dieťaťu vo veku troch rokov. Vo veku šesť rokov začal navštevovať bežnú materskú školu, ktorú nezvládal, preto bola rodičom odporučená materská škola pre deti s autizmom a potom zaškolenie v špeciálnej základnej škole, v triede pre deti s autizmom, čomu sa rodičia počas štyroch rokov veľmi bránili. Dieťa začalo na-

vštevovať DSS, kde sa k nemu nepristupovalo ako k dieťaťu s autizmom. Ako jedenásťročného ho rodičia dali na jeden rok do špeciálnej materskej školy pre deti s autizmom, kde pod vedením špeciálnych pedagógov začal zvládať sociálne správanie, veľmi rád kreslí, vytvoril si svoje encyklopédie, do ktorých zakresľuje zvieratká, ktoré si rozdeľuje do rôznych kategórií. Veľmi rád skladá puzzle a rád imituje ľudí z televíznej obrazovky, vie naspamäť všetky reklamy, ktoré často opakuje.

Samko, Aspergerov syndróm

Zdravotná anamnéza. Ťažký pôrod, umelo vyvolávaný, narodil sa pridusený, zaostával z motorickej stránky, cvičenie Vojtovou metódou. Neskôr začal chodiť aj rozprávať.

Sociálna anamnéza. Samko vyrastal v rodine, kde už boli tri staršie sestry. Bol očakávaným, milovaným dieťaťom, každý v rodine mu pomáhal, preto sa problémy so správaním neprejavovali hneď. Pre cudzích ľudí pôsobil ako zlý, nevychovaný a rozmazaný chlapec, bol živý až hyperaktívny, napr. v autobuse či v obchode kopal do ľudí. Mal problém s jedným, spaním, obliekaním. Všetky spomínané sociálne problémy sa začali zmierňovať, keď bol diagnostikovaný Aspergerov syndróm (vo veku 14 rokov) a začalo sa k Samkovi pristupovať s odbornými špeciálnymi formami a postupmi.

Záver. Samko navštevuje špecializované zariadenie pre autistov, v súčasnosti komunikuje verbálne, ale svoju nespokojnosť prejavuje neverbálnym spôsobom. Zaujímajú ho technické veci, vyrába si ich z kartónu (počítač, televízor, fasády domov a i.). Je veľmi zručný aj pri práci s počítačom. Zaujímajú ho jazyky, ovláda nemčinu, vie po rusky

a po poľsky, učí sa po španielsky (v praktickom živote nevie jazyky použiť). Má fotografickú pamäť, no takisto ju nevie využiť.

8

Špecifické vývinové poruchy učenia a správania - ADHD

8.1 Špecifické vývinové poruchy učenia

Vo všeobecnosti môžeme povedať, že človek sa učí od narodenia. Učí sa vnímať, pohybovať, dívať sa, počúvať, učí sa spájať pocity a pohyby s tým, čo vidí a čo počuje. Všetky zážitky a skúsenosti tvoria akoby skúsenostnú zásobu človeka, no vzápätí sa stále učí niečomu novému. Už nikdy v živote sa nenaučí v takom krátkom čase toľko, koľko sa naučil od narodenia po nástup do školy. Toto obdobie je veľmi dôležité, lebo tu sú základy pre všetko nasledujúce učenie sa v našom živote. Čítanie a písanie, ako uvádza Pokorná, sú popri hovorenej reči hlavnými informačnými kanálmi nielen vo výchovno-vzdelávacom procese, ale aj v každodennom živote.⁵¹

Predpokladom každého myslenia a učenia je koncentrácia a pripravenosť prijímať informácie. Ak sa má dieťa naučiť čítať, písať, počítať, musia byť u neho rozvinuté:

⁵¹ Porov. POKORNÁ, V.: *Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení*. Praha : Portál, 1997.

- sluchová diskriminácia reči,
- schopnosť zrkového rozlišovania tvarov,
- schopnosť syntézy,
- pohotovosť vyjadrovania a istý rozsah slovnej zásoby,
- schopnosť orientovať sa v čase a priestore,
- rozvíjanie kognitívnych schopností,
- stratégie učenia a myslenia.

V posledných rokoch pribúda detí, ktoré majú problém naučiť sa písať, čítať, počítať, majú problém sústrediť sa, zapamätať si. Ide o deti, ktoré sú nepokojné, impulzívne, hyperaktívne, alebo o deti uzavreté do vlastného sveta, mimoriadne pokojné, hypoaktívne. Pribúda detí, ktoré pri bežných výchovno-vzdelávacích postupoch nevládajú základné úlohy spojené so školou. V tejto kapitole budeme hovoriť o fenoméne špecifických vývinových porúch učenia a o poruchách správania, ktoré môžu nepriaznivo ovplyvniť vzdelávanie a rozvoj človeka, jeho celoživotnú orientáciu a socializáciu v spoločnosti.

8.1.1 Definícia a klasifikácia špecifických vývinových porúch učenia

Predpona *dys-* znamená rozpor, určitú deformáciu, nesprávny vývin určitých schopností, nie úplne vyvinutú funkciu. Druhá časť názvu je prevzatá z gréckeho slova, ktoré označuje tie schopnosti, ktoré sú postihnuté.⁵² Špecifické vývinové poruchy učenia bývajú často definované ako neschopnosť naučiť sa čítať, písať, počítať pomocou bež-

⁵² Porov. ZELINKOVÁ, O.: *Poruchy učení : Špecifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. Praha : Portál, 2003.

ných výchovno-vzdelávacích metód, pri priemernej inteligencii za primeraných sociokultúrnych príležitostí.⁵³

V terminológii sa stretávame s vývinovými poruchami učenia, so špecifickými vývinovými poruchami učenia alebo poruchami učenia, kde vždy ide o súhrnný názov pre heterogénnu skupinu ťažkostí, ktoré sa prejavujú pri osvojení a používaní reči, čítania, písania, počúvania, matematiky, či rozvoji motorických zručností.

V 10. revízii Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) ide o duševné poruchy a poruchy správania a používajú sa názvy spolu s príslušnou číselnou klasifikáciou (F80 – F89):

- F 80–89 – poruchy psychického vývinu,
- F 81 – špecifické poruchy školských zručností,
- F 81.0 – špecifická porucha čítania (dyslexia),
- F 81.1 – špecifická porucha hláskovania (dysortografia),
- F 81.2 – špecifická porucha aritmetických schopností (dyskalkúlia),
- F 81.3 – zmiešaná porucha školských zručností,
- F 81.8 – iné vývinové poruchy školských zručností (dysgrafia),
- F 81.9 – nešpecifikovaná vývinová porucha školských zručností.

Medzi základné typy špecifických vývinových porúch učenia patrí:

- *Dyslexia* – najstaršia z celej skupiny porúch učenia, lebo najviac ovplyvňuje školskú úspešnosť detí. Je to porucha prejavujúca sa neschopnosťou naučiť sa čítať, aj keď sa

⁵³ Porov. JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H.: *Redukace specifických poruch učení u dětí*. Praha : Portál, 2008.

dieťaťu dostáva bežné výukové vedenie, dieťa má primeranú inteligenciu a sociokultúrnu príležitosť. Je podmienená poruchami v základných poznávacích schopnostiach. Porucha môže byť izolovaná, vzťahuje sa iba na čítanie, ale častejšie je kombinovaná s inými špecifickými poruchami učenia.

Poznámka: Nie každá porucha čítania je špecifická. Existujú viaceré príčiny zníženej úrovne čítania, ako napr. redukcia zrakovej ostrosti, absencia školského vyučovania, nízka stimulácia, nízka kvalita domáceho prostredia a i.

- *Dysgrafia* – porucha, pri ktorej ide o zníženú schopnosť až neschopnosť získať spôsobilosť písať. Porucha postihuje grafickú stránku písomného prejavu, čitateľnosť a úpravu, špecifická porucha písania zapríčiňuje, že dieťa sa ťažko učí písať napriek tomu, že netrpí nijakou závažnou zmyslovou ani pohybovou poruchou, nemá vážnejšie nedostatky v intelektovom vývine, má primerané sociokultúrne zázemie i adekvátnu výučbu.

- *Dysortografia* – porucha v osvojení si pravopisu. Ide o poruchu v oblasti špecifických dysortografických javov a osvojenia a aplikovania gramatických pravidiel v praktickom živote napriek tomu, že dieťa má prijateľné rozumové schopnosti, primeranú výchovnú stimuláciu a výukové možnosti.

- *Dyskalkúlia* – porucha osvojenia si matematických schopnosti; dieťa sa nemôže naučiť počítať, hoci jeho rozumové schopnosti sú v medziach normy; má výrazné problémy v chápaní číselných pojmov, v chápaní a používaní matematických operácií, viaznu matematické predstavy, má ťažkosti v geometrii, neúmerne dlho pretrváva potreba

rátať s oporou prstov, dieťa lipne na konkrétnych názorných predstavách.

- *Dyspraxia* – vývinová porucha motoriky, schopnosti vykonávať bežné pohybové činnosti, manuálne úkony, telesné cvičenia a šport (neobratné, nešikovné deti).

- *Dyspinxia* – vývinová porucha kreslenia, nápadne nízka úroveň kresieb z grafickej i obsahovej stránky, vyskytuje sa spolu s dyslexiou, dyspraxiou, ale najčastejšie sa viaže na dysgrafiú.

- *Dysmúzia* – porucha v osvojovaní hudobných schopností.

- *Dysfázia* – deficit vo vývine reči, prejavujúci sa tak, že dieťa napriek vekovej norme nerozumie tomu, čo iní hovoria, aj keď relatívne dobre počuje.

Poznámka: Za špecifickú vývinovú poruchu sa nepokladá výskyt jedného z prejavov porúch učenia (napr., ak si niekto zamieňa b – d – p).

8.1.2 Príčiny špecifických vývinových porúch učenia

Poruchy učenia sú špecifické z hľadiska etiológie (príčin vzniku), ako aj z hľadiska svojich prejavov. Sú vrodené alebo získané v ranom období dieťaťa. Vznikajú určitým poškodením v období pred narodením, pri narodení a často aj po narodení dieťaťa.⁵⁴ Príčiny sú jednoznačne v organickom základe, ktorý tvoria drobné postihnutia rôznych oblastí mozgu, poruchy koordinácie a integrácie týchto funkcií. Za hlavnú organickú príčinu sa pokladajú zmeny mozgovej kôry na rozhraní spánkového a temenného laloka. Príčiny môžu byť podmienené geneticky, môže ísť o anomálie, kto-

⁵⁴ Porov. JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H.: *Redukace specifických poruch učení u dětí.*

ré vznikli v období embryonálneho vývinu, môže ísť o hormonálne zmeny, napr. keď je zvýšená hladina testosterónu u chlapcov, spôsobuje to rad príznakov, ako zníženie imunity, deficity vo vývine a fungovaní ľavej hemisféry, uprednostňovanie ľavej ruky a pod.⁵⁵ Do ďalšej skupiny príčin vzniku porúch učenia patria získané poškodenia mozgu, dôsledok vonkajších vplyvov, ako sú nedostatočné sociálne prostredie, odlišnosti v kultúrnom prostredí, neprimerané vedenie a nároky zo strany dospelých a i.

8.1.3 *Prejavny špecifických vývinových porúch učenia*

V ľudskej psychike je hlboko zakorenená potreba komunikácie. Ak je potlačená alebo neuskutočnená, môže viesť k závažným poruchám duševného vývinu v živote jednotlivca a súčasne k narušeniu sociálnych vzťahov.⁵⁶ Schopnosť čítať a písať predpokladá, že sa dieťa naučí rozumieť písanému textu a do písomnej podoby prevedie počuté slovo. Väčšina špecifických vývinových porúch učenia sa diagnostikuje a prejavuje po nastúpení dieťaťa do školy a pri prvej školskej záťaži. Dieťa môže zlyhávať v učení z najrozličnejších príčin. Často zlyháva pre vlastnú neschopnosť, pre nesprávny osobný prístup učiteľa, nedostatočnú starostlivosť rodičov, mimoriadnu náročnosť rodičov, pre iné formy nevhodných vplyvov. Najzávažnejšie príčiny jeho neúspechov v škole, aj v živote sú v ňom samom. Ak je spôsobilosť zdravá a normálna, dieťa má predpoklady obmedziť aj nevhodné vplyvy vonkajších okolností, ale ak je nejakým spôsobom spôsobilosť narušená, môže deformovať aj pô-

⁵⁵ Porov. ZELINKOVÁ, O.: *Poruchy učení : Špecifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností.*

⁵⁶ Porov. POKORNÁ, V.: *Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení.*

vodné, zdravé spôsobilosti alebo ešte viac poškodiť už narušené vonkajšie podmienky vývinu.

Poruchy učenia sa neprejavujú iba v oblasti, kde je defekt najvýraznejší, ale môžu niesť so sebou celú škálu ďalších prejavov, ako sú poruchy reči, ťažkosti sústrediť sa, pravo-ľavá a priestorová orientácia, často s ťažkosťami zrakového a sluchového vnímania, či inými ťažkosťami.

Intelektové schopnosti detí s týmito poruchami bývajú často priemerné až nadpriemerné. Porucha nie je primárne spojená napr. so zmyslovým hendikepom, či zníženou mentálnou úrovňou, ide o poruchu vývinu. U týchto detí sú oslabené kognitívne (poznávacie) funkcie, ktoré sú potrebné na osvojenie si písania, čítania, počítania. Oslabené sú aj funkcie perцепčné (keď je narušené predovšetkým zmyslové vnímanie zrak, sluch), funkcie motorické (pohybové), keď je poškodená jemná i hrubá motorika, ale aj očné a rečové pohyby. Na vzniku poruchy majú podiel aj poruchy motorickej koordinácie a rytmiky a tiež porucha intersenzorických a senzorio-motorických funkcií, ktorá zhoršuje spojenie poznávacích a motorických funkcií.⁵⁷

Medzi ďalšie prejavy špecifických vývinových porúch učenia patria:

- neverbálne poruchy učenia,
- zvláštnosti v správaní detí s poruchami učenia.
- syndróm ľahkej mozgovej dysfunkcie (LMD).

Neverbálne poruchy učenia sú charakteristické ťažkosťami v priestorovej orientácii. Ide o neschopnosť zapojiť sa napr. do loptových hier, ťažkosti sú v sociálnej orientácii, neschopnosť odhadnúť postoj iných detí či dospelých, in-

⁵⁷ Porov. JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H.: *Redukace specifických poruch učení u dětí.*

terpretovať výraz tváre, gestá a pod. Deti čítajú priemerne, so slabším porozumením prečítaného textu, majú slabý zmysel pre rytmus, ale dobrú pamäť na fakty a údaje. Vývin reči je dobrý, nepostihuje slovnú zásobu. Deti s neverbálnou poruchou učenia nerozumejú slovným hračkám, metaforám, viac zmyselným narážkam, nemajú zmysel pre humor. Tieto poruchy sú zrejme menej závažné pre školský proces, ale pre vývin osobnosti sú rovnako závažné ako poruchy učenia, ako sú napr. dyslexia či dysgrafia. Označenie ako „dyslektik“ sa síce používa, ale nie je správny. Musíme si uvedomiť, že jedinec s akoukoľvek poruchou je predovšetkým osobnosť, ktorá je jedinečná, neopakovateľná a má celý rad pozitívnych aj negatívnych charakteristík. Iba jednou z nich je napr. znížená schopnosť naučiť sa čítať, či správne písať. Ako uvádza Zelinková, špecifické ťažkosti by nikdy nemali byť dominujúcim znakom osobnosti.⁵⁸

Zvláštnosti v správaní detí s poruchami učenia vznikajú ako následok porúch učenia. Špecifické poruchy učenia sa prejavujú nielen pri osvojovaní si čítania, písania a počítania, ale sú sprevádzané ďalšími problémami, ktoré môžeme označiť ako sprievodné znaky. V bežnom živote si sprievodné znaky rodičia nevšimnú a nevhodné prejavy vnímajú ako prejav, že ich dieťa je zlé, lenivé, nepozorné a hlúpe. Špecifické poruchy učenia postihujú správanie, citový a sociálny vývin. Tie sa potom prejavujú formou neadekvátneho správania, nevhodnými poznámkami, neustálym upozorňovaním na seba, deti často trpia pocitom menejcennosti, nepochopenia, majú problémy s nadväzovaním sociálnych kontaktov, usilujú sa zakryť ťažkosti a pod. Ovplyvňujú ce-

⁵⁸ Porov. ZELINKOVÁ, O.: *Poruchy učení : Špecifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností.*

lú osobnosť dieťaťa a premietajú sa aj do spôsobov života v rodine. Porucha sa stáva bremenom, ktoré zaťažuje rodičov i dieťa. Dyslexia, dysgrafia, dysortografia sú síce závažné prekážky v osvojovaní si učiva, ale oveľa závažnejšia je celá reťaz nepriaznivých následkov, ktoré si tieto deti nesú so sebou do života.⁵⁹

Syndróm ľahkej mozgovej dysfunkcie (EMD) sa vzťahuje na deti priemerné, podpriemerné alebo nadpriemernej inteligencie, s určitými poruchami učenia či správania. Príčina spomínaných ťažkostí nie je v sociálnom prostredí, ako sa to v minulosti omylom prezentovalo. Doteraz veľmi rozšírený pojem EMD, ktorý sa v minulosti používal na označenie jedincov s ťažkosťami učenia a správania, ktoré vznikli ako dôsledok dysfunkcie centrálnej nervovej sústavy, sa nepoužíva a nie je zaradený do MKCH-10. V súčasnosti sa pri poruchách správania, kde hlavným znakom je hyperaktivita, impulzivita a porucha koncentrácie pozornosti, používa diagnostická kategória ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorders), o ktorej budeme hovoriť v nasledujúcej kapitole. EMD sa nenahradzuje pojmom ADHD, pretože ide o iné rozdielne kategórie, ktoré majú iba niektoré spoločné znaky.⁶⁰

Zhrnutie

Špecifické vývinové poruchy učenia zabraňujú deťom získavať požadované vedomosti a zručnosti nielen na základnej škole, ale aj na ďalších stupňoch vzdelávania. Podmienkou

⁵⁹ Porov. ZELINKOVÁ, O.: *Poruchy učení : Špecifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností.*

⁶⁰ Porov. ZELINKOVÁ, O.: *Poruchy učení : Špecifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností.*

úspešných výkonov pri čítaní, písaní a počítaní u detí so špecifickými vývinovými poruchami učenia je odstránenie príčin, na základe ktorých dieťa zlyháva. Sú potrebné špecifické metódy nácviku, prispôsobenie sa schopnostiam a možnostiam dieťaťa. Treba porozumieť možnostiam dieťaťa, zistiť jeho mentálne, intelektové schopnosti a možnosti, pokúsiť sa určiť jeho schopnosť učiť sa, aby sa dieťa neprepínalo, ak sú jeho intelektové schopnosti limitované. Je veľmi dôležité, aby dieťa zažilo úspech, aby malo správnu motiváciu. Následky zanedbania včasnej diagnostiky, zanedbania správnych výchovno-vzdelávacích možností si ľudia s poruchou učenia často nesú po celý život. V dospelosti pretrvávajúce poruchy učenia môžu zabrániť správne mu výberu zamestnania a pre dosah na psychiku jedinca môžu sekundárne ovplyvniť pracovné i osobné vzťahy.⁶¹

Špecifické vývinové poruchy učenia sú predmetom a záujmom nielen pedagogiky, špeciálnej pedagogiky, psychológie, ale aj medicíny a ďalších príbuzných vedných odborov.⁶² Lekári, sociálni pracovníci, pedagogickí aj nepedagogickí zamestnanci v školách a zariadeniach by mali mať vedomosti o týchto poruchách. Predchádzali by tým mnohým problémom a konfliktom, vedeli by poskytnúť pomoc pri riešení rôznych ťažkých životných situácií.

⁶¹ Porov. JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H.: *Redukace specifických poruch učení u dětí.*

⁶² Porov. ZELINKOVÁ, O.: *Poruchy učení : Špecifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností.*

8.2 Poruchy správania – ADHD

Vzhľadom na to, že v súčasnosti nie je stanovená jednotná a dostatočne uspokojujúca definícia porúch správania, vznikajú problémy, ktoré sťažujú proces identifikovania detí s týmito poruchami. Ak porovnáme napríklad testy na meranie inteligencie, na meranie úrovne mentálnej retardácie, neexistujú nijaké porovnateľné testy, ktoré by poskytli možnosť identifikovať poruchy správania. Aj keď pomocou pozorovaní, posudzovacích škál a iných meraní môžeme získať isté kvantitatívne i kvalitatívne údaje, identifikácia poruchy správania je výhradne záležitosť úsudku a subjektívneho posúdenia. Identifikácia porúch správania detí je spojená s viacerými problémami. Isté správanie je napríklad pokladané za primerané v jednej spoločnosti, zatiaľ čo v inej je absolútne neprípustné. Hranica medzi normálnym a „narušeným“ správaním je veľmi tenká. Základný problém môže rovnako spočívať v rodičoch alebo vrstovníkoch, a nie v dieťaťu samotnom.

Poruchy pozornosti (Attention Deficit Disorder – ADD) a poruchy pozornosti sprevádzané hyperaktivitou (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD) nemôžeme pokladať za chorobu, ktorá sa dá vyliečiť. Dieťa s ADD či ADHD, podobne ako deti so špecifickými vývinovými poruchami učenia, z tejto poruchy nevyrastú, aj keď sa jednotlivé prejavy správania v priebehu dospievania môžu meniť.

8.2.1 Definícia a klasifikácia porúch správania, ADHD

Vágnerová definuje poruchy správania ako „odchýlku v oblasti socializácie, keď dieťa nie je schopné rešpekto-

vať bežné normy správania na úrovni odpovedajúcej veku, eventuálne úrovni rozumových schopností⁶³. Vitásková definuje poruchy správania ako všetky negatívne odchýlky s obrazom trvalého a vedomého konania, pričom sú tieto odchýlky označované ako nežiaduce prejavy v správaní a môžu vyústiť až do štádia delikvencie a kriminality.⁶⁴ Paclt zaraďuje medzi základné príznaky porúch správania opozíciu a agresivitu. Medzi odvodené príznaky zaraďuje výbuchy zlosti, časté bitky, tyranizovanie, krutosť k iným ľuďom alebo zvieratám, ničenie majetku, zakladanie ohňa, krádeže, záškoláctvo a klamstvá.⁶⁵

Podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKN-10) označujeme za poruchy správania také správanie, ktoré sa vyznačuje určitými špecifickými znakmi. Deti s poruchami správania nerešpektujú spoločenské normy, nie sú schopné nadviazať a udržať sociálne vzťahy, nemajú primeranú sociálnu orientáciu a nepociťujú vinu za porušovanie noriem.

Porúch správania je celá škála. Pre našu potrebu uvádzame iba niektoré, ktoré sú uvedené v MKCH-10 (od 91 – 94.2). Ide napríklad o:

- poruchy správania,
- zmiešané poruchy správania a emócií,
- poruchy, ktoré súvisia s hyperaktivitou, neschopnosťou sa sústrediť (ADD, ADHD),
- poruchy neposlušnosti, asociálneho správania a užívania návykových látok,

⁶³ VÁGNEROVÁ, M.: *Psychologie problémového dítěte školního věku*.

⁶⁴ Porov. VITÁSKOVÁ, K.: *Etopedie : Vybrané okruhy etopedické problematiky*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2005.

⁶⁵ Porov. PACLT, I., a i.: *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha : Grada, 2007.

- poruchy, ktoré súvisia so sociálnymi vzťahmi, komunikáciou (detský autizmus, Aspergerov syndróm, poruchy reči a jazyka),
- poruchy opozičného vzdoru,
- poruchy, ktoré súvisia s učením a koordináciou (dyslexia, dysgrafia, dyskalkúlia, dysortografia, dyspraxia, dysmúzia),
- poruchy vyvolané úzkosťou a stresom (rôzne úzkostné poruchy, špecifické fóbie),
- rôzne depresie, poruchy nálad, schizofrénia,
- psychické poruchy s telesnými prejavmi (enuréza, anorexia, bulímia, poruchy spánku...).

Pri nesprávnom vedení dieťaťa s poruchou učenia sa môžu pridružiť poruchy správania. Na prvý pohľad sú to deti zdravé bez akýchkoľvek viditeľných prejavov. Patria tu deti tiché a zasnené, uzavreté a apatické, ale aj deti veľmi aktívne a živé, nespoločenské a neschopné sa podriaďovať akejkoľvek autorite. Deti s poruchou správania nie sú schopné sa prispôbiť ani zhodnotiť dôsledky svojho správania.⁶⁶ Dieťa s poruchou správania môže mať asociálne prejavy. Môže byť agresívne voči sebe, ľuďom aj zvieratám. Môže ničiť majetok, kraďnúť, podvádzať, porušovať pravidlá. Poruchy správania, ktoré vznikajú ako dôsledok porúch učenia (menejcnosť, snaha zakryť ťažkosti, upozorniť na seba vykrikovaním, nevhodnými slovnými prejavmi a i.) ovplyvňujú celú osobnosť dieťaťa a premietajú sa aj do spôsobu života dieťaťa aj rodiny.

⁶⁶ Porov. TRAIN, A.: *Něčastější poruchy chování dětí*. Praha : Portál, 2001.

Charakteristika ADHD

Ide o najčastejšie poruchy psychického vývinu v detskom veku. ADHD je porucha, ktorá má chronický priebeh, často pretrváva od detstva do adolescencie, až dospelosti. Až do dospelosti prechádza vo viac ako 50 %. Porucha má negatívny dosah na viaceré oblasti fungovania jedinca. V dospelom veku sa ADHD môže spájať s antisociálnou poruchou osobnosti, zneužívaním návykových látok a delikvenciou. Pojem ADHD našiel svoje pomenovanie po prvýkrát v USA. Ide o vývinovú poruchu, problémy sú chronické, je ťažké ich vysvetliť na základe neurologického, senzorického, motorického, mentálneho postihnutia či závažných emocionálnych problémov. Deficity sú viditeľné už v ranom veku, priebeh sa môže zmiernovať dozrievaním CNS, ale problémy v porovnaní so zdravou populáciou pretrvávajú. Ťažkosti sú spojené s neschopnosťou dodržať pravidlá správania a vykonávať opakovane počas dlhšej doby určité pracovné výkony. Tieto evidentné deficity ovplyvňujú interakcie detí s rodinou, školou a spoločnosťou.⁶⁷

V rámci ADHD rozlišujeme:

- ADD – porucha aktivity a pozornosti (Attention Deficit Disorder),
- ADHD – bez agresivity,
- ADHD – s agresivitou,
- ODD – opozičné správanie, dieťa všetko odmieta, je vzdorovité, neposlušné, rado sa háda s dospelými a je nepriateľské voči nadriadeným osobám. Je zlomyseľné, jeho hlavnou myšlienkou je pomsta, je vzťahovač-

⁶⁷ Porov. BARKLEY, Russel A.: *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*. New York : The Guilford Press, 1997.

né. Úmyselne robí veci, ktoré iných rozčuľujú, za svoje správanie viní vždy niekoho iného.⁶⁸

8.2.2 Príčiny porúch správania, ADHD

Dlhodobé biologické štúdie a výskumy potvrdili genetickú dispozíciu, škodlivosť toxického prostredia (potravinny, nikotín, zamorené prostredie a i.).

Psychologické štúdie a teórie predpokladajú, že dispozície k ADHD sú najmä zo súčasného spôsobu života a výchovy. Ak má dieťa dispozície k hyperaktivite a náladovosti a je súčasne stresované samotnými rodičmi (napr. dieťa nespĺňa očakávanie rodičov, je stále na niečo upozorňované, je zlá komunikácia, hádajú sa a i.), nevhodné vzory správania stabilizujú, dieťa nie je schopné plniť požiadavky rodičov a školy. Všetky tieto príčiny umocňujú ťažkosti vo vývine dieťaťa a majú podiel na posilňovaní negatívneho správania, frekvencii a intenzite nežiaducich prejavov.⁶⁹

8.2.3 Prejavy porúch správania, ADHD

K základným prejavom ADHD patrí:

- *Hyperaktivita*

Úroveň pohybovej aktivity rastie u všetkých detí do troch rokov ich života. Po troch rokoch sa pohybová aktivita znižuje. U detí s ADHD hyperaktivita pretrváva, ich okolie si všíma, že v porovnaní s inými deťmi rovnakého veku sú veľmi aktívni a majú problém s udržaním pozornosti. Tieto prejavy sú oveľa nápadnejšie pri nástupe do školy (to

⁶⁸ Porov. BARKLEY, R. A.: *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*.

⁶⁹ Porov. ZELINKOVÁ, O.: *Poruchy učení : Špecifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*.

sú deti, ktoré nikdy nie sú na svojich miestach, deti, ktoré vykrikujú, skáču do rozhovoru, nevydržia dlhšie pri nijakej činnosti a pod.).

- *Impulzivnosť*

Barkley zdôrazňuje, že ide o neschopnosť zamedziť reakciám na impulzy, či už ide o impulzy vhodné alebo nevhodné. Autor vysvetľuje, že hlavným problémom ľudí s ADHD je neschopnosť ovládať svoje reakcie na signály, podnety alebo udalosti, ktoré na nich pôsobia a nesúvisia s tým čo práve robia.⁷⁰

- *Problémy v sústredení a udržaní pozornosti*

Ide o nedostatočnú schopnosť sústrediť sa na akúkoľvek činnosť. Pre tieto deti je učenie nesmierne zložitú. Platí to nielen o učení sa v škole, ale aj o učení sa praktickým zručnostiam, ako sú napríklad plávanie či bicyklovanie, učenie sa komunikačným zručnostiam a pod. Mnoho neschopností, ktoré môžeme u detí s ADHD pozorovať, vzniká v dôsledku neschopnosti sústrediť sa na učenie alebo na činnosť tak dlho, aby prenikli do problému a naučili sa všetko, čo potrebujú.⁷¹

- *Problémy s učením*

Hyperaktivita, impulzivnosť a ťažkosti so sústredením môžu vážne narušiť schopnosť dieťaťa učiť sa. Dieťa postupne zaostáva za ostatnými deťmi, lebo veľká väčšina týchto detí trpí okrem iného aj špecifickými poruchami učenia. Nevedia sa sústrediť na vyučovanie ako ich spolužiaci, vyrušuje ich okolitý pohyb a hluk, často prepočujú

⁷⁰ Porov. BARKLEY, R. A.: *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*.

⁷¹ Porov. ZELINKOVÁ, O.: *Poruchy učení : Špecifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*.

dôležité informácie alebo pokyny učiteľa. Mnohé deti majú neúhľadný rukopis, za čo sa často stávajú predmetom výsmechu, a v dôsledku toho sa pridružujú problémy so správaním.

- *Problémy v rodine*

Podobne ako ADHD útočí v škole, prináša pohromu aj do rodín. Napr. deti s ADHD potrebujú menej spať, čo už samo osebe rodinu vyčerpáva. Neustále odvrávanie, hluk, pohyb, hádky, ničenie rôznych vecí veľmi unavuje rodičov aj súrodencov. Rodičia uvádzajú manželské problémy, sú zničení aj z opakujúcich sa sťažností na správanie ich dieťaťa, iné rodiny s nimi prerušujú kontakty.

- *Iné problémy*

Agresivita, neschopnosť nadväzovať kontakt s rovesníkmi, udržať si priateľstvá, neznášanlivosť, neschopnosť podriaďiť sa autorite a dodržiavať základné formy spoločenského správania, či agresívne riešenie interpersonálnych problémov.

K iným problémom môžeme zaradiť aj vážne psychické poruchy, poruchy autistického spektra, obsedantne kompulzívne poruchy a iné poruchy.⁷²

Tieto prejavy sú buď izolované alebo svojím súhrnom predisponujú dieťa k ďalším ťažkostiam, ktoré sú v mnohých prípadoch závažnejšie ako pôvodné príznaky. Jedinci s ADHD sú často rizikovou skupinou z hľadiska antisociálneho správania.

Medzi základné prejavy patria znížené výkony v škole (spojené s poruchami učenia, ako sú dyslexia, dysgrafia, dyskalkúlia, dysortografia, dyspraxia). Deti s ADHD majú

⁷² Porov. MUNDEN, A., ARCELUS, J.: *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál, 2006.

ťažkosti v percepčno-motorických prejavoch, aj s udržaním pozornosti, na rozdiel od detí s ADD, u ktorých sa neobjavuje hyperaktivita ani zvýšená impulzívna dráždivosť, ale ide o neschopnosť zamerať svoju pozornosť na určitú činnosť. Ide o deti, ktoré majú poruchu pozornosti, ale sú z aktívnej stránky v norme. Aj u týchto detí sa vyskytujú jednotlivé poruchy učenia, ako sme už uviedli.

Ak prejavy nezachytia odborníci v ranom veku, ťažkosti sú výraznejšie v adolescencii a dospelosti.⁷³

8.3 *Špecifický prístup k osobám s poruchami učenia a správania*

Sociálna pomoc pre rodiny sa začína získaním si dôvery. Mnohé rodiny o svojom probléme nechcú rozprávať. Sú presvedčené, že to zvládnu a sami. Rodiny, ktoré sociálnu službu či poskytnutie pomoci poznajú, zistia, že je pre ich dieťa aj pre celú rodinu neoceniteľnou pomocou. Je dôležité získať podporu rodičov, predovšetkým, ak chceme, aby deti s poruchami správania, pozornosti a učenia v škole prospievali, čím by sa ich problémy zmiernovali. Deti zo svojich porúch nevyrastú, ale ich prejavy, ak zvolíme vhodný prístup (pomoc, kontrolu, možno štruktúrované prostredie a i.), môžeme zmierniť.⁷⁴

⁷³ Porov. ZELINKOVÁ, O.: *Poruchy učení : Špecifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností.*

⁷⁴ Porov. RIEFOVÁ, Sandra F.: *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole : Praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD.* Praha : Portál, 2007.

Sociálne služby majú rôzne možnosti poskytovania pomoci podľa toho, aké sú podmienky v rodine, kde dieťa žije. Sociálni pracovníci môžu poskytnúť pomoc, podporu a cenné rady napr. pri informácii o vybavovaní na príslušných úradoch práce, sociálnych vecí a rodiny, môžu informovať rodičov o poskytovaní pomoci a o zaradení dieťaťa cez zriaďovateľov siete sociálnych zariadení, o vhodnom výbere škôl a školských zariadení, o učiteľovi asistentovi a i. V bežnom živote je ťažké nájsť vhodné aktivity pre dieťa s poruchou učenia a správania. Je ťažké presvedčiť nielen dieťa, ale aj napr. vedúcich krúžkov, ktorí sa boja takéto dieťa prijať a s ním pracovať. Práve tu môžu významne pomôcť rodinám týchto detí dobrovoľníci, organizácie, cirkevné spoločenstvá, sociálni pracovníci, napríklad pomôcť:

- rozšíriť okruh vedomostí z danej oblasti (špecifické vývinové poruchy učenia a správania),
- pochopiť, aké má ich dieťa problémy, ako mu môžu pomôcť, ako sa ho zastať, ako vysvetliť jeho potreby ostatným – širšej rodine, kamarátom, učiteľom, trénerom a pod.,
- pri hľadaní nových priateľov, kamarátov rovesníkov,
- pri vyšpecifikovaní novej záujmovej činnosti (šport, hudba, výtvarná činnosť, práca s hlinou, starostlivosť o zvieratá a i.),
- pri zapájaní detí napr. do dobrovoľníckej práce,
- stretávať sa s rodinami, ktoré majú rovnaké problémy, odovzdať si cenné rady, ako daný problém prekonať, ako ho zmierniť,
- zorientovať sa v legislatíve a zákonoch,
- získať informácie o nárokoch na sociálne dávky a sociálnu pomoc,

- poskytnúť informácie o osobnom asistentovi,
- získať kontakty na inštitúcie a organizácie, ktoré môžu poskytnúť ďalšie cenné rady,
- učiť sa, ako zlepšiť sociálne schopnosti a zručnosti svojich detí,
- nájsť dieťaťu miesto napr. v prázdninovom tábore,
- zabezpečiť krúžky, voľnočasové aktivity pre ich deti a pod.

Sociálny pracovník môže byť veľkou oporou rodičom, keď je dieťa napr. v ohrození alebo potrebuje pomoc, ochranu, či starostlivosť. Ide o pomoc v krátkodobých krízových situáciách (napr. ak samoživiteľka matka musí byť hospitalizovaná a rieši, kde krátkodobo, vhodne a bezpečne umiestniť svoje dieťa).

Poznámka: V súčasnosti je veľmi dôležité identifikovať sa s deťmi s poruchami učenia a správania a zaviesť najefektívnejšiu liečbu a strategické opatrenia už pri prvých príznakoch, v čo najskoršom období veku dieťaťa. Ako uvádza Sindelarová, veľmi dôležité je už v ranom veku rozpoznať problémy a ak sa vyskytnú deficit v jednotlivých funkciách, je nevyhnutné ich okamžite posilňovať a podporovať, lebo v opačnom prípade sa oslabia základné funkcie, pomocou ktorých sme schopní sa učiť a správať.⁷⁵ To predstavuje výzvu nielen pre odborníkov z oblasti zdravotníctva, školstva, ale aj pre odborníkov zo sociálnej oblasti. Pre týchto zainteresovaných je povinnosťou spolupracovať s organizáciami a spoločenstvami podporujúcimi rodičov a rodinu. Ak rodičia a tím odborníkov správne uchopia slabé a silné stránky dieťaťa a zabezpečia mu adekvátnu pomoc, môžu spoločnými silami dosiahnuť, že si mladý človek v dospe-

⁷⁵ Porov. SINDELAROVÁ, B.: *Předcházíme poruchám učení*. Praha : Portál, 2007.

losti uvedomí všetky svoje schopnosti a neschopnosti a bude ďalej viesť plnohodnotný život.

8.4 Prípadová štúdia

Saša, porucha správania ADHD s disocálnym správaním

Zdravotná anamnéza. Raný psychomotorický vývin primeraný, chodiť aj rozprávať začala približne vo veku 1,5 roku života. Navštevovala materskú školu, kde sa začali prejavovať problémy s hyperaktivitou. Pre hyperkinetickú poruchu správania je v starostlivosti psychiatra s opakovanými hospitalizáciami. Celková intelektová výkonnosť v strednom pásme priemeru, hyperkinetická porucha správania (ADHD) s prejavmi maladaptívneho správania.

Sociálna anamnéza. Saša pochádza z úplnej rodiny, má dve staršie sestry, otec pracuje na týždenné turnusy, matka Sašu nezvláda a pred prísnejším otcom, ktorý je v rodine málo prítomný, zakrýva všetky jej priestupky.

Povinnú školskú dochádzku začala načas a neopakovala ani jeden ročník. Školský kolektív ju neprijíma, ona sa usiluje upútať pozornosť spolužiakov provokovaním, kľamaním, vymýšľaním, spolužiaci ju izolujú, je častým zdrojom konfliktov. Je nepozorná, ľahko sa rozptýli, nedokončí začatú činnosť, ruší ostatné deti, je vzdorovitá, nepokojná, hašterivá, rýchlo mení náladu. Prospieva na jednotky až štvorky. Vyšetrenie v CPPPaP iniciovalo oddelenie sociálnych vecí pre problémy v rodine (časté krádeže, predávkovanie alkoholom v piatom ročníku, časté vlámania, výtržnosti). Pri vyšetrení v prítomnosti matky prejavy znechute-

nosti a negativizmu z toho, že musela prísť na vyšetrenie. Po odchode matky z miestnosti ochotne spolupracovala a s veľkým záujmom riešila dané úlohy. V CPPPaP bola diagnostikovaná porucha správania ADHD, prechádzajúca do disociaľného správania (hneď pri prvom stretnutí ukradla peniaze zamestnankyni, ktorá ju vyšetrovala).

Záver. Matka si problémy uvedomuje, ale nechce ich riešiť. CPPPaP navštíví iba kvôli rediagnostike, z ktorej má doklad pre školskú integráciu. Odborní zamestnanci centra navrhli riešenie cez diagnostické centrum alebo reedukačné zariadenie, ktoré matka odmietla. Momentálne je Saša vo svojom okolí vnímaná negatívne.

Dominik, špecifické poruchy učenia, zlý výber strednej školy

Zdravotná anamnéza. Raný vývin bol bez pozoruhodností. Pri nástupe do školy boli prítomné poruchy reči. Je dlhodobou sledovaný klinickým psychológom pre prítomnosť vývinových porúch učenia.

Sociálna anamnéza. Dominik žije v úplnej rodine s tromi súrodencami. U všetkých detí sa prejavujú vývinové poruchy učenia – dyslexia, dysgrafia, dysortografia. Rodičia požiadali CPPPaP o pomoc pre svoje deti, ani nie tak pre pomoc svojim deťom, ale pre potvrdenie pre integráciu v škole a v prípadoch, že je niečo akútne. V súčasnosti ide o Dominika, ktorý neprospeľ v prvom ročníku strednej školy, napriek individuálnemu vzdelávaniu a intenzívnemu doučovaniu z cudzieho jazyka. Chybou v rodičovskom prístupe je, že všetky svoje deti dali na jednu úroveň. Je to v neprospech Dominika, lebo sa u neho pri zvýšenej námahe prejavuje výrazná labilita osobnosti s nízkym sebavedomím a s nezvládaním školy, ktorú mu vybrali rodičia. Do-

minik sa vyjadruje v krátkych vetách, jednoslovné, pasívne sa prispôsobí podmienkam a okolnostiam. Rodičia ho odmietajú presunúť na nematuritný odbor, kde by nemusel maturovať z cudzieho jazyka.

Záver. Napriek vypracovanému IVP, kde je výrazná redukcia učiva, modifikácia obsahu, foriem a obsahov, predmet nezvláda. Pretrvávajú výrazné prejavy špecifických porúch učenia, opakovaný neúspech labilizuje osobnosť Dominika pri celkove priemernej úrovni rozumových schopností.

Paľko, ADHD s preferenciou poruchy pozornosti a koncentrácie, špecifické poruchy učenia

Zdravotná anamnéza. Dieťa narodené z druhého tehotenstva. Tehotenstvo, pôrod a popôrodná adaptácia prebiehala dobre, psychomotorický vývin v norme. Rečový vývin mierne oneskorený, vyskytla sa dyslália, ktorá bola riešená logopedickou intervenciou. V siedmom roku určená diagnóza – ťažká nedoslýchavosť na jedno ucho, druhým uchom si však vie natoľko pomôcť, že dochádza ku kompenzácii sluchu. Mal odloženú povinnú školskú dochádzku, navštevoval nultý ročník. Je vedený v centre ČŠPP ako dieťa zdravotne znevýhodnené, s kombinovaným postihnutím; ako dominantné znevýhodnenie sa prejavuje ADHD s preferenciou poruchy pozornosti a koncentrácie. Prítomné sú prejavy vývinových porúch učenia (dyslexia, dysgrafia, dysortografia, dyspraxia).

Sociálna anamnéza. Dieťa žije v úplnej rodine s dvoma súrodencami – starším bratom a mladšou sestrou. Starší brat je zdravý, ale mladšia sestra tiež prejavuje symptómy ADHD, len je ešte malá. Z doterajších vyšetrení je zrejmé,

že správanie a učenie žiaka je ovplyvnené viacerými faktormi, no najmä prítomnosťou ADHD. Paľko sa na vyučovaní prejavuje na prvých hodinách aktívne, usiluje sa pracovať, ale jeho výkony sú veľmi kolísavé, odpovede často nesprávne (aj na úplne jednoduché otázky, napr. na otázku, aké i/y sa píše v slove, dá nesprávnu odpoveď). Písomný prejav je veľmi neúhľadný, reaguje aj na najmenšie podnety, odbieha od činnosti, je nesústredený, kladie otázky, ktoré nesúvisia s učivom. Matka sa dieťaťu venuje dennodenne. Je v kontakte s učiteľkou aj odborným zamestnancom CPPP a P. U matky sa v detstve tiež objavili vývinové poruchy učenia, preto si situáciu uvedomuje. Pre svojho syna už v ranom detstve vyhľadala odbornú pomoc a významne sa zúčastňuje na spolupráci. Zatiaľ čo ho primerane, podľa pokynov odborných zamestnancov centra syn trávi voľný čas primeranou fyzickou prácou, keďže je veľmi hyperaktívny a športovo nie je nadaný, ale rád behá a hrá sa. Rodina nemá počítač práve z toho dôvodu, aby ho to nelákalo a aby viac času trávil vonku a v pohybe.

9

Osobnosť človeka s postihnutím

9.1 Prístup k deťom s telesným postihnutím

„Len čo postrehnete, že dieťa si začína zlepšovať mienku o sebe, uvidíte, že i jeho úspechy sú výraznejšie. Ale čo je dôležitejšie, uvidíte dieťa, ktoré začína mať väčšiu radosť zo života.“⁷⁶ Takto vystihol podstatu jednej z ciest utvárania osobnosti známy americký autor psychologicko-populárnych poviedok.

V bežnej odbornej literatúre sa spravidla stretávame s pojmom „postihnuté dieťa“. Uprednostňujem však pojem „dieťa s postihnutím“, môj názor je, že toto správne vyjadruje, že predmetom záujmu je dieťa. Skutočnosť, že toto dieťa má telesné postihnutie, je síce podstatná, ale druhoradá.

⁷⁶ Autorom citácie je Dayne Wayer, autor populárnej zbierky poviedok s názvom *Slepačia polievka pre dušu*, obľúbenej i na Slovensku. WAYER, D: *Slepačia polievka pre dušu*. Bratislava, 1994.

9.2 Prečo má človek veľkú hodnotu

Podstatnou otázkou pri sebahodnotení človeka s telesným postihnutím, ako aj pri jeho hodnotení okolím, ostáva, čo je vo všeobecnosti príčinou ľudskej hodnoty a dôstojnosti. Tvorí alebo spolutvorí túto príčinu nejaká skutočnosť, ktorá súvisí s prednosťami, výhodami nepostihnutého človeka pred postihnutým?

„Ježiš Kristus, hoci má božskú prirodzenosť, nepridržal sa svojej rovnosti s Bohom, ale zriekol sa seba samého, vzal si prirodzenosť sluhu, stal sa podobný ľuďom a podľa vonkajšieho zjavu bol pokladaný za človeka.“ (Flp 2,5-7)

Domnievam sa, že tento citát v sebe skrýva hĺbku a podstatu hodnoty človeka. Z myšlienky, že Boh pokladal človeka za bytosť hodnú toho, aby jej podobu mal jeho syn, alebo inak povedané, aby človek mal podobu Boha, bol stvorený na jeho obraz, vzniká hlboký a oprávnený pocit ľudskej hodnoty. Táto skutočnosť oprávňuje človeka nepochybovať ani o jeho dôstojnosti, či už jej objektívnej stránke, alebo subjektívnej stránke, ktorá sa prejavuje ako sebaúcta človeka.

Možno povedať, že celá duchovná evolúcia človeka v jeho živote smeruje ku svojmu cieľu prostredníctvom účasti človeka na Kristovi, ktorý už takýmto procesom evolúcie prešiel a došiel až k víťaznému koncu.⁷⁷

Navyše, základný zmysel inkarnácie sa vzťahuje na vykúpenie každej ľudskej bytosti bez rozdielu, ak obídeme fakt osobitnej pozornosti k tým ľuďom, ktorí majú menej možností presadiť sa.

⁷⁷ Porov. LETZ, J.: *Život v hľadání pravdy*. Bratislava, 1996, s. 181.

Hodnota a dôstojnosť človeka sa teda vo svojej podstate neodvodzujú od konkrétnych vlastností či schopností človeka. Ak zostávame na pozíciách, ktoré ponúka kresťanský hodnotový systém, odvodenie hodnoty a dôstojnosti človeka nepotrebuje ďalšiu základnú argumentáciu. Inými slovami, treba prijať myšlienku, že pripájanie ďalších kritérií pre takúto argumentáciu môže spravidla byť nežiaducim spoločenským návykom, ktorého sa často dopúšťame.

9.3 Osobnosť človeka s postihnutím

V predchádzajúcej časti sme priblížili pojem ľudskej osoby a podstatu jej hodnoty. Každý človek má rovnakú hodnotu a šancu vyrásť na neopakovateľnú osobnosť. Na týchto základoch postavíme aj nasledujúce úvahy o osobnosti dieťaťa s telesným postihnutím.

Človek s postihnutím má odlišnú situáciu vzhľadom na svoje postihnutie. Jeho osobnosť sa formuje za iných podmienok.

Či už ide o postihnutie, s ktorým sa narodí, alebo o postihnutie získané v priebehu života, v každom prípade je takýto človek konfrontovaný s náročnejšou životnou situáciou. Tieto situácie často vyvolávajú krízy, ktoré je potrebné zvládnuť.

Pohľad na životné krízy z pohľadu psychológie môže byť rôzny. Životné krízy sú sprievodným znakom významných životných udalostí, tak pozitívnych, ako aj negatívnych. Obyčajne sa chápu vo dvoch smeroch: buď ako niečo

patologické, alebo v pozitívnom zmysle ako potenciálne zdroje vývinového napredovania.

Prvý smer skúma vzťah medzi stresovými životnými udalosťami a chorobou alebo psychopatologickým prejavom. Tento smer chápe životné krízy len ako čosi patologické a zbytočné. Od čias Freuda sa na traumatické životné udalosti pozeralo prevažne z hľadiska ich negatívneho vplyvu na vývin človeka. Z pohľadu psychoanalytických teórií, na základe homeostatického modelu, sa po traumatickej udalosti psychika jedinca vráti do predošlého rovnovážneho stavu, alebo vzniká traumatická neuróza. Pretrváva anxieta, intruzívne myšlienky spojené s udalosťou, a výsledkom je zhoršenie osobného prežívania.⁷⁸

Druhým smerom je skúmanie životných udalostí vo vzťahu k ďalšiemu vývinu jednotlivca. „Kedykoľvek sme konfrontovaní so situáciou, ktorej sa nemôžeme vyhnúť, kedykoľvek musíme čeliť nezmeniteľnému osudu, napríklad nevyliciteľnej chorobe, dostávame príležitosť uskutočniť najvyššiu hodnotu a naplniť najhlbší zmysel, ktoré sú skryté v utrpení.“⁷⁹ Tento smer nachádza aj v životných krízach pozitívny potenciál, ktorý môže stimulovať osobný rast. Výsledkom prežívania životnej krízy môže byť metamorfóza osobnosti, jej prerod, prijatie nového cieľa, nových hodnôt, novej životnej stratégie a nového sebaopímania.

Náročné životné situácie sú okolnosti, úlohy, ktoré si od jednotlivca v určitej fáze jeho vývinu vyžadujú mobilizáciu a vypätie psychických síl, osvojenie určitých poznatkov,

⁷⁸ Porov. JAFFE, D. T.: Self-Renewal : Personal Transformation Following Extreme Trauma. In: *Journal of Humanistic Psychology*, 25, 1985, s. 99–124.

⁷⁹ TAROČKOVÁ, T.: Životné udalosti ako aktuálna premenná v celoživotnej vývinovej psychológii. In: *Československá psychologie*, roč. 34, 1990, č. 3, s. 251–258.

skúseností, zručností a tvorivosti na ich prekonanie, zvládnutie či riešenie.⁸⁰

U človeka s postihnutím ide predovšetkým o prijatie svojho postihnutia, o uvedomovanie si rozdielnosti vyplývajúcej z jeho hendikepu, o obmedzené možnosti v spoločnosti, ktoré vyplývajú z nepripravenosti prostredia, v ktorom žije. Tieto a ďalšie skutočnosti ovplyvňujú človeka aj negatívne, ale zároveň sa aj pozitívne zúčastňujú na tvorbe jeho osobnosti. Veď črty osobnosti sa formujú v obťažnejších situáciách a podmienkach, ktoré často lepšie rozvíjajú aj odolnosť. Je známe, že v náročnejšej situácii môže obstať práve človek s postihnutím, hoci s horšími biologickými predpokladmi.⁸¹

Prekonávanie ťažkostí si žiada veľa síl. Lenže sila, ktorá je potrebná na prekonanie týchto ťažkostí, je zároveň novou energiou, ktorá formuje človeka a mení ho na inú, hodnotnejšiu osobnosť. Táto skutočnosť je skúsenostne nepopierateľná. Na to smerujú aj slová pápeža Jána Pavla II., ktorý vyzýva ľudí s postihnutiami: „Spolieham sa na vás, že ukážete svetu, čo je láska.“⁸²

Mnohé psychologické a pedagogické štúdie podávajú prehľad charakteristických črt osobnosti ľudí s postihnutím. Najčastejšou črtou, ktorá sa uvádza, je komplex menejcennosti. Ďalej nasledujú pocit izolácie, osamelosti a odlišnosti, prejavy pasivity a pesimizmu, neprimeraný strach,

⁸⁰ KOŠČO, J.: Teoretické otázky systému poradenstva a psychológia v poradenstve. In: KOŠČO, J., a i.: *Poradenská psychológia*. Bratislava, 1987, s. 7–73.

⁸¹ Porov. KUBÍČOVÁ, Z.: Obrátné životní situace zdravotně a zejména tělesně postižených dětí a mladistvých. In: *Kritické životní situace dětí a mladistvých s tělesným a zdravotním postižením*. Zborník z konferencie Somatopedickej spoločnosti. Brno, 1995, s. 7–16.

⁸² JÁN PAVOL II.: *Christifideles laici*. Posynodálny apoštolský list z 30. decembra 1988, kap. IV.

slabšia prispôsobivosť, veľké výkyvy v emocionalite a skôr kritický ako priateľský vzťah k iným, citovo „chladnejší“ a kritický odstup od iných.⁸³

Je veľmi potrebné poznať všetky problémy a prejavy, ktoré ovplyvňujú osobnosť človeka s postihnutím. V odbornej literatúre sa minimálne stretávame s definovaním pozitívnych črt osobnosti ľudí s postihnutím. Takto sa vyvoláva dojem, že človek s postihnutím je zároveň vo väčšej miere problémovým človekom.

Vychádzajúc z praxe, uvádzame niektoré z pozitívnych črt, ktoré sú typické pre ľudí s postihnutím.

1. Znížené sebavedomie, čo vyplýva z postihnutia. Toto sebavedomie však výrazne narastá aj s úspechmi, ktoré človek dosiahne.
2. Menej prejavované pocity. Vnútorne prežívanie je však často hlboké.
3. Radosť z maličkostí a z malých prejavov pozornosti.
4. Vďačnosť za najmenší prejav záujmu.
5. Rezervovanosť pri prvých kontaktoch a ťažšie nadväzovanie priateľstiev. Ak však niekomu verí, je schopný prežívať veľmi blízke a trvalé priateľstvá a vzťahy.
6. Solidárnosť s inými a ochota pomáhať.
7. Malá aktivnosť v hľadaní možností a príležitostí. Týka sa to napríklad pracovných alebo spoločenských príležitostí. Ak však dostane príležitosť, je húževnatý a dôsledný v tom, čo robí.
8. Problémom je, že neprejavuje svoj názor. Vyplýva to zo závislosti od druhých, ktorá zabraňuje vyjadrovať svoj

⁸³ Porov POŽÁR, L.: *Psychológia osobnosti postihnutých*, s. 50–53.

názor zo strachu o narušenie vzťahov s tými, na ktorých je odkázaný.

9. Výraznou pozitívnou črtou jeho osobnosti je schopnosť chápať druhých a prežívať ich problémy. Často ide o mimoriadnu citlivosť a schopnosť prejavovať lásku.

V pomáhajúcich profesiách v prospech ľudí s postihnutím treba brať do úvahy celú osobnosť človeka, fyzické, ale i psychické problémy možno dobre zvládnuť len pri rešpektovaní celej osobnosti.

10

Základné princípy pomoci osobám s postihnutím v pomáhajúcich profesiách

10.1 Princíp sebapoznania terapeuta ako základný predpoklad jeho práce

Každý človek má isté osobné predpoklady, ktoré by mal rozvíjať a uskutočniť. Musí ich objaviť, spoznať a rozhodnúť sa využiť ich. Ak pozorujeme správanie človeka v čase, pričádzame k záveru, že tieto predpoklady, ich podstatu, nemôžeme chápať len staticky, ale aj dynamicky, ako prameň činnosti vedúcej k sebauskutočňovaniu. Keďže sa pri tejto činnosti človek stretáva s rovnocennými duchovno-personálnymi bytosťami, jeho rozvoj je podmienený oslovením druhého človeka a schopnosťou toto oslovenie opätovať. Človek dospieva k plnému rozvinutiu len v personálnom vzťahu.⁸⁴ Treba pamätať na to, že takýto vzťah je súčasťou

⁸⁴ Porov. CORETH, E.: *Co je člověk?* Praha : Zvon, 1994, s. 159.

širšieho vzťahu v spoločenstve, kde nadobúda osobitnú kvalitu, a na to, že vzťah k jednotlivcovi je cestou k širšiemu spoločenstvu, pričom spoločenstvo zase sprostredkúva vzťah k jednotlivcovi.

Zdravé sebauskutočňovanie vo vzťahu k inému človeku si vyžaduje slobodné prijatie druhého pre neho samého. Je to možné iba v prípade, že sa pri tom nevzdávame vlastnej slobody, osobných predpokladov a podstaty svojej osobnosti, ale ich rozvíjame. Inak by to už nebolo sprostredkovanie, ale zrušenie mravnej hodnoty sebauskutočnenia. Je to priestor, v ktorom rozhoduje každý sám a nikto druhý mu nesmie túto možnosť upierať alebo obmedzovať. Nikto sa tejto možnosti nesmie vzdať.⁸⁵

Vychádzajúc z týchto základných predpokladov sebauskutočňovania v spoločenstve je najpodstatnejším princípom v pomoci druhým princíp sebapoznania terapeuta.

Rozhodnutie pracovať v pomáhajúcej profesii je naozaj odvážnym a veľmi zodpovedným rozhodnutím. Práca tohto druhu je povoláním s hlbokým zmyslom a veľkou hodnotou pre tých, ktorým sa pomáha, i pre toho, kto pomáha.

Je známy príklad z Biblie o kráľovi, ktorý predtým, než išiel do boja, spočítal si silu svojho vojska. Toto spočítanie svojich síl pred každou vážnou prácou je zodpovedným postojom. Ten, kto chce pomáhať druhým, musí zvážiť schopnosť vykonávať povolanie v pomáhajúcej profesii. Pri tom je potrebné zohľadniť viaceré hľadiská.

Predovšetkým ide o dobré poznanie seba samého. Toto spoznanie seba trvá dlhší čas a ticho, v ktorom je možné objaviť skryté vlastnosti, danosti, talenty i obavy. Veľmi

⁸⁵ Porov. CORETH, E.: *Co je člověk?*, s. 165.

užitočná je aj konfrontácia osobných pohľadov na seba s pohľadom inej, dôveryhodnej osoby.

Čo môže viesť človeka k tomu, že chce pracovať v pomáhajúcej profesii?

Dať zmysel životu, vykonávať niečo, čo sa pokladá za záslužné, ľútosť, vôľa pomáhať slabším, ale aj nevyhnutnosť niekde sa zamestnať.

Ozajstný zdravý vzťah v pomáhajúcom povolání, najmä pri práci s ľuďmi s postihnutím, musí byť založený na maximálnej úcte k osobnosti človeka s postihnutím. Osobnosť každého človeka, teda aj človeka s postihnutím, je neopakovateľná a jedinečná. Jediným rozdielom je fyzická neschopnosť vykonávať niektoré úkony.

Čo je predpokladom dobrej prípravy na pomoc ľuďom s postihnutím? Treba dobre poznať ich diagnózu, ich skutočné možnosti, v čom im treba pomáhať, ale i to, čo by terapeut za nich nemal robiť. V čom im treba nechať samostatnosť a v čom ich treba usmerniť a pomôcť im.

Dôležité je poznať prostredie, v ktorom bude terapeut pracovať. Toto prostredie je špecifické svojím poslaním a v mnohých prípadoch nezodpovedá ideálnym predstavám klientov, ani tých, ktorí s nimi pracujú.

Každý terapeut by mal zvážiť všetky osobné danosti. Svoje predstavy by mal zosúladiť so skutočnosťou a až na základe toho by sa mal rozhodnúť.

Hlavným motívom pre rozhodnutie prijať povolanie v oblasti starostlivosti o ľudí s postihnutím by malo byť úsilie byť blízko človeku, ktorý to potrebuje. Terapeut má byť pomocníkom vo veciach, ktoré z dôvodu postihnutia nemôže človek s postihnutím sám zvládať. Je však potrebný

dostatočný odstup, aby klient mal slobodu samostatne sa rozvíjať.

Každý, kto pracuje pozitívne v tejto oblasti, je príkladom človeka, ktorý chce „dávať“, a tým sa výrazne líši od spoločnosti, ktorá je založená len na „mať“. Tak sa terapeut stáva nositeľom „kvality bytia“, nositeľom novej kultúry, „kultúry života“, ktorá prijíma a rešpektuje každú ľudskú bytosť a v rámci svojich možností jej podáva svoju solidárnu ruku.⁸⁶

10.2 Princíp utvorenia správneho prístupu dieťaťa s telesným postihnutím ku vlastnému postihnutiu

Ľudia s postihnutím neradi a málokedy rozprávajú o tom, ako vnímajú svoje postihnutie. Súvisí to aj s tým, že títo ľudia vo všeobecnosti veľmi málo rozprávajú o sebe a o svojich pocitoch, , ako to uvádzame v časti o komunikácii. Problém vzťahu človeka ku vlastnému postihnutiu je príliš odvážne definovať bez konzultácie s tými, ktorých sa týka. Aj keď títo ľudia neradi rozprávajú o svojom postihnutí, pri blízkyh osobných kontaktoch možno spoznať ich pocity a azda aj pomôcť pri ich usmerňovaní.

Príbeh prvý – Janka. Malá Janka je ťažko telesne postihnutá po detskej mozgovej obrne. Všetky štyri končatiny má postihnuté tak, že musí byť na vozíčku a má problém s po-

⁸⁶ Porov. ĎAČOK, J., ŠOLTÉS, L., KLEPANEC, J.: *Etické aspekty práce s telesne postihnutými deťmi*. Bratislava : Ústav medicínskej etiky a bioetiky, 1997.

hyblivosťou rúk. Jej najlepšia priateľka Jožka je podobne postihnutá. Jožka však absolvovala operácie, po ktorých sa jej stav zlepšil natoľko, že začala chodiť s „chodítkom“. Janke tiež navrhli operáciu.

S radosťou sa jej podrobila, hoci šlo o veľmi bolestivý zákrok. Výsledok však nebol dobrý a Janke sa stav po operácii zhoršil.

Pred operáciou sme sa veľa rozprávali o tom, ako veľmi sa teší, že bude chodiť. (To by chcela zažiť v živote, stáť na vlastných nohách.) Po neúspešnej operácii som s napätím očakávala Jankinu reakciu: „To nič, že to nevyšlo, veď nambudúce sa to možno podarí.“

Príbeh druhý – Anna. Anna žije so svojimi rodičmi na dedine. Je na vozíčku. Nemá priateľov. Je veľmi nespokojná. Vyčíta rodičom zlú starostlivosť, známym, že ju nenavštevujú, ale sama pre to nič neurobí. Väčšinu času trávi čítaním časopisov a počúvaním rádia. Nerada chodí z domu. Celé okolie okolo seba „zamoruje“ nervozitou a mnohých z jej okolia už ovplyvnil jej pesimizmus.

Príbeh tretí – Edita. Edita je dospelá mladá žena. Žije so svojimi blízkymi doma. Je na vozíku. Má veľké množstvo priateľov, s ktorými rada trávi čas. Chodí na rôzne semináre, vzdeláva sa, usiluje sa ovplyvňovať veci okolo seba. Bez zábran požiada o pomoc, ak niečo sama nezvládne. Vie prijať aj takú pomoc, ktorú niekedy necitlivo a nasilu poskytujú netaktní ľudia. Hovorí, že ich chápe, a teší sa z toho, že „je dobro v ľuďoch“. A jej postihnutie? To si všimne, len keď zistí, že nemôže ísť do kina, lebo nemá v poriadku výťah.

Tieto osudy len veľmi rámcovo poskytujú obraz o prístupe detí ku svojmu postihnutiu. Poskytujú však reálnejší pohľad na tento veľmi zložitý problém.

Postoj dieťaťa ku svojmu postihnutiu možno charakterizovať ako relatívne ustálený spôsob, ktorým toto dieťa pozná a hodnotí určitý telesný alebo zmyslový defekt, ako ho citovo prežíva a ako sa podľa neho správa.⁸⁷

V minulosti sa v zásade pristupovalo k tomuto problému priamo: v psychike jedinca s postihnutím sa hľadali dva body intervalu, ktorý vyjadroval vyrovnávanie sa s touto stratou – akceptácia a neakceptácia.

Pod *akceptáciou* telesného postihnutia sa rozumie kognitívne, emocionálne a konatívne osvojenie si všetkých životných možností a obmedzení, ktoré toto postihnutie prináša. Ide o osvojenie si všetkých zostávajúcich možností a ich uskutočnenie pri súčasnom zohľadnení všetkých obmedzení, ktoré k nim patria. Akceptácia sa chápe ako predpoklad celkového zdravého a činorodého životného prispôsobenia sa človeka s telesným postihnutím. Dôraz sa kladie na aktívne prekonávanie a vyrovnávanie sa s defektom a jeho dôsledkami na život.

Uvedená hranica medzi možnosťou a nemožnosťou je vždy veľmi pohyblivá a osobnou tvorivosťou i kompenzačnými prostriedkami sa mnohé obmedzenia dajú obísť utváraním náhradných možností. Existujú tu mnohé individuálne rozdiely. Z tohto hľadiska sa akceptácia telesného postihnutia chápe ako „trvalá a vžitá pohotovosť postihnutého človeka priebežne prekonávať dôsledky tohto defektu a produkovať motiváciu pre vonkajšiu činnosť, ktorá je s tým spojená“⁸⁸.

⁸⁷ *Akceptace vady jako produktu sociálních vztahů postiženého jedinca*. Zborník z konferencie tyfologickej spoločnosti. Praha, 1976, s. 5–47.

⁸⁸ TAROČKOVÁ, T.: Smútkové poradenstvo ako vynárajúca sa oblasť psychologického poradenstva. In: *Československá psychologie*, roč. 39, 1995, č. 3, s. 229–240.

Neakceptácia je protipólom akceptácie. Jej prejavy sú oveľa zložitejšie a rozmanitejšie ako prejavy pomerne jednoznačnej akceptácie. Chápe sa ako „neprijímanie a neuznávanie životných možností a obmedzení, ktoré telesné postihnutie so sebou prináša“⁸⁹.

- a) Dieťa postihnutie odmieta, ale stále sa borí s jeho prejavmi, nevzdáva sa, dúfa v zmenu, v uzdravenie.
- b) Dieťa postihnutie rezignovane prijíma ako fakt, proti ktorému sa nedá nič robiť.
- c) Dieťa postihnutie prijíma a usiluje sa s ním vyrovnávať v pozitívnom zmysle, využiť svoje sily a vedomosti podľa možností, ktoré sú mu prístupné.

Tieto pohľady na vzťah dieťaťa ku svojmu postihnutiu sa samozrejme, tak ako všetko v živote, vyvíjajú a počas života sa aj menia. Príčinou ich dynamiky je dozrievanie osobnosti, zmeny postojov človeka ku spoločnosti, ako aj spoločnosti k nemu. Vo veľkej miere majú však na vzťahu ku vlastnému postihnutiu podiel rodičia dieťaťa a tí ľudia, ktorí prichádzajú do kontaktu s ním.

10.3 Princíp správneho prijímanie dieťaťa s telesným postihnutím jeho okolím

Najbližšími osobami pre každé dieťa sú jeho rodičia. Ich postoj k dieťaťu v útlom detstve predurčuje mnoho z jeho života. Pre dieťa s telesným postihnutím je tento postoj oso-

⁸⁹ TAROČKOVÁ, T.: Smútkové poradenstvo ako vynárajúca sa oblasť psychologického poradenstva. In: *Československá psychologie*, roč. 39, 1995, č. 3, s. 229–240.

bitne určujúci, pretože takéto dieťa je svojím postihnutím odkázané na pomoc iných, predovšetkým svojich rodičov.

Úloha rodičov a rodiny pre zdravý vývoj každého dieťaťa má nesporne prioritu. O to vážnejšiu úlohu má prístup rodičov ku svojmu dieťaťu, ktoré je postihnuté. Takéto dieťa od malička prežíva svoj život inak ako jeho rovesníci. Zažíva menej prijatí od blízkych i cudzích ľudí. Takéto dieťa je menej prituľované. Málokedy zažije spontánnu pochvalu. Stretáva sa skôr s ľútosťou a s prejavmi solidarity ako s obdivom a s očakávaním aktivity.

Jedinou základnou kompenzáciou tejto negatívnej črty ich života môže byť dobrá, harmonická rodina.

V našej spoločnosti je vytvorená sieť sociálnych zariadení, ktoré majú slúžiť deťom s telesným postihnutím. Zároveň sa rozrastá sieť nových, moderných zariadení rehabilitačného typu. Ich úloha je nezastupiteľná, za základný predpoklad zdravého vývoja dieťaťa však pokladáme, aby tieto zariadenia navštevovalo ambulantne. Druhou stranou tejto mince je skutočnosť, že jeho hlavným zázemím má byť rodina.

Postoj rodičov k postihnutému dieťaťu môže byť však rôzny, od prehnanej lásky až po odmietnutie dieťaťa. Stretávame sa s týmito postojmi:

- a) prirodzený rodičovský postoj (zdravá podpora sebarozvoja dieťaťa, schopnosť pustiť dieťa do sveta),
- b) postoj prehnanej starostlivosti (hyperprotektívna výchova, vyplývajúca z pocitu viny),
- c) postoj spočiatku prehnanej starostlivosti, no po neúspechoch strata záujmu o dieťa a o jeho postihnutie,
- d) postoj nenávisťi k dieťaťu, ktorý nastáva z dôvodu nespracovania vlastného pocitu viny,

- e) postoj využitia postihnutia dieťaťa v prospech rodiča,
- f) úplné odmietnutie dieťaťa, zrieknutie sa rodičovských práv.

Tieto prístupy rodičov k vlastnému dieťaťu vyplývajú z prijatia alebo neprijatia skutočnosti, že ich dieťa je postihnuté. Ďalej tieto prístupy často ovplyvňuje prejavujúci sa pocit viny, ktorým rodičia trpia celý život.

Na tomto mieste sa žiada zdôrazniť vážny problém, ktorý sa objavuje vo vzťahu rodiča k postihnutiu jeho dieťaťa. Keď sa rodič dozvie, že jeho dieťa je telesne postihnuté, vytvorí sa v ňom obranný mechanizmus, ktorý ho núti využiť všetky dostupné medicínske a rehabilitačné prostriedky na to, aby postihnutie odstránil. V mnohých prípadoch sa úspech tohto úsilia môže čiastočne dosiahnuť po dlhom čase. V prípade mnohých diagnóz, pri ktorých dochádza k celkovému narušeniu hybnosti tela, ako je napríklad detská mozgová obrna, je odstránenie poruchy veľmi zriedkavé. Ak nastane zlepšenie, tak iba čiastočné. Preto je pre rodičov veľmi dôležité, aby reálne poznali postihnutie svojho dieťaťa a prijali jeho reálnu perspektívu vyliečenia. Ak vyliečenie nie je z medicínskeho hľadiska možné, mali by sa zamerať na rozvoj tých schopností svojho dieťaťa, ktoré môžu byť preň cestou k sebarealizácii. V tomto smere sú ešte veľké rezervy. Spoločnosť pomáha deťom s telesným postihnutím, zabúda sa však na tých, ktorí tvoria pre dieťa zázemie, ktorí ho môžu najlepšie usmerniť, povzbudiť a pripraviť na život. Je to veľmi náročná úloha, ktorá leží na pleciah rodičov detí s telesným postihnutím. Rodičia sú spravidla pripravení pomáhať svojmu dieťaťu. Musíme však vziať do úvahy, že aj oni sami potrebujú pomoc. Predovšetkým v tom, aby postihnutie svojho dieťaťa

prijali, aby pochopili svoju úlohu v živote ich dieťaťa a aby sa vyrovnali sami so sebou. Táto pomoc rodičom by mala tvoriť základ pomoci ich deťom, ktoré sú postihnuté. Práca s rodičmi môže byť často pre dieťa užitočnejšia ako mnohé iné, aj nadštandardné, služby spoločnosti. Alebo inak povedané, tieto služby nájdú pozitívnu a skutočnú odozvu v živote dieťaťa s postihnutím len vtedy, ak bude cítiť zázemie rodiny, ktorá ho správne prijala.

Aký je vzťah širšieho okolia k dieťaťu s telesným postihnutím? Odpoveď na túto otázku treba hľadať v minulosti. Spoločnosť sa v minulosti v tejto oblasti doslova „sterilizovala“ utváraním špeciálnych centier zameraných na liečbu, výchovu a „odkladanie“ postihnutých. Väčšina populácie preto nemala kontakt s postihnutými ľuďmi a keď sa to náhodou stalo, reakcia bola zvyčajne neprimerane negatívna.⁹⁰

Prístup širšieho okolia k telesne postihnutým sa pod vplyvom ich izolácie od spoločnosti vyvinul na:

- a) tolerovanie postihnutých,
- b) ľútosť nad ich postihnutím,
- c) seberealizovanie na úkor postihnutých,
- d) odmietnutie postihnutých.

Zdravým prístupom, o ktorý sa musíme usilovať, je prístup partnerský. Vzorom by nám mohli byť krajiny, v ktorých postihnutý človek prežíva svoj život plnohodnotne. Napríklad postihnutí ľudia v Kanade zreteľne pociťujú starostlivosť štátu o nich. Zaujímavé je aj pomenovanie postihnutých ľudí v tejto krajine: „physically challenged“. Aj pomenovanie postihnutia hovorí o citlivosti a spolu-

⁹⁰ Porov. GÚTH, A.: Etika vzťahov na rehabilitačnom pracovisku. In: LECHTA, V., MATUŠKA, O., ZÁSZKALICZKY, R: *Nové cesty k postihnutým ľuďom*, s. 85.

zodpovednosti spoločnosti za svojich postihnutých ľudí. Spoločnosť i oni sami naozaj pociťujú vzťah k zdravotnému postihnutiu ako výzvu. Táto výzva sa prejavuje všade, ale hlavne vo vzťahu nepostihnutých ľudí k postihnutým. Prijímajú ich prirodzene a bez zábran.⁹¹

Jeden príklad za mnohé hovorí o prístupe spoločnosti ku svojim postihnutým spoluobčanom. V akademickom roku 1994/1995 som sa na Ottawskej univerzite zoznámila s poslucháčom 4. ročníka práva. Jeho jedinou odlišnosťou bolo, že nemal ruky ani nohy. Bol zviazaný s vozíkom a obsluhoval ho ústami a plecami. Pri skúškach pracoval s počítačom, čo bolo pri štúdiu jeho jediné uľahčenie. Inak sa jeho život nelíšil od života bežného študenta. Žil na internáte, navštevoval študentské podujatia, jazdil bez problémov po chodbách univerzity na svojom elektrickom vozíku. Smial sa na vtípoch svojich kolegov a sám zabával iných. Všetci ho brali normálne. Aj on sám pôsobil sebavedome. Pracoval v univerzitnom rozhlasovom štúdiu na príprave programu pre postihnutých kolegov, ktorých bolo na univerzite nezanedbateľné percento.

Z čoho pramenilo jeho sebavedomie a z čoho vychádzal normálny prístup jeho kolegov? Z prístupu k ľuďom s postihnutiami, ktorý vychádzal z myšlienky, že každý človek má isté prednosti, ako aj nevýhody, čo však nie je dôvodom pre jednostranné hodnotenie ani jedného človeka. Týmto „dýchalo“ prostredie v škole. Na univerzite je všetko prispôbované tak, aby sa každý študent, ktorý je telesne postihnutý, dostal všade, kam sa dostane nepostihnutý študent. Nijaké schody, dvere od výťahov a chodieb na fotobunky, knižni-

⁹¹ Porov. ŠMIDOVÁ, M.: Filozofia výchovy a vzdelávania v špeciálnych školách v Kanade. In: *Efêta*, roč. 6, 1996, č. 2, s. 19–20.

ce prispôsobené čo najjednoduchšej manipulácii. Všade sa s postihnutím rávalo a všetci ho prirodzene prijímali.

10.4 Partnerský princíp

Pri práci s človekom s postihnutím treba brať do úvahy jeho fyzické možnosti a intelektuálne a morálne schopnosti, s vedomím jeho ľudskej dôstojnosti a spoluzodpovednosti dieťaťa za výsledok tejto práce.

Uvedenú myšlienku možno označiť ako všeobecnú definíciu pojmu *partnerský princíp*. V tejto súvislosti zdôrazníme ešte raz myšlienku D. Wayera zo začiatku 9. kapitoly: „Len čo postrehnete, že dieťa si začína zlepšovať mienku o sebe, uvidíte, že i jeho úspechy sú výraznejšie. Ale čo je dôležitejšie, uvidíte dieťa, ktoré začína mať väčšiu radosť zo života.“

Nedávno som stretla mladého človeka. Je ťažko telesne postihnutý. Jeho deň vyzerá tak, že vstane, naraňajkuje sa a zapne si rádio, alebo si pustí video. Skončil gymnázium a myslím, že má nadpriemerný intelekt. Keď sme sa rozprávali o tom, čo si myslí o svojom živote, povedal mi: „Život je nanič.“ Vymenoval mi rad ľudí, ktorí ho v živote nepochopili a nedali mu príležitosť. A keď som sa spýtala, prečo im to nepovedal, odpoveď znela, že aj tak by ho nikto nepočúval a nepochopil. A na záver sa vyslovil: „Nechce sa mi žiť.“

Rozmýšľaním o tomto a o podobných mladých ľuďoch som prišla k záveru, k princípu, ktorý je podľa mňa veľmi dôležitý v práci s deťmi s telesným postihnutím. *Vedomie o dôstojnosti človeka tvorí základ jeho integrity.*

Človeka s postihnutím prijíma jeho okolie vždy inak ako jeho rovesníkov. Neustále sa musí podrobovať rôznym vyšetreniam. Prijíma starostlivosť ostatných ľudí bez ohľadu na to, či mu je to príjemné, alebo nie. Často má na mnohé veci odlišný názor, ako majú tí ľudia, ktorí sa o neho starajú. Títo ľudia sa prirodzene zaujímajú o veci, ktoré sú podľa nich dôležité. Dieťa s telesným postihnutím však práve tieto veci nemusí pokladať za kľúčové. Skutočnosť, že nemá odvahu o týchto veciach hovoriť, možno považovať za vážny problém.

Od tohto človeka málokto očakáva a vyžaduje pomoc. Zvyká si na to, že pomoc sa poskytuje jednostranne len jemu. Avšak pomoc môže potrebovať práve od neho niekto ďalší a človek s postihnutím je v skutočnosti schopný takúto pomoc aj poskytnúť. Pritom sa logicky často stáva, že tento človek má pocit vlastnej neužitočnosti. Z toho potom pramení jeho nedostatok sebaúcty. Treba ho viesť k solidarite a spolupatričnosti s inými ľuďmi, či už s podobným, alebo odlišným osudom. „Kým sa zrodí pocit spolupatričnosti, trvá to určitý čas... Často vzniká silný odpor voči tomu, aby sme uverili, že sme pozývaní žiť pre druhých. Patriť niekam znamená zabudnúť na seba, na vlastnú nezávislosť...“⁹²

Tak ako málo sa od človeka s postihnutím očakáva vo vzťahu k iným ľuďom, tak málo sa očakáva od nich vo vzťahu k sebe samým. Neočakáva sa od nich, že sa budú sami borieť so svojimi vlastnými problémami. Najjednoduchším riešením pre spoločnosť je vykonávať pre nich „servis“. Väčšie úsilie by si vyžadovalo upozorňovať ich na možnosti, ako prekonávať prekážky, ako mať svoje plány a ciele, hľa-

⁹² VANIER, J.: *Porušené telo*. Bratislava, 1994, s. 64.

dať riešenia, ako ich dosiahnuť, jednoducho ako ísť hlbšie do svojich schopností a možností. Pre spoločnosť by totiž automaticky nasledovala úloha vytvárať pre nich priestor, aby sami mohli prekážky prekonávať, a to naráža na nedostatok trpezlivosti ľudí, ako aj na nedostatok ich vôle. Tento problém sa u ľudí s postihnutím nerieši aj preto, lebo sa netýka len ich. Ide o všeobecný problém ľudskej spoločnosti. „Všetci zblízka pozorujeme dôsledky zvrátenej vôle, ktorou otročíme spotrebe: ide predovšetkým o vulgárny materializmus a súčasne o hlbokú neuspokojenosť... Hlbšie túžby zostávajú nenaplnené, dokonca ich už azda ani nemáme.“⁹³

Domnievam sa však, že práve pre ľudí s postihnutím je vecou kľúčovej dôležitosti, aby sa naučili sami sebe pomôcť v takej miere, v akej je to možné.

Na základe mojich stretnutí s takýmito ľuďmi som prišla k presvedčeniu, že tak ako existuje ich postihnutie, ktoré tvorí podstatu ich problému, títo ľudia, ak sa na nich pozrieme bližšie a hlbším pohľadom, vlastnia vždy niečo výnimočné, prevyšujúce priemer. Môže ísť o osobitnú schopnosť či vlastnosť.

Presvedčenie o *výnimočnom dare* je pravdivé. Človek s postihnutím sa nenachádza vo víre mnohých udalostí, čo môže byť pre neho samého nevýhodou. Nie je však preplnený mnohými vnemami, ktoré samotné, alebo premýšľanie o nich, spôsobujú „vyťaženosť“ ľudskeho organizmu a vytváranie niektorých obranných mechanizmov.

Najjednoduchším príkladom môže byť tvár človeka, ktorá v osobnom kontakte ovplyvňuje vzťah medzi ľuďmi.

⁹³ JÁN PAVOL II.: *Encyklika Sollicitudo rei socialis*. 30. decembra 1987, kap. IV.

Nevidiaci človek je však schopný v dôsledku svojho postihnutia hlbšie vnímať vnútro iného človeka.

Priestor, ktorý nie je zaplnený množstvom vnemov a informácií, môžu ľudia s postihnutím využiť ako svoju výhodu. Antické a kresťanské myslenie rozpoznáva postihnutého človeka ako takého, ktorý je výnimočný v dôsledku svojho hendikepu, a tak je aj uznávaný v určitej oblasti. Človek s postihnutím má všeobecne výnimočnú schopnosť počúvať, chápať, rozhodovať sa a vidieť veci v ich jednoduchošti. Spomínam si na to, ako moja priateľka, ktorá je telesne postihnutá a nikdy neštudovala psychológiu, svojou hĺbkou pohľadu odhalila v istom prípade príčiny správania mojich detí, čo mi pomohlo v ich výchove.

Pomoc ľuďom s postihnutím by mala byť postavená aj na tom, že im pomôžeme objaviť v sebe takýto výnimočný dar. Uvedomenie si tohto daru znamená vedomie vlastnej hodnoty. Človek s postihnutím takto získava aspoň istú mieru sebavedomia preto, že vlastní niečo, čo on sám, ako aj jeho okolie môže uznávať, čo je hodné obdivu. Ide o to, že uvedomenie si výnimočnosti určitej objavenej schopnosti pomáha objavovať ďalšie možnosti a schopnosti, reálne s nimi počítať. Človek nadobúda odvahu túto schopnosť aj uplatňovať, mať zodpovednosť za seba. A v dôsledku toho získava tiež motív spolupracovať pri zistení, že má schopnosť ovplyvniť kvalitu svojho života.

Podstata partnerského princípu: Terapeut, ktorý vie, čo človek s postihnutím potrebuje napraviť, určí jeho prostriedky a možnosti. Človek s postihnutím, ktorý pocíti zodpovednosť za seba a za ostatných a pochopí, v čom môže pomôcť sebe i ostatným, hľadá v sebe prostriedky, ako dosiahnuť tento cieľ, a usiluje sa ich použiť.

10.5 Záverečné poznámky ku vzťahu terapeuta a človeka s postihnutím

Vychádzajúc z princípu, ktorého obsahom je myšlienka, že človek je predovšetkým bytosťou, ktorá oslovuje a ktorá je oslovovaná, pokladám za potrebné zamyslieť sa nad otázkou, akému vzťahu k ľuďom s postihnutím by sme sa my, ako terapeuti, mali učiť.

Ako logopedička veľkého zariadenia pre deti s telesným postihnutím som si zo začiatku kládla za úlohu naučiť deti správnej artikulácii, fonácii a podobným náležitostiam reči. Moju špecializáciu a náplň mojej práce, mojej odbornosti, som pokladala prirodzene za účel mojich stretnutí s deťmi. Výsledky mojej práce ma však neuspokojovali. Deti s dyzartriou nie sú stavebným materiálom, z ktorého sa za týždeň-dva postaví budova, ba ani domček. Iste, mohla som si povedať, že ak by som sa neusilovala učiť deti správne hovoriť, boli by na tom o kúsok horšie s ich rečovými schopnosťami.

Po viacerých stretnutiach s tými istými deťmi som cítila v sebe istý rozpor. Moje jednostranné úsilie za každú cenu ich naučiť správne hovoriť, sa mi zdalo čoraz viac obmedzujúce. Keď som sa zameriavala na reč detí a používala všetky možné a dostupné prostriedky, zisťovala som paradox – výsledky mojej práce neboli najuspokojivejšie. Naopak, keď som „prijímala hru“ detí, ktoré ku mne prichádzali na logopedické hodiny, výsledky boli lepšie a deti spokojnejšie, veselšie a šťastnejšie. V čom spočívalo „prijímanie hry“ detí?

Každé z nich malo iné reakcie, iné problémy, jednoducho inú osobnosť a život. Rozprávali mi svoje problémy.

Dozvedala som sa, čo by so mnou rady robili, o čom by sa chceli rozprávať, čo potrebovali vypovedať, v čom je im život ťažký a v čom sa z neho tešia. Dievčatku zomrela pred časom mamička. Sestrička druhého dievčatka je menej postihnutá, prečo je to tak? Potrebujem sa uvoľniť, aspoň dnes, pani logopédka... Kričala na mňa pani upratovačka, som naozaj taká nemožná a zlá? Prečo po mňa neprišiel ocko? Máte ma rada, pani logopédka? Nenudím vás, pani logopédka? Prečo ste taká smutná, pani logopédka? Teším sa, že ste aj vy veselá, pani logopédka, aj mne je potom veselo. Prežijem zajtra operáciu, pani logopédka? Naučím sa správne hovoriť, aby ma ľudia rozumeli? Ako sa majú vaše deti?

Toto je reálny život, v ktorom pre dieťa s telesným postihnutím nie je práve v tejto chvíli najdôležitejšie naučiť sa správne vyslovovať hlásku „r“. Preto som sa čoraz viac odklňala od môjho prvotného a na prvý pohľad logicky prijateľného cieľa, ktorého podstatou je naučiť dieťa správne hovoriť. Tento cieľ sa mi zdal čoraz užší a nedostatočnejší. A to napriek vedomiu, že som logopédka a mojou úlohou je naučiť dieťa správne hovoriť, čo mu pomôže v jeho sebaúcte a dodá mu jeden z motívov pokračovať v živote so svojimi plánmi. Nie, táto úloha sa mi zdá správna a užitočná. Išlo o niečo iné.

Stačí pre moju prácu dosiahnuť zlepšenie reči dieťaťa? Takúto otázku si môže položiť tak logopédka, ako aj lekár, rehabilitačná lekárka, psychológ, sociálny pracovník, jednoducho každý špecialista v oblasti svojej odbornosti.

Prvou mojou myšlienkou bolo, že životnými problémami detí by sa mal komplexne zaoberať niekto, kto by jednak koordinoval prácu odborníkov, osobný koordinátor, a jednak niekto, kto by poznal všetky stránky, rozmery osoby

dieťaťa. Aj teraz sa domnievam, že táto myšlienka je správna, ale iba na odbornom poli. Koordinovať prácu logopéda, lekára a psychológa je určite užitočnou vecou a predstavuje komplexnú starostlivosť, takú potrebnú v sociálnych zariadeniach. Toto riešenie však zrejme nedáva odpoveď na otázku vzťahu terapeuta a dieťaťa s telesným postihnutím, odpoveď na otázku môjho vzťahu k určitému dieťaťu v ústave, v ktorom pracujem.

Počas tohto uvažovania si možno všimnúť, že otázka vzťahu terapeuta a liečeného dieťaťa čoraz viac zahusťuje jednotlivé myšlienky a stáva sa centrálnou otázkou. Prečo je to tak?

Logopédka sa nestretáva v skutočnosti s dieťaťom, ktorého jediným rozmerom osobnosti je určitý stupeň schopnosti hovoriť. Podobne rehabilitačný lekár sa nestretáva s dieťaťom, ktorého jediným rozmerom je určitý stupeň schopnosti dosahovať správne pohyby. Psychológ sa nestretáva s dieťaťom, ktorého jediným rozmerom osobnosti je určitý stupeň intelektu alebo správnych reakcií. Logopéd, rehabilitačný lekár i psychológ sa stretli s dieťaťom, ktoré má mozgovú obrnu s dôsledkami telesného ochrnutia, ktoré má poruchy reči a ktoré má nesprávne reakcie v dôsledku nedostatku sebaúcty. No nielen to. Títo špecialisti sa stretli s ľudskou osobou, ktorá je v každom okamihu svojho života integráciou viacerých rozmerov, s človekom ako mikrokozmosom, syntézou zmyslového i nadzmyslového sveta.⁹⁴ Telesná, duševná, interpersonálna⁹⁵, duchovná dimenzia, všetky tieto rozmery

⁹⁴ Rozvitie tejto myšlienky možno nájsť v prvej časti monografie ŠKODA, R: *Základy katolíckej sociálnej náuky*. Košice : HKR, 1991.

⁹⁵ Existenciu človeka charakterizuje spravidla filozofia ako spolubytie. Človek ako sebaúčel sa môže uskutočňovať výlučne s inými ľuďmi. Človek sa realizuje vo vzájomnom

má dieťa i vtedy, keď sa stretáva s logopédom, i vtedy, keď sa stretáva s rehabilitačným lekárom, i vtedy keď sa stretáva s psychológom. Nie postupne, ako by to zodpovedalo myšlienke, že logopéd má napraviť dieťaťu reč, odovzdať ho rehabilitačnému lekárovi, ktorý mu napraviť pohyb, a potom psychológovi, ktorý mu vysvetlí, prečo má znášať svoje utrpenie. So všetkými rozmermi svojej osobnosti vstupuje dieťa do interpersonálneho vzťahu s každým z uvedených špecializovaných odborníkov. A nielen to.

Dieťa vstupuje do vzťahu s terapeutom ako človek, ktorý sa usiluje dosiahnuť zmysel svojho života. Dá sa bez problémov vypozerovať, dá sa to prečítať vo filozofii, že zmyslom života je, i keď ťažšie individuálne definovateľné, trvalé a úplné šťastie človeka. Opakom toho je utrpenie človeka, ako nedostatok šťastia. Tma ako nedostatok svetla. Utrpenie ako nedostatok šťastia. Utrpenie ako nedostatok uspokojujúceho stavu telesného, duševného i sociálneho rozmeru. Utrpenie, ktoré však ťažko liečiť zameraním sa výlučne na jeden z uvedených rozmerov človeka, ide totiž o nedeliteľnú neschopnosť byť šťastným, prežívať šťastie. Všetky rozmery človeka sú neoddeliteľné a vzájomne prepojené a podmienené v rovnakom čase a vždy. Utrpenie a šťastie človeka sú kategóriami, ktoré dostali svoj obsah a cenu v ideálne integrovanej osobnosti Krista. V dôsledku ich prijatia Kristom sa osvetľuje ich zmysel a tento zmysel môže byť prístupný tak terapeutovi, ako aj človeku s telesným postihnutím. Táto skutočnosť dáva možnosť tušiť nový rozmer v ich vzájomnom vzťahu.

personálnom vzťahu ľudí, v interpersonálnom vzťahu. Porov. ANZENBACHER, A.: *Úvod do filozofie*, s. 204n.

V tomto svetle je nedostatočným cieľom terapeuta liečiť reč, pohyby alebo psychiku a ostatné rozmery dieťaťa si nevšimáť. Naopak, je kontraproduktívne, vzhľadom na zmysel života človeka, príliš sa zamerať na jednotlivé jeho rozmery. Slová *príliš sa zamerať* vyslovujem v zmysle vylučného záujmu terapeuta o jednu stránku osobnosti dieťaťa s telesným postihnutím.

Neznamená to stratu dôvodu špecializovať sa. Ide o obrat v základoch koncepcie, o zmenu cieľa, uvedomenie si podstaty postavenia terapeuta.

Terapeut by sa mal usilovať predovšetkým o zmiernenie utrpenia dieťaťa. Brať dieťa ako bytosť, ktorá má nielen telesný a duševný, ale aj interpersonálny rozmer. Je to bytosť, ktorá vstupuje so mnou do medziľudského vzťahu, to predovšetkým. Až potom ide o bytosť, ktorá má poruchu reči, svalov, či intelektu. Takto sa však pred špecializované zásahy dostáva do popredia vzťah terapeuta a dieťaťa s telesným postihnutím. Tento vzťah nadobúda väčšiu váhu ako samotná konkrétna oblasť liečby. Človek ako bytosť oslovená a oslovujúca nie je nástrojom, ktorý sa zbrúsením opraví. Je tu niečo viac: vzťah terapeuta a dieťaťa ako prioritný (netvrším, že jediný) dôvod pre ich stretnutie ako dvoch ľudí s mnohorozmernou integrovanou osobnosťou.

V tejto súvislosti je zaujímavé skúmať extrémny postoj človeka, ktorý bol nazvaný „základná frustrácia“. Tento pojem sa spája s túžbou človeka zomrieť v dôsledku veľkého utrpenia, ktoré nemôže prekonať. Literatúra uvádza viacero dôvodov základnej frustrácie.⁹⁶ Všetky dôvody jednoznačne súvisia so sebarealizáciou v interpersonálnom vzťahu.

⁹⁶ Porov. KESEG, V., KRČMÉRY, V., KLEPANEC, J., MIKOLÁŠIK, M., ŠOLTÉS, L.: Problém eutanázie. In: ŠOLTÉS, L., a i.: *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Trnava :

Rozmer interpersonálneho vzťahu obsahuje preto ešte jeden fenomén. Nejde o vzťah jednostranný. Keď sa vraciam k otázkam detí, ktoré mi kladú, k ich záujmu o to, či ich mám rada, ako sa majú moje deti, či som smutná alebo veselá, ale aj keď sa vraciam k tomu všetkému, čo ma z ich strany oslovilo, musím priznať, že som v takomto vzťahu partnerom, a nie divákom, dokonca ani nie terapeutom. Som totiž tiež človekom s interpersonálnym rozmerom, ktorý, podobne ako dieťa s telesným postihnutím, ktoré liečim, potrebuje nevyhnutne na svoju existenciu a zmenšovanie utrpenia. Výzva hľadať šťastie v stave, v ktorom sa nachádzame, je úlohou terapeuta. Výzva odkrývať zmysel utrpenia, ktoré nemožno odstrániť, je taktiež úlohou terapeuta. Tieto veci však nie sú jeho monopolným privilégium, pretože je sám človekom.

Som presvedčená, že sa netreba obávať jasne formulovať tieto myšlienky ľuďom hľadajúcim druh svojho budúceho povolania, ani ľuďom študujúcim alebo praktizujúcim činnosť terapeuta akéhokoľvek zamerania. Formulovať tieto myšlienky treba ako správne a vedecké, a nie len ako ľudský postoj. Nevyhýbať sa im z dôvodu, že sa vyhlásia za osobný postoj človeka. Aj osobný postoj sa formuje, a veda by na tom mala mať svoj pozitívny podiel. V krajnom prípade by aspoň nemalo dať za pravdu materialistickému postojovi vo vzťahu k bytosti, ktorej integrálnymi súčasťami sú aj duševný, duchovný a medziľudský rozmer.

Ak sa to dá, terapeut by mal prekonať svoju aj pacientovu izolovanosť, v ktorých sa rodí zúfalstvo. Ak sa to dá, mal by na to upozorniť aj ďalších terapeutov, azda najlepšie jasným vyjadrením názoru a vlastným tichým postojom.

11

Pomáhajúci vzťah voči ľuďom so zdravotným postihnutím

Na úvod je dôležité, aby sme pripomenuli definíciu zdravia, choroby a postihnutia.

Jednu z najviac známych definícií zdravia poskytla v roku 1947 Svetová zdravotnícka organizácia (WHO). Definuje zdravie ako „stav úplnej fyzickej, psychickej a sociálnej pohody, a nie len ako chýbanie choroby či slabosti“⁹⁷.

Hľadiac na túto definíciu môžeme konštatovať, že pojem zdravia zahŕňa viaceré komponenty, a to fyzické, psychické, sociálne, ktoré môžeme aj rozšíriť na spirituálne, intelektuálne a environmentálne.

Podľa tejto definície, ktorá hovorí o „stave úplnej fyzickej, psychickej a sociálnej pohody“, možno predpokladať, že 70 – 95 % populácie je nezdravých,⁹⁸ pretože si uvedomujeme, ako ťažko je dosiahnuť a udržať tento stav.

V bežnom živote hovoríme však o chorobe, keď konštatujeme narušenie telesných alebo duševných funkcií, ktoré môže vyústiť do zníženej výkonnosti alebo skrátenej

⁹⁷ <http://sk.wikipedia.org/wiki/Zdravie>

⁹⁸ Porov. <http://sk.wikipedia.org/wiki/Zdravie>

dĺžky života. Ochorenie môže byť vyliečené, prípadne narásť do trvalých následkov, invalidity či prechodu do chronického štádia.

Pre potreby sociálnej starostlivosti a sprevadzania môžeme definovať postihnutie jako akúkoľvek poruchu (ujmu) duševnú alebo telesnú, dočasnú, dlhodobú alebo trvalú, alebo hendikep, ktorý jednotlivcovi bráni účinne sa prispôsobovať bežným nárokom života.⁹⁹

Koval zdôrazňuje, že postihnutý človek sa stáva závislým od okolia – rodiny, príbuzných, priateľov a nakoniec aj spoločnosti.¹⁰⁰

Je samozrejmé, že toto znevýhodnenie, ktoré má človek s dlhodobou alebo trvalou telesnou alebo duševnou poruchou v štandardne usporiadanom životnom a sociálnom prostredí, je potrebné minimalizovať vhodnými intervenciami.¹⁰¹

Je dôležité poznať a ísť v ústrety očakávaniam hendikepovaných členov spoločnosti.

Podľa súčasných výskumov¹⁰² postihnutí ľudia nežiadajú súciti spoločnosti, nechcú byť len obsluhovaní v najlepších ústavoch a nemocniciach, ale – ako všetci ostatní ľudia – chcú viesť normálny osobný a rodinný život, žiť samostatným spôsobom vo vlastnom byte, nájsť si primerané pracovné a spoločenské uplatnenie a tým dosiahnuť šťastie a sebarealizáciu. Chcú mať rovnaké práva ako ľudia

⁹⁹ Porov. HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000.

¹⁰⁰ Porov. KOVAL, Š.: *Geriatría pre sociálnych pracovníkov*. Ružomberok : KU PF (CDR), 2005, s. 92.

¹⁰¹ Definícia K. Repkovej. In: ŽIAKOVÁ, E.: *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. Prešov : Pavol Šidelský – Akcent Print, 2005, s. 139.

¹⁰² Porov. MATOUŠEK, O.: *Sociální práce v praxi : Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha : Portál, 2005.

bez zdravotného postihnutia, aj keď si uvedomujú, že často budú potrebovať pomoc inej osoby.

V modernom prístupe k postihnutiu ide teda o sociálnu integráciu do spoločnosti a poskytnutie takej kvality života, ktorá by umožnila postihnutej osobe dosiahnuť čo najplnšiu realizáciu vlastných životných plánov a osobné uspokojenie. V tomto môžu aktívne pomôcť štát, rôzne spoločenské organizácie a účinkovanie jednotlivcov (dobrovoľníctvo).

„Problémy, s ktorými sa zdravotne hendikepovaní ľudia a ich okolie stretávajú, by sme mohli zaradiť do týchto kategórií: prostredie s fyzickými bariérami, zdravotnícka starostlivosť, prístup ku vzdelaniu, pracovné uplatnenie, poskytovanie sociálnych služieb, kompenzácia sociálnych dôsledkov postihnutia.“¹⁰³

Křivohlavý uvádza prehľad aktívnych a v protiklade k nim pasívnych alebo nežiaducich spôsobov vyrovnávania sa so životnými ťažkosťami:

- *Aktivita – pasivita*

Zatiaľ čo zdravý stav človeka je charakterizovaný pomerne značnou činnosťou rôzneho druhu, kde je konajúci človek hlavným aktérom, pacient je charakterizovaný pasivitou. Aktivita druhých ľudí je pritom zameraná na neho. Aktérom diania je niekto iný, nie sám pacient. Ten do istej miery len pasívne prijíma starostlivosť druhých.

- *Zmeny v kvalite a kvantite výkonu*

Zdravý človek je zvyknutý podávať pomerne dobrý výkon v rôznych činnostiach, ktoré pred neho stavia každodenný život. Robí to, pre čo má určité predpoklady, schop-

¹⁰³ KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. Praha : Avicenum, 1985, s. 249.

nosti, skúsenosti a pod. Robí to, čo vie. To všetko mu dáva istú mieru sebaistoty. Telesne postihnutý človek sa musí preorientovať na činnosti, ktoré neovláda tak, ako by si prial, musí robiť, čo mu druhí nariadia, aj veci, ktoré doteraz nerobil. Niet teda divu, že kvalita činností nie je vždy taká, na akú bol zvyknutý. To znižuje jeho sebavedomie a výrazne sa odráža v jeho psychike.

- *Zmeny v životnom rytme*

Zdravý človek je zvyknutý na určitý rytmus, na chod všetkého, čo so značnou pravdepodobnosťou nastáva. Ak je však človek pripútaný na vozík, potom mu životný rytmus určujú zásahy „vyššej moci“ – napr. lekárov, zdravotných sestier a pod. Musí sa podrobovať vyšetreniam a o ich konaní rozhoduje niekto iný s ohľadom nie na pacientove zvyky, ale na vlastné možnosti zdravotníckeho systému. Pacient sa musí prispôbiť.

- *Zmeny prostredia*

Zdravý človek sa pohybuje v určitom jemu blízkom prostredí. Pozná ho, je so všetkým, čo je v ňom obsiahnuté, oboznámený. Nielen doma, ale aj v práci sa cíti ako „doma“. „Doma“ sa cíti aj na rôznych spoločenských akciách. Ak je však človek telesne postihnutý, jeho prostredie je relatívne ochudobnené.

- *Zmeny záujmov*

Vo svojom občianskom živote mal pacient pomerne široký rozsah záujmov. Zaujímal sa nielen o domov, ale aj o prácu a o všetko s tým spojené. Teraz sa cíti neustále priťahovaný k jednej a jedinej téme: ku svojmu zdravotnému stavu. Preto sa často výlučne zužuje okruh jeho záujmov.

- *Zmeny v citových stavoch*

Občiansky život je charakterizovaný prevahou relatívne príjemných, pozitívnych emócií – veľa dôvodov k radosťi, určité istoty a nádeje. U človeka telesne postihnutého je emocionálna sféra kvalitatívne iná. Bolesť, aj keď sú tlmené, preda sa len vstupujú do pacientovho vedomia a zafarbujú ho negatívne. Na miesto istoty nastupuje neistota. Pacient nevie dosť dobre, čo sa s ním deje a aká je jeho perspektíva.

- *Zmeny v obsahu vedomia*

Aj keď sú známe určité poznatky o činnosti mozgu, že mozog funguje ako jednokanálové informačné zariadenie, preda sa v mozgu zdravého človeka strieda pomerne pestrá zmes tém. U postihnutého človeka je pomerne zúžená. Dominuje téma vlastného zdravotného stavu a všetko ostatné stráca naliehavosť. Pacient často upadá do takého druhu myslenia, že nevidí a nepočuje, ba ani nechce o ničom inom myslieť a hovoriť, len o svojej chorobe. To však nepomáha zlepšiť jeho psychický stav.

- *Vzťah ku vlastnému telu*

Zdravý človek do istej miery ovláda svoje fyzické prejavy. Nerobia mu problémy, dokonca prebiehajú často tak automaticky, že na ne nemusí ani myslieť. Nezaoberá sa nimi. Tak možno výstižne definovať termín, ktorým chceme povedať, že pacient si rozumie. Inak – ako sa zdá – je to u telesne postihnutého pacienta. Ten zrazu svojmu fyzickému aj psychickému stavu nerozumie, neustále sa pýta „prečo?“. Padá na neho depresia pri pomyslení, že sám nad sebou – nad svojím fyzickým i psychickým stavom – stráca kontrolu.

- *Zmeny v sociálnej interakcii*

Doposiaľ bol pacient v pomerne živej sociálnej interakcii tak s členmi svojej rodiny, ako aj so svojimi spolupracovníkmi a priateľmi. Teraz sa podstatne zúžil okruh ľudí, s ktorými sa stretáva. Pribudli však k tomu zoznamu iní ľudia, ale s odlišnou charakteristikou. Pre tých prvých bol pacient niekto. Pre tých, s ktorými prichádza do styku teraz, je tiež niekto, avšak niekto, kto potrebuje ich pomoc. Sú ľudia, ktorí práve túto zmenu v sociálnej hierarchii a v rebríčku sociálneho postavenia ťažko znášajú.

- *Zmeny v sociálnej komunikácii*

S ľuďmi, s ktorými sme v bežnom styku, komunikujeme bez problémov verbálne i neverbálne. Vieme, ako sa máme tváriť, čo máme povedať, alebo kedy máme i mlčať. Zvládame to. U pacienta je to iné. Nevie, akú mimiku, t. j. aké výrazy tváre má voliť a ako sa má v určitých situáciách tváriť.

Aj keď pacient môže niektoré zmeny zvládnuť lepšie, predsa len možno povedať, že psychický stav pacienta je zmenený, a to tak v sociálnej sfére – v jeho konaní s druhými ľuďmi a v jeho rozhovoroch s nimi, ako aj v oblasti emócií, záujmov, myšlienok a perspektív. S tým všetkým však treba počítať. Môžeme ich kritizovať a to či ono im vyčítať. Pravdou však je, že vhodnejší ako kritika je pokus o porozumenie, prečo sa pacient správa určitým spôsobom.

Jedným zo spôsobov, ako minimalizovať rôzne funkčné obmedzenia a sociálne znevýhodnenie postihnutých osôb a umožniť im čo najviac samostatný a hodnotný život, je pomáhajúci vzťah (counseling); jeho cieľom nie je „definitívne vyriešenie“ problémov, s ktorými sa postihnutý človek stretáva, ale také sprevádzanie jeho životom, aby si sám

našiel vhodné riešenie a taktiež silu, aby toto riešenie uskutočnil (uviedol do života).

1.1.1 Pomáhajúci vzťah (counseling)

Pomáhajúci vzťah, nazývaný tiež *counseling*¹⁰⁴, je špeciálnym vyjadrením úsilia jednotlivca zameraného na pomoc iným. Ide teda o vzťah pomoci voči ľuďom so zdravotným postihnutím.

Counseling je zaradený medzi pomáhajúce profesie. Jeho počiatky siahajú do Spojených štátov amerických, kde sa začal používať v päťdesiatych rokoch 20. soročia a v rokoch sedemdesiatych sa rozšíril aj do Európy, najmä do anglicky hovoriacich krajín, ako podporný nástroj v sociálnych službách a dobrovoľníctve.

Vytvára nový spôsob, ako čeliť ťažkým situáciám, ktoré zasahujú jednotlivca na úrovni osobnej, spoločenskej a spirituálnej. Pomáha zvládať problémy súvisiace s prácou a nezamestnanosťou, manželské a rodinné konflikty, problémy týkajúce sa sexuálneho a emocionálneho života, neschopnosť rozhodovať sa, výchovné problémy, straty a smútok z nich, samotu, neprimerané interpersonálne vzťahy, choroby, existenciálnu prázdnotu, nedostatok viery a problémy duchovného charakteru.

¹⁰⁴ V tejto kapitole sú termíny „pomáhajúci vzťah“ a „counseling“ používané ako synonymá. Je potrebné si uvedomiť, že anglický základ termínu „counseling“ vychádza z latinského slova *consilium*, čo v preklade znamená „rada“, „úsudok (názor)“ alebo „konzultácia“. Podľa všeobecnej predstavy, counseling znamená predovšetkým dávať praktické rady a názory. Samozrejme, reflektujeme counseling zo širšieho uhla pohľadu.

V counselingu osoba prežívajúca osobné, emocionálne významné udalosti, ktorá hľadá pomoc, dostáva „pomoc ku svojpomoci“, na zvládnutie svojich problémov používajúc vlastné zdroje, bez závislosti od interpretácií, rád alebo príkazov iného, aj keď pokladaného za experta v danom odbore.

V roku 1995 Európska asociácia pre counseling prijala túto definíciu: „Counseling je interaktívny proces medzi poradcom (counselor) a klientom, alebo viacerými klientmi, ktorý rieši holistickou technikou témy sociálne, kultúrne, ekonomické alebo emocionálne. Môže sa koncentrovať na spôsoby objasnenia a riešenia špecifických problémov, podporovať proces rozhodovania, pomáhať v prekonávaní krízy, zlepšovať vzťahy s inými, podnecovať rozvoj, rozvíjať poznanie, uvedomovanie si seba samého a umožniť spracovanie emócií a vnútorných konfliktov.“¹⁰⁵

Pôvodné chápanie, na ktorom sa *counseling* zakladá, je chápanie Carla Rogersa, podľa ktorého, ak sa nejaká osoba nachádza v ťažkostiach, najlepší spôsob, ako jej pomôcť, nie je povedať jej, čo má robiť, ale skôr pomôcť jej pochopiť jej situáciu a zvládať problém prevzatím plnej zodpovednosti za seba samu a za svoje osobné rozhodnutia.¹⁰⁶ Rogers vo svojich úvahách predpokladá, že človek má v sebe potreb-

¹⁰⁵ DANON, M.: *Counseling : Una nuova professione d'aiuto*. Como, 2000, s. 28. „Counselor“ (poradca) je osoba adekvátne pripravená a formovaná, ktorá sa zaoberá counselingom. V rovnakom význame používame pojem poradca. Pojem „klient“ sa používa v pomáhajúcich profesiách (poradcovia, psychológovia, psychoterapeuti) ako vyjadrenie pre osobu, ktorá potrebuje pomoc. Podľa definície C. R. Rogersa „klient je niekto, kto prichádza slobodne a aktívne na terapiu, aby získal pomoc s problémom bez toho, že by sa zbavil zodpovednosti za svoju situáciu“. Porov. ROGERS, C.: *Client-Centred Therapy*. London : Constable, 1991; ROGERS, C.: *La terapia centrata sul cliente*. Firenze : Giunti, 1970.

¹⁰⁶ Porov. ROGERS, C. R.: *Psicoterapia di consultazione*. Roma : Astrolabio, 1971; MUCCHIELLI, R.: *Apprendere il counseling*. Trento : Erickson, 1996; Carkhuff, R.: *L'arte di aiutare*. Trento : Erickson, 1993.

né schopnosti, musí sa len naučiť ich rozpoznať a správne použiť. Pomoc poradcu nespočíva natoľko v predkladaní riešení a navrhovaní prípadného terapeutického postupu, ale predovšetkým sa zakladá na odstránení prekážok, s ktorými sa osoba stretáva pri realizácii vlastných rozhodnutí a konaní podľa vlastných predstáv.

Podľa predstavy Britskej asociácie pre counseling¹⁰⁷ môže poradca označiť možnosti, s ktorými klient disponuje, a pomôcť mu rozlíšiť tú najvhodnejšiu. Môže klientovi pomôcť detailne prejsť situácie a správania, ktoré sa prejavili ako problematické, a nájsť podnety vedúce ku zmene. Akúkoľvek metódu poradca používa, základným cieľom je autonómia klienta tak, aby mohol voliť sám za seba a robiť svoj vlastné rozhodnutia.

Počas „counselingového“ sedenia sa zdanlivo vymieňajú len slová, ale úspech stretnutia a vzájomnej spokojnosti závisí od kvality vzťahu, ktorý je medzi poradcom a klientom. Poradca by mal byť schopný vstúpiť do symbiózy s klientom takým spôsobom, aby sa klient cítil počúvaný, pochopený a akceptovaný bez posudzovania. Poradca by mal rešpektovať životnú víziu klienta a zmysel jeho existencie. Takéto správanie môže povzbudiť klienta nájsť nevyhnutné vnútorné zdroje na to, aby mohol zvládnuť a vyriešiť svoj problém.

¹⁰⁷ Porov. BRITISH ASSOCIATION OF COUNSELING INFORMATION: Sheet 10, 1990; BRITISH ASSOCIATION FOR COUNSELING: *Code of Ethics and Practice for Counsellors*. London, 1993, 3.1; 3.4.

11.2 Výnimočnosť spirituálneho (pastorálneho) counselingu

Napriek zhode s psychologickým counselingom, poradenský vzťah v spirituálnom prostredí disponuje výnimočnou dimenziou.¹⁰⁸ Cieľ counselingu je často vyjadrený ako plnohodnotný vzťah k sebe. V perspektíve counselingu rozvíjaného na poli spirituality (pastorácie) autoaktualizácia nemôže byť abstrakciou spirituálneho priestoru.

Duchovný (pastorálny) poradca sa stotožňuje s antropológiou odvodenou z teológie, od ktorej závisia ciele i prostriedky rastu.

Nesmieme zabúdať, že proces counselingu na poli spirituálnom (pastorálnom) je náboženský proces, prostredníctvom ktorého osoba nadobúda skúsenosť Boha, ktorý oslobodzuje, uzdravuje, uzmieruje a podnecuje rast smerom k plnosti života. Oslobodenie, ktoré je cieľom tak psychologického, ako aj spirituálneho (pastoračného) counselingu, tak nadobúda odlišný zmysel.

Teologická vízia zdôrazňuje, že Božie odpustenie umožňuje každému, v pozitívnom zmysle, reštrukturalizovať vlastné vzťahy a preorientovať spôsob bytia vo svete prostredníctvom efektívnej mediácie svojho blízkeho. V tejto perspektíve má zápas, vďaka ktorému sa jednotlivец usiluje vymaniť zo svojich ťažkostí, iný význam, ako mu pripisuje psychológia. Nič to však nemení na skutočnosti, že dosahovanie cieľov a efektivita duchovného (pastoračného) poradcu bude závisieť od istých psychologických kvalít a od

¹⁰⁸ Porov. BRUSCO, A.: La relazione che aiuta : Psicoterapia, counseling psicologico e counseling pastorale. In: *Camillianum*, 7, 2003, s. 35.

používania techník ponúkaných humanitnými vedami vzhľadom na ľudské správanie.

Pokiaľ ide o témy etické a morálne, v psychologickom counselingu vo všeobecnosti prevláda „etická neutralita“; naopak v duchovnom (pastoračnom) pomáhajúcom vzťahu sú prítomné silné etické a morálne odkazy videné z pohľadu viery.

Musíme si zároveň uvedomiť, že hierarchia hodnôt poradcu môže ovplyvňovať klientovu hierarchiu hodnôt. V prípade duchovného (pastoračného) counselingu je tu jeden dôležitý prvok, spočívajúci v skutočnosti, že klient zvyčajne identifikuje poradcu (veriaceho laika, kňaza, rehoľníka, rehoľníčku) s dokonalým systémom hodnôt a očakáva, že rada bude vychádzať z tohto systému hodnôt. Aj keď sa počas rozhovoru explicitne nespomína Boh a neriešia sa náboženské otázky,¹⁰⁹ prítomnosť Boha je implicitná tak zo strany poradcu, ktorý koná ako „Boží reprezentant (zástupca)“, ako aj zo strany klienta.

Ďalším aspektom postavy duchovného (pastoračného) poradcu je jeho svedectvo o evanjeliových hodnotách. Táto úloha sa uskutočňuje bez toho, že by poradca vnucoval klientovi svoj uhol pohľadu a trval na ňom preto, aby klient neurobil chybné rozhodnutie, ale skôr je realizovaná osobným príkladom poradcu a jeho životnými voľbami. On môže navrhnúť podnety na reflexiu, položiť stimulujúce otázky, predkladať rôzne prostriedky, ktorými sa môže

¹⁰⁹ Brusco pripomína výskum uskutočnený v sedemdesiatych rokoch minulého storočia, podľa ktorého dve tretiny problémov riešených u duchovného poradcu nemajú explicitne náboženský obsah. Takýto výsledok je v protiklade s tvrdením, podľa ktorého je „náboženský obsah“ rozhovoru špecifickou zložkou duchovného (pastoračného) counselingu. Porov. BRUSCO, A.: La relazione che aiuta : Psicoterapia, counseling psicologico e counseling pastorale. In: *Camillianum*, 7, 2003, s. 52.

uberat; môže tiež subjekt uviesť do pochybností v prípade, keď sa chystá urobiť nebezpečné rozhodnutie, ale nikdy mu nemôže vnučovať riešenie.¹¹⁰

Vyhlásenie o špecifickosti duchovného (pastoračného) counselingu prináša so sebou významné výhody: na jednej strane prisudzuje charakter legitímnosti a profesionality takejto forme pomoci, na druhej strane dáva významný obsah psychologickému counselingu, rozvíjajúc vzťah medzi psychológiou a teológiou.

Spirituálny (pastoračný) counseling môže tomu psychologickému ponúknuť bohatstvo židovsko-kresťanskej tradície a neustále zdôrazňovať hodnotu ľudskej osoby, ktorej duchovný rozmer (zmysel, hodnoty, transcendentnosť) je potvrdený ako základný element.¹¹¹

11.3 Ciele spirituálneho (pastorálneho) pomáhajúceho vzťahu

Spirituálny (pastorálny) pomáhajúci vzťah vzniká na princípoch a zámeroch psychologického counselingu a efektívnej pastorálnej pomoci, spájajúc ich metódy.

Counseling, vo všeobecnom zmysle slova, má za svoj cieľ viesť človeka ku globálnej spokojnosti, pomáhajúc

¹¹⁰ Porov. GIORDANI, B.: *Il colloquio psicologico nell'azione pastorale*. Roma : Antonianum, 1973, s. 101.

¹¹¹ Štúdie a výskumy objasňujú, že najpriliehavšími terapiami pre pastorálny counseling sa zdajú byť tie, ktorých antropológia je otvorená hľadaniu zmyslu a transcendentnosti a ich metodológia sa vo väčšej miere prispôbuje štýlu pastorálneho pôsobenia. Sledujúc tieto indikácie, Franklova logoterapia sa predstavuje ako metóda, ktorá najviac dáva priestor spiritualite.

mu orientovať sa vo svojej situácii a povzbudzujú ho ku vlastným rozhodnutiam, ktoré pre seba pokladá za najlepšie. Osoba, ktorá potrebuje pomoc, je videná z empatickej perspektívy a poradca z tejto perspektívy rozpoznáva a živí zdroje potrebné na odolávanie problémom. Poradca sa však nestavia na úroveň experta, ale pôsobí ako osoba, ktorá ponúka pomoc a je dostatočne pripravená ponúknuť ju. Každá zmena však musí vychádzať od osoby žiadajúcej o pomoc ako akt slobodnej voľby, ktorý predchádza proces dozrievania, sprevádzaný prítomnosťou poradcu.

Duchovné sprevádzanie má za cieľ podporu osobného kontaktu s Bohom prostredníctvom prijatia evanjeliovej zvesti a vedie k utvoreniu hlbokého zväzku s ostatnými, využívajúc prostriedky nadprirodzené (podpora duchovného rastu) a prirodzené (podpora ľudského rastu). Konečný cieľ je spása človeka. V tomto svetle cieľom spirituálneho (pastorálneho) pomáhajúceho vzťahu je uzdravenie, oslobodenie, zmierenie a duchovný rast osoby. Ciele duchovného (pastorálneho) counselingu a pomoci sa schádzajú v centrálnom postavení človeka s jeho problémami; človek je prostredníctvom kompetentnej pomoci vedený k celkovému zdraviu, vnímanému ako vzťah, plnosť bytia, plnosť pravdy a dobra.¹¹² Zdroje uzdravenia sú vložené v osobe, ktorá hľadá pomoc. Úlohou poradcu je aktivizovať ich podnetmi stimulujúcimi ich poznanie. Nouwen rozvíja tento koncept potvrdzujúc, že duchovný poradca predovšetkým musí, nadobúdajúc kompetencie, potvrdzovať seba, aby potom, uvedomujúc si svoju slabosť, pochopil, že výsledky je-

¹¹² Porov. SANDRIN, L.: *Chiesa, comunità sanante : Una prospettiva teologico-pastorale*. Milano : Paoline Editoriale Libri, 2000, s. 22.

ho aktivity sú ovocím Iného.¹¹³ Duchovný poradca uznáva Boha ako posledného a rozhodujúceho, ktorý koná v procese uzdravenia a rastu, hoci využíva i spoluprácu človeka.

1.1.4 Antropologické predpoklady spirituálneho (pastorálneho) pomáhajúceho vzťahu

Je teda nevyhnutné aplikovať v duchovnom (pastorálnom) vzťahu správny antropologický koncept človeka. Szentmártoni pripomína, že dnes neexistuje univerzálna antropológia, uspokojujúca a všeobecne akceptovaná. Nad týmto nedostatkom uvažuje ako nad dôsledkom „vypudenia ducha“ z psychológie, ktorá ho nepokladá za pojem vedecký.

Kresťanská vízia človeka a jej hlavné inšpirácie môžu zjednocovať rôzne aplikované psychologické metódy.¹¹⁴

Tí, ktorí sa zaoberajú pastoračným pomáhajúcim vzťahom, si uvedomujú, že človeka nemožno pochopiť bez uvažovania o jeho existenciálnom a náboženskom rozmere. Szentmártoni zdôrazňuje, že k týmto dvom prehliadaným rozmerom možno pridať tretí, a to je potreba účasti a transcendentna, čo znamená túžba po šťastí, príslušnosti a prijatí. Terapeutická hodnota duchovného pomáhajúceho vzťahu spočíva v skutočnosti, že prijatie druhého nie je len obyčajným profesionálnym aktom alebo prejavom súcitu, ale skôr odrazom Božieho milosrdenstva.¹¹⁵

¹¹³ Porov. NOUWEN, H.: *Ministero creativo*. Brescia : Queriniana, 1981, s. 53–74.

¹¹⁴ Porov. SZENTMÁRTONI, M.: *Camminare insieme : Psicologia pastorale*. Cinisello Balsamo : Edizioni San Paolo, 2001, s. 31.

¹¹⁵ Porov. SZENTMÁRTONI, M.: *Camminare insieme : Psicologia pastorale*, s. 31.

Spirituálny (pastorálny) pomáhajúci vzťah je charakterizovaný niektorými dôležitými prvkami, ktoré si zaslúžia, aby boli spomenuté:

1. *Vzťah medzi pomáhajúcim a pomoc potrebujeúcim*

Ide o vzťah zameraný viac na osobu, ktorá potrebuje pomoc, ako na jej problémy. Pomáhajúci nevstupuje do kontaktu s chorobami alebo konfliktmi, ale s určitou osobou, ktorá tie problémy a konflikty prežíva. Tento spôsob vloženia sa do vzťahu s klientom predpokladá utvorenie istej úrovne vzájomnej dôvery, pochopenia, rešpektu a spolupráce.

2. *Kompetencia pomáhajúceho*

Pomáhajúci v pomáhajúcom vzťahu zvažuje správanie a techniky. Oba tieto zdroje sú nevyhnutné, ale techniky, ktoré nie sú podložené správaním, sa stávajú neosobnými. Pomáhať nie je nejaká náhodná aktivita, ale spôsob života, pre ktorý každý pomáhajúci robí zo svojej osoby každodenný terapeutický nástroj.

3. *Zodpovednosť prijímateľa pomoci*

Pomáhajúci zjednocuje vlastnú námahu s námahou prijímateľa pomoci, ktorý však nesie zodpovednosť za svoju zmenu. Mnohí pomáhajúci majú tendenciu nahradiť prijímateľov pomoci v procese konfrontácie a riešenia životných problémov, pričom ich zbavujú vlastnej zodpovednosti. „Pomáhať ku svojpomoci“ – zlaté pravidlo pre prax pomáhajúceho vzťahu.

4. *Spoznávanie*

Pomáhajúci vzťah je proces, v ktorom osoba prijímajúca pomoc získava nové a konštruktívne spôsoby zvládania životnej reality. Jeho efektívnosť závisí od mnohých faktorov, okrem iného od frekvencie a intenzity stretnutí. Nie-

ktoré znaky rastu u prijímateľa pomoci sú schopnosť ventilovať vlastné emócie, jasnejšia predstava, hlbšie chápanie vlastného správania, väčšia pozornosť voči vlastným potrebám a schopnosť odpovedať na ne primeraným spôsobom, prekonanie egocentrického správania, narastajúca vnútorná spokojnosť, akceptácia reality, väčšia osobná autonómia a lepšia schopnosť autentickosti.

5. *Proces rastu*

Zámerom pomáhajúceho vzťahu je urobiť osobu schopnou prekonávať problémy, ale jeho komplexnejším zámerom je globálny rast osobnosti na úrovni fyzickej, intelektuálnej, emočnej, sociálnej a duchovnej. Rast sa realizuje prostredníctvom oslobodzujúcich aktivít osoby od všetkých blokov, ktoré z vlastnej viny alebo z viny iných trpí vo všetkých úrovniach svojho bytia a konania. Oslobodenie je nasledované zmierením so sebou, s inými a s Bohom. Jednotlivec sa oslobodením a zmierením jednoduchšie a efektívnejšie dostáva k využitiu vlastného potenciálu.¹¹⁶

Tieto antropologické predpoklady vytvárajú vhodné podmienky pre vstup do hĺbky ľudského ducha. Aktívna spolupráca prijímateľa pomoci a jeho vnútorná otvorenosť môžu byť garanciou žiadaných výsledkov, pretože len z vnútra môže začať proces zmeny životného štýlu a konania.

¹¹⁶ Porov. BRUSCO, A., MARINELLI, S.: *Iniziazione al dialogo e alla relazione di aiuto*. San Pietro in Cariano : Il Segno, 1997, s. 19n.

1.1.5 Spirituálny model pomáhajúceho vzťahu

Spirituálny (pastorálny) model pomáhajúceho vzťahu vychádza z obrazu „zraneného uzdravovateľa“¹¹⁷. Tento obraz predovšetkým poukazuje na prijatie vlastnej krehkosti ako podmienky pre humanizáciu vzťahu s blížnym. Dobre sa využíva na opis procesu vnútornej transformácie osoby, ktorý zahŕňa rozpoznanie, akceptáciu a integráciu vlastných zranení a osvetlenie prameňov uzdravenia.

Metafora „zraneného uzdravovateľa“ pripomína, že ako v každej osobe prebýva choroba pochádzajúca z vlastných limitov a slabostí, tak v každom sa nachádza lekár, reprezentovaný vlastnými uzdravujúcimi silami a uzdravujúcimi prameňmi, ktoré umožňujú zvládať a uzdravovať zranenia. Integrácia vlastných zranení – fyzických, psychických, sociálnych či duchovných – je nevyhnutná podmienka chápaného priblíženia sa ku zraneniam druhých a stávania sa ich „uzdravovateľom“.

Úlohou „zraneného uzdravovateľa“, ako píše Nouwen, nie je odnímať bolesť, ale vniknúť do nej až na úroveň, v ktorej môže byť nesená spoločne.¹¹⁸

Preložené do duchovného jazyka, obraz „zraneného uzdravovateľa“ je reprezentovaný tým, kto sa nepribližuje k blížnemu s nadradenosťou, ale v duchu ľudskosti

¹¹⁷ Tento obraz ako prvý použil Henri J. M. Nouwen, keď v roku 1972 vo svojej slávnej knihe uvažoval o kresťanskej službe v súčasnej spoločnosti. Pre nás je osobitne zaujímavý opis „zraneného uzdravovateľa“, ktorý sa nachádza vo IV. kapitole. Porov. NOUWEN, H. J. M.: *Il guaritore ferito : Il ministero nella società contemporanea*. Brescia : Queriniana, 2007, s. 75.

¹¹⁸ Porov. NOUWEN, H. J. M.: *Il guaritore ferito : Il ministero nella società contemporanea*, s. 86.

a citlivosti, zrelý vlastnými skúsenosťami zraniteľnosti a utrpenia.

Je nevyhnutné okrem iného rozlišovať vlastné zranenia od zranení iných, pričom je potrebné mať na zreteli možný prenos (transfer). Zranený uzdravovateľ nie je ten, kto zo zranení blížneho robí svoje, ale ten, kto ich pochopí; nie je ten, kto unáhlene rieši problémy druhých, ponúkajúc lacné návody, ale ten, kto sa stará o to, aby ich identifikoval a priviedol ku svetlu vnútorných zdrojov tak, aby tieto zdroje viedli ku zdraviu a nádeji.

Na poli pomáhajúceho vzťahu je obraz zraneného uzdravovateľa vyjadrený v správaní a v gestách poradcu, ktorý tvorivo dopĺňa vlastné dary s vlastnými limitmi; samotnú rovnováhu udržiava v uznaní ťažkostí prijímateľa pomoci a v zdôraznení jeho možností. Každý jednotlivec nosí v sebe tak zranenia, ako aj moc uzdravenia. Najlepší uzdravovatelia sú tí, ktorí pripúšťajú existenciu vlastných zranení, ale zároveň sú schopní využiť uzdraviteľské schopnosti vlastné, ako aj iných.

Zranený uzdravovateľ môže na osobnej úrovni dosiahnuť hlboký zážitok poznania ľudského života a pocitov solidarity a spolupatričnosti. V duchovnom rozmere zasa zažíva zázrak, v ktorom sa osoba môže zmeniť a, ako sľubuje Sväté písmo, vidí zacelenie vlastných rán (porov. Iz 58,8).

11.6 Motivácie duchovného poradcu

Správny postup pri realizácii spirituálneho counselingu si od poradcu vyžaduje poznať seba samého a svoje

motivácie, na základe ktorých tento druh služby vykonáva. Základom tejto služby je láska k Bohu a k blížnym. Nevyhnutnou podmienkou vykonávania úlohy poradcu je ľudská a duchovná zrelosť. Ten, ktorého úlohou je sprevádzanie v duchovných hĺbkach, musí v sebe spájať tieto dva rozmery.

Jednou z častých motivácií, mnohokrát nerozpoznaných, stať sa poradcom je uspokojenie osobných potrieb. Často nevyriešené problémy, „skryté“ potreby alebo traumy z minulosti môžu človeka podnecovať k pomoci tým, ktorí majú emocionálne ťažkosti. Snaha zaoberať sa problémami niekoho iného slúži na zatienenie alebo zamaskovanie vlastných problémov – podvedomý spôsob ich riešenia. Ďalším dôvodom stať sa poradcom môže byť potreba páčiť sa druhým, byť nepostrádateľný, cítiť sa dôležitý alebo v pozícii „mať všetko pod kontrolou“, zažiť uznanie, ktoré nemožno zažiť v každodennom živote.

Z týchto stručných vysvetlení možno usúdiť dôležitosť zdravej motivácie poradcu a efektívneho zvládania problémov v osobnom živote, hoci stále zostáva nedokonalým a neúplným nástrojom v Božích rukách.

Pomáhajúci vzťah môže byť vnímaný ako povolanie slúžiť bratom v núdzi. Korene poradcovej motivácie musia vychádzať z vnútra, z vnútornej hĺbky osobnosti spôsobom, v ktorom jeho služba bude vnímaná ako misia, a nie ako „remeslo“ (profesionálna zručnosť).

11.7 Schopnosti duchovného poradcu

Musíme si uvedomiť, že podstata pomáhajúceho vzťahu spočíva v skutočnosti, že pomáhajúci a prijímateľ pomoci navzájom na seba reagujú, aby uľahčili prepracovanie (objavenie, pochopenie, uskutočnenie) problémov a cieľov prijímateľa pomoci.

Efektivita counselingu závisí od schopnosti pomáhajúceho primerane komunikovať chápanie skúseností druhého prostredníctvom prejavov ako empatia, rešpekt, ľudská blízkosť a konkrétnosť (špecifickosť) v sústredení sa na prežívanie.

Schopnosť poradcu „odpovedať“ uľahčuje klientom vnútorné objavovanie. Fakt, že prijímateľ pomoci je schopný analyzovať a verbalizovať vlastnú situáciu, umožňuje poradcovi personalizovať intervenciu, čím podporuje klientovo pochopenie seba a nakoniec ho stimuluje k aktivite.

Základnou schopnosťou counselingu¹¹⁹ je aktívne počúvanie, ktoré umožňuje súlad myšlienok, pocitov, skúseností a presvedčení prijímateľa pomoci.

Toto si vyžaduje intenzívnu koncentráciu.¹²⁰ Aktívne počúvanie je niečo viac ako len sluchové cvičenie. Zahŕňa aj schopnosť sledovať a registrovať neverbálne odkazy. Okrem týchto aspektov musí poradca vedome používať také formy

¹¹⁹ Porov. HOUGH, M.: *Abilità di counseling : Manuale per la prima formazione*. Trento : Edizioni Centro Studi Erickson, 1999, s. 15.

¹²⁰ Medzi ruchy, ktoré môžu ohroziť kvalitu počúvania pomáhajúceho, patria: vonkajšie hluky, prerušovanie, nepohodlie, taktiež intenzívne emócie ako hnev, smútok, strach. Schopnosť počúvať môže byť narušená predsudkami, odsudzujúcimi postojmi a intenzívnym hľadaním vhodných riešení klientovej situácie.

správania, ktoré zjednodušujú poradenský proces. Medzi ne patrí:

- udržiavanie očného kontaktu,
- povzbudzujúce pohyby hlavou,
- diskrétno napodobňovať mimické výrazy prijímateľa pomoci ako prejav empatie,
- zaujať otvorený postoj, zľahka smerujúci ku klientovi,
- vhodne verbálne vyjadriť klientovi povzbudenie počas páuz v jeho reči.

Medzi ďalšie žiaduce schopnosti poradcu patrí schopnosť zrekapitulovať obsah tak, aby pozornosť zameral na kľúčové otázky. Prerozprávanie klientových slov počas rozhovoru môže klientovi pomôcť objasniť vlastné myšlienky, pocity a predstavy.

Kompetentné používanie schopností poradcu má jasný cieľ: pomáha tomu, kto sa na neho obracia, aby v rámci interpersonálnych procesov smeroval k rastu a ľudskému rozvoju, uľahčuje a robí plodnou spoločnú poradenskú púť poradcu a klienta.

11.8 Správanie

Hovoriac o žiaducom správaní duchovného poradcu oprieme sa o myšlienky Rogersa, ktorého spôsoby sú blízke pozíciám kresťanstva. On identifikoval „triádu“ personálneho správania¹²¹, ktorá je v poradenskom vzťahu fundamentálna:

¹²¹ Porov. GIORDANI, B.: *Il colloquio psicologico nell'azione pastorale*. Brescia : La Scuola Editrice; Roma : Antonianum, 1973, s. 66.

1. Úprimnosť a spontánnosť poradcu

Rogers, vysvetľujúc tento koncept, hovorí: „Všetci poznáme jedincov, ktorým dôverujeme, pretože sú skutočne takí, akí sa zdajú, otvorení a transparentní; v tomto prípade cítime, že sa stretávame skutočne s ich osobnosťou, a nie len s milou alebo profesionálnou pretvárkou. Toto je úprimnosť.“¹²²

V procese pomoci sa úprimnosť poradcu prejavuje v tom, že je sám sebou, v kontakte s vlastnými pocitmi a vlastným svetom, bez naliehavého pocitu potláčať a deformovať ho.¹²³ Úprimnosť je predpokladom zhodnosti na psychologickú úroveň; medzi tým, čo jedinec cíti, čo si myslí, čo robí a nakoniec čím je. Rogers vysvetľuje: „Úprimný poradca nepotláča vlastnú osobnosť, ale ju vyjadruje.“¹²⁴

Úprimnosť poradcu je pre Rogersa *conditio sine qua non* (nevyhnutná podmienka) pomáhajúceho vzťahu.

2. Nepodmienená akceptácia a pozitívne uvažovanie

Ide tu o správanie, ktoré nekladie podmienky pre prijatie druhého, udržiava pozitívnu náladu voči nemu. Hlbšia potreba, ktorú prijímateľ pomoci nosí v sebe, je byť akceptovaný taký, aký je, so všetkými pozitívnymi i negatívnymi stránkami. Akceptovať neznamena uznávať, ale „milovať druhého“ ako osobu hodnú rešpektovania, slobodnú a autonómnu, alebo schopnú sa takou stať. Osoba je prijímaná

¹²² ROGERS, C.: La terapia centrata sul cliente. In: ARIETI, S. (ed.): *Manuale di psichiatria*. Torino : Boringhieri, 1970, zv. 3, s. 1695.

¹²³ Mucchielli opísal nekonštruktívne správanie pracovníkov pomáhajúcich profesií, identifikujúc ich v správaní, ktoré slúži na uspokojenie potrieb pomáhajúceho (prevaha, bezpečnosť). Porov. MUCCHIELLI, R.: *Apprendere il counseling*. Trento : Centro Erickson, 1987.

¹²⁴ ROGERS, C.: La terapia centrata sul cliente. In: ARIETI, S. (ed.): *Manuale di psichiatria*, s. 1695.

nezávisle od toho, čo si myslí, čo robí alebo čo hovorí, ale jednoducho preto, že je a usiluje sa zmeniť.

Správanie nepodmieneného prijatia možno badať v schopnosti pomáhajúceho konať bez morálnych súdov, bez odsudzovania alebo neprimeraného uznania.¹²⁵

Toto však neznamená, že poradca by mal zostať ľahostajný voči etickým aspektom správania jedinca, alebo by mal súhlasiť s jeho škodlivým správaním. Spreádzajúc ho v procese rastu, nevyjadruje súdy o jeho voľbe, ale prostredníctvom duchovného poradenstva mu pomáha uvedomiť si správanie a spôsoby, ktoré mu spôsobujú problémy. Citlivým prístupom nemá v úmysle prejaviť vlastnú morálnu nadradenosť, ale chce zdôrazniť introspekciu, rešpektujúcu slobodu jej morálnych volieb.

3. Empatické chápanie

Prvé dve formy správania predstavujú základ, na ktorom možno postaviť empatické chápanie, ktoré sa prejavuje v schopnosti pomáhajúceho správne pochopiť pocity a obrazy, ktoré prijímateľ pomoci o sebe má v danej chvíli.

Pre Rogersa empatia znamená schopnosť postaviť sa na miesto druhého a vidieť svet tak, ako ho vidí on. Toto chápanie druhého v jeho najintímnejších osobných prejavoch akoby boli jeho vlastné, bez toho, že by zabudol, že v skutočnosti nie sú, nesmie byť príliš ovplyvnené citmi alebo determinované sympatiami, či intelektuálnosťou. Primerané chápanie druhého sa musí v správnej miere snúbiť s afektívnou vyrovnanosťou a inteligenciou vnímania.¹²⁶

¹²⁵ Nielen odsudzovanie sa prejavuje ako kľúčové, ale tiež neprimerané uznanie môže mať iný ako očakávaný efekt, pretože jedinec sa môže cítiť ako objekt posudzovania.

¹²⁶ Porov. ROGERS, C., KINGET, M. G.: *Psicoterapia e relazioni umane*. Torino : Boringhieri, 1982, s. 92.

11.9 Techniky „nedirektívne“

Techniky, ktoré slúžia duchovnému poradcovi, majú dôležitú hodnotu pri intervencii, ale sú založené na aplikácii už spomínaného správania. Metódy, ktoré pokladáme za najvhodnejšie v duchovnom pomáhajúcom vzťahu, čerpajú z nedirektívnej orientácie Rogersa¹²⁷, ktorý klienta umiestňuje do centra vzťahu.

Schopnosť empatie poradcu sa prenáša prostredníctvom nedirektívnych techník, ako sú:

- *Preformulovanie*

Spočíva v pochopení a jasnom predstavení toho, čo jedinec vyjadril verbálne i neverbálne. Poradca sa usiluje viac-menej rovnakými slovami ako klient vyjadriť jeho prežívanie; toto klientovi dáva možnosť overiť si, či bol správne pochopený, prípadne spresniť svoje myšlienky. Tento typ intervencie produkuje užitočný a stimulujúci efekt pre prijímateľa pomoci, uľahčuje vyjadrenia niektorých jemu samému nejasných stavov mysle. Prostredníctvom preformulovania poradca postupne vstupuje do subjektívneho sveta druhého bez toho, že by menil jeho podstatu. Poradca znovu predkladá pocity, ktoré vnímal počas rozprávania prijímateľa pomoci. Toto je jedna z jeho najťažších úloh, ale ukazuje sa ako zvlášť užitočná pre tých klientov, ktorí nemajú kontakt s vlastným emotívnym svetom, alebo ho z rôznych príčin vedome odmietli vnímať. Ďalším prvkom je pomôcť klientovi znovu vybudovať jeho spôsob vníma-

¹²⁷ Korešponduje s konceptom „client – centered – therapy“ – na klienta orientovanej terapie.

nia. Existujú viaceré spôsoby intervencie, ktorými je možné spustiť reštrukturalizáciu vnútorného vnímania:

- zdôrazniť klientovo vnímanie situácie s cieľom objasniť ju;
- uviesť nesúlad medzi viacerými argumentmi, ktoré vyjadril klient, so zámerom dať im náležitú dôležitosť;
- rozšíriť význam toho, čo klient povedal, alebo zmeniť postup dôležitosti jednotlivých prvkov, ktoré vyjadril klient, s cieľom zmeniť sebauvedňovanie klienta a vnímanie jeho situácie. Nový rozmer dosiahnutý na poli vnímania umožňuje prijímateľovi pomoci pochopiť, ucelenejším a realistickejším spôsobom vlastný duševný stav a reakcie vo vzťahu k danej situácii.

- *Informácia poskytnutá klientovi*

Po vyjadrení požiadavky poradca informuje klienta o obsahu a hodnotách, na ktorých sa bude poradenský proces stavať. Táto technika môže klientovi pomôcť objektivizovať vlastné voľby a rozhodnutia, poslúžiac si slobodne informáciami poskytnutými osobou, ktorá nie je priamo vtiahnutá do jeho osobných udalostí.

- *Dôraz na ľudské a duchovné zdroje prijímateľa pomoci*

Aktivizácia schopnosti vstúpiť do kontaktu s vlastnou duchovnou dimenziou (viera, nádej, túžba modliť sa) a posilňovanie pozitívnych prejavov osoby (duch rozhodnosti, optimizmus, vnútorná sila, rodinné a spoločenské povinnosti) môžu poskytnúť dôležité zdroje pre osobný rozvoj.

11.10 Vzťahové techniky

11.10.1 Pozorovanie

Pozorovanie má dôležitú hodnotu pre efektívny pomáhajúci vzťah. Verbálna komunikácia prenáša informácie na úrovni obsahov, zatiaľ čo tá neverbálna predovšetkým pôsobí v rovine vzťahu. Ľudia lepšie vedia kontrolovať verbálne odkazy a len ťažko sú schopní modifikovať alebo skryť tie neverbálne. Každý duševný stav, všetko prežívanie je sprevádzané pozorovateľnými prejavmi (tón hlasu, mimika, pozícia tela, ticho, plač atď.). Pozorovanie zabezpečuje také informácie, ktoré z rozhovoru nie je možné získať hneď.

Správna interpretácia odkazov, ktoré sú vysielané prostredníctvom prejavov správania,¹²⁸ pomáha duchovnému poradcovi lepšie pochopiť klienta. Aj poradca komunikuje neverbálne odkazy prijímateľovi pomoci prostredníctvom jeho pohľadu a prejavov správania. Pozorovať samého seba je nevyhnutnou podmienkou efektívneho counselingu.

11.10.2 Bezprostrednosť

Bezprostrednosť je typ proaktívneho správania, ktoré spomína Carkhuff¹²⁹, ktoré hovorí o poradcovej schop-

¹²⁸ Pozícia tela môže byť prejavom záujmu alebo mentálneho odstupe klienta; fyzická vzdialenosť môže hovoriť o jeho beznádeji alebo dôvere, ktorú má k poradcovi. Spôsob sedenia môže znamenať dôležité informácie, ktoré ovplyvňujú úvodné nastavenie rozhovoru: uvoľnená, nebojazlivá pozícia je prejavom klientovej istoty a vnútornej vyrovnanosti; nepohodlný spôsob sedenia svedčí o opaku; prekřížené ruky a spojené nohy môžu naznačovať uzavretosť, naopak uvoľnené nohy charakterizujú otvorenosť voči druhému.

¹²⁹ Porov. GIORDANI, B.: *Psicoterapia umanistica da Rogers a Carkhuff: La terapia centrata sulla persona*. Cittadella, 1988, s. 119–169.

nosti komunikovať klientovi otvoreným a priamym spôsobom vlastné dojmy o spôsobe, akým sa rozvíja ich vzťah. Mnohé osoby odkázané na pomoc sú blokované neschopnosťou priamo vyjadriť to, čo si myslia a cítia v konfrontácii s inými.¹³⁰

Poradca schopný bezprostrednosti prostredníctvom spätnej väzby prejavuje, ako je možné rozprávať otvorene o problémoch, pocitoch a vzťahoch ako takých, a umožňuje klientovi naučiť sa praktizovať túto otvorenosť počas poradenského pomáhajúceho vzťahu a potom aj v živote.

11.10.3 Konfrontácia

Konfrontácia spočíva v klientovom postavení sa voči situácii, v ktorej žije, umožňujúc mu uvedomiť si zvláštne aspekty jeho správania (alebo spôsobu myslenia či cítenia atď.), ktoré sa z pohľadu poradcu zdajú byť protichodné a nesúdržné, ale ktoré môžu byť skryté vnímaniu samotného klienta z dôvodu prítomnosti psychologických obranných mechanizmov.

Konfrontácia, s nevyhnutným rešpektom a jemnosťou, vedie k odhaleniu vnútorných bariér zabraňujúcich dozrievaniu a uzdraveniu osobnosti.

Cieľom konfrontácie je pomôcť klientovi objaviť oblasti pocitov, skúseností a správania, ktoré si veľmi strážil, aby neboli odhalené; zároveň je jej cieľom, aby klient pochopil spôsoby autodeštruktívneho správania.¹³¹

¹³⁰ Porov. FOLGHERAITER, F.: La relazione di aiuto nel metodo di Robert Carkhuff. In: CARKHUFF, R.: *L'arte di aiutare*. Trento, 1989, s. 21–30.

¹³¹ Podľa Egana, medzi najbežnejšie typy autodeštrukcie alebo nevhodného správania a myslenia, ktoré môže zanechať konfrontácia, patrí: 1. nekorešpondovanie medzi psychologickými úrovňami (medzi tým, čo si jedinec myslí a cíti, a tým, čo hovorí; medzi tým, čo hovorí, a tým, čo robí). Tým, že ich poradca klientovi pripomína, vedie

Konfrontácia vzbudzuje u mnohých istý druh nepohodlia, pretože je identifikovaná s agresivitou, hnevom a prenikaním do vnútorného sveta. Môže sa však stať, ak je realizovaná v správnom duchu a v kontexte vzťahu, znamením úprimného záujmu vo vzťahu ku druhému.¹³²

Je dôležité zdôrazniť, že ak klient nie je dostatočne uistený o predchádzajúcej empatii poradcu, konfrontácia môže viesť k nedôvere vo vzťahu. Z tohto dôvodu môže byť konfrontácia pokladaná za riskantný zásah a musí byť používaná s opatrnosťou, pretože môže vstúpiť do protikladu s nepodmieneným prijatím.

Poradca často dostáva požiadavku na modlitbu, ktorá sa môže stať príležitosťou na konfrontáciu. Dobrou pastoračnou taktikou je skúsiť presvedčiť prijímateľa pomoci prostredníctvom žalmu, tradičnej alebo spontánnej modlitby zameranej na situáciu, ktorú prežíva. Táto metóda je žiarením osvetľujúcim život. Môže sa stať prostriedkom prejavovania vlastnej viery a pomoci pre jedinca nájsť v Bohu zmysel a životnú odvahu aj v situácii utrpenia. Modlitba pomáha chápať, že napriek ľudským zážitkom, často bolestným a demotivujúcim, milosť Božia koná v jeho prospech. Je to požiadavka na Božiu pomoc, aby stimulovala

ho k lepšiemu chápaniu seba samého; 2. deformácie alebo inými slovami neschopnosť „prečítať“ alebo uchopiť reálne aktivity, bez prispôsobovania ich podľa vlastných potrieb; 3. vzťahové stratégie (narážky, lákadlá atď.), z ktorých osoba získava uspokojenie a bráni sa, zneužívajúc nevedome vzťahy s inými; 4. pokušenie utiecť pred realitou, ktorá naháňa strach alebo je nepríjemná, používajúc mentálne konštrukcie alebo vyjadrenie zhovievavosti („urobil som všetko, aby som prestal piť, ale nepodarilo sa mi to“). Porov. EGAN, G.: *The Skilled Helper : A Model for Systematic Helping and Interpersonal Relating*. Monterey : Books Cole, 1975, s. 159.

¹³² Porov. PANGRAZZI, A.: *Il confronto*. In: *Il mosaico della misericordia*. Torino : Edizioni Camilliane, 1988, s. 61.

odvahu a uchovávala jej trvanie, aj keď nevzbudzuje bezprostrednú harmóniu emócií.

Modlitba vnímaná v tomto zmysle môže mať hlboký uzdravujúci efekt.

11.10.4 Syntéza

Je typ správania, ktorý pramení zo schopnosti poradcu rekapitulovať to, čo bolo povedané, prežívané a prebraté počas rozhovoru. Poradca, ktorý dáva pozor na preberané témy na úrovni intelektuálnej, emotívnej, sociálnej a rovnako aj na úrovni viery, je potom schopný syntetizovať ich a predkladať ich prijímateľovi pomoci, pomáhajúc mu k celkovému pochopeniu jeho situácie.

Syntéza sa vyjadruje aj prijatím niektorých informácií, ktoré sa zdajú ako nesúvisiace alebo oddelené jedna od druhej, a predvedením klientovi vnútornej súvislosti, ktorá je medzi nimi. Syntéza pomáha prijímateľovi pomoci nájsť ťažisko prežívanej situácie, zvýrazňuje zdroje, ktoré je schopný použiť, a poukazuje na nové videnie problému. Súčasne slúži na definovanie problémov, ktoré môžu byť preberané počas nasledujúceho stretnutia, povzbudzuje klienta uvádzať do praxe intuície a zámery, ktoré pokladá za zdravé vzhľadom na svoj stav.

11.11 Podobenstvo o milosrdnom Samaritánovi: paradigma priebehu sprevádzania

Pozornosť voči osobe, ktorá potrebuje pomoc, vhodne vyjadruje podobenstvo o milosrdnom Samaritánovi.

vi (Lk 10,29-37), ktoré vytvára terapeutickú paradigmu. Podobenstvo predchádza opis dvojitého prikázania lásky (Lk 10,25-28) a končí otázkou zákonníka: „Kto je môj blížny?“ (Lk 10,29) On, sledujúc starozákonnú tradíciu, si pravdepodobne ako blížneho predstavoval Izraelitu, ktorý dodržiava zákon. Ježiš, odpovedajúc na túto otázku podobenstvom, vysvetľuje, že pýtajúci by sa mal správať ako Samaritán a pokladať za svojho blížneho každú osobu, ktorá sa nachádza v núdzi. Podobenstvo zobrazuje nepodmienené prijatie a súcit ako nevyhnutné správanie Kristových nasledovníkov. Rovnaké hodnoty zostávajú v platnosti pre každú osobu, ktorá z rôznych dôvodov pomáha druhým. Tu sú niektoré najdôležitejšie:

- *Schopnosť spolúčasti*

„Milosrdný Samaritán ... videl núdzneho a bolo mu ho ľúto.“ (Lk 10,33)

Poradca pri stretnutí s osobami, ktoré sa na neho obracajú, musí prekonať rutinu a „vlastné istoty“, aby mohol začať pozeráť na ich skutočné potreby. Spolúčasť na utrpení znamená vidieť seba samého v druhom. Len poznajúc vlastné potreby je možné rozpoznať a pomáhať uspokojiť potreby iných.

- *Priblíženie*

„Milosrdný Samaritán ... pristúpil k nemu.“ (Lk 10,34a)

Iba zblízka je možné zbadáť skutočné potreby druhého a ponúknuť mu adekvátnu pomoc. Pre veriaceho pristaviť sa pri núdznom znamená dovoliť, aby sa na ňom ukázala tvár trpiaceho Krista.

Poradca nemôže pomáhať z diaľky a tak, „aby si nezašpinil ruky“. Priblíženie vytvára vhodnú situáciu otvore-

nosti zo strany prijímateľa pomoci a pomáhajúceho, naznačujúc tak začiatok skutočného pomáhajúceho vzťahu.

- *Vložiť vlastné kompetencie a schopnosti do služby núdzneho*
„Milosrdný Samaritán ... nalial mu na rany oleja a vína a obviazal mu ich.“ (Lk 10,34a)

Poradca je povinný ponúknuť najlepšiu formu pomoci, používajúc dostupné prostriedky (ako milosrdný Samaritán použil olej a víno ako prvú pomoc). Pomáhajúci vzťah nepotrebuje technické prostriedky. Nástroj pomoci je samotná prítomnosť. Musíme si pamätať, že najlepším liekom pre človeka je prítomnosť iného človeka. Prijatie, disponibilita a mentálna otvorenosť, spojené s primeranou profesionálnou prípravou, vytvárajú základ pre poskytovanie pomoci na akomkoľvek poli pôsobnosti.

- *Schopnosť postarať sa*

„Milosrdný Samaritán ... vyložil ho na svoje dobytča, zaviezol ho do hostinca a staral sa oň.“ (Lk 10,34b)

Nasledujúc príklad milosrdného Samaritána, poradca by mal plniť svoje povinnosti s vnútorným impulzom, starajúc sa o trpiaceho najlepším spôsobom, aj za cenu obety a nepohodlia. Spoločnosť vníma pomáhajúce profesie ako skutočné poslanie. Pre veriaceho človeka pomáhať iným znamená rozpoznať v ňom prítomnosť Krista a slúžiť mu s láskou.

- *Postarať sa o druhého*

„Milosrdný Samaritán ... na druhý deň vyňal dva denáre, dal ich hostinskému.“ (Lk 10,35)

Samaritán strávil celú noc blízko pri trpiacej osobe, obetujúc vlastný odpočinok a pohodlie.

Pre pomáhajúce profesie je vždy nebezpečenstvom pokušenie konať „sterilným“ spôsobom, bez akejkoľvek emo-

cionality. Akékoľvek prejavy emócií sú chápané ako strata profesionality. Uprednostnenie núdzneho pred svojou pohodlnosťou je skutočným správaním hodným Kristovho učeníka, ktorý sa identifikoval s každou trpiacou osobou.

- *Prilákať ďalších*

„Milosrdný Samaritán ... povedal hostinskému: Staraj sa oň a ak vynaložíš viac, ja ti to zaplatím, keď sa budem vracaať.“ (Lk 10,35b)

Nie vždy môže byť sám poradca prítomný blízko trpiacej osoby, ktorú predtým sprevádzal. Je nevyhnutná tímová práca. Poradca zveruje núdzneho do rúk ďalším, neodníma mu svoju starostlivosť, ale pozorne ho sleduje a stará sa o neho v modlitbách. Spoločný poradenský proces vnútorne spája pomáhajúceho s prijímateľom pomoci, čo napomáha vzájomný ľudský rast.

Príloha

Charta práv telesne postihnutých

Preambula

Charta práv telesne postihnutých vychádza z vyhlásenia ľudských a občianskych práv, Všeobecného vyhlásenia o ľudských právach, Európskej konvencie ľudských práv, Všeobecného zákona telesne postihnutých, vydaného v Paríži v roku 1975 (francúzska Organizácia telesne postihnutých, 1975). V súlade s týmito dokumentmi má každá telesne postihnutá osoba rovnaké práva a povinnosti ako ktokoľvek iný. Je teda potrebné podporovať každú ekonomickú a sociálnu politiku, ktorá k právam a povinnostiam postihnutých osôb patrí.

Telesné postihnutie vedie k obmedzeniu pohybovej aktivity a takáto osoba sa stáva v zvýšenej miere závislou

od okolitého prostredia, od svojich blízkych i od celej spoločnosti. Je preto povinnosťou spoločnosti pomáhať pri integrácii týchto našich spoluobčanov do normálneho života. Postihnutí majú plné právo na samostatný a nezávislý spôsob života, aký si sami zvolia. Majú právo začleniť sa do spoločenského života, majú právo na splnenie všetkých svojich prianí a túžob. Tým, ktorí chcú žiť v domovoch s ošetrovateľskou službou, má byť umožnené vybrať si kvalitný domov, kde by bola plne rešpektovaná ich osobnosť. Telesne postihnuté osoby môžu využívať i súkromné domy či byty a spoločnosť im musí dať príležitosť prispôsobiť si ich pre pohodlný, nezávislý a bezpečný život.

Zodpovedné osoby, ktoré rozhodujú o výstavbe domov a bytov, rovnako ako aj pri výstavbe verejných komunikácií, majú za povinnosť vytvárať čo najpriaznivejšie podmienky pre sebarealizáciu, bezpečnosť a sebavedomie postihnutých osôb.

Článok 1

Spôsob života: Každá telesne postihnutá osoba má právo na nezávislý výber spôsobu života a na miesto, kde chce žiť.

Článok 2

Rodina a okolie: Ako každá ľudská bytosť, tak i telesne postihnutá osoba chce milovať a byť milovaná. Má plné právo založiť si vlastnú rodinu, rozvíjať ju, zachovávať a pôsobiť na rozvoj rodinných a priateľských vzťahov.

Článok 3

Právo na kvalitnú a kvalifikovanú pomoc: Každá telesne postihnutá osoba má právo na kvalitnú a kvalifikovanú pomoc. Priateľský vzťah medzi osobou, ktorá pomoc po-

skytuje, a osobou, ktorá ju prijíma, musí byť založený na vzájomnom rešpekte, dôvere a úcte.

Článok 4

Právo na lekársku starostlivosť: Postihnutá osoba má právo na výber lekára, ktorý sa má starať o jej zdravie. Má právo na pravidelnú informáciu o osobnej zdravotnej situácii a podieľať sa na všetkých rozhodovaniach o sebe.

Článok 5

Bývanie a okolie: Postihnutá osoba má plné právo sama sa rozhodnúť žiť a bývať v mieste zodpovedajúcom jej požiadavkám a potrebám.

Článok 6

Právo na technickú pomoc: Telesne postihnutá osoba má právo na úplné financovanie technického vybavenia a pomoci nutnej na nezávislý život.

Článok 7

Účasť na spoločenskom živote: Telesne postihnutým osobám musí byť umožnená komunikácia, pohyb a prístup ku spoločnosti, vzdelaniu, úradom, ekonomickým a profesným aktivitám i k aktivitám vo voľnom čase a v športe.

Článok 8

Každá telesne postihnutá osoba má právo na dostatočný príjem pre zabezpečenie svojho pohodlia a spokojného života.

Záver

Telesne postihnuté osoby, asociácie, združenia a zväzy by mali zjednotiť svoje úsilie na zlepšenie vzájomného poznávania a na to, aby sa lepšie domohli zabezpečenia svojich základných ľudských práv, ktorými sú:

- právo na to byť odlišný,
- právo na dôstojný a zodpovedajúci spôsob života,
- právo na integráciu do spoločnosti ,
- právo na svoj názor a na jeho splnenie,
- právo na rovnoprávne občianstvo a na nezávislý výber spôsobu života i miesta, kde chce žiť.

12

Komunitná rehabilitácia

12.1 Ciel' a obsah

komplexnej rehabilitačnej starostlivosti

Cieľom komplexnej rehabilitačnej starostlivosti je spoločenské začlenenie alebo znovu začlenenie dieťaťa s telesným postihnutím do spoločnosti.

Tento proces závisí od viacerých činiteľov, predovšetkým od druhu postihnutia, tiež od stupňa postihnutia a od toho, či ide o postihnutie od narodenia, alebo či je získané počas života. Na základe týchto kritérií sa pristupuje k výberu prostriedkov a metód pomoci.

Obsah komplexnej rehabilitačnej starostlivosti tvoria štyri základné zložky:

- liečebná rehabilitácia,
- výchovná rehabilitácia,
- pracovná rehabilitácia,
- sociálna rehabilitácia.

12.2 Liečebná rehabilitácia

Pojem liečebná rehabilitácia zahŕňa v sebe dva významy. Ide o liečebnú rehabilitáciu v širšom a v užšom zmysle.

Liečebná rehabilitácia v širšom zmysle sa chápe ako celá zdravotnícka starostlivosť o telesne postihnutých a zdravotne oslabených. Smeruje k vyliečeniu choroby alebo k úprave zdravotného stavu, k odstráneniu alebo zmierneniu orgánového a funkčného defektu a k vytvoreniu priaznivých somatických podmienok pre spoločenské začlenenie jednotlivca.¹³³ Zahŕňa:

- a) diagnostickú činnosť – výkony spojené s určením správnej diagnózy,
- b) určenie programu liečby – stanovenie priorít a postupov pri liečbe neurologickej, chirurgickej, ortopedickej, protetickej, dietetickej, fyzikálnej, pohybovej, psychoterapeutickej a i.

Túto oblasť komplexnej rehabilitácie zabezpečujú lekári špecializovaní podľa medicínskych odborov, strední zdravotnícki pracovníci (zdravotné sestry, rehabilitačné sestry, laboranti) a nižší zdravotnícki pracovníci.

V tejto súvislosti treba spomenúť základné bioetické princípy, ktoré by mali dodržiavať všetci zdravotnícki pracovníci. Tieto princípy zahŕňajú:

- a) autonómiu (právo pacienta na sebaurčenie, jeho identitu),
- b) beneficienciu (povinnosť poskytnúť dobro pacientovi),
- c) non-maleficienciu (povinnosť neškodiť pacientovi),

¹³³ Porov. KOLLÁROVÁ, E.: *Základy somatopédie*, s. 21–25.

- d) pravdivosť (povinnosť hovoriť pravdu),
- e) dôvernosť (právo pacienta na riadenie informácií o sebe),
- f) spravodlivosť (spravodlivosť v rozdeľovaní dobra a služieb),
- g) kontrolu kvality.

V mnohých situáciách nie je aplikácia týchto princípov konfliktná a etické rozhodovanie je priame. Sú však situácie, v ktorých dochádza ku konfliktu medzi jedným alebo viacerými princípmi. Vznikajú tak etické dilemy. Etické dilemy sa môžu objaviť vtedy, keď by zdravotnícky pracovník mal vyvážiť morálnu zodpovednosť voči svojim pacientom s protichodnou zodpovednosťou voči spoločnosti.¹³⁴

Valné zhromaždenie OSN schválilo 28. októbra 1993 Štandardné pravidlá pre vyrovnávanie príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím. Podľa týchto pravidiel sa pojem „komplexná rehabilitácia“ nahradil pojmom „rehabilitácia“. V užšom špecifikovaní tohto pojmu pravidlá určujú rehabilitačný proces ako taký, ktorý nezahrnuje počiatočnú lekársku starostlivosť. Jeho súčasťou má byť široká škála opatrení a činností, od základnej a všeobecnej rehabilitácie k cieľovým aktivitám, napr. k pracovnej rehabilitácii.¹³⁵

Liečebná rehabilitácia v užšom zmysle zahŕňa v sebe komplex liečebných postupov oblastí rehabilitácie.

Rehabilitačný lekár vyhodnocuje stav pacienta a určuje rehabilitačný plán, ktorý obsahuje rehabilitačné postupy. Tieto špecifické rehabilitačné postupy uskutočňujú pracoviská so špeciálnym vybavením. Sú to buď rehabili-

¹³⁴ Porov. PULLMANN, R., ŠOLTÉS, L.: Etické aspekty skríningu Alzheimerovej choroby. In: *Medicínska etika a bioetika*, 1996, č. 3, s. 1–3.

¹³⁵ Porov. *Štandardné pravidlá pre vyrovnávanie príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím*. Schválilo Valné zhromaždenie OSN 28. októbra 1993. Praha, 1993, s. 12.

tačné oddelenia v zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach sociálnych služieb, alebo rehabilitačné ústavy, kúpele a ozdravovne.

Medzi najviac prepracované liečebné postupy patrí fyzioterapia, kinezioterapia a ergoterapia.

Fyzioterapia, nazývaná tiež fyzikálna terapia, predstavuje súbor postupov, pri ktorých sa vo funkcii liečebných alebo uzdravovacích prostriedkov využívajú prírodné prostriedky. Pojem fyzioterapia sa chápe aj ako nadradený vo vzťahu k pojmom kinezioterapia a ergoterapia, aj ako zhrnujúci pre tie druhy procedúr, ktoré využívajú také prostriedky ako elektrina, teplo, voda, žiarenia, vzduch a iné. Sú to elektroterapia, akustoterapia, termoterapia, hydroterapia, balneoterapia, fytoterapia, klimatoterapia.

Kinezioterapia (z gr. kinézia – pohyb). Ide o terapiu založenú na pohybe. Je dôležitá nielen z hľadiska rozvíjania pohybových funkcií, ale aj z hľadiska pôsobenia na iné ústroje.

Do tejto skupiny patrí aj liečebná telesná výchova a hipoterapia. Je to liečebno-rehabilitačná, relaxačná a náučná metóda, založená na neurofyziologickom princípe. Táto metóda sa opiera o symbiózu pohybu zvierata a človeka. Pomáha deťom s telesným postihnutím už v útlom detstve osvojovať si vnemy vyplývajúce z pohybu, získavať reflexie podporujúce ďalší liečebný proces.¹³⁶

Ergoterapia (z gr. ergon – dielo) využíva ako terapeutický prostriedok prácu alebo nejakú činnosť. Môže byť zameraná na kondíciu – kondičná ergoterapia, ergoterapia zacielená na postihnutú oblasť, ergoterapia zameraná na

¹³⁶ Porov. BOSKOVIČOVÁ, K.: Nadácia Hipoterapia Hipológ. In: *Rehabilitácia*, 3, Bratislava, 1993, s. 158.

pracovné zaradenie a ergoterapia zameraná na výchovu k sebestačnosti.

Na tomto mieste treba poznamenať, že pre človeka s telesným postihnutím je nevyhnutné liečenie v rehabilitačných kúpeľoch aspoň raz do roka. Treba však upozorniť aj na to, že učitelia v školách nie celkom správne chápu túto vec a často neprítomnosť v škole počas liečenia (aj keď na liečení sa zabezpečí náhradné vzdelávanie) pokladajú za dôvod na zhoršenie známok dieťaťa s telesným postihnutím. Ide o vopred utvorený názor na kvalitu náhradného vzdelávania na liečeniach.

1.2.3 Výchovná rehabilitácia

Táto zložka komplexnej rehabilitačnej starostlivosti zahŕňa oblasť výchovy a vzdelávania detí s telesným postihnutím. Výchova a vzdelávanie detí s telesným postihnutím patrí do špeciálnej vednej disciplíny, ktorá sa nazýva somatopédia.

Somatopédia alebo pedagogika telesne a zdravotne postihnutých je vedným odborom špeciálnej pedagogiky, ktorý sa zaoberá výchovou telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených. Skúma v širšom zmysle otázky výchovy detí a mládeže všetkých vekových kategórií, ako aj dospelých, ktorí v podmienkach telesnej chyby, choroby alebo zdravotného oslabenia potrebujú osobitnú starostlivosť. Tvorí teoretickú bázu špeciálnej výchovy uvedených troch kategórií postihnutých členov populácie. Predme-

tom somatopédie sú postihnutí všetkých troch kategórií, teda telesne postihnutí, chorí a zdravotne oslabení.¹³⁷

Výchova a vzdelávanie detí s telesným postihnutím sa uskutočňuje v špeciálnych školách, zriadených na tento účel. Sú to špeciálne zariadenia, ktoré zabezpečujú komplexnú starostlivosť o deti s telesným postihnutím. Tieto zariadenia sú väčšinou internátneho typu. Deti ich môžu navštevovať denne, týždenne alebo celoročne.

Špeciálne školy predstavujú veľkú investíciu do odborného personálu, nadobudnutia odborných vedomostí, učebných materiálov, budov a ich vybavenia. V skutočnosti sa mnohé špeciálne školy stali centrami odborných vedomostí, špecializácie a základného vybavenia, ktorého je v bežných školách nedostatok. Negatívnou črtou týchto zariadení je, že sú vzhľadom na veľké množstvo detí málo efektívne v oblasti výchovy. Pod pojmom výchova máme na mysli rozvíjanie nonkognitívnych funkcií a procesov osobnosti.

V poslednom desaťročí sa u nás začína presadzovať myšlienka integrácie. Ide o zaraďovanie detí s postihnutím do bežných, kmeňových škôl.

Tento trend je vo svete kľúčovou otázkou už 25 rokov. Rastúce uvedomovanie si skutočnosti, že mnohé deti a mladí ľudia boli v špeciálnych školách, aj keď tam nemuseli byť, ako aj poznanie, že bežné školy môžu skutočne uspokojiť širší rozsah potrieb žiakov, predstavuje silný impulz smerom k integrácii. Tento trend podporovali mnohé národné i medzinárodné hnutia.¹³⁸

¹³⁷ Porov. KOLLÁROVÁ, E.: *Základy somatopédie*, s. 7.

¹³⁸ Porov. HEGARTY, S.: Špeciálna pedagogika v Európe. In: LECHTA, V., MATUŠKA, O., ZÁSZKALICZKY, R: *Nové cesty k postihnutým ľuďom*, s. 27–30.

V súčasnosti možno sledovať polarizáciu názorov v súvislosti s integráciou. Ide tiež o obavy zo zániku špeciálnych škôl. Nie sú však opodstatnené, pretože deti s ťažším postihnutím nemožno takto integrovať vzhľadom na to, že bežné školy nemôžu zabezpečiť špeciálnu starostlivosť o dieťa v priebehu vyučovania.

Objavuje sa tu však možnosť prehodnotiť charakter špeciálnych škôl. Odborníci sa zhodujú v tom, že riešením by bolo systematicky vyvíjať nový druh inštitúcie, ktorý by bol centrom špeciálneho vzdelávania v danej lokalite. Takáto inštitúcia by bola priamo úplne, alebo čiastočne, zodpovedná za malý počet žiakov, a takto by mala lepšiu možnosť zabezpečovať kvalitnú špeciálnu výchovu a osobnejší vzťah k deťom s telesným postihnutím. Ďalším jej poslaním by bola zodpovednosť aj za opatrenia uskutočňované v oblasti špeciálnej pedagogiky.

Zaujímavým v tejto súvislosti je „dánsky model“, ktorý sa uplatňuje v zahraničí formou internetovej pomoci. Špeciálni pedagógovia, ktorí pracujú v špeciálnych zariadeniach, poskytujú učiteľom v bežných školách, kde sú integrovaní deti so zdravotným postihnutím, pomoc formou odporúčaní a konzílií prostredníctvom siete Internetu.

V súvislosti s výchovou a vzdelávaním detí s telesným postihnutím sa dotkneme problémov cieľa výchovy, spôsobu hodnotenia detí a ich usmerňovania.

Dôležitou otázkou pri stanovovaní cieľa výchovy a vzdelávania detí s ťažším telesným postihnutím je určenie reálneho stropu, ktorý môže dieťa pri danom postihnutí dosiahnuť. Toto určenie stropu má praktický význam pri hodnotení a pri usmerňovaní dieťaťa a jeho okolia.

Určenie stropu musí vychádzať z podrobnej analýzy zdravotného stavu dieťaťa, z jeho osobnostných a psychických predpokladov a daností. Toto určenie musí zároveň zohľadňovať možnosti a podmienky, ktoré sa poskytujú dieťaťu s telesným postihnutím.

Určenie reálneho stropu má význam pre dieťa s telesným postihnutím, pre jeho okolie, hlavne pre najbližšie okolie, to znamená rodičov i pre terapeuta. Určenie stropu neznamena zastavenie možnosti zlepšovania zdravotného stavu. Podmieňuje sa vývojom dieťaťa a jeho zdravotným stavom, podmienkami v spoločnosti a napredovaním v oblasti výskumu.

Hodnotenie detí s telesným postihnutím z hľadiska pedagogického, psychologického, alebo aj celospoločenského často nevyjadruje zohľadnenie jeho reálnych možností. Ide najmä o znevýhodnenie týchto detí oproti zdravým deťom.

Špeciálno-pedagogické diagnostické testy sú svojím hodnotením pre deti s telesným postihnutím príliš náročné a nezohľadňujú telesné postihnutie. Dieťa vychádza z týchto hodnotení neúspešne. Napríklad deti s detskou mozgovou obrnou sú neúspešné v špeciálno-pedagogických testoch. Výsledkom sú hodnotenia ako dyzgrafia, dyslexia alebo dyskalkúlia. Posledné výskumy hovoria o tom, že u detí s detskou mozgovou obrnou sa prejavujú problémy v oblasti grafomotoriky, čítania i matematiky. Tieto problémy však súvisia s charakterom postihnutia. Preto správnejšie hodnotenie týchto problémov by malo byť: problémy v čítaní, písaní, matematických schopnostiach s charakterom dysgrafie, dyslexie alebo dyskalkúlie.

Ide tu však o vážny problém. Deti s telesným postihnutím, hodnotené ako dyslektické, dysgramatické alebo

dyskalkulické, sa automaticky zaraďujú do pásma ľahkej mozgovej dysfunkcie. V mnohých prípadoch nie je takéto hodnotenie primerané, lebo ide o zníženie schopností dieťaťa v dôsledku jeho postihnutia.¹³⁹

Podobne ako špeciálno-pedagogické, aj psychologické testy nemajú vypracované normy pre podskupinu detí s telesným postihnutím. Ide hlavne o grafické alebo manipulačné výkonové testy, pri ktorých je potrebná zručnosť. Deti s telesným postihnutím nemôžu napríklad v stanovenom limite alebo dostatočne presne splniť zadané úlohy.

Usmerňovanie detí s telesným postihnutím zo strany terapeuta a všetkých, ktorí mu chcú pomôcť, musí vychádzať takisto z reálneho poznania stropu dieťaťa. Ide o usmernenia počas štúdia, ale aj pri výbere povolania.

Aj vo výchove a vzdelávaní detí a mládeže s telesným postihnutím sa objavujú nové smery a potreby zmien. Ide najmä o posuny v týchto štyroch rovinách:

1. od vzdelávania k výchove, od vyučovania k rozvíjaniu osobnosti,
2. od školy „pre školu“, ku škole „pre život“,
3. od nižších poznávacích funkcií k vyšším – od pamäti ku tvorivosti,
4. od izolácie postihnutých k ich integrácii.¹⁴⁰

Výchovná rehabilitácia, ako súčasť komplexnej rehabilitácie, predstavuje jeden zo základných predpokladov prípravy dieťaťa s telesným postihnutím na život. Jej nezastupiteľná úloha je podmienená aj tým, že výchova a vzdelá-

¹³⁹ Porov. ZELINKOVÁ, O., SVIECHOTOVÁ, J.: Poruchy učení. In: *Záver z odborného seminára Poruchy učenia*. Bratislava, 1997.

¹⁴⁰ Porov. ZELINA, M.: Výchova v procese zmien. In: LECHTA, V., MATUŠKA, O., ZÁSZKALICZKY, R: *Nové cesty k postihnutým ľuďom*, s. 37–45.

vane sa uskutočňuje na začiatku života, v čase formovania a dozrievania osobnosti detí s telesným postihnutím. Ak si uvedomíme špecifickosť ich životného polozenia, pochopíme vážnosť tohto obdobia ako prípravy na ich ďalší život.

12.4 Pracovná rehabilitácia

Táto časť komplexnej starostlivosti o telesne postihnutých zahrnuje ich uplatnenie v zamestnaní. V Štandardných pravidlách pre vyrovnávanie príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím, ktoré prijalo Valné zhromaždenie OSN, sa uvádza: „Štáty by mali uznať zásadu, že osobám so zdravotným postihnutím sa musí umožniť uplatniť ich ľudské právo, predovšetkým v oblasti zamestnania.“¹⁴¹ V duchu týchto pravidiel je pre každú spoločnosť povinnosťou pripravovať vhodné podmienky pre pracovné uplatnenie ľudí s telesným postihnutím. Predpokladá to prípravu na zamestnanie formou vzdelávania, zaškolenia a sprostredkúvaním vhodných pracovných príležitostí.

Kvôli tomu, aby pracovné miesta boli pre ľudí s telesným postihnutím vhodné, sa vyžaduje ich situácii primeraná príprava a projektovanie pracovných miest a pracovných podmienok.

Aj zamestnávatelia by mali využívať ponuku štátu, zamestnávať ľudí s telesným postihnutím za výhodnejších finančných podmienok. Často sa však táto ponuka zo strany

¹⁴¹ Štandardné pravidlá pre vyrovnávanie príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím. Schválilo Valné zhromaždenie OSN 28. októbra 1993. Praha, 1993, s. 24.

zamestnávateľov nevyužíva z dôvodu negatívneho postoja a predsudkov voči ľuďom s telesným postihnutím.

V mnohých prípadoch by bolo žiaduce, aby ľudia s telesným postihnutím, ktoré je výrazné a nedovoľuje im dochádzať do zamestnania, mohli prácu, ak je to možné, vykonávať v domácom prostredí.

Vo vyspelých krajinách sa pracovnej rehabilitácii ľudí s telesným postihnutím venuje zvýšená pozornosť. Ide predovšetkým o prípravu na vhodné, prípadne náhradné, pracovné zaradenie človeka, ktorý chce svoje sily využiť v prospech seba i spoločnosti. Na Slovensku sa tiež približujeme k tomuto modelu. V poslednom období sa začínajú vytvárať nové špecializované centrá s týmto zameraním. Ide o vytváranie chránených dielní, ktoré majú byť prípravou na reálne zamestnanie.

Podobný charakter majú nové spoločensko-rehabilitačné centrá. Cieľom tohto modelu zariadenia je využiť danosti a talenty, ktoré mladý človek s telesným postihnutím má, a dať mu príležitosť ich rozvinúť. Ide napríklad o zdokonaľovanie sa v práci s počítačom, alebo o intenzívne jazykové kurzy. Ak sa človek s telesným postihnutím chce uplatniť na trhu práce, musí byť v určitej oblasti lepší ako ostatní. Okrem toho, že prejaví svoju odbornú znalosť v danej problematike, musí prelomiť pochybnosti okolia o ňom. Tie prelomí práve tým, že preukáže väčšie schopnosti ako človek bez telesného postihnutia.

Vyriešenie problému pracovného zaradenia ľudí s telesným postihnutím by výrazne prispelo ku zvýšeniu sebahodnotenia a sebadôvery, ktorá by bola istým spôsobom kompenzáciou ich postihnutia.

12.5 Sociálna rehabilitácia

Sociálna rehabilitácia zahŕňa celú škálu oblastí života človeka s telesným postihnutím v spoločnosti, v ktorej žije.

Najzákladnejšou túžbou väčšiny ľudí s telesným postihnutím, či už detí alebo dospelých, je dosiahnuť čo najväčšiu možnú mieru samostatnosti. Túto túžbu je možné realizovať len v prostredí ľudí, ktorí ju chápu a usilujú sa ju podporiť a vytvoriť podmienky pre jej uskutočnenie.

V čase, keď sa dieťa stáva dospelým človekom, tak ako každý mladý človek, aj telesne postihnutý má svoje predstavy o samostatnosti. Ide najmä o možnosť samostatného bývania. Na to je potrebné zo strany spoločnosti vytvorenie vhodných priestorov – bezbariérových bytov, za prijateľných podmienok.

Zaujímavou formou pomoci k samostatnosti je projekt „Osobnej asistencie“¹⁴². Jeho plošné uskutočňovanie je vhodným prostriedkom na získavanie samostatnosti, keďže poskytuje možnosti plnšieho zúčastňovania sa na živote spoločnosti.

V ostatnom čase sa pre ľudí s telesným postihnutím objavila aj možnosť využívať špeciálne taxíky, pričom platby za odvoz možno vykonávať kupónmi získanými prostredníctvom určitého programu zahraničnej pomoci. Možno však konštatovať, že ľudia, ktorí majú tieto kupóny k dispozícii, ich vracajú nepoužitú a službu dostatočne nevyužívajú.

¹⁴² Osobná asistencia je projekt, ktorý sa preniesol na Slovensko zo Švédska. Ide o systém pomoci pre zdravotne postihnutých občanov, ktorý im má pomáhať pri integrácii do spoločnosti. Osobní asistenti, ktorých si postihnutý človek môže sám vybrať, vykonávajú služby podľa želania. Ide o skúsenosť autorky, získanú kontaktom s ľuďmi využívajúcimi uvedené služby.

Po skončení školskej dochádzky dochádza k situáciám, keď ľudia s telesným postihnutím nemajú možnosť užitočne tráviť svoj čas. Príkladom môže byť riešenie, aké ponúka Detský klub Slniečko v Košiciach, otvorený 22. augusta 1996, postavený a zariadený sponzorskou cestou. V tomto klube sa mladším osobám s telesným postihnutím ponúka mimo času tráveného v škole možnosť vzdelávania, rekvalifikácie, spoločenského stretania, rehabilitácie. A takisto aj ostatným ľuďom s telesným postihnutím v akomkoľvek čase.

13

Právne aspekty sociálnej práce

Všeobecne záväzné právne predpisy Slovenskej republiky, ktoré upravujú práva a povinnosti ľudí s postihnutím, vychádzajú a mali by byť v súlade s princípmi a normami prijatými v rámci regionálnych a univerzálnych medzinárodných a nadnárodných spoločenstiev.

Dokumenty týkajúce sa právnych otázok osôb s postihnutím možno členiť na tri skupiny:

1. Dokumenty mimoprávnej povahy, ktoré sú východiskami a smernicami pre tvorbu právnych noriem.
2. Medzinárodné zmluvy a právo Európskej únie.
3. Všeobecne záväzné právne predpisy Slovenskej republiky.

13.1 Dokumenty mimoprávnej povahy

V oblasti filozofického základu ochrany jednotlivých druhov práv ľudí s telesným postihnutím majú historickú, ale aj aktuálnu úlohu sociálne dokumenty Katolíckej cirkvi, najmä encyklické listy pápežov. Možno povedať, že mnohé dokumenty OSN a iných systémov ochrany práv ľu-

dí s postihnutím majú svoj základ práve v dokumentoch Katolíckej cirkvi a súvisia s nimi.

Najkomplexnejším dokumentom mimoprávnej povahy, ktorý jasne deklaruje prioritu myšlienky zabezpečenia ľudí s postihnutím v smere znižovania hendikepu a v smere ich integrácie do spoločnosti, pred myšlienkou charity a inštitucionalizovaného udržiavania ľudí s postihnutím mimo spoločnosti, je dokument, ktorý prijalo Valné zhromaždenie Organizácie Spojených národov 28. októbra 1993, s názvom *Standardné pravidlá vyrovnávania príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím* (ďalej len „Pravidlá“). V čom spočíva hlavná myšlienka vyrovnania príležitostí? Vyrovnanie príležitostí definujú Pravidlá ako proces, prostredníctvom ktorého sú rôzne systémy spoločnosti a prostredia, ako napríklad služby, informácie a dokumentácia, sprístupnené všetkým, osobitne osobám so zdravotným postihnutím. Ide o princíp rovnakých práv všetkých členov ľudskej spoločnosti. Z toho ďalej vyplýva, že ľudia s postihnutím majú právo žiť vo svojej miestnej komunite (nie izolovane) a že na druhej strane majú mať plnú zodpovednosť, teda takú mieru povinností, ktorá je totožná, alebo podľa okolností v maximálnej možnej miere blízka, ľudom bez postihnutia.

Ľudia s telesným a zmyslovým postihnutím sa ďalej týkajú *Deklarácia práv zdravotne postihnutých osôb*, ktorú prijalo VZ OSN 9. decembra 1975. a tiež *Deklarácia o sociálnom pokroku a rozvoji*.

V rámci mnohých medzinárodných organizácií v Európe i vo svete, ako aj v rámci Európskej únie sa prijímajú politické dokumenty, ktoré sa týkajú ochrany práv ľudí s postihnutiami. Na zabezpečenie reálnych opatrení v ob-

lasti života ľudí s postihnutiami sa prijímajú v rámci OSN i regionálnych organizácií rôzne plány a programy. Jedným z najdôležitejších je napríklad *Akčný plán Rady Európy na presadzovanie práv ľudí so zdravotným postihnutím a ich plnej účasti v spoločnosti: zlepšenie kvality života ľudí so zdravotným postihnutím v Európe v rokoch 2006 – 2015*. Na Slovensku ho implementuje najmä Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, ako aj úrady práce, sociálnych vecí a rodiny na miestnych úrovniach. Pri týchto úradoch práce, sociálnych vecí a rodiny fungujú poradenské informačné centrá pre občanov so zdravotným postihnutím (PIC pre ZP).

13.2 Medzinárodné zmluvy a právo Európskej únie

Základnými právnymi dokumentmi v oblasti ochrany práv ľudí s telesným a zmyslovým postihnutím sú medzinárodné zmluvy a dokumenty s právnou záväznosťou, prijaté v rámci Organizácie Spojených národov, ktoré majú univerzálny charakter. Medzi ne patria najmä:

- *Charta Organizácie Spojených národov a Štatút Medzinárodného súdneho dvora* (San Francisco 26. júna 1945); v SR publikované pod č. 30/1947 Zb.
- *Všeobecná deklarácia ľudských práv*, prijalo VZ OSN v roku 1948.
- *Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach* (New York 19. decembra 1966); v SR publikovaný pod č. 120/1976 Zb., v čl. 26 ustanovuje, že všetci sú si rovní pred zákonom a majú právo na rovnakú ochranu zákona bez akejkoľvek diskriminácie.

- *Opčný protokol k Medzinárodnému paktu o občianskych a politických právach* (New York 16. decembra 1966); v SR publikovaný pod č. 169/1991 Zb., ustanovuje mechanizmus vykonávania paktu.
- *Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach* (New York 16. decembra 1966), v SR publikovaný pod č. 120/1976 Zb., vychádza z rovnakých antidiskriminačných princípov ako Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach. V čl. 12 ustanovuje, že zmluvné strany paktu uznávajú právo každého na dosiahnutie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia. V čl. 14 ustanovuje, že vzdelanie bude smerovať k plnému rozvoju ľudskej osobnosti a má umožniť všetkým osobám účinnú účasť v slobodnej spoločnosti.
- *Dohovor o právach dieťaťa* (New York 20. novembra 1989), v SR publikovaný pod č. 104/1991 Zb., v čl. 23 ustanovuje osobitne práva dieťaťa s postihnutím. Podnetnými sú tie časti tohto ustanovenia, kde sa zmluvné strany dohodli, že „duševne alebo telesne postihnuté dieťa má požívať plný a riadny život v podmienkach zabezpečujúcich dôstojnosť, podporujúcich ich sebadôveru a umožňujúcich aktívnu účasť dieťaťa v spoločnosti“.
- *Dohovor o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien* (New York 18. decembra 1979), v SR publikovaný pod č. 62/1987 Zb., ustanovuje okrem iného aj práva dievčat a žien s postihnutím.

V rámci OSN teda upravujú ľudské práva politické dokumenty a univerzálne zmluvy o ľudských právach, ale aj zmluvy špecializované na určité skupiny ľudí, napríklad ženy, deti, migrujúce osoby. Od roku 2008 upravuje univer-

zálna medzinárodná špecializovaná zmluva aj práva ľudí s postihnutím. Treba pripomenúť, že ide o najväčšiu skupinu ľudí na svete; podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) žije na celom svete asi 650 miliónov ľudí s rôznymi druhmi postihnutia, čo predstavuje približne 10 % svetovej populácie. Pritom 80 % týchto osôb (400 miliónov ľudí) žije v chudobných krajinách, ktoré nemôžu zabezpečiť dôstojný život ľuďom s postihnutím, ktorí v dôsledku toho majú oveľa nižší životný štandard. Netreba zabúdať, že postihnutie sa týka aj rodín ľudí s postihnutím, a teda že hovoríme približne o jednej miliarde ľudí. V Európe tiež nie je situácia pod kontrolou. Každý šiesty človek v Európskej únii, teda asi 80 miliónov jej občanov, je zdravotne postihnutý. Viac ako jedna tretina ľudí nad 75 rokov má zdravotné problémy, pričom tento počet sa bude zvyšovať s postupným starnutím obyvateľstva krajín únie.

Predchádzajúce politické a právne dokumenty týkajúce sa ľudí s postihnutím, prijaté v OSN, nestrácajú svoju platnosť, ale sú stále platnými východiskami pre prvý komplexný univerzálny medzinárodnoprávny nástroj ochrany ľudských práv ľudí s postihnutím, *Dohovor Organizácie Spojených národov o právach osôb so zdravotným postihnutím* (ďalej len „Dohovor“), ktorý spolu s jeho *Opčným protokolom* prijalo VZ OSN 13. decembra 2006. Dohovor bol otvorený pre štáty na podpis od 30. marca 2007. Prezident Slovenskej republiky podpísal Dohovor a Opčný protokol 26. septembra 2007, čím Slovenská republika vyjadrila vôľu ratifikovať oba dokumenty. Dohovor a Opčný protokol nadobudli všeobecnú právnu platnosť v zmysle záverečných ustanovení zmluvy 3. mája 2008 (viac na webovej stránke OSN: <http://www.un.org/disabilities>). 26. mája 2010 Do-

hovor i Opčný protokol ratifikovala Slovenská republika, pre ktorú teda nadobudol týmto dňom platnosť a vyvolal povinnosť začať proces implementácie Dohovoru do nášho vnútroštátneho práva. Dohovor je publikovaný v Zbierke zákonov pod č. 217/2010 Z. z.

Základným východiskom prístupu k osobám so špeciálnymi potrebami podľa Dohovoru je myšlienka, že postihnutie spočíva v spoločnosti, a nie v osobe so špeciálnymi potrebami. V tomto zmysle, podľa článku 3 Dohovoru, sa za osoby s postihnutiami pokladajú tie osoby, ktoré majú dlhotrvajúce fyzické, psychické, intelektuálne alebo zmyslové poruchy v interakcii s rôznymi bariérami, ktoré môžu sťažovať plnú a efektívnu účasť v spoločnosti na základe rovnosti s inými.¹⁴³ Názorným príkladom je situácia extrémne myopickej (krátkozrakej) osoby v dvoch rôznych krajinách. Tam, kde takáto osoba má prístup ku korekčným šošovkám, sa nebude považovať podľa Dohovoru za osobu s postihnutím; naopak v krajine, kde takýto prístup nemá, daný nedostatok v spoločnosti spôsobuje jej postihnutie. Na tomto príklade vidieť jasne väzbu postihnutia na spoločnosť, a nie na danú osobu.

Európska únia ako celok sa tiež stala stranou Dohovoru. V rámci jej kompetencií by teda všetky politiky, právne predpisy a programy mali byť v súlade s ustanoveniami Dohovoru. Týka sa to napríklad prístupu ku vzdelávaniu, zamestnanosti, dopravy, infraštruktúry a budov otvorených pre verejnosť, volebného práva, účasti na politickom živote

¹⁴³ Porov. ŠMIDOVÁ, M.: K dohovoru o právach osôb so špeciálnymi potrebami : Východiská. I. časť. In: *Integrácia*, 13, 2006, č. 3; ŠMIDOVÁ, M.: K dohovoru o právach osôb so špeciálnymi potrebami : Aktuálny stav, nástroje implementácie a hodnotenia základnej koncepcie. II. časť. In: *Integrácia*, 14, 2007, č. 3.

a zabezpečenia plnej spôsobilosti na právne úkony pre ľudí so zdravotným postihnutím.

Práva ľudí s postihnutím v rámci systému OSN, najmä v oblastiach práce, vzdelávania a zdravotníctva, upravujú aj ďalšie medzinárodné zmluvy, najmä zmluvy uzavreté v rámci Medzinárodnej organizácie práce (ILO), Organizácie OSN pre výchovu, vedu a kultúru (UNESCO) a Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO).

Treba mať na pamäti, že nielen OSN, ale aj rôzne kontinentálne, či regionálne systémy majú v sociálnej oblasti svoju vlastnú štruktúru, obsahujúcu úpravu práv a povinností ľudí s postihnutím. Takéto úpravy sa v rôznom obsahu a rozsahu prijali v rámci EÚ, Rady Európy, OBSE, ako aj v rámci kontinentálnych regionálnych úprav, napríklad systémov ochrany sociálnych a ďalších ľudských práv na africkom a americkom kontinente. V rámci európskeho regionálneho priestoru sa pokladajú za kľúčové najmä *Európska sociálna charta* a *Dohovor Rady Európy o ochrane ľudských práv a základných slobôd*.

Revidovaná *Európska sociálna charta* (Štrasburg 3. mája 1996), v SR publikovaná pod č. 273/2009 Z. z., osobitne poskytuje ochranu deťom. Charta okrem antidiskriminačných ustanovení explicitne ustanovuje právo ľudí s postihnutím na odborné vzdelanie, právo na sociálnu pomoc, právo na odbornú prípravu a na profesionálnu a sociálnu readaptáciu.

Dohovor Rady Európy o ochrane ľudských práv a základných slobôd (Rím 4. novembra 1950), v SR publikovaný pod č. 79/1994 Z.z., v čl. 14 ustanovuje, že užívanie práv a slobôd priznaných týmto dohovorom sa musí zabezpečiť bez

diskriminácie založenej na akomkoľvek dôvode, ako je pohlavie, rasa ... alebo iné postavenie.

V rámci Európskej únie sa v súvislosti s nadobudnutím platnosti Lisabonskej zmluvy, teda Zmluvy o Európskej únii a zmluvy o fungovaní Európskej únie, 1. decembra 2009, ktorá je publikovaná v Úradnom vestníku EÚ pod č. 2008/C 115/01, stala na základe čl. 6 Zmluvy o Európskej únii právne záväznou aj *Charta základných práv Európskej únie*, publikovaná v ÚV EÚ pod č. 2007/C 303/01, ktorá sa aplikuje v rámci kompetencií únie. Podľa čl. 21 ods. 1 Charty sa zakazuje akákoľvek diskriminácia, vrátane z dôvodu zdravotného postihnutia. Únia zároveň uznáva a rešpektuje právo starších osôb na dôstojný a nezávislý život a na účasť na spoločenskom a kultúrnom živote. Podľa čl. 26 Únia uznáva a rešpektuje právo osôb so zdravotným postihnutím využívať opatrenia, ktoré sú určené na zabezpečenie ich nezávislosti, sociálnej integrácie a integrácie v zamestnaní a účasti na spoločenskom živote.

13.3 Všeobecne záväzné právne predpisy Slovenskej republiky

Ústava Slovenskej republiky prijatá 1. septembra 1992, publikovaná pod č. 460/1992 Zb., ustanovuje v čl. 12 ods. 2, že základné práva a slobody sa zaručujú na území Slovenskej republiky „všetkým bez ohľadu na pohlavie, rasu ... alebo *iné postavenie*“. Týmto Ústava Slovenskej republiky ustanovila princíp, že ľudia s postihnutím by mali mať rovnaké práva (ale aj povinnosti) ako ľudia bez postihnutia. Iné

postavenie možno interpretovať aj ako postavenie človeka s postihnutím. Inými slovami, v súlade so Štandardnými pravidlami vyrovnávania príležitostí pre osoby so zdravotným postihnutím, človek s postihnutím by podľa Ústavy Slovenskej republiky nemal byť znevýhodnený, hendikepovaný ani v jednej z tých oblastí, ktoré sa týkajú základných práv človeka.

Na uvedené ústavné princípy nadväzujú viaceré ďalšie právne normy slovenského vnútroštátneho práva.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách upravuje právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, financovanie sociálnych služieb a dohľad nad poskytovaním sociálnych služieb.

Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia upravuje právne vzťahy pri poskytovaní peňažných príspevkov na kompenzáciu sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia, právne vzťahy pri vyhotovení preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, vyhotovení preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím so sprievodcom, parkovacieho preukazu pre fyzickú osobu so zdravotným postihnutím a právne vzťahy na účely posudzovania potreby osobitnej starostlivosti poskytovanej podľa osobitného predpisu. Cieľom úpravy právnych vzťahov je podpora sociálneho začlenenia fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím do spoločnosti za jej aktívnej účasti, pri zachovaní jej ľudskej dôstojnosti, za podmienok a v oblastiach ustanovených týmto zákonom.

Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení vymedzuje sociálne poistenie, upravuje jeho rozsah, vykonávanie, or-

ganizáciu, financovanie, dozor štátu a konanie vo veciach sociálneho poistenia.

Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti upravuje okrem iného aj oblasť zamestnávania ľudí s postihnutím.

Zákon č. 601/2003 Z. z. o životnom minime ustanovuje životné minimum ako spoločensky uznanú minimálnu hranicu príjmov fyzickej osoby, pod ktorou nastáva stav jej hmotnej núdze.

Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele upravuje sociálnoprávnu ochranu detí a sociálnu kuratelu na zabezpečenie predchádzania vzniku krízových situácií v rodine, ochrany práv a právom chránených záujmov detí, predchádzania prehĺbovaniu a opakovaniu porúch psychického vývinu, fyzického vývinu a sociálneho vývinu detí a plnoletých fyzických osôb a na zamedzenie nárastu sociálnopatologických javov.

Zákon č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) ustanovuje princípy, ciele, podmienky, rozsah, obsah, formy a organizáciu výchovy a vzdelávania v školách a v školských zariadeniach. Hlboko preto zasahuje do dôstojnosti života ľudí s postihnutiami.

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti upravuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, práva a povinnosti fyzických osôb a právnických osôb pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, postup pri úmrtí a výkon štátnej správy na úseku zdravotnej starostlivosti.

Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve ustanovuje okrem iného aj

podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti fyzickými osobami a právnickými osobami a povinnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a povinnosti zdravotníckeho pracovníka.

Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení.

Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach ustanovuje okrem iného aj dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti a upravuje podmienky, postup a rozsah slobodného prístupu k informáciám.

Zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia ustanovuje okrem iného aj vykonávanie prevencie ochorení a iných porúch zdravia, požiadavky na zdravé životné podmienky a zdravé pracovné podmienky a povinnosti fyzických osôb a právnických osôb pri ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia.

Zákon č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám upravuje podmienky, postup a rozsah slobodného prístupu k informáciám, pričom osobami povinnými podľa tohto zákona sprístupňovať informácie sú štátne orgány, obce, vyššie územné celky, v rozsahu ich rozhodovacej činnosti aj tie právnické osoby a fyzické osoby, ktorým zákon zveruje právomoc rozhodovať o právach a povinnostiach fyzických osôb alebo právnických osôb v oblasti verejnej správy, a ďalej právnické osoby zriadené zákonom a právnické osoby zriadené štátnym orgánom, vyšším územným celkom alebo obcou podľa osobitného zákona.

Zákon č. 365/2004 Z. z., antidiskriminačný zákon upravuje uplatňovanie zásady rovnakého zaobchádzania a ustanovuje prostriedky právnej ochrany, ak dôjde k porušeniu tejto zásady, pričom dodržiavanie zásady rovnakého

zaobchádzania spočíva v zákaze diskriminácie aj z dôvodu zdravotného postihnutia. Zákon implementuje aj úniouú Smernicu Rady č. 2000/78/ES z 27. novembra 2000, ktorá ustanovuje všeobecný rámec pre rovnaké zaobchádzanie v zamestnaní a povolanií. Táto smernica ustanovila všeobecný rámec pre boj proti diskriminácii aj na základe zdravotného postihnutia, s cieľom zaviesť uplatňovanie zásady rovnakého zaobchádzania. Ustanovuje, že vo vzťahu k osobám so zdravotným postihnutím sa vykonajú primerané prispôsobenia, konkrétne vo forme vhodných opatrení realizovaných zamestnávateľmi (pokiaľ takéto opatrenia nie sú pre zamestnávateľov neúmerným bremenom), ktoré majú osobám so zdravotným postihnutím umožniť lepšie uplatnenie na trhu práce.

Zákon č. 9/2010 Z. z. o sťažnostiach ustanovuje spôsob podávania a vybavovania sťažností.

Zákon č. 213/1997 Z. z. o neziskových organizáciách poskytujúcich všeobecne prospešné služby upravuje založenie, vznik, zrušenie, zánik, postavenie orgánov a hospodárenie neziskových organizácií, pričom za všeobecne prospešné služby sa pokladá poskytovanie zdravotnej starostlivosti, sociálnej pomoci a humanitárnej starostlivosti, ochrana zdravia obyvateľstva, služby na podporu regionálneho rozvoja a zamestnanosti a zabezpečovanie bývania, správy, údržby a obnovy bytového fondu, čo sa týka možností združovania osôb s postihnutím. Právna úprava zriaďovania a činnosti nadácií sa nachádza v zákone č. 34/2002 Z. z. o nadáciách.

Praktickým dôležitým predpisom je vyhláška MŽP SR č. 532/2002 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o všeobecných technických požiadavkách na výstavbu a o vše-

obecných technických požiadavkách na stavby užívané osobami s obmedzenou schopnosťou pohybu a orientácie.

Zoznam bibliografických odkazov

- ANZENBACHER, A.: *Úvod do filozofie*. Praha, 1987.
- ARNOLD, G. E.: *Die Sprache und ihre Störungen*. Wien; New York : Springer, 1970.
- BAJO, I.: *Pedagogika špecializovaných tried základnej školy*. Bratislava : Univerzita Komenského, 1988. 163 s.
- BAJO, I.: *Pedagogická prax v špeciálnych školách a výchovných zariadeniach*. Bratislava : Univerzita Komenského, 1987.
- BAJO, I., VAŠEK, Š.: *Psychopédia I*. Bratislava : Univerzita Komenského, 1988.
- BALÁŽ, J., a i.: *Komunikačné problémy detí s viacerými chybami*. Bratislava : SPN, 1980.
- BALCAR, K.: *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Praha : SPN, 1983.
- BARKLEY, Russel A.: *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*. New York : The Guilford Press, 1997. 410 s.
- BERLIN, I., RAWLS, J., NOZICK, R.: *O slobode a spravodlivosti : Liberalizmus dnes*. Bratislava : Archa, 1993.
- BOROVANSKÝ, L., a i.: *Soustavná anatomie člověka II*. Praha : Státní zdravotnické nakladatelství, 1967. 532 s.

- BUNDSCHUH, K.: *Praxiskonzepte der Förderdiagnostik*. Bad Heibrunn, 1994.
- CARDIN, P. T.: *Vesmír a lidstvo*. Praha : Vyšehrad, 1990. 264 s. ISBN 80-7021-043-5
- CARRETTO, C.: *Prečo, Pane?* Cambridge (Ont.) : Dobrá kniha, 1987.
- CORETH, E.: *Co je člověk?* Praha : Zvon, 1994. 211 s.
- CSONTOS, L., KRAPKA, E.: *Nad tajomstvom človeka*. Bratislava : Teologický inštitút sv. Alojza Spoločnosti Ježišovej na Slovensku, 1992.
- CZAPÓW, Cz., JEDLEWSKI, S.: *Resocializační pedagogika*. Praha : SPN, 1981.
- ĎAČOK, J., ŠOLTÉS, L., KLEPANEC, J.: *Etické aspekty práce s telesne postihnutými deťmi*. Bratislava : Ústav medicínskej etiky a bioetiky, 1997.
- Defektologický slovník*. Praha, 1984.
- Duševní poruchy a poruchy chování*. Mezinárodní klasifikace chorob (10. revize). Praha : Portál, 1992. ISBN 80-85121-37-9
- EARECKSONOVÁ, J.: *Eutanázia, dilema života a smrti*. Bratislava : Lúč, 1997. 183 s. ISBN 80-7114-213-1
- EDELSBERGER, L., KÁBELE, F.: *Speciální pedagogika pro učitele prvního stupně základní školy*. Praha : SPN, 1988. 175 s.
- FREEMAN, R., CARBIN, F. C., BOESE, J. R.: *Tvé dítě neslyší – pro všechny, kteří pečují o neslyšící děti*. Praha : FRPSP, 1992.
- GILLBERG, Ch., PEETERS, T.: *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. 1. vyd. Praha : Portál, 2008. 122 s. ISBN 80-7367-498-4
- HARING, B.: *Viděl jsem tvé slzy*. 1. vyd. Praha : Vyšehrad, 1996. ISBN 80-7021-196-2

- HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V.: *Dětský autismus*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-813-9
- ILLYÉS, G.: *Špeciálno-pedagogická psychológia*. 1. vyd. Bratislava : SPN, 1978. 669 s.
- JAFFE, D. T.: Self-Renewal : Personal Transformation Following Extreme Trauma. In: *Journal of Humanistic Psychology*, roč. 25, 1985, s. 99-124.
- JÁN PAVOL II.: *Dôstojnosť ľudskej osoby je základom spravodlivosti a mieru*. Prejav pápeža na Valnom zhromaždení OSN 2. októbra 1979.
- JÁN PAVOL II.: Encyklika *Dives in misericordia*. 30. decembra 1980.
- JÁN PAVOL II.: *Redemptionis donum*. Apoštolský list zo 16. mája 1984.
- JÁN PAVOL II.: Encyklika *Sollicitudo rei socialis*. 30. decembra 1987.
- JÁN PAVOL II.: *Christifideles laici*. Posynodálny apoštolský list z 30. decembra 1988.
- JÁN PAVOL II.: Encyklika *Centesimus annus*. 1. mája 1991.
- JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H.: *Redukace specifických poruch učení u dětí*. 1. vyd. Praha : Portál, 2008. 176 s. ISBN 978-80-7367-474-8
- KÁBELE, F., a i.: *Somatopedie*. 2. vyd. Praha : SPN, 1982. 224 s. ISBN 80-88908-19-1
- KÁBELE, F.: *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s DMO*. Praha : SPN, 1988.
- KÁBELE, F., KRACÍK, J.: *Nárys vývoje péče o mládež tělesně postiženou, nemocnou a zdravotně oslabenou*. Praha : Katedra speciální pedagogiky UK, 1982. 69 s.
- KÁBELE, F.: *Základy somatopedie*. Praha : SPN, 1985. 74 s.

- KIML, J.: *Základy foniatricie*. Praha : Avicenum, 1978.
ISBN 1978-08-00678
- KODÝM, M.: *Úmluva o právech dítěte*. 1. vyd. Brno : Teofakt, 1991.
- KOLLÁROVÁ, E.: *Základy somatopédie*. Bratislava : Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, 1993.
ISBN 80-223-0715-7
- KOLLÁROVA, E.: *Somatopédia pre vychovávateľov*. Bratislava : Univerzita Komenského, 1989.
- KOMENSKÝ, J. A.: *Veľká didaktika*. Bratislava : SPN, 1991.
271 s. ISBN 8008010223
- KOŠČ, L., a i.: *Patopsychológia*. Bratislava : SPN, 1975.
- KOŠČ, L.: *Vybrané state z vývinovej psychológie a patopsychológie*. Bratislava : SPN, 1980.
- KOŠČ, L.: *Psychologie postihnutého dítěte a jeho výchova*. Praha : SPN, 1982.
- KRAUS, J., ŠANDERA, O.: *Tělesně postižené dítě*. Praha : SPN, 1964. 180 s.
- KRUPA, S.: *Kvalitné sociálne služby*. Bratislava : AZOZP, 2003.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. Praha : Avicenum, 1985.
- LECHTA, V.: *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Bratislava : Univerzita Komenského, 1991.
- LECHTA, V.: *Logopedické repetitóriium*. Bratislava : SPN, 1990.
278 s. ISBN 80-08-00447-9
- LECHTA, V.: *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-88824-18-4
- LECHTA, V., a i.: *Nové cesty k postihnutým ľuďom*. Bratislava : Liečreh Gúth, 1997. ISBN 80-967 383-7-2

- LECHTA, V.: Inkluzivní pedagogika – základní vymezení. In: LECHTA, V.: *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha : Portál, 2010.
- LEISCHNER, A.: *Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen : Klinik und Behandlung*. Stuttgart : Thieme, 1987.
- LESNÝ, I.: *Elektroencefalografie*. Praha, 1959.
- LESNÝ, I.: *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Praha : Avicenum, 1972. 256 s.
- LESNÝ, I.: *Dětská neurologie*. Praha : Avicenum, 1980.
- LESNÝ, I.: *Všeobecná a speciální neurologie*. Praha : SPN, 1980. 276 s.
- LESNÝ, I.: *Neurologie pro speciální pedagogy*. Praha : SPN, 1982.
- LESNÝ, I.: *Klinické vyšetřovací metody v dětské neurologii*. Praha : Avicenum, 1984.
- LESNÝ, I., a i.: *Dětská mozková obrna*. Praha : Avicenum, 1985.
- LETZ, J.: *Filozofia v celostnom porozumení*. Bratislava : ÚSKI, 1991. 185 s.
- LETZ, J.: *Metafyzika a ontológia*. Bratislava : ÚSKI, 1993.
- LETZ, J.: *Život v hľadani pravdy*. Bratislava : Charis, 1996. ISBN 80-88743-15-X
- LETZ, J.: *Filozofická antropológia*. Bratislava : SAV, 1994. ISBN 80-88743-07-9
- MARKOVÁ, J.: *Metódy a formy práce vo výchovno-vzdelávacom procese u žiakov s autizmom*. Rigorózna práca, 2009.
- MITCHELL, K. R.: *All Our Losses, All Our Grievs*. Philadelphia, 1983.
- MUHLPACHR, P.: Autizmus známa neznáma. In: *Speciální pedagogika*, roč. 11, 2001, č. 3, s. 143–148.

- MUNDEN, A., ARCELUS, J.: *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 2. vyd. Praha : Portál, 2006. 120 s.
ISBN 80-7367-188-3
- NESNÍDALOVÁ, R.: *Extremní osamělost*. 2. vyd. Praha : Portál, 1995. ISBN 80-7178-024-3
- NOTBOHM, E.: *Desať vecí, ktoré by každé dieťa s autizmom chcelo, aby ste vedeli*. 1. vyd. Bratislava : Európa, s. r. o., 2013. 102 s. ISBN 978-80-89111-84-8
- OLIVAR, R. R.: *Etická výchova*. Bratislava : Orbis Pictus Istropolitana, 1992.
- OSTATNÍKOVÁ, D.: *Autizmus z pohľadu neuropsychobiológie*. 1. vyd. Bratislava : Univerzita Komenského, 2010. 260 s. ISBN 978-80-223-2825-8
- PACLT, I., a i.: *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1426-4
- PEČEŇÁK, J.: Diagnostika detského autizmu. In: *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Bratislava : Osveta, 1995. 204 s. ISBN 80-88824-18-4-3
- PEETERS, T.: *Autismus – od teórie k výchovne vzdelávaciej intervencii*. Praha : Scienia, 1998. 170 s. ISBN 80-7183-114-X
- PELÁN, J.: *Na cestě k humanitě*. Brno : Masarykova univerzita, 1996. 105 s. ISBN 80-210-1264-1
- POKORNÁ, V.: *Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení*. 1. vyd. Praha : Portál, 1997. 312 s. ISBN 80-718-135-5
- PONTŮCH, A.: *Gynekológia a pôrodnictvo*. Praha : Avicenum, 1982.
- POPELOVÁ, J.: *Etika*. Bratislava : Pravda, 1981. 448 s. ISBN 75-064-81
- POŽÁR, L.: *Psychológia osobnosti postihnutých*. Bratislava : Univerzita Komenského, 1996.

- RIEFOVÁ, Sandra F.: *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole : Praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. 3. vyd. Praha : Portál, 2007. 256 s.
ISBN 978-80-7367-257-7
- ROMANČÍKOVÁ, M., SCHMIDTOVÁ, M.: Sluchové postižení. In: LECHTA, V.: *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha : Portál, 2010.
- SABADOŠ, R., a i.: *Logopédia v komplexnej starostlivosti o dieťa*. Bratislava : SPN, 1977.
- SEEMAN, M.: *Poruchy dětské řeči*. Praha : Státní zdravotnické nakladatelství, 1955. 265 s.
- SINDELAROVÁ, B.: *Předcházíme poruchám učení*. 4. vyd. Praha : Portál, 2007. 63 s. ISBN 978-80-7367-262-1
- SLOWÍK, J.: *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007.
- SOVÁK, M.: *Uvedení do logopedie*. Praha : SPN, 1978.
- SOVÁK, M.: *Logopedie*. Praha : SPN, 1981.
- STEHLÍK, L.: *Dítě s DMO v rodině*. Praha, 1977.
- SYŘIŠTOVÁ, E., a i.: *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením*. Praha, 1989.
- ŠÍMA, R.: *Sociálna teória a sociálna politika*. Žilina : Poradca, 1996.
- ŠKODA, F.: *Základy katolíckej sociálnej náuky*. Košice : HKR, 1991.
- ŠKVARENINOVÁ, O.: *Rečová komunikácia*. Bratislava : SPN, 1994.
- ŠMIDOVÁ, M.: *Prístup k deťom s telesným postihnutím*. Trnava : SAP, 2005.
- ŠMIDOVÁ, M.: K dohovoru o právach osôb so špeciálnymi potrebami : Východiská. I. časť. In: *Integrácia*, roč. 13, 2006, č. 3.

- ŠMIDOVÁ, M.: K dohovoru o právach osôb so špeciálnymi potrebami : Aktuálny stav, nástroje implementácie a hodnotenia základnej koncepcie. II. časť. In: *Integrácia*, roč. 14, 2007, č. 3.
- ŠOLTĚS, L., a i.: *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Trnava : Slovak Academic Press, 1996.
- TEILHARD de CHARDIN, P.: *Vesmír a lidstvo*. Praha : Vyšehrad, 1990. 265 s.
- THOROVÁ, K.: *Poruchy autistického spektra*. Praha : Portál, 2006. 456 s. ISBN 80-7367-091-7
- TRAIN, A.: *Něčastější poruchy chování dětí*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 200 s. ISBN 80-7178-503-2
- VÁGNEROVÁ, M.: *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha : Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-488-8
- VÁCHA, J.: *Problém normálnosti v biologii a lékařství*. Praha : Avicenum, 1980.
- VAJDA, R.: *Špeciálna neurológia pre somatopédov*. Bratislava, 1992.
- VANIER, J.: *Porušené telo*. Bratislava : Charis, 1994.
- VAŠEK, Š.: *Špeciálnopedagogická diagnostika*. Bratislava : SPN, 1991. 168 s. ISBN 80-08-00396-0
- VERMUELEN, P.: *Autistické myslenie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 130 s. ISBN 80-247-1600-3
- VITÁSKOVÁ, K., LUDÍKOVÁ, L., SOURALOVÁ, E.: *Zefektívnení studia a profesního uplatnění handicapovaných studentů na vysokých školách*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2003.
- VITÁSKOVÁ, K.: *Etopedie : Vybrané okruhy etopedické problematiky*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7368-123-4
- VYGOTSKYJ, L. S.: *Myslenie a řeč*. Praha : SPN, 1970.

- WAYER, D: *Slepačia polievka pre dušu*. Bratislava, 1994.
- WEIGL, G.: *A New Worldly Order*. Washington : Ethics and Public Policy Center, 1992.
- ZÁSZKALICZKY, P.: Proměny paradigmatu – od segregace k inkluzi. In: LECHTA, V.: *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha : Portál, 2010.
- ZELINKOVÁ, O.: *Poruchy učení : Špecifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10. vyd. Praha : Portál, 2003. 263 s. ISBN 80-7178-800-7
- Enhancing Co-operation between Mainstream and Special Education*. Helios II. Programme. 1996.
- Kritické životní situace dětí a mladistvých s tělesným a zdravotním postižením*. Zborník z konferencie Somatopedickej spoločnosti. Brno, 1995.
- Medzinárodná klasifikácia porúch disaptibility a handicapu*. Mat. WHO 1980.
- Národný program podpory zdravia Slovenskej republiky*. Bratislava, 1992.
- Planning for Independence*. A Support Document for Teachers of Students with Intellectual Disabilities. Ontario : Ministry of Education, 1990.
- Realizace rehabilitační péče v jednotlivých etapách v životě člověka s tělesným postihem*. Zborník z konferencie Somatopedickej spoločnosti. Praha, 1997.
- Štandardné pravidlá pre vyrovnávanie príležitostí pre osoby so zdravotným postihom*. Schválilo Valné zhromaždenie OSN 28. októbra 1993.
- The Common Curriculum*. Ontario : Ministry of Education, 1995.
- Záverý z odborného seminára *Poruchy učenia*. Bratislava, 1997.

Časopisy

Crisis (USA)

Československá psychologie (ČR)

Education (USA)

Efeta (SR)

Journal of Humanistic Psychology (USA)

Komenský (ČR)

Medicínska etika a bioetika (SR)

Personality and Social Psychology, bulletin

Psychológia a patopsychológia dieťaťa (SR)

Psychological Science (USA)

Rehabilitácia (SR)

Speciální pedagogika (ČR)

Špeciálna pedagogika (SR)

The Psychoanalytic Review (USA)

doc. PhDr. Mária Šmidová, PhD.
PhDr. Janka Marková, PhD.
ThLic. Krzysztof Trebski, PhD.

Perspektívy pomoci ľuďom s postihnutím a ich rodinám

Druhé vydanie

Návrh na obálku Zuzana Vanovčanová
Grafická úprava Ivan Janák
Technický redaktor Ivan Janák
Zodpovedná redaktorka Mária Fúriková

Vydala Dobrá kniha
pre Teologickú fakultu Trnavskej univerzity
ako svoju 1 080. publikáciu, na Slovensku 822.

Vydavateľstvo Dobrá kniha
P. O. Box 26
Štefánikova 44, 917 01 Trnava
tel.: 033 / 59 34 211
fax: 033 / 59 34 226
www.dobrakniha.sk

ISBN 978-80-7141-862-7

V edícii Dialógy doteraz vyšli

1. Ladislav CSONTOS
Základná antropologická línia v encyklikách Jána Pavla II.
2. Ladislav CSONTOS
*Celostné chápanie vzťahu človeka k Bohu
v Duchovných cvičeniach svätého Ignáca z Loyoly*
3. Ján BABJAK
P. Michal Lacko SJ – informátor a formátor gréckokatolíkov
4. Jozef KYSELICA
Obnova farnosti cez neokatechumenát
5. Andrej FILIPEK
*Ježiš Kristus – Počiatok, Plnosť a Završenie všetkého
v dielach Czesława Stanisława Bartnika*
6. Aurel ŠTEFKO
Eutanázia z pohľadu katolíckej morálky
7. Ladislav CSONTOS, Jozef VATEHA
Rozlišovanie duchov
8. Emil KRAPKA
*Mysteria Regni Dei
Tajomstvá Božieho kráľovstva
nazerané v Duchovných cvičeniach svätého Ignáca*
9. Alžbeta DUFFEROVÁ
Nomos Európy podľa Carla Schmitta
10. Cyril VASIE
Patriarchálne cirkvi v Kódexe kánonov východných cirkví
11. Juraj DOLINSKÝ
Cirkev a štát na Slovensku v rokoch 1918 – 1945

12. Ján ĎAČOK
*Človek, utrpenie, nemocnica
Niektoré hľadiská pastoračnej služby*
13. Marian MRÁZ
Problém utrpenia a jeho riešenie v medicínskej etike
14. Cyril VASIE
*Kánonické pramene byzantsko-slovanskej katolíckej cirkvi
v Mukačevskej a Prešovskej eparchii
v porovnaní s Kódexom kánonov východných cirkví*
15. Karol ĎURČEK, Mikuláš BLAŽEK
Filozofický a fyzikálny pohľad na kozmológiu
16. Andrej FILIPEK
Cez symbolickú reč liturgických znakov bližšie ku Kristovi
17. Juraj DOLINSKÝ
Problematika vyučovania náboženstva na Slovensku v rokoch 1948 – 1973
18. Helena PANCZOVÁ
*Vplyv Biblie na kresťanskú latinčinu
Grécizmy a hebrejizmy pri používaní predložky in*
19. Josef BLAHA
Tóra a moderní židovská filosofie
20. Ľubomír PILARČÍK
Liturgický rok v katechéze
21. Aurel ŠTEFKO
Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a zomieraní
22. Juraj DOLINSKÝ
*Antiklerikalizmus
Niektoré aspekty antiklerikalizmu v Európe v 19. a 20. storočí*
23. Dominika Alžbeta DUFFEROVÁ
Európa – priestor práva a spravodlivosti

24. Jozef JURINA
Postmodernizmus a jeho civilizačno-kultúrne konzekvencie
25. František SOČUFKA
Diakonia slova v slovenskom vysielaní Vatikánskeho rozhlasu
26. Ľuboš ROJKA
*The Eternity of God
Comparative Study of Bernard Lonergan SJ and Richard Swinburne*
27. Jozef KYSELICA
Odovzdávať vieru v súčasnej spoločnosti
28. Šimon MARINČÁK
*Štruktúra byzantskej utierne („orthros“)
podľa hudobných rukopisov 14. – 15. storočia „taxis tôn akolouthiôn“*
29. Ján ĎAČOK
*La postmodernità nel dibattito bioetico
Il caso delle questioni di fine vita*
30. Vlastimil DUFKA
*Cantus Catholici (1655)
Il primo libro stampato dei canti cattolici per la liturgia e per la catechesi
in Slovacchia*
31. Pavol ZEMKO
*Homiletické směrnice
Z dejín homiletiky na Morave, v Čechách a na Slovensku*
32. Alexander PUSS
*A szűzesség eszménye a II. Vatikáni Zsinat utáni egyházi
dokumentumokban és annak bemutatása az ifjúsági pasztorációban*
33. Miroslav KARABA
Filozofické implikácie kvantovej teórie vo filozofii prírody
34. Rastislav NEMEC
Whiteheadova procesuálna filozofia

35. Peter DUFKA
L'arte musicale come espressione e stimolo della fede
La Passione secondo Giovanni di J. S. Bach
36. Ján ĎURICA
Mária – Hviezda novej evanjelizácie
Z vybraných apoštolských listov a homílií Jána Pavla II.
37. Peter BUJKO
Hľadať Boha vo všetkých veciach
Kontemplatívni v činnosti
38. Stanislava PRÍTRSKÁ
Syndróm vyhorenia a duchovné cvičenia Ignáca z Loyoly
39. Martin ŠARKAN
Ku koncepcii prirodzeného a nadprirodzeného u Tomáša Akvinského
40. Miloš LICHNER, Šimon MARINČÁK, Peter ŽEŇUCH
Kultúrna identita gréckokatolíkov vo svetle cyrilo-metodského dedičstva I
41. Miloš LICHNER, Šimon MARINČÁK, Peter ŽEŇUCH
Kultúrna identita gréckokatolíkov vo svetle cyrilo-metodského dedičstva II
42. Mária ŠMIDOVÁ, Janka MARKOVÁ, Krzysztof TREBSKI
Perspektívy pomoci ľuďom s postihnutím a ich rodinám
43. Martin CSONTOS
Slobodný človek v spravodlivej spoločnosti
Pohl'ad na človeka v myslení Johna Rawlsa
44. Miloš LICHNER
Lev Velký a jeho Tomus ad Flavianum
Preklad a analýza textu
45. Marián GAVENDA
Fortes in fide
Skúsenosť a odkaz kňazskej formácie na Slovensku v rokoch 1969 – 1989
46. Mária ŠMIDOVÁ, Krzysztof TREBSKI, Jozef ŽUFFA
Dozrievanie v láske