

AKADEMIE ALTERNATIVA

ABSOLVENTSKÁ PRÁCA

Študijný odbor: Tanečno - pohybová terapia

**Vplyv tanečno – pohybovej terapie na rozvoj krátkodobej
pohybovej pamäte u detí s ľahkým mentálnym postihnutím**

Vedúci práce: Mgr. Tomáš Beníček, DT

Autorka práce: Annamária Buzgó Menyhart

Povoda 2023

Prehlásenie

Prehlasujem, že som absolventskú prácu vypracovala samostatne s použitím uvedenej literatúry.
Súhlasím, aby práca bola sprístupnená k študijným a propagačným účelom.

V Povode dňa 25.05.2023

Podpis.....

Pod'akovanie

Touto cestou by som chcela pod'akovať Mgr. Tomášovi Beníčkovi za pomoc pri vedení práce. Akadémii Alternatíva za možnosť vzdelávať sa a osobnostne rásť. Vedeniu Základnej Školy Tibora Radóa za poskytnutie súhlasu a priestorov pre výskumnú prácu. Deťom, ktoré sa zúčastnili na terapeutických sedeniach, a udržali motiváciu až do konca. Otílii Menyhartovej, pre spoluprácu pri analýze výsledkov. Janke Vrbiarovej za korekciu gramatiky. V neposlednej rade mojej rodine, kolegom a priateľom a spolužiackam za trezlivosť a povzbudzovanie.

ABSTRAKT

BUZGÓ MENYHART, Annamária: *Vplyv tanečno – pohybovej terapie na rozvoj krátkodobej pohybovej pamäte u detí s ľahkým mentálnym postihnutím* (Absolventská práca), Povoda, Vedúci práce: Mgr. Tomáš Beníček, DT

Poznatky o rozvoji pohybovej pracovnej pamäte sú stále relatívne vzácne. Stimulácia rozvoja pohybovej pracovnej pamäte môže ovplyvniť celkovú pohodu a fungovanie detí. Zamerala som sa na testovanie, či tanečno-pohybová terapia priaznivo pôsobí na rozvoj pohybovej pracovnej pamäte u detí s ľahkým mentálnym postihnutím vo veku 14 až 16 rokov. Okrem toho som zisťovala, či tanečno-pohybová terapia môže ovplyvniť správanie jednotlivých členov a celkovú skupinu.

Hodnotila som aktuálnu úroveň pohybovej pracovnej pamäte pomocou hodnotiacej tabuľky (Test na meranie motorickej pracovnej pamäte) popri aktuálnych stavoch v oblastiach emócií, správania, hyperaktivity, problémov rovesníkov a prosociálneho správania (Dotazník silných stránok a ťažkostí - SDQ - Goodman, 1999).

Výsledky naznačujú, že tanečno-pohybová terapia pozitívne ovplyvnila rozvoj pohybovej pracovnej pamäte u detí s ľahkým mentálnym postihnutím. Medzi účastníkmi bol významný rozdiel medzi skóre pred a po intervencii (párový t-test, $p=0,0011$, $t=5,85$, $n=7$). Pri analýze dotazníka SDQ sme však zistili len malé výsledky v oblasti správania; u niektorých detí nenastalo žiadne zlepšenie.

Hoci bol výskum krátkodobý, s malým počtom účastníkov, zistila som sľubné výsledky o účinnosti intervencie. Pozitívne trendy naznačujú, že dlhodobé intervencie s viacerými účastníkmi sa oplatí pokračovať, aby ste získali lepší prehľad o vývojových trajektóriách a ohybnosti motorickej pracovnej pamäte.

Kľúčové slová: tanec - pohybová terapia, pamäť, pracovná pamäť, správanie

ABSTRACT

BUZGÓ MENYHART, Annamária: The influence of dance and movement therapy on the development of motor working memory in children with mild intellectual disabilities (Graduate thesis), Povoda

Supervisor: Mgr. Tomáš Beníček, DT

Knowledge about motor working memory development is still relatively scarce. Stimulating the development of motor working memory may influence children's overall well-being and functioning. I aimed to test whether dance-movement therapy has a beneficial effect on developing motor working memory in children with mild mental disabilities aged 14 to 16. In addition, I also investigated whether dance-movement therapy can influence the behavior of individual members and the whole group.

I have assessed the current level of motor working memory using an evaluation table (Test for measuring motor working memory) along the current states in the areas of emotions, behavior, hyperactivity, peer problems, and prosocial behavior (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ - Goodman, 1999).

The results suggest that dance-movement therapy positively affected the development of motor working memory in children with mild mental disabilities. There was a significant difference between pre- and post-intervention scores among participants (paired t-test, $p=0.0011$, $t=5.85$, $n=7$). However, when analyzing the SDQ questionnaire, we found only minor results in the area of behavior; in some children, there was no improvement.

Although the research was short-term, with few participants, I found promising results about the effectiveness of the intervention. The positive trends suggest that longer-term interventions with more participants are worth pursuing to gain better insight into motor working memory's developmental trajectories and malleability.

Keywords: dance and movement therapy, memory, working memory, behavior

OBSAH

ÚVOD	8
1. TANEČNO - POHYBOVÁ TERAPIA (TPT)	10
1.1. VYMEDZENIE TANEČNO - POHYBOVEJ TERAPIE	11
1.2. VZNIK A VÝVOJ TPT	12
1.3. CIELE, INDIKÁCIE A KONTRAINDIKÁCIE TPT	14
1.4. PRÍPRAVA TERAPIE A TERAPEUTICKÝ PROCES	17
1.5. VYBRANÉ TPT FORMY A TECHNIKY	18
2. POHYB - ANATOMICKO-FYZIOLOGICKÉ A VÝVOJOVÉ POZADIE POHYBOVÝCH VZORCOV	23
2.1. NEUROPLASTICITA ALEBO KOMPENZAČNÁ REORGANIZÁCIA	24
2.2. SYSTÉMY, KTORÉ ZABEZPEČUJÚ MOBILITU	25
2.3. FYLOGENETICKÝ A ONTOGENETICKÝ VÝVOJ LOKOMÓCIE	28
2.4. VÝVOJ POHYBOVÝCH VZORCOV	29
3. ANATÓMIA PAMÄTE - ROZVOJ POHYBOVÝCH SCHOPNOSTÍ A POHYBOVÝCH VZORCOV Z POHLADU PSYCHOLÓGIE	30
3.1. PAMÄŤ	30
3.2. PAMÄŤOVÉ SYSTÉMY	31
4. POJMY ZDRAVIE, CHOROBA, POŠKODENIE, POSTIHNUTIE	36
4.1. ZDRAVIE, ZDRAVOTNÝ STAV, PATOLOGICKÝ ZDRAVOTNÝ STAV	36
4.2. CHOROBA, ZDRAVOTNÉ POSTIHNUTIE	36
4.3. POSTIHNUTIE, INVALIDITA	37
4.4. INTERPRETÁCIA POSTIHNUTIA ZO ŠPECIÁLNO-PEDAGOGICKÉHO HĽADISKA	38
4.5. SYSTÉM PEDAGOGICKÝCH A SOCIÁLNYCH INŠTITÚCIÍ, KTORÉ SA STARAJÚ O POSTIHNUTÉ DETI	39
5. VZDELÁVANIE POSTIHNUTÝCH DETÍ - ŠPECIÁLNO-PEDAGOGICKÁ TYPOLÓGIA	40
6. DEFINÍCIA MENTÁLNEHO POSTIHNUTIA/INTELEKTOVÉHO POSTIHNUTIA	42
6.1. PRÍČINY A SKORÉ ROZPOZNANIE MENTÁLNEJ RETARDÁCIE	43
6.2. PREVALENCIA (POMER) MENTÁLNEHO POSTIHNUTIA	45
6.3. ZÁVAŽNOSŤ A KLASIFIKÁCIA MENTÁLNEHO POSTIHNUTIA	46
6.4. DÔSLEDKY MENTÁLNEHO POSTIHNUTIA	49
6.5. VŠEOBECNÁ CHARAKTERISTIKA POHYBOVÉHO VÝVOJA U MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH DETÍ/ŠTUDENTOV	49
6.5.1. STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA DETÍ/ŠTUDENTOV S ŤAŽKÝM MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM	50
6.5.2. STRUČNÝ POPIS DETÍ/ŠTUDENTOV SO STREDNE ŤAŽKÝM MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM	51
6.5.3. STRUČNÝ POPIS DETÍ/ŠTUDENTOV S LAHKÝM MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM	53
7. METODOLÓGIA VÝSKUMU	55
8. VÝSKUMNÝ PROJEKT - PREDMET A CIELE	62

8.1. KAZUISTIKA	62
8.2. PREDSTAVENIE ČLENOV TERAPEUTICKEJ SKUPINY	63
8.3. VSTUPNÁ A VÝSTUPNÁ DIAGNOSTIKA	66
8.3.1. PREDBEŽNÉ VYŠETRENIE TELESNÝCH A POHYBOVÝCH FUNKCIÍ	68
8.4. ČASOVÝ HARMONOGRAM TERAPIE A TECHNIKY	70
8.5. TERAPEUTICKÁ INTERVENCIA	70
9. VÝSLEDKY	97
10. ZHRNUTIE VÝSLEDKOV	116
ODBORNÁ LITERATÚRA	119
ZOZNAM PRÍLOH:	127

ÚVOD

“Tanec je najvznešenejším, najdojímavejším a najkrajším umením, pretože nie je obyčajným prekladom a abstrakciou života, ale je samotným životom .”

Martha Graham

Už v detstve bol pohyb a umenie stálou súčasťou môjho života.

Pohyb bol prítomný prirodzenými spôsobmi, často sme chodili na prechádzky, na túry, bicyklovali sme sa, plávali, liezli po stromoch a záhradkárčili. Každý deň sme sa s ostatnými deťmi hrali na dvore, zdokonaľovali sme si motoriku a objavovali svet okolo nás. Ako som vyrastala, umenie sa stávalo čoraz viac súčasťou môjho každodenného života. Vďaka vášni pre hudbu od mojich rodičov, bolo aj pre nás deti prirodzené, že hudba je aktívnou súčasťou nášho života. Odsledovať a naučiť sa niektoré pohyby, vytvárať tanečné choreografie alebo skúšať akrobatické prvky bolo naším častým koníčkom. Spev mojej mamy ma od malička upokojoval a neskôr som si ako členka speváckeho zboru uvedomila, že mi pomáha prehlbovať, prežívať a prejavovať emócie. Rovnako hlboko sa ma dotkli maľby, básne, poézie a iné literárne diela.

Aktívne som začala tancovať až v dospelosti. Predtým som roky pravidelne športovala a bez pohybu som si svoj život nevedela predstaviť. Tanec sa pre mňa stal prostriedkom čistej radosti, komunikácie a sebaujadenia.

Tieto skúsenosti boli smerodajné pri mojom rozhodnutí prihlásiť sa na štúdium tanečno-pohybovej terapie.

Momentálne učím na špeciálnej základnej škole, v ktorej mám to šťastie, že ma podporuje vedenie školy aj moji žiaci v úspešnom absolvovaní tanečno-terapeutického výcviku.

Pri výbere témy absolventskej práce nebolo pochyb o tom, že chcem pracovať so študentmi mojej triedy. Hľadala som tému, kde by som im mohla čo najviac pomôcť pri ich kognitívnom, fyzickom a duševnom rozvoji. Ich intelektuálna úroveň silne ovplyvňuje kvalitu procesov učenia aj pohybový vývoj, pre nich nie je také jednoduché objavovať svet, ako bolo pre mňa. Obrovské zmeny v životnom štýle ľudí, ktoré nastali od môjho detstva, ako aj ťažké rodinné a sociálne podmienky obmedzujú ešte viac prirodzené intelektuálne, emocionálne a motorické možnosti rozvoja.

Vďaka Márii Beníčkovej ma zaujala téma rozvoja pohybovej pamäte. Terapeutickú intervenciu som vypracovala tak, aby najlepšie podporila rozvoj danej oblasti. Určila som aj vedľajšie ciele výskumu, boli to: rozvoj sociability, emócií, zníženie agresivity a prejavov neželaného chovania a rozvoj prosociality. Mojm tajným cieľom bolo, aby deti zažili toľko radosti cez tanečno-pohybové terapeutické sedenia, ako som prežívala ja v detstve vďaka pohybu a umenia.

TEORETICKÁ ČASŤ

1. Tanečno - pohybová terapia (TPT)

„Tancuješ, pretože si sa narodil, aby si tancoval, rovnako ako maľuješ, pretože obrazy v tebe už existujú, iba ich uvoľňuješ; tak je to aj s tancom, hýbe sa v tebe; ak ho nepustíš, je schopný... ani neviem čoho!”

Pablo Picasso

Tanečno-pohybová terapia je samostatným umelecko-terapeutickým oborom, s vlastnou metodológiou, ktorý je podložený odbornými publikáciami. (akademiealternativa.cz)

Podľa Benička tanečno – pohybová terapia patrí do umeleckých terapií, ktoré využívajú pohyb a tanec k **integrácii osobnosti**. (Beníčková, 2017)

Tanečná terapia sa rozvinula z moderného tanca, ktorý podporoval **vyjadrenie emócií** a zážitkov. Pomocou tanca došlo k dozrievaniu osobnosti tanečníka, takto sa stali z profesionálnych tanečníkov - so zistením, že tanec nosí v sebe **možnosti ozdravného procesu** – prví taneční terapeuti. Tento rozvoj prebiehal súbežne s rozvojom psychoanalýzy. (Dosedlová, 2012)

Payne uvádza, že od šesťdesiatych rokoch začali priekopníci TPT vo Veľkej Británii a v Spojených Štátoch pracovať s izolovanými pacientmi (autisti, mentálne postihnutí ľudia, psychiatrickí pacienti atď.), a zistili, že terapeutický proces bol pre nich vo viacerých aspektoch prospešný. Začali rozlišovať ciele tanca: tanec ako umenie, alebo **tanec ako pohyb s využitím v terapii**. Sledovali hlavne spojenie medzi tancom a emóciami, a nie estetickosť pohybov. (Payne, 1990)

Tanec sa veľmi líši od iných motorických aktivít. Obsahuje komunikačné symboly, ktoré zrkadlia psychický život. Pohyb sa stane tancom vtedy, keď sa vo vnútri tancujúceho človeka udeje transformácia. Pohyby majú vedomý alebo podvedomý význam. Tanečné umenie a tanečnú terapiu rozlišuje nielen cieľ tanca, ale aj významnosť estetického predvedenia pohybu, technika, choreografia, štýl, a vzťah k rytmu a tancu. Pri využití TPT nemusí mať tanečník k tancu a rytmu predchádzajúce skúsenosti, dôležitý je ich **originálny pohyb**. Tanec sám o sebe (aj bez terapie) môže mať terapeutickú hodnotu pre tanečníka, ale pri TPT podľa Payneovej je prítomné systematické spajovanie vedomých a nevedomých skúseností. (Čížková, 2005)

1.1. Vymedzenie tanečno - pohybovej terapie

Tanečno-pohybová terapia je definovaná Európskou asociáciou Tanečno-Pohybovej terapie (EADMT). Podľa EADMT tanečno-pohybová terapia využíva pohyb terapeutickým spôsobom tak, aby podporoval **emocionálnu, kognitívnu, fyzickú, duchovnú a sociálnu integráciu osobnosti**. Prepojenie mysle, tela a emocionality berie ako skutočnosť. Základom terapie je využitie tanca a pohybu na tvorivé vyjadrenie a komunikáciu, a telesný pohyb slúži ako prostriedok na hodnotenie a intervenciu. (Etický kódex EADMT 2010)

Americká Asociácia Tanečnej Terapie (ADTA) definuje tanečno-pohybovú terapiu, ako psychoterapeutické využitie pohybu pre emocionálnu, sociálnu, kognitívnu a fyzickú integráciu jedinca, pre podporu zdravia a pohody. Opiera sa o predpoklady, že pohyb je naším prvým jazykom, komunikácia pohybom sa začína v maternici a pokračuje počas celého nášho života. Pohyb, ako neverbálna komunikácia, je rovnako podstatný ako reč a obe zložky sa využívajú počas terapie. Môže byť funkčný, komunikatívny, expresívny, dokáže podporiť vývoj, môže byť nástrojom hodnotenia, aj hlavným spôsobom intervencii. (American Dance Therapy Association)

Helen Payne uvádza, že pohyb môže viesť k asociáciám skorších udalostí, a k ich opätovnému prežitiu, čím sa stanú viac zvedomenými. Vďaka tomu, že terapie sú neverbálne, účastníci sa vedia viac zahĺbiť do procesu, a znovu prežité emócie je tak možné odľahčiť vhodnými metódami. Zdôrazňuje, aké silné spojenie je medzi emóciami a pohybom. Toto spojenie je prostriedkom k dosiahnutiu integrácie osobnosti. (Payne, 1999)

“Tanečně - pohybová terapie využívá taneční a pohybové umění jako terapeutický prostředek ke komplexní integraci osobnosti. Zaměřuje se na tělesné schéma, možnosti pohybu, jeho omezení a celkový projev. Cílem tanečně - pohybové terapie je umožnit člověku porozumění, projevení a přijetí sebe sama skrze tělo. Terapie umožňuje jasnější a vědomé vnímání vlastního těla a napomáhá při vnímání druhých lidí.” (Beníček in Beníčková, 2017, str. 36)

1.2. Vznik a vývoj TPT

Históriu tanca a pohybovej terapie zhrniem podľa článku Emily Sextonovej a podľa Dr. Márta Merényiovej, aj z iných literárnych zdrojov.

Dôležité udalosti v histórii tanečnej a pohybovej terapie:

Vývoj moderného tanca: Moderný tanec, ktorý sa objavil na začiatku dvadsiateho storočia, pomohol zrodu tanečnej terapie. Na rozdiel od prísnych a formálnych požiadaviek baletu sa v modernom tanci objavili ľudské emócie, boje a strachy, ale aj slobodné, spontánne a tvorivé sebavyjadrenie. Pri vystúpeniach sa zmenil a emocionálne nasýtil aj vzťah medzi tanečníkmi a divákmi. Prví taneční terapeuti boli pôvodne tanečníkmi moderného tanca. (Levy 1992, podľa článku Dr. Merényiovej)

Carl Gustav Jung (1916) - Myšlienku tanca pre psychoterapeutické využitie prvýkrát zaznamenal Carl Gustav Jung, ale jeho poznámky zostali nepublikované až do roku 1957. (Sexton). Jung vytvoril teóriu o fungovaní psychiky, a navrhol terapeutickú intervenciu prostredníctvom umenia s názvom „Active Imagination”. Pomocou tejto techniky vytvoril didaktické cvičenia tzv. epistemologické mosty, ktoré umožňujú priblížiť sa dvom základným elementom, k pohybu a tancu. Tanec ako terapeutický zdroj utvrdzuje náš telesne-motorický stav, to znamená že pohybové skúsenosti napomáhajú k posilňovaniu zdravého sebauvedomenia a rozvoja pohybovej schémy. Takýmto spôsobom sa prostredníctvom pohybu dajú nevedomé skúsenosti integrovať s vedomými, čo napomáha pri liečbe psychických a telesných procesov. (Marisa Helena Silva Farah, 2016)

Isadora Duncan (1878 – 1927): Americká tanečnica, bola priekopníčkou súčasného tanca. Pomocou svojej inovatívnej techniky zdôrazňovala prirodzený pohyb oproti strnulosti tradičného baletu. Inšpirovala sa gréckym divadlom, vrátila sa k jeho nástrojom, formám a pocitom, a vytvorila nový „slovník” pohybov. Jej osobnosť silno vplývala na rozvoj moderných škôl TPT. (Levy, 1992, Wikipedia)

Rudolf Laban (1879 – 1958): Je považovaný za zakladateľa expresionistického tanca a priekopníka moderného tanca. Bol tanečníkom, choreografom a tanečným teoretikom. Jeho veľkou inováciou bolo dokumentovanie ľudského pohybu, tzv. Labanova analýza pohybu, vypracoval systém zápisu pohybu, Labanotation. (Vlastné poznámky u Akadémie Alternatíva, Wikipedia) Jeho

filozofia bola založená na viere, že myseľ a telo sú neoddeliteľne spojené. Ľudská myseľ je súčasťou prirodzeného sveta a prispôsobuje sa prírodným zákonom. Podľa neho je podstatné pestovať spojenie medzi telom a myseľou. (Newloveova a Dalby, 2016)

Irgmard Bartenieff študovala u Rudolfa Labana v Nemecku, po príchode do Spojených Štátov pracovala ako fyzioterapeutka. Vyvinula systém „corrective body movement”, založený na princípoch kineziologického fungovania ľudského tela, do ktorého zakomponovala Labanovu analýzu pohybu i fyzioterapeutické princípy. (Vlastné poznámky u Akadémie Alternatíva, Wikipedia)

Marian Chace (1896 – 1970): Známa ako jedna zo zakladateľiek moderného tanca a tanečnej terapie. Svoju kariéru začala v známej tanečnej škole Denishawn, ovplyvnila ju interpersonálna teória osobnosti od Sullivana. Základom tejto teórie bolo, že osobnosť človeka a zmysel pre seba samého (sense of self) sa rozvíja cez interakcie s prostredím, a ako človek tieto interakcie vníma. Marian Chace vytvorila koncepciu a praktické základy pre skupinovú terapiu. Vypracovala techniku kinestetickej empatie – je to technika reflexie medzi terapeutom a pacientom. V roku 1947 sa Marian Chace stala prvým tanečným terapeutom na plný úväzok. (Levy, 1992, Sexton, Merényi)

Trudi Schoop (1904 – 1999): Švajčiarska tanečnica, po II. Svetovej vojne začala pracovať v Kalifornii v zariadeniach pre schizofrenických pacientov. Vyvinula techniku s názvom „body-ego”, tzv. telo-ego, aby pomohla pacientom dostať ich z izolácie, reagovala tak na potrebu ľudského kontaktu. Bola priekopníčkou kombinácie komédie a tanečnej terapie, je jedna zo zakladateľiek TPT podľa C.G. Junga. (Sexton, Wikipedia)

Mary Starks Whitehouse (1911-1979): Študovala u Mary Wigmanovej, vo svojej práci rozvíjala prístup, ktorý bol založený na aktívnej imaginácii podľa Junga. Jej metóda je nazvaná „autentickým pohybom”, ktorá vyžaduje hlboké vnútorné načúvanie, vedúce k spontánnemu pohybu. (Chodorow, 2006) Verila, že sa v terapii vieme dostať k hlbším vrstvám pohybu, do hĺbky bez jeho vedomého uvedomovania si: „Movement in depth”. Považovala za podstatné, aby terapeut veril svojej intuícii, a aby pomáhal svojim pacientom túto schopnosť rozvíjať. (podľa článku Dr. Merényiovej)

Franziska Boas (1902 – 1988): Pracovala ako tanečnica, terapeutka, učiteľka, etnologička, bola priekopníčkou tanca aj terapie. Pracovala v psychiatrickej nemocnici v New Yorku. Vo svojej práci využívala Schilderovu koncepciu „body image”, podľa ktorej je telesný obraz obrazom tela v

mysli vytvorený zmyslami. Pri práci s psychiatricky chorými deťmi si všimla, že obraz tela je skreslený, využívala preto predstavivosť, aby to zmenila. V práci spájala psychoanalytické koncepty a skúsenosti s tancom. Štúdium tanca spojila s etnológiou; čím prelomila rasové bariéry, ktoré stáli v ceste takmer všetkým Afroameričanom, ktorí sa chceli venovať tanečnej kariére. (Dr.Merényi, a podľa Franziska Boas Collection)

V roku **1966** bola založená **Americká asociácia tanečnej terapie. ADTA**, ktorá obhajuje na národnej a medzinárodnej úrovni rozvoj a rozšírenie tanečných terapeutických školení a služieb. Prvým prezidentom ADTA bol Marian Chace. (podľa článku od E. Sexton)

V Európe sa stalo centrom pohybového rozvoja **Laban Centre for Movement and Dance**, ktoré bolo založené v roku 1942 v Manchestri.

Europská Asociácia Tanečno-Pohybovej Terapie (EADMT) zastupuje profesionálne asociácie TPT, vykonáva významnú prácu v oblasti rozvoja praxe, s cieľom skvalitnenia TPT v Európe, i na právnom uznaní profesie. Prvú Európsku konferenciu organizovali v roku 1994, odvtedy vytvorili paritu v oblastiach etiky praxe, profesionálnych štandardov a školiacich programov v Európe. (podľa oficiálnej stránky EADMT)

MAUT - Mezinárodní asociace uměleckých terapií – vznikla v roku 2007 v ČR, pre združenie odborníkov, študentov a záujemcov umeleckých terapií, pre podporu komunikácie medzi odborníkmi na medzinárodnom poli. Okrem toho zaisťuje výskumy, publikačné práce, lektorovanie, organizuje odborné prednášky. Pracuje na skvalitnení terapeutických služieb a na ukotvení umeleckých terapií v legislatíve. (maut.cz)

1.3. Ciele, indikácie a kontraindikácie TPT

Obecné ciele v umeleckých terapiách Beníček jasne popisuje: v prvom rade vytvorenie **bezpečia a dôvery** v terapeutickom vzťahu, rozvoj **kreativity** a tvorivosti, a takisto rozvoj **komunikácie**. TPT je o zapojení hlbšej terapeutickej práce s metodológiu TPT a nevyhnutnou reflexiou, inak ide len o relaxačné stretnutia v prostredí, kde sa využíva tanec a pohyb. Cieľmi umeleckých terapií sú napríklad: relaxácia a uvoľnenie, rozvoj spontaneity, rozvoj vyjadrenia emócií, pocitov aj konfliktov, rozvoj motivácie v osobnom živote, sebaskúsenosť a triedenie vlastných skúseností, ale aj experimentovanie a overovanie nových nápadov klienta. Všetky terapeutické ciele

vedú napokon k integrácii celej osobnosti, aby telo, emócie, myslenie, vôľa, verbálne a nonverbálne prejavy boli v súlade. Cesta k tomu vedie cez prácu, kde klient spoznáva svoju nevedomú a podvedomú stránku, pracuje s fantáziou so svojimi snami, uvedomuje si seba samého. Cieľom je, aby klient robil sebereflexiu, aby došlo k vyváženiu ženskej a mužskej polarít. (Beníčková, 2017)

Čížková (2005) popisuje užšie ciele TPT podľa ADTA, kde okrem **emočnej a fyzickej integrácie človeka**, vymenuje aj **uvedomenie tela a vlastných hraníc**, a jeho vzťahu k priestoru a rozširovanie pohybového repertoáru. Cieľom je, aby osoba mala realistickú predstavu o vlastnom tele, aby svoje **emócie a napätie zvládala** bezpečným spôsobom, aby vedela identifikovať a pomenovať svoje pocity a tak, aby to bolo prijateľné pre okolie.

Trudy Schoopová zdôrazňovala, že smerovanie k **funkčným pohybovým vzorcom** patrí do hlavných cieľov jej tanečno-pohybovej terapeutickej práce. Takisto vytvorenie interaktívneho **vzťahu medzi myslením, telom, predstavivosťou a realitou**, a využitie možností pohybu k najlepšej integrácii ľudskej bytosti. (Čížková, 2005)

Podľa aktuálnych výskumov sa TPT čoraz viac presadzuje, ako samostatná a osvedčená liečebná modalita v starostlivosti o zdravie človeka, avšak **systematické vedomosti o indikáciách a kontraindikáciách nám stále chýbajú**. Článok, ktorý sa podrobne zaoberá touto tematikou bol napísaný autorkou Sabine C. Koch (2020). Vo svojej štúdií vytvorila dotazník smerovaný na tanečno-pohybových terapeutov so špecifickou klientelou. Vo výskume sa zúčastnilo 54 terapeutov z desiatich štátov, a poskytli svoje vedomosti „čo áno a čo nerobiť“ s danou populáciou klientov, s ktorými pracovali. Indikácie a kontraindikácie počas výskumu boli zoskupené do **22 klinických podkategórií** ako: psychiatria, psychosomatika, neurológia, traumatológia, poruchy príjmu potravy, bolesť, onkológia, a liečba špecifických skupín ako napr. deti, mladiství, rodiny, tehotné ženy alebo väzni atď. V článku sú v tabuľke vyznačené (príloha č. 1.) pre jednotlivé klinické podkategórie odporúčané techniky, následne autorka zhrnie aj najbezpečnejšie techniky pre dané oblasti. Pri analýze indikácií napriek rozlišnosti porúch boli malé rozdiely v odporúčaných metódach TPT. **Najčastejšou indikáciou** bola Chace-ova metóda (24x), potom nasledovali tanečné techniky, ako kruhové tance (3x), zrkadlenie (7x), práca s obrazom tela (14x), následne diagnostické metódy, ako Labanova metóda (14x), Kestenberg (7x) a Sherborne (1x) a relaxačné metódy (25x). Techniky improvizácie a tvorby boli uvedené s presnou konštrukčnou špecifikáciou. Najpoužívanejšou diagnostickou metódou bola Labanova analýza pohybu. Pri **kontraindikáciách** boli najčastejšie uvedené: voľná improvizácia (2x) a autentický pohyb (36x), a to pri závažnejších poruchách duševného zdravia, ako psychóza, demencia a autizmus (príloha č. 2). Zaujímavé je, že tie isté techniky boli indikované pri neuróze, poruchách osobnosti, pri traumách, v tehotenstve a aj pri autizme. Protichodné údaje pri autizme sa dajú odôvodniť tým, že autizmus sa pohybuje na širokom spektre, a iné môže byť

indikované u človeka s Aspergerovým syndrómom ako u človeka s nízkofunkčným autizmom. Autentický pohyb vyžaduje prácu s pohybom so zatvorenými očami a so sústredením sa na vlastné vnútorné impulzy. Takáto práca môže byť pre určitých pacientov ťažká a desivá, a môže vyvolať pocit neistoty. Voľná improvizácia tiež môže vyvolať pocit preťaženia. Pri zavedení týchto metód je potrebná dostatočná predpríprava, postupné a štruktúrované zavedenie, a samozrejme poriadne zváženie toho, či tieto metódy sú vhodné pre daného klienta. Autorka článku uvádza tabuľku, kde podľa použitých techník sú uvedené cieľové skupiny, a je určená indikácia a kontraindikácia pre nich. (príloha č. 3.) Koch udáva aj jasné odporúčania pre prácu s určitými diagnózami, článok môže slúžiť ako dobrý základ pre prácu terapeutov, a je vhodným základom pre ďalšie výskumy v danej tematike. (Koch, 2020)

Indikácie a kontraindikácie popisuje vo svojej knihe aj Dosedlová (2012). Podľa autorky vieme TPT prispôbiť potrebám klienta, preto **má široké pole uplatnenia**, môže byť vhodná klientom ktorí sa vedia hýbať, i klientom, ktorí majú veľmi obmedzený pohyb, alebo sú pripútaní na lôžko. Autorka indikácie a kontraindikácie spracovala podľa dokumentu ADTA (1996). Indikácie rozdelila do piatich veľkých skupín nasledovne: rehabilitácia, detí a dospievajúca mládež, starnúca populácia, pacienti s Alzheimerovou chorobou, a na iné duševné choroby. Pri **rehabilitácii** je najčastejším cieľom terapie zmiernenie fyzického obmedzenia, rozvoj kognitívnych funkcií, zmiernenie psychickej traumy, odreagovanie negatívnych emócií, zvládanie stresu, získavanie pocitu sebaistoty, sebaúcty, seba prijatia atď. Pri indikáciách TPT pri **deťoch a mládeži** autorka zmiňuje deti s poruchami, postihnutím, alebo nachádzajúce sa v problematických fyzických a psychických obdobiach. U nich sa môžeme sústrediť na vytváranie bezpečia, rozvoj komunikácie, rozvoj percepcie, rovnováhy a koordinácie, vnímanie reality okolo človeka. U detí v problematických obdobiach môže TPT slúžiť na stabilizáciu tela, na rozvoj zdravého sebavedomia, poskytuje priestor pre hľadanie identity a pre identifikáciu konfliktov a ich riešení. **Ľudia trpiaci Alzheimerovou chorobou** často prežívajú frustráciu kvôli chorobe, preto je cieľom vytvoriť bezpečné, podporujúce, nehodnotiace prostredie, kde počas terapie rozvíjame kognitívne, perцепčné a orientačné funkcie, dávame priestor na vyjadrenie emócií. Pri **starnúcej populácii** je cieľom zlepšiť motorické funkcie, poskytnúť nové možnosti na socializáciu, a prežiť príjemné pocity v súčasnosti. Rozvoj TPT má silné korene v práci s **ľuďmi trpiacimi duševnou chorobou**, pri práci je častým cieľom pozitívne vplývať na osobnosť klienta prostredníctvom pohybu, na vnímanie vlastného tela alebo na komunikáciu emócií cez pohyb. (Dosedlová, 2012)

Medzi **kontraindikáciami** Dosedlová uvádza **akútne krízy, a ťažké formy depresie**. Terapeut má určiť jasné hranice pre prípad manifestácie **agresie**, počas terapie musí garantovať bezpečie každého. Počas TPT je správnou myšlienkou ponúknuť účinné odreagovanie emócií, ktoré by viedli k agresii alebo autoagresii. (Dosedlová, 2012)

1.4. Príprava terapie a terapeutický proces

U každého klienta sa musíme pripraviť na terapeutický proces. Terapia je komplexnou náležitosťou, ktorá vyžaduje riadnu predprípravu v nasledujúcich bodoch:

- **Zoznámenie sa s prípadom** sa koná pred stretnutím s klientom. Cieľom je dozvedieť sa o klientovi čo najviac informácií vopred, zahŕňa anamnézu, správy od lekárov a predošlých odborníkov. Pri anamnéze zistíme všetko o budúcom klientovi, o jeho osobnom živote, o rodinnom zázemí, o sociálnych alebo pracovných vzťahoch, o chorobách, liekoch.
- Pri **úvode do spolupráce** si treba ujasniť, aké ciele stanovíme pri terapii, aká bude finančná odmena za terapiu. Pri vytvorení kontraktu sa dohodneme na podmienkach a pravidlách, terapie, vymedzíme hranice, body našej dohody upravujeme podľa klienta.
- Pri **príprave aktivít** terapeut dopredu nachystá najvhodnejšie cvičenia k dosiahnutiu cieľov terapie, zvažuje aké techniky, metódy bude používať u daného klienta so zohľadnením osobnosti, problematiky a prípadných kontraindikácií.
- **Príprava priestoru** po technickej i materiálnej stránke je základom terapie. Samostatná terapeutická miestnosť a vytvorený komfort môže ovplyvniť priebeh celej terapie, pocit bezpečia u klienta alebo citové rozpoloženie. Priestor by mal byť dostatočne veľký, vetrateľný a svetlý, so svetlými stenami, izbovou teplotou, dobrou akustikou v pokojnom okolí, bez rušivých elementov. Má byť dostatočne zariadený hygienickými miestnosťami, čistý, obklopený príjemnými materiálmi a pomôckami, a vhodným technickým zázemím pre hudbu.
- **Príprava hudby**: terapeut si musí uvedomiť, ako hudba vplýva na daného klienta, alebo na skupinu. Podľa cieľov terapeutického cvičenia určíme hudbu, s hudbou môžeme aktivovať, ukludňovať, harmonizovať, vplývať na emócie. Pri nevhodnom výbere hudby môžu nastať stavy eufórie, tranzu, čo nikdy nie je cieľom TPT.
- **Konzultácie** (aj spolupráca) s rodinou, s predošlými terapeutmi alebo ďalšími odborníkmi je väčšinou nevyhnutné pri terapeutickom procese.
- **Vstupná, priebežná a výstupná diagnostika** slúži k objektívnemu prehodnoteniu pokroku klienta pri dosahovaní cieľov, **záznamy zo sedení, poznámky** terapeuta slúžia k pochopeniu reakcií, správania a podrobnejšiemu sledovaniu vývojového procesu. (Akademie Alternatíva, podľa prednášky Tomáša Benička, 12.03.2022)

Stanovenie terapeutických cieľov prebieha v súlade s klientom. Častokrát klient prichádza s jasnou požiadavkou, kam sa chce dostať prostredníctvom terapie. Niektorí klienti ale nevedia jasne definovať svoj problém, buď ho nie sú schopní pomenovať, alebo neprichádzajú s reálnym cieľom. Ciele sa počas terapie môžu meniť. (poznámky z Akademie Alternatíva, Beniček, 2022)

Pri stanovení cieľa terapeut presne určuje **kam sa chce dostať** s klientom, ako bude dosahovať svoju víziu a určuje **presné a splniteľné ciele** v časovom horizonte. Potrebuje k tomu presne zadefinovať s čím bude pracovať, prečo daný problém vznikol, ako sa prejavuje (symptómy). Špecifikuje konkrétnu oblasť, zohľadňuje medziodborové súvislosti, literárne zdroje týkajúce sa problematiky a **navrhuje postup na riešenie**. (Sopková, 2019, podľa prednášky Evy Hegerovej)
Ciele podľa časového horizontu môžu byť **krátkodobé** (na mesiac až 1 rok), **strednodobé** (1-5 rokov) alebo **dlhodobé** (5-10 ročné obdobie), so stanovením konečného termínu TPT. (poznámky z Akadémie Alternatíva, Beníček, 2022)

Štruktúru terapeutických stretnutí obecné vieme stanoviť nasledovne (podľa poznámok z Akadémie Alternatíva, Beníček, 2022, podľa Beníčka v knihe Beníčková, 2017):

Počiatočná reflexia, kde zisťujeme aktuálny stav / zmeny klienta v BIO – PSYCHO – SOCIO - SPIRITUÁLNYCH oblastiach. Terapeut podľa možností vkladie otvorené otázky podľa toho, aké informácie chce získať. Pri reflexii využíva prvky **riadeného alebo voľného rozhovoru**.

Rozohriatie slúži k naladeniu, aktivácii alebo uvoľneniu klienta.

Vlastnú prácu s terapeutickou témou terapeut určuje cielene podľa potreby klienta. Táto časť a nasledujúca reflexia je vrcholom terapeutického stretnutia. Tanečno-terapeutický proces v tejto fáze často využíva terapiu bez slov, kde sa klient ponorí hlboko do procesu, v ktorom dominuje vnútorné prežívanie. (Payne, 1999)

V riadenom rozhovore môžu byť predchádzajúce zážitky a telesné prežitky prevedené do slov, je tu priestor pre otváranie hlavných tém klienta. (Beníčková, 2017, Payne, 1999)

Relaxačné cvičenia slúžia k ukludneniu alebo relaxácii klienta pred odchodom.

Uzatvorenie terapie, záverečná reflexia môže byť podľa stavu klienta, uzavretie s reflektovaním aktuálneho stavu, alebo objasnenie, s čím klient odchádza, ale môže byť aj dlhšia a hlboká. Môže slúžiť tiež ako uistenie terapeuta, že klienta necháva v bezpečnom stave odísť domov, teda ako záverečná kontrola. (Beníčková, 2017)

1.5. Vybrané TPT formy a techniky

Skupinová tanečno-pohybová terapia s deťmi:

Počas svojej výskumnej práce prebiehali tanečno-pohybové terapie v skupinovej forme, túto formu terapie by som charakterizovala nasledovne:

S prihliadnutím na ciele môže práca v skupine prebiehať vo voľnejšej alebo štruktúrovanejšej forme, kľúčové je osobné prepojenie. Skupinová forma terapie zvyčajne poskytuje dostatok času na dosiahnutie cieľov na rôznych úrovniach, jej témy sú prispôsobené osobitnostiam jednotlivca a skupiny, ich fyzickým, psychickým, sociálnym a vekovým potrebám a dynamike, ktorá sa v skupine odohráva.

Keďže som svoju absolventskú prácu robila s deťmi, samotné sedenia boli **štruktúrovanejšie** a hravejšie. Všeobecným cieľom tanečných terapií s deťmi je rozvíjať u nich **pohyb a vnímanie tela**, ľahšie **porozumieť a vyjadriť** svoje **emócie** a vedieť ovládať svoj temperament. Ďalej, aby ľahšie spracovávali udalosti, ktoré sa im prihodila, stali sa **chápavejší k vonkajšiemu svetu a samým sebe**, úspešne sa **začleniť do komunity** a posilniť ich **dôveru a spoluprácu** medzi členmi skupiny. Rozsah ich pohybových vzorcov by sa mal rozšíriť, aby podporoval rozvoj kognitívnych funkcií, i **sebadôvery** a znižovať ich vnútornú úzkosť. Aby efektívne využívali svoj pohyb na rozvoj **sebavyjadrenia a kreativity** a uplatnili ich vo verbálnej i neverbálnej **komunikácii**. Sedenia okrem spomínaných cieľov a účinkov poskytnú deťom skvelý zážitok v bezpečnom, uvoľnenom prostredí, s možnosťou **zažiť slobodu, experimentovanie**, naladenia sa na seba a na ostatných. (podľa mozgasterapia.net) Terapeut počas terapie podporuje **autenticitu** klienta, vytvára bezpečné prostredie pre prežívanie a voľné zdieľanie, aktívne počúva, povzbudzuje klienta k zdieľaniu. Terapie začínajú a končia vždy v **kruhu**, napomáha to vytváraniu hraníc, bezpečného prostredia, a k udržaniu pozornosti. Dôležitou časťou terapie sú **reflexie**, so vzájomnou spätnou väzbou, bez posudzovania, ktoré pomáhajú spracovávať skupinové témy, ktoré sa počas terapie môžu priebežne vytvárať. (Čížková, 2005)

Vybrané techniky počas terapie:

Labanova analýza pohybu:

Tanečná terapia využila a ďalej rozvinula Labanovu analýzu pohybu. Laban je známy ako filozof, matematik, vedec, teoretik, umelec, architekt, choreograf a tanečný designer, ktorý pôsobil začiatkom dvadsiateho storočia. Pracoval vo Švajčiarsku, Nemecku, následne kvôli nacistickému vedeniu sa presťahoval do Anglicka. (Newloweova a Dalby, 2016) Vypracoval jasne definovaný systém na zaznamenávanie, pozorovanie a analýzu ľudského pohybu, tzv. Labanovu kinetografiu alebo Labanovu notáciu. (Dosedlová, 2012) Pracoval s profesionálnymi aj amatérskymi tanečníkmi, bol presvedčený, že každý by mal tancovať. Hľadal cesty k oslobodeniu tanca od obmedzenia hudby. Veril v prepojenie ľudského tela s myslou. Jeho najväčším úspechom bol dôkaz, že každý dokáže nájsť potešenie v pohybe. (Newloweova a Dalby, 2016)

Jeho systém dokáže popísať, ako človek zachádza so svojim **telom, silou, váhou a energiou v čase a priestore**. Podľa jeho systému vieme analyzovať ľudský pohyb, ktorý interpretujeme ako celok. (Čížková, 2005)

Základnými piliermi jeho teórie sú (Newloweova a Dalby, 2016, poznámky z Akadémie Alternatíva, 2022):

- **Telo** – popisuje štruktúru a charakteristiku tela počas pohybu, popisuje ktoré časti tela sú v pohybe, nezávislosť / prepojenosť pohybu, prenášanie pohybu z jednej časti tela do druhej.
- **Tvar** – popisuje „tok tvaru“ - prečo a ako mení telo tvar v pohybe, aká je interakcia medzi prostredím a telom.
- **Priestor** - vysvetľuje spôsob, akým telo vyplňa priestor okolo seba. Pojem zahŕňa **kinesféru**, čiže osobný priestor okolo človeka, vo všetkých smeroch, kam dosiahne. Kinesféra sa s nami pohybuje, otáča sa, a má 3 základné roviny: **vertikálnu, horizontálnu a sagitálnu rovinu**. Zahŕňa aj pojem priestorového zámeru, spôsoby, ktorými človek / hýbateľ, používa rôzne smery.
- **Úsilie** - Laban pomenoval osem rôznych spôsobov, ktorými vytvárame dynamiku pohybového správania. Úsilia sú rozdelené do pohybových faktorov priestoru, času, váhy a plynutia, tieto faktory zrkadľujú motiváciu pohybu. Ďalej rozvinul dva prvky pre každé úsilie, aby opísal ich kvalitu: **priestor**, alebo smer je buď **priamy alebo nepriamy**; **čas** alebo rýchlosť je **zadržaný alebo náhly**; **váha** je buď **ťažká alebo ľahká**; a **plynutie** je buď **voľné alebo kontrolované**. Úsilia môžu byť nasledujúce:
 1. Tlačenie
 2. Oprašovanie
 3. Krútenie
 4. Ťukanie
 5. Švihanie
 6. Priame kĺzanie
 7. Udretie
 8. Vznášanie sa

Bartenieff fundamentals:

Irgmard Bartenieff bola študentkou Rudolfa Labana, bola tanečnicou, tanečnou lektorkou, tanečnou terapeutkou a fyzioterapeutkou. Vo svojej práci vychádzala z Labanovho výskumu a z materiálov, ktoré naďalej rozvíjala a obohatila o vývojové aspekty ontogeneze, tzv. **Bartenieff Fundamentals**. Cvičenia boli pôvodne napísané v Bartenieffovej knihe, Body Movement: Coping

with the Environment. Bartenieff tieto cvičenia vypracovala pre fyzioterapeutickú prácu detí s DMO, ale neskôr rozvinula a prispôsobila pre rôzne populácie. (en.wikipedia.org)

Základné pohybové vzorce sa vyvíjajú postupne po narodení dieťaťa, postupne sa integrujú a v dospelosti fungujú ako vzorce slúžiace na celkové prepojenie tela.

Vývojové fázy, ktoré sú súčasťou Bartenieff Fundamentals, (ktoré som používala pri výskume):

1. Dych
2. Prepojenie centra a periférií
3. Prepojenie hlavy a kostrče
4. Prepojenie hornej a dolnej časti tela
5. Prepojenie pravej a ľavej polovice tela
6. Diagonálne prepojenie tela

Podľa Bartenieffovej existujú 4 oblasti vedenia tela. Prvým sú **horné a dolné centrá** tela, ktoré vedú pohyby ako levitácia a gravitácia. Druhou oblasťou sú **konce tela**, ako hlava, ruka, nohy. Treťou oblasťou sú **klby**, ako lakty a kolena, a štvrtou sú **ramená**. (poznámky z Akadémie Alternatíva, 2022)

Psychomotorika:

Korene psychomotoriky nájdeme na začiatku dvadsiateho storočia, kedy vznikla zážitková technika - ako liečebná metóda - pre mentálne postihnutých ľudí. Názov „psychomotorika“ pochádza od psychológa Wilhelma Griesingera, a je založená na celostnom pohľade na človeka. Princípom tejto metódy je, že na pohybovú aktivitu vznikne fyzická a psychická odozva. (poznámky z Akadémie Alternatíva, 2019)

Podľa Blahutkovej (2006) takáto pohybová aktivita chce doceliť **prežívanie pohybu**, a cez zážitkové aktivity dôjde k **spoznávaniu vlastného tela i okolia**. Pri pohybových aktivitách sa využívajú jednoduché hry, pomôcky ku hre, kontaktné prvky, prvky muzikoterapie aj relaxačné techniky. Cieľom terapie je okrem prežitia radosti aj vytvorenie pohody v bio-psycho-socio-spirituálnych oblastiach.

Prostredníctvom psychomotoriky pomáhame klientovi rozvíjať jeho osobnosť, podporovať zdravie tela, socializáciu, podporujeme zdokonaľovanie v správaní, vzťahoch a komunikácií, pomáhame pracovať s emóciami a so stresovou záťažou.

V psychomotorických hrách sa využívajú pomôcky tradičné (lopta, žinienka, koza, tyč) i netradičné (deky, padák, noviny, balóniky, psychomotorické vozíky, šľapátka, vrchnáky, atď.). (poznámky z Akadémie Alternatíva, 2019)

Trudy Schoopová, Marian Chace – Zrkadlenie:

Trudy Schoopová prišla u svojich psychotických klientov na to, že sa im vie priblížiť, ak sleduje a napodobňuje ich pohyby. Jej cieľom bolo zmeniť ich telesné sebapoňatie. Zo strnulosti a nefunkčnosti tela ich previedla cestou objavenia pohybových možností, integrovala, zjednotila ich časti tela až k jednoznačnému vyjadreniu. Jej technika zrkadlenia sa využíva dodnes v TPT.

(Payne, 1999)

Cvičenia od Zuzany Románovej:

Zuzana Románová je tanečnicou, lektorkou a diplomovanou tanečno-pohybovou terapeutkou. Do výukových blokov na Akadémii Alternatíva priniesla tanečné, pohybové, relaxačné a hravé cvičenia, ktoré pozbierala a adaptovala pre terapeutické účely. Vo svojej práci kladie dôraz na rozšírenie pohybových vzorcov, na rozvoj osobnosti, komunikácie, na prácu s emóciami, často kombinuje tanečno-pohybovú terapiu s arteterapiou. (vlastné poznámky z Akadémie Alternatíva, akademiealternativa.cz)

2. POHYB - Anatomicko-fyziologické a vývojové pozadie pohybových vzorcov

Vývoj pohybu skúmali odborníci z rôznych odborov, napríklad psychológovia, lekári, telovýchovní pedagógovia a športoví odborníci. Títo výskumníci osvetlili princípy, zákonitosti a charakteristiky pohybového vývinu z rôznych hľadísk vo svojich odboroch (Farmosi, 2011).

Čo je vývoj? Podľa akceptovanej formulácie vývoj je procesom zmeny. Je to vytváranie niečoho nového, vznik vyššej kvality, pričom kvantitatívne zmeny sa skokom menia na kvalitatívne zmeny. Vývoj v živých organizmoch nie je nič iné, ako súbor morfológických, organizačných a funkčných zmien, ku ktorým dochádza počas života. Podľa Farmosihho je vývoj biologickým procesom, ktorý má nasledujúce vlastnosti: prebieha v čase, má určitý smer, je rozdelený do kvalitatívne odlišných štádií, má svoj začiatok a koniec v čase (Farmosi, 2011).

Kde sa to celé začína? Zhrniem to podľa Dr. Victora, Dr. Kovácsa Dr. Paálovej.

Telo každej živej bytosti tvoria bunky, najjednoduchšie živé bytosti majú len jednu bunku, zložitejšie a vyspelejšie organizmy môžu pozostávať z miliárd buniek. Na základe našich biologických štúdií vieme, že všetky živé bytosti majú dvojitý pohon, je to zakódovaný systém **udržiavania individua** a **udržiavania druhov** a majú životné javy v službách tohto cieľa. Aby si zachovalo svoju existenciu, potrebuje zmeniť svoju polohu alebo umiestnenie (**pohyb**), prijímať a spracovávať látky, ktoré potrebuje z prostredia (**metabolizmus**), odstraňovať škodlivé, nevyužiteľné konečné produkty (**selekcia**). Dokáže sa sám rozmnožovať (**rozmnožovanie**), môže rásť, diferencovať sa a na konci životného cyklu je jeho smrť posledným životným javom. Podmienkou zotrvania pri živote je získavanie informácií z vlastného vnútorného a vonkajšieho prostredia, ktoré ho obklopuje, zisťovanie tých vlastností a zmien, ktoré je potrebné vnímať a spracovávať v záujme zachovania fyzickej integrity. Tento proces sa realizuje prostredníctvom životného fenoménu **dráždivosti**: organizmus prijíma podnety z vnútorného a vonkajšieho prostredia, odovzdáva informácie spracovateľskej jednotke a následne dodáva výkonnej štrukturálnej jednotke potrebnú odpoveď, aby sa mohla **adaptovať** na podnety realizované pomocou vytvorenej odozvy.

Živá bytosť sa snaží **udržiavať stálosť svojho vnútorného prostredia** pri neustále sa meniacich vonkajších a vnútorných vplyvoch, to je zložitý procesný systém **homeostázy**. Podmienkou prežitia je aj schopnosť **odolávať** vonkajším poškodzujúcim faktorom, prípadne **pretvárať prostredie** podľa vlastných potrieb. (Dr. Victor András – Dr. Kovács István – Dr. Paál Tamásné, 2016)

Rôzne **podnety z vonkajšieho sveta a vnútorného prostredia** (svetlo, zvuk, chuť, vôňa, teplo, rovnováha, detekcia pohybu, dotyk, tlak, vibrácie atď.) sú prijímané rôznymi **špecializovanými mechanizmami prijímajúcimi podnety (receptory)**, a na tento účel sú vytvorené aj zmyslové

orgány. Stimul, ktorý prekračuje prahovú hodnotu generuje elektrické impulzy, ktoré **sa prenášajú do spracovateľského centra nervového systému**. Tam sa **prípraví adekvátna odpoveď** na podnet a **doručí sa do telesného aparátu**, ktorý odpoveď skutočne **realizuje**.

Informácie z vnútorného prostredia sú síce detektované v určitých jednotkách centrálného nervového systému, no nevyžadujú si vedomú reguláciu. Tu sa na riadení operácie podieľa aj ďalší systém, **(endokrinný) systém žliaz s vnútornou sekréciou**, ktorý reguluje homeostatické procesy chemickými procesmi pomocou hormónov produkovaných rôznymi žľazami s vnútornou sekréciou, ktoré sa dostávajú priamo do krvného obehu. Vo všeobecnosti regulácia prebieha **vzájomným prepojením a aktiváciou prostredníctvom nervových a hormonálnych dráh**, preto sa regulácia nazýva neurohormonálna regulácia a systém, ktorý túto funkciu vykonáva, sa nazýva **neuroendokrinný systém**.

Vychádzajúc z vyššie uvedeného bolo preto potrebné mať aparát, ktorý vykonáva vitálne javy na príjem podnetov, ich spracovanie a prenos odpovedí, pomocou ktorých sa realizuje adaptácia a prežitie jedinca (a druhu). Z hľadiska evolúcie je **štruktúra nervového systému hierarchická**, vznikne **poradie nižšie a vyššie**. Jeho základnou štruktúrnou a funkčnou jednotkou je **neurón** a bunkami spojivového tkaniva sú **gliové bunky**. Tvoria komplexnú sieť, ktorá umožňuje prúdenie veľkého množstva informácií viacerými smermi súčasne. (Dr. Victor András – Dr. Kovács István – Dr. Paál Tamásné, 2016)

2.1. Neuroplasticita alebo kompenzačná reorganizácia

Zázrak ľudského nervového systému je výsledkom jeho genetického programu nesúceho evolučné vplyvy. Hámoriho štúdium podrobne popisuje, ako miliardy neurónov a ich mnohé spojenia tvoria funkčné jednotky nielen založené na genetickom kóde. Na základe genetických kódov cez jedinečných potrieb a spätných účinkov sa vytvárajú funkčné jednotky a koľajové systémy. Rozšírenia plazmatických výbežkov neurónov (dendrity – centripetálne prijímanie informácií) sú schopné modifikovať ich tvar a vytvárať nové synaptické spojovacie systémy, keď sa objavia nové stimuly. V prípade potreby sú toho schopné aj axóny, ktoré sú prednášajúcimi výbežkami neurónov (centrifugálne vedú informáciu od tela neurónu). Naviac! Ak je axónový terminál nervovej bunky zničený, susedný (nepoškodený) axón môže nechať narásť bočné rozšírenie a môže prevziať miesto a úlohu slepej uličky, čím kompenzuje stratenú funkciu. (Hámori, 2005)

Lajos Farkas vo svojej súhrnnej štúdií opisuje určité fetálne a infantilné obdobia, počas ktorých dochádza k reštrukturalizácii nervového systému, pričom je zreteľne pozorovaná vysoká miera

variability aj v rámci jednotlivcov, i v porovnaní medzi jednotlivcami, v procesoch neurologického a behaviorálneho dozrievania. Otázka plasticity naberá význam pri možnom zranení organickej alebo inej poruchy mozgu, kde reorganizácia je zameraná na odstránenie nedostatkov. Pri lézii, ktorá sa vyskytla v mladšom veku, Müller a jeho kolegovia (1997) PET technikou zaznamenali väčšiu aktivitu v daných kortikálnych oblastiach, kde lézia vznikla. Okolité kortikálne oblasti na tej istej strane, ako poranenie, vykazovali intenzívnejšiu tendenciu podieľať sa na reorganizácii ako ostatné skúmané kortikálne oblasti, najmä v prípade skorej lézie. Dokázali aj to, že stupeň plasticity s vekom klesá, a v kontralaterálnej homológnej kortikálnej oblasti nenamerali väčšiu aktivitu. (Farkas, 2001)

Tento proces možno preto nazvať aj **kompENZAČNOU REORGANIZÁCIU**, ktorá vytvára **MOŽNOSŤ OPÄTOVNÉHO VZNIKU POŠKODENÝCH FUNKCIÍ REŠTRUKTURALIZÁCIU POŠKODENÝCH SPOJENÍ**, nervových dráh a dráhových systémov. Je tu možnosť napr. v prípade ochrnutia v dôsledku cievnej mozgovej príhody sa znovu naučiť pohyby špeciálnym precvičovaním stratených funkcií. Ji Sayer však opisuje, že choroba alebo zranenie nie sú nevyhnutne potrebné na reštrukturalizáciu vzťahových systémov. **Učenie, rozvíjanie a precvičovanie nových zručností** tiež vytvára presne tento proces. Keďže sú toho schopné aj neuróny v mozgovej kôre, táto schopnosť transformácie a zmeny je základom neustáleho učenia a prispôsobovania sa **počas celého nášho života** a v konečnom dôsledku zachovania našej ľudskej kvality a inteligencie po celý život, pretože aj vo vyššom veku je takýto zistiteľný jav v mozgovej kôre. Takže za normálnych, zdravých podmienok je plasticita nervového systému funkcia, ktorá je prítomná počas celého nášho života! Z hľadiska zachovania zdravého fungovania mozgu je najefektívnejšie žiť našu ľudskú prirodzenosť ako neustále sa vzdelávajúci, tvorivý a kreatívny človek. (Hámori, 2005)

2.2. Systémy, ktoré zabezpečujú mobilitu

Reakcia živých bytostí na podnet sa najčastejšie prejavuje pohybom. Pasívnym pohybovým orgánom u stavovcov je pevná kostra, zatiaľ čo aktívnym pohybovým orgánom sú kostrové svaly (prične pruhované svaly). Aktívnym pohybom môže byť pohyb meniaci polohu, na ktorý telo získava potrebnú energiu z vlastných energetických zmien. Prične pruhované svaly sa vyznačujú rýchlym a veľkým vynaložením sily a únavou pod vplyvom vonkajšieho podnetu. Jeho indukcia je dobrovoľná. Pohyb je založený na svalovom tonuse a koordinovanom fungovaní rôznych svalov. Svaly nepracujú jednotlivo, ale v skupinách, v reťazci pohybov.

- V otvorenom kinetickom reťazci je posledný kĺb pohyblivej končatiny voľný a nepôsobí naň vonkajšia sila.

- V uzavretom kinetickom reťazci posledný kĺb vykonávajúci pohyb narazí na odpor (napr. Chôdza). (Weiss, 1977)

Rozdelenie nervovej sústavy (podľa Donátha)

Z anatomického hľadiska

1. Centrálny nervový systém

Štrukturálne sú mozog a miecha centrálné umiestnené. Sú chránené v uzavretej lebečnej dutine a vo vnútri chrbtice tvorenej stavcami.

2. Periférny nervový systém

12 párov hlavových nervov opúšťajúcich mozog a 31 párov miechových nervov opúšťajúcich miechu tvoria okolitú /periférnu/ časť nervového systému.

Z funkčného hľadiska

1. Somatický nervový systém

Vníma podnety prichádzajúce z vonkajšieho sveta zmyslami a reaguje na podnet dobrovoľnou pomocou kostrového svalstva, takže riadi činnosť sústavy pohybových orgánov a sústavy zmyslových orgánov.

2. Vegetatívny nervový systém

Operuje viscerálne orgány (tráviaci, dýchací, vylučovací-obehový, pohlavné orgány), žľazy epitelového tkaniva a má spojenie s endokrinným systémom. (Donáth, 2005)

Stručne zhrniem štrukturálne prvky patriace k riadiacemu nervovému systému, ktorý zabezpečuje schopnosť pohybu a ich hlavné úlohy, na základe Weissovej učebnice Neurológia.

1. **Primárnym centrom dobrovoľného pohybu** v mozgovej kôre je **predný centrálny gyrus** (gyrus centralis anterior) umiestnený v zadnej časti predného laloku. Pred ním sú **sekundárne motorické systémy** (premotorické pole a doplnkové motorické pole). Hnacia (zostupná) nervová dráha pochádzajúca z týchto systémov sa nazýva **pyramídová dráha**. Jeho vlákna prechádzajú vnútram mozgu (capsula interna), potom sa križujú na hranici drene a miechy, takže pravá hemisféra

riadi pohyby ľavej strany tela a ľavá hemisféra pravej strany tela. Dráhy pokračujú vo zväzkoch v bielej hmote miechy a spájajú sa s každým motorickým neurónom predného rohu miechy vetvou, z ktorej vybiehajúce vlákna segment po segmente dosahujú priečne pruhovaný sval, ktorý má byť inervovaný .

2. Sú však centrá nižšej úrovne, kde **sa pohyb doladuje a prebieha automatické riadenie pohybu nezávislé od našej vôle**. Skupiny šedých jadier umiestnených v subkortikálnej bielej hmote, mozgovom kmeni a mozočku poskytujú ďalšiu úroveň kontroly pohybu. Dráhový systém začínajúci od jadier sa pripája k vláknam pyramídovej dráhy, prebieha paralelne s nimi, až po celý predchádzajúci systém. Toto je **systém bazálnych ganglií**, predtým známy ako systém extrapyramídových dráh. Jeho hlavnou úlohou je nastaviť svalový tonus (svalový tonus agonista-antagonista), iniciovať obranné mechanizmy, spolupohyby a expresívne pohyby (mimika, pantomíma).

3. **Mozoček** analyzuje a vyhodnocuje všetky vstupné a výstupné signály veľkého mozgu a následne **riadi a zjemňuje tonus**, zabezpečuje **schopnosť merania a koordináciu**. Tu sú centrá **rovnováhy**, ktorých receptory sa nachádzajú v systéme polkruhového oblúka umiestneného vo vnútornom uchu. Ich stimulácia sa dostane aj do predĺženej miechy, kde sa spoja s informáciami prijatými zo svalov vo vestibulárnom jadrovom systéme predĺženej miechy. Tento systém je tiež spojený s cerebelárnymi dráhami a motorickými riadiacimi dráhami veľkého mozgu. Dostáva tiež informácie o vzťahu hlavy (a tela) ku gravitácii, takže jeho dôležitou funkciou je zabezpečiť **vyrovnanie rovnováhy proti sile gravitácie** (reakcie vzpriamovania a vyrovnávania) a **vykonávanie presných pohybov orientovaných na cieľ**. Pohyby očí (kontrola zraku) a vnímanie pokožky zohrávajú rozhodujúcu úlohu pri zaujatí a udržiavaní požadovanej polohy tela, ako aj pri regulácii svalového tonusu. Tento dráhový systém sa tiež pripája k segmentom miechy a pokračuje do svalov.

4. **Okolité (periférny) nervový systém vytvára spojenie medzi centrom a telom**, 12 párov nervov spojených s mozgom a 31 párov miechových nervov spojených s miechou. Prenáša nielen motorické a vegetatívne povelý z centra do periférie, ale aj zmyslové modalítý z periférie do centra.

5. **Primárne receptory zmyslových nervov môžu vnímať:**

- tlak, dotyk, vibrácie alebo napätie (mechanoreceptory),
- zmena teploty (termoreceptory),
- bolesť alebo v prípade nižšej intenzity stimulu svrbenie (nociceptory),
- svetlo (fotoreceptory umožňujú videnie),

- chemické zmeny (chemoreceptory umožňujú vnímanie chuti a vône alebo zmeny koncentrácie rozpustených plynov (O₂, CO₂) a iných chemických látok v krvi, napr. protón = H⁺ = pH) (Weiss, 1977)

Vlastné mechanoreceptory svalov a kĺbov (proprioceptory):

- receptory kĺbového puzdra, hlásia polohu a pohyb kĺbov, čím snímajú polohu tela
- receptory svalového vretienka informujú centrálny nervový systém o stave napínania svalových vlákien. (Svalové vretienko je zväzok svalových vlákien umiestnených vedľa seba; svalové vlákno nie je nič iné ako samotná svalová bunka)
- šľachové receptory, vretienka Golgiho šľachy umiestnené v oblasti prechodu sval-šľacha, snímajú napätie svalovej šľachy a poskytujú informácie o sile svalovej kontrakcie. (Weiss, 1977)

2.3. Fylogenetický a ontogenetický vývoj lokomócie

Fylogenetická (vývojové vetvy spoločných predkov) a ontogenetická (obdobie života od oplodnenia až po smrť) vývojová schopnosť pohybu prebieha súčasne s dozrievaním spojených aparátov nervového systému. Vývoj pohybu prebieha podľa dvoch základných princípov, jedným je postup od hlavy k chodidlám a od stredu smerom von. Podľa druhého princípu dieťa najskôr získa dobrovoľnú kontrolu nad svalmi pri drieku, následne so vzdialovaním sa od driekovej oblasti, v neskoršom období získava kontrolu nad vzdialenejšími svalmi, jemná motorika prstov dozrieva najneskôr (Berényi 2014).

Postupnosť vývoja ľudského ontogenetického pohybu je zdvíhanie hlavy. Opieranie sa o obe ruky a spoločné dvíhanie hlavy, vykľučenie chrbta, homolaterálne plazenie, heterolaterálne plazenie, stoj na štyroch a chôdza, sed, kľak, stoj, držanie a chôdza samostatne. Najprv prichádzajú zmeny polohy tela, a následne zmena polohy v priestore, ktoré prebiehajú na geneticky kódovanej báze. Dôležitým prvkom sú neustále skúšanie a získavanie skúseností s pocitom pri dosahovaní žiadanej polohy. Existujú veľké individuálne rozdiely v čase, ktorý je potrebný na dosiahnutie určitých štádií pohybového vývoja v rámci zdravého obdobia dozrievania. (Berényi, Katona, 2011.)

Rozvoj senzomotorickej koordinácie: spolupohyb očí a rúk, podmienkou rozvoja manipulácie je aktívne pozeranie, fixácia zraku, ktorá nastupuje okolo 3. mesiaca a vyvíja sa súbežne s veľkými pohybmi. Táto zručnosť je základom písania a manuálnej práce. Rozvoj rečových pohybov prebieha súbežne s rozumovým a pohybovým vývinom. (Berényi 2014)

2.4. Vývoj pohybových vzorcov

Organizácia pohybových schopností odráža aj vývojové štádiá a je neoddeliteľná od vývoja štruktúr nervového systému. **Ako geneticky zakódované pohybové prvky** (reflexy, statokinetické reakcie, obranné a útočné reakcie a pod.), tak aj **vekom definované vývinové štádiá** navodené vplyvmi prostredia, si prostredníctvom motorických a nervových spojení postupne vytvárajú **vzorce**. Synaptické spojenia sa najskôr rozbehnú a potom sa praxou stabilizujú. Potenciálne vývojové tendencie sa realizujú a následne zanechajú stopu v nervovosvalovom systéme. Proces stabilizácie môže byť ovplyvnený **stimulmi prostredia**, bez ktorých funkčná stabilizácia nenastane, alebo nastane len čiastočne, a dozrievanie pohybovej a nervovej sústavy nebude optimálne. (Bagdy 1976)

Podľa odborníka v oblasti fitnessu, Paula Check pohybové vzorce využívame v každodennom živote, ani o tom nevieme. Pohybové vzorce sú zabudované v každom pohybe, aj keď rozprávame o človeku, ktorý pracuje v kancelárii a sedí celý deň, alebo ak vykonáva fyzickú aktivitu. (Durec, 2019)

Pohybový vývoj dosahuje najvyššiu úroveň po puberte, no **počas života sa môžeme opakovaným vykonávaním pohybu učiť nové formy pohybu a nové zručnosti vedomou, dobrovoľnou formou. Tento pohybový tréning je aktívna psychomotorická činnosť**, neexistujú nemenné pohybové vzorce, jeho prvky sa menia v závislosti od zmeny kvality riešenia, takto sa formuje a **zdokonaľuje senzomotorická syntéza**. (Bagdy 1976).

Pre normálny pohybový vývoj sú okrem zdravého ovládania nervovej sústavy a zdravých pohybových orgánov nevyhnutné aj optimálne fungujúce zmysly, primeraná úroveň bdelosti, dobré funkcie pozornosti a adaptívne správanie. Synaptické zmeny vznikajúce v dôsledku pohybu, sa spätne prenášajú do nervového systému a v dôsledku toho sa štruktúra mozgu stáva čoraz zložitejšou a rozvíjajú sa aj ďalšie psychologické funkcie. (Bagdy 1976)

3. ANATÓMIA PAMÄTE - Rozvoj pohybových schopností a pohybových vzorcov z pohľadu psychológie

Všeobecná psychológia skúma duševné procesy stojace za ľudským správaním. Jeho základným predpokladom je, že ľudské vnímanie (okolia, elementárnych podnetov až po rozvoj komplexného zážitkového procesu), emócie a činy možno vysvetliť fyzikálnymi javmi (nervový systém, hormonálne, fyziologické). Počas kognitívnych procesov človek vníma okolitú realitu a získava o nej poznatky, ukladá a spracováva získané informácie. (Atkinson, 2005)

Vnímanie (sensation): Prvým prvkom tohto procesu je vnímanie, čo je príjem podnetov nad prahom podnetu zo špeciálnych receptorov kože z vonkajšieho a vnútorného prostredia. Vnímanie je podľa toho nervová informácia, ktorá sa do mozgu dostáva zo zmyslov. (Dúll, 2001)

Percepcia (perception): Percepcia je rozpoznávanie, uvedomovanie si a spracovanie informácií zo zmyslov a iných receptorov a formovanie podnetov do jednotného obrazu. Podstata vnímania je teda daná mozgovými kognitívnymi procesmi, ktoré interpretujú informácie poskytované zmyslami na základe našich očakávaní, predchádzajúcich skúseností a kultúry. (Dúll, 2001)

3.1. Pamäť

Túto kognitívnu aktivitu je potrebné podrobnejšie opísať z pohľadu našej ústrednej témy.

K dobrej funkcii pamäte, je zahrnutých mnoho oblastí mozgu, nejde len o proces, ktorý prebieha v jednom centre, naopak. Uchovanie jedného okamihu sa ukladá do rôznych mozgových centier, a pri vyvolaní spomienky sa znovu jednotlivé informácie skladajú dokopy. Samozrejme je potrebné podnety zaznamenávať, uchovávať a vyvolávať prijaté informácie, ktoré sú relevantné. (Athkinson, 2005)

Na základe Bagdyho, Greenfielda, Hebba a Oláha sumarizujem hlavné črty tejto kognitívnej činnosti.

Pojem pamäť si ešte musia ujasniť viaceré vedné oblasti. Dá sa povedať, že pôvodné **zmyslové zážitky sú zaznamenané v rôznych reprezentatívnych oblastiach mozgu**, pričom sa zachovávajú rôzne aspekty zážitkov. Pamäťové stopy sa neuchovávajú natrvalo, s priestorovo a časovo usporiadaným spomínaním sa reprodujú pamäťové stopy. Na rekonštrukciu pôvodnej spomienky po počiatočnom nedobrovoľnom zaznamenaní nasledujú potrebné, kontrolované procesy

vyhľadávania a triedenia, je nevyhnutná správna operácia kognitívnych funkcií. Čiastočné informácie zaznamenané v rôznych oblastiach mozgu sú prepojené špeciálnymi pamäťovými systémami.

Tri hlavné kroky kognitívneho procesu zapamätania si

Kódovanie, teda príjem a spracovanie informácií. Kódovanie je transformačný proces, v ktorom informácia (učenie) spôsobuje biochemické zmeny v nervových bunkách, vytvárajú sa **trvalé pamäťové stopy**. Podľa Hebba a Bagdyho zohráva pri ich tvorbe najdôležitejšiu úlohu RNA: štruktúra v neuróne je modifikovaná, pokiaľ je táto modifikovaná štruktúra prítomná, informácia je zachovaná. Pamäťová stopa je v nečinnom stave medzi kódovaním a vyvolávaním, jej obsah je určený informáciami, ktorým sa porozumie počas kódovania a ktoré je možné vyvolať počas viacerých vyhľadávaní. V tomto procese je dôležitý rozsah, teda koľko prvkov si vieme zapamätať a aká presná a rýchla je táto poznámka. (Hebb 1975, Bagdy, 1976)

Ukladanie, t. j. **registrácia, uchovávanie a umiestnenie kódovaných informácií v krátkodobej a dlhodobej pamäti**. Podnet a informácie prijaté zmyslovými orgánmi sa najskôr uložia do **krátkodobej pamäte** a ak sú dôležité, tak sa preusporiadajú v dlhodobej pamäti, stopa sa **zafixuje**, prejde na miesto konečného uloženia, a **pamäťová stopa je „vtlačaná“**. Ukladanie prebieha v rozptýlených neurónoch/neurónových sieťach. V prípade zaznamenávania (uchovávanía) informácií je dôležité, ako dlho sme schopní informácie uchovávať a do akej miery dochádza k ich zabudnutiu a/alebo skresleniu. (Hebb 1975, Bagdy, 1976)

Následkom nejakého adekvátneho podnetu je možné vyvolať pamäťovú stopu, to je **proces vyhľadávania**. Je možné vyvolať spiacu pamäťovú stopu, na úspešné vyvolanie je potrebné čiastočné opätovné objavenie pôvodnej epizódy. V prípade vybavovania je dôležité vedieť si informácie ľahko, bezpečne a objektívne vybaviť. Úrovne procesu zapamätávania sú postavené na sebe, dobré kódovanie je základom správneho uloženia, to druhé je podmienkou úspešného vyhľadania. (Hebb 1975, Bagdy, 1976)

3.2. Pamäťové systémy

1. **Senzorická (zmyslová sústava) pamäť uchováva vnímané informácie len na veľmi krátky čas**, ukladá sa na 200 – 500 milisekúnd (tisícina 1 sekundy) v jednotkách nervového systému spojených so zmyslami (napr. zrak, sluch). (Oláh, 2006)

2. **Krátkodobá pamäť**, ktorá umožňuje ukladanie malého množstva informácií na niekoľko sekúnd. Uložené informácie zostávajú v tomto systéme veľmi krátky čas, maximálne 30 sekúnd. Jednou z dôležitých charakteristík tohto pamäťového systému je, že úložisko je krehké a jeho kapacita je obmedzená, preto je potrebné, aby sa nedôležité a nepodstatné informácie vymazali a narušili sa biochemické vzťahy, ktoré ich uchovávajú. Ide o proces zabúdania, ku ktorému dochádza, keď informácie nepotrebujeme (vyblednutie) alebo keď nové informácie nahradia staré (vylúčenie). (Athkinson, 2005)

Tento systém sa tiež nazýva **pracovná pamäť**, pretože tieto uložené pamäťové stopy používame na vykonávanie pracovného procesu. Zároveň sa v tomto systéme objavujú aj engramy (vedomosti a skúsenosti z dlhodobej pamäte), za účelom riešenia životnej alebo úlohovej situácie. Proces zaradovania sa do dlhodobej pamäte sa dá uľahčiť vhodným počtom opakovaní. (Engramy – stopy, memórie, čím silnejšie je spojenie medzi neurónmi v engrame, tým dlhšie trvá pamäť.) (Hebb, 1975)

Podľa Greenfielda existujú tri hlavné skupiny, ktoré **spolupracujú na zlúčení čiastkových informácií do jedného celku**:

- neurónová slučka rečovej fonológie, cez ktorú si zapamätáme sekvencie približne 7 členov (čísla, písmená)
- vizuálny, priestorový zápisník, ktorý prijíma a prekóduje informácie a údaje do vizuálneho alebo priestorového obrazu,
- centrálna implementačná jednotka, ktorá poskytuje asistenciu pri logických a myšlienkových procesoch. (Greenfield, 1997)

3. **Dlhodobá pamäť** umožňuje dlhodobé ukladanie informácií. Na rozdiel od predchádzajúcich systémov ultrakrátkej a krátkej pamäte **nemá žiadne obmedzenie príjmu**. V systéme dlhodobej pamäte **sa informácie ukladajú na význame, v jazykových systémoch, ale ukladajú sa tu aj určité percepčné informácie, napr. vizuálne a sluchové informácie** týkajúce sa iných osôb a dôležitých udalostí. Na to, aby sa pamäťové stopy v tomto systéme skonsolidovali (upevnili), je potrebný premenlivý čas, ktorý môže predstavovať minúty, týždne alebo dokonca roky. (Oláh, 2006)

Úlohou **amygdaly a hipokampu**, ktoré sú súčasťou limbického systému, je najmä **pevnejšie ukladanie pamäťových stôp**. Limbický systém je zhruba umiestnený na hranici medzi mozgovou kôrou a hypotalamom. Pod kontrolou mozgového kmeňa a hypotalamu patria inštinktívne vzorce správania, aj emócie, vykonávajú dodatočnú kontrolu nad správaním, čo umožňuje flexibilnejšiu adaptáciu. Celý systém tiež hrá zásadnú úlohu v procese zapamätávania. **Hipokampus**, ktorý zohráva

dôležitú úlohu aj pri priestorovej orientácii, **premieňa obrazy zaznamenané v krátkodobej pamäti na tie, ktoré sú uložené v dlhodobej pamäti.** (Athkinson, 2005)

Keď je hipokampus poškodený, dlhodobé ukladanie nových informácií sa stáva nemožným, takže jednotlivec nebude schopný zachovať spomienky uložené v jeho krátkodobej pamäti.

Amygdala je tvorená skupinami neurónov, ktoré majú primárnu úlohu pri **spracovávaní a ukladaní emočných reakcií.** (Athkinson, 2005)

V rámci dlhodobej pamäte možno rozlíšiť explicitnú / deklaratívnu pamäť a implicitnú pamäť.

Explicitná (jasná, jednoznačná, priama, usporiadaná) pamäť uchováva poznatky a fakty súvisiace s udalosťami a osobnými skúsenosťami, spolu s časom a priestorom tých, ku ktorým máme prístup. Informáciu si možno vybaviť, keď vstúpi do vedomia, takže jej obsah sme schopní oznámiť aj rečou. V rámci systému možno oddeliť sémantickú (zmysluplnú) pamäť, v ktorej sú uložené informácie získané o vonkajšom svete, a pamäť epizodickú, ktorá uchováva spomienky na jednotlivé udalosti v časopriestorovom poradí. (Oláh, 2006)

Implicitná alebo procedurálna pamäť (skrytá, nepriama) sa niekedy nazýva svalová pamäť (Oláh, 2006). Ukladajú sa tu zručnosti súvisiace s vnímaním (napr. vnímanie vzdialenosti), rozvinuté pohybové vzorce (pattern), zručnosti, napr. zručnosti chôdze, behu, skákania, bicyklovania, ale informácie o nich sú z veľkej časti uložené v mozočku. Toto úložisko je odolnejšie, jeho obsah je možné zachovať aj v prípade poškodenia explicitnej pamäte (Athkinson, 2005).

Z uvedeného je zrejmé, že zapamätávanie je mimoriadne komplikovaný proces, pri ktorom sa vyvolané podnety **odtlačia, uložia, následne vybaví alebo zabudnú.** Toto je však len prvý krok. Akonáhle sa vytvorí pamäťový obraz, mozog ho rozloží na svoje prvky a potom ho distribuuje medzi centrá v rôznych častiach mozgu na uloženie. Ak si neskôr spomenieme na obraz, tieto časti pamäte sa znova poskladajú a sčítajú (Athkinson, 2005).

Je ľudskou vlastnosťou, že vytvárame nové obrazy na základe starých spomienok alebo transformujeme spomienky. Produktívna a reprodukčná predstavivosť súvisiaca s existujúcimi spomienkami môže prispieť k vytváraniu nových nápadov. Dôležitými zložkami pamäti sú aj emócie a túžby, ktorých výsledkom je subjektívne spracovanie minulých skúseností a dojmov, ktoré sú pre danú osobu jedinečné. Naše spomienky v skutočnosti nie sú faktické správy, ale skôr spomienky toho, ako sme udalosti sami zažili. Zapamätávanie ovplyvňuje aj mnohé duševné procesy, napr. individuálny záujem o konkrétnu tému alebo tematickú oblasť, alebo skôr nadobudnuté vedomosti, na ktoré možno danú informáciu ľahšie nadviazať (Athkinson, 2005).

Naše spomienky nie sú objektívnymi podmienkami okamihu odrážajúcimi skutočný svet, ale sú prepísané a reštrukturalizované podľa našich jedinečných skúseností, vedomostí a emócií. Uložené

informácie sa tak môžu líšiť od skutočných udalostí a pôvodné informácie nie je možné vyvolať ani brať na zodpovednosť kvôli individuálnym skresleniam. Aj pri vybavovaní informácií, si ich budeme nanovo konštruovať, pretože vieme zakomponovať aj svoje myšlienky a pocity, ktoré nám pri vybavovaní napadnú, takže časom si udalosť už ani nepamätáme, ale spomienku vytvorenú o to, čo sa neskôr znova a znova pripomína. Pamäť je preto jedinečná, neustále sa meniaci, znovu vytvorená dynamická konštrukcia zložená z nás a nášho prostredia, udalostí, ktoré sme zažili, našich vedomostí a našich emócií. (Athkinson, 2005).

Ďalšie činnosti, ktoré vyžadujú pamäťové funkcie

Ďalšie činnosti, ktoré vyžadujú pamäťové funkcie zhrniem podľa Hebba (1975) a Athkinsona (2005):

Predstavivosť

Ďalším prvkom kognitívnych aktivít je predstavivosť. Táto funkcia vyžaduje pamäťové stopy uložené v pamäti, pretože tu **náš nervový systém spája staré pamäťové obrazy v novej forme, ktorá na základe predchádzajúcich skúseností neexistovala** (ako keď sú farebné kúsky kaleidoskopu nové, individuálne).

Rozmýšľanie

Rozmýšľanie je najvyššia úroveň ľudskej kognitívnej činnosti. Jeho účelom je **vyriešiť nejakú úlohu alebo problém**. Na to využíva predtým získané prvky uložené v pamäti: vedomosti, skúsenosti. Vyžaduje si to všetky predtým prezentované kognitívne procesy.

S vyvolateľnými prvkami uloženými v pamäti nepriamo vykonáva operácie myslenia založené na rôznych zákonitostiach, čím tvorí nový obsah, umožňuje riešenie úlohy alebo problému, získavanie nových poznatkov, duplikáciu doteraz prijatých informácií, a vytváranie nových systémov prostredníctvom aktívnej činnosti.

Myšlienka a jazyk sú neoddeliteľné, vzájomne predpokladané, vzájomne sa ovplyvňujúce systémy. Samotné myslenie je **druh vnútornej reči**, ktorá je sériou zvláštnych monológov charakteristických pre jednotlivca. Neobsahuje pravidelné gramatické výrazy a nepoužíva úplné vety. Nástroj jazyka umožňuje vytvárať pojmy a vytvárať symboly, ktoré reprezentujú prvky a vzťahy reality.

Pozornosť

Pozornosť nie je samostatnou kognitívnu činnosťou, ale je od ostatných neoddeliteľná. Nespočetné množstvo informácií k nám prichádza z podnetovo bohatého vonkajšieho sveta, ale aj z nášho vnútorného prostredia. Aktívne správanie a pozornosť nám poskytujú možnosť vybrať a

filtrovať relevantné informácie, prijať a spracovať ich tak, aby vytvorili vhodné adaptívne reakcie a formy správania a zabezpečili smerovanie nášho vedomia ku konkrétnej veci alebo javu.

Vedomie

V dôsledku subjektívnych skúseností osobnosti vedomie odráža okolité prostredie, čas, priestor a seba samého. Neustále zisťuje, monitoruje, udržiava kontakt, kontroluje, realizuje plánovanú, na cieľ orientovanú kontrolu s vnútornými symbolmi, jazykovú reprezentáciu a operácie myslenia a umožňuje aj pozorovanie a komunikáciu svojho vnútorného diania. **Organizuje správanie a činnosť, na základe nových prijatých informácií, volí najvhodnejšiu adaptačnú stratégiu a využíva na to spomienky uložené v pamäti.**

Motivácia

Motivácia je **hnacou silou, ktorá aktivuje a udržiava náš každodenný život a činy**. Môže **pochádzať zvnútra** osobnosti, môže byť naznačená emóciami, túžbami, potrebami, želaniami a záujmami, hoci tieto nie sú vždy vedomé.

Ale na osobnosť **pôsobia aj sily zvonku**, nátlak a očakávania môžu aktivovať vnútorný pohon. Je zaujímavé, že aktivita alebo návyk vytvorený po konkrétnom opakovaní sa môže stať motivačnou silou, bez ohľadu na jej pôvodný zdroj. Naše fyzické, psychické a sociálne potreby, ktoré poukazujú na motivačnú silu, vykazujú hierarchické usporiadanie, ktoré možno zakresliť do akejsi pyramídy.

Emócie

Evolučnou hodnotou emócií je podpora existencie a zachovania druhov, tzv **biologické spúšťacie programy**. Pre ich rozvoj sú nevyhnutné sociálne interakcie, ako je osvojenie si jazykových zručností a reči. Ich prejav alebo skrytie je vysoko kultúrne závislé. Príjemné veci spôsobujú pozitívne emocionálne účinky, nepríjemné negatívne emocionálne účinky. Tie pozitívne posilňujú a zatraktívňujú existenčne a druhovo dôležité motivačné tendencie, podporujú ich prístup a akceptovanie. Negatívne emócie naznačujú odstrániť a vyhnúť sa objektu príčiny ich vzniku.

Samozrejme, v tejto časti kapitoly sme len veľmi stručne predstavili niekoľko psychologických aktivít týkajúcich sa najmä pohybových zručností.

4. Pojmy zdravie, choroba, poškodenie, postihnutie

Podľa údajov OSN je desatina populácie v znevýhodnenej situácii, lebo ich postihnutie obmedzuje ich bežný individuálny a spoločenský životný štýl (Fejes, 1997).

Na prekonanie znevýhodnenia spôsobeného zdravotným postihnutím je potrebná podpora na individuálnej aj sociálnej úrovni. (V mojom výskume pracujem so školskou skupinou v Maďarsku, preto som vyhľadávala štatistické informácie týkajúce sa tohto štátu.) Situáciu v Maďarsku zhoršuje veľmi nepriaznivý zdravotný stav obyvateľstva, nedostatok prostriedkov na školstvo a zdravotníctvo a nepriaznivé morálne a sociálne pomery, ktoré sa pomaly menia pozitívnym smerom (Fejes, 1997).

Na začiatok si treba definovať základné zdravotné pojmy, k tomu som ako základ použila najmä obsah zväzku „Smernice pre hodnotenie funkčnej schopnosti, zdravotného postihnutia a zmenenej pracovnej schopnosti“ od Ferenc Juhásza.

4.1. Zdravie, zdravotný stav, patologický zdravotný stav

Zdravie je podľa Svetovej zdravotníckej organizácie **stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, nielen neprítomnosť choroby**. Na udržanie tohto stavu je podstatné, aby sme vhodným spôsobom zabezpečili komplexné biologické, psychologické, sociálne a fyzické podmienky a prostredie ľuďom žijúcim s postihnutím.

Zdravie znamená stály, dynamicky sa meniaci stav rovnováhy tvorený viacerými faktormi. Zdravie je stav morfológických (anatomických) zložiek tela a ich funkcií, špecifická úroveň fungovania tela, ktorá ovplyvňuje pohodu jedinca, schopnosti, aktivity, sociálnu participáciu. (Bokor, 1993, WHO – health definition).

4.2. Choroba, zdravotné postihnutie

Ak je z nejakého dôvodu **narušený dynamický rovnovážny stav tela, vyvinú sa odchýlky v jeho štruktúre alebo fungovaní**. Poškodenie **iniciuje patologický proces**, ktorého výsledkom je choroba. Dlhodobá existencia príčiny ochorenia sa prejavuje ako choroba. Symptómy naznačujú

výskyt a vývoj ochorenia. Choroba mení schopnosť človeka dostatočne reagovať, následkom čoho telo nedokáže odraziť škodlivé podnety. Podľa Könczeyho zmeny zdravia a choroby sú dynamické, pri zdravotnom postihnutí je patologický stav stabilný. Pri postihnutí sa vytvorí a natrvalo zafixuje abnormalita, prirodzené zlepšenie je nemožné, ale môže dôjsť k zhoršeniu. Zdravotné postihnutie je stav, v ktorom sa štruktúra tela mení neoptimálnym spôsobom alebo vitálne funkcie chýbajú v dôsledku nejakej vrodenej abnormality, choroby alebo úrazu, ku ktorému dôjde neskôr v živote. Škody môžu spôsobiť zníženie schopností, ktoré obmedzujú jednotlivca pri vykonávaní jeho činností. (Könczei 1992).

Podľa slovenskej legislatívy (ktorá nemá definíciu pre zdravotné postihnutie) ako zdravotné postihnutie môžeme definovať akúkoľvek duševnú, telesnú, dočasnú, dlhodobú alebo trvalú poruchu, ktorá nám bráni v prispôsobení v bežnom živote. Podľa OSN sa definícia zdravotného postihnutia týka osôb s dlhodobými telesnými, mentálnymi, intelektuálnymi a zmyslovými postihnutiami, ktorým vzniknuté prekážky bránia v zapojení do spoločnosti. Postihnutie ovplyvňuje nielen život týchto ľudí, ale aj život okolia. (Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR: Zdravotné postihnutie)

4.3. Postihnutie, invalidita

Definovanie pojmov postihnutia a invalidity nie je v mnohých smeroch jednoduchou úlohou. Postoj myslenia a správania k postihnutiu je podľa Könczeiho silne spojený nielen s vekom, ale aj s kultúrou. Tvrdí, že neexistuje univerzálny štandard, ktorý by mohol určiť, čo by sa malo považovať za postihnutie. (Könczei 2004)

Podľa výkladového slovníka, **postihnutie** je vada, nedostatok alebo nedokonalosť fyzického alebo duševného vývoja, schopností alebo fungovania. Zákon XXVI z roku 1998. zdôrazňuje potrebu rovnocennosti, aby ľudia s postihnutím mohli využívať práva a príležitosti, ktoré patria všetkým.

Systém medzinárodnej klasifikácii chorôb (**International Classification of Diseases**) schválený WHO sa používa v lekárskej praxi na klasifikáciu/dokumentáciu/finančné účely na definovanie rôznych chorôb. Modernizovaná klasifikácia platná od roku 1991 je prehľadnejšia, ako jeho predchádzajúce verzie, napr. presný klinický popis a diagnostika porúch osobnosti a správania, porúch intelektového pôvodu a (psychických) vývinových porúch. (WHO)

Okrem toho existuje ďalší klasifikačný systém pre psychiatrickú definíciu porúch a klinických syndrémov biologického, psychologického a sociálneho pôvodu u detí, mladých ľudí a dospelých:

európsky (DSM-III) a americký (DSM-IV) diagnostický systém, a Medzinárodná klasifikácia chorôb (ICD -International Classification for Diseases). (Gereben, 2001, Apter, 2019)

Nová definícia WHO zdôrazňuje skutočnosť, že zdravotne postihnutý stav môže skutočne obmedzovať funkčnú kapacitu osoby a plnenie jej sociálnych rolí, ale v tomto procese sú prítomné aj dva dôležité základné faktory: kvalita environmentálnych vplyvov a charakteristika osobnosti jednotlivca. Zodpovednosť spoločnosti je uvedomenie si, že prostredie u postihnutého človeka môže priaznivo a nepriaznivo ovplyvniť už existujúci stav a účasť v sociálnych rolách. Základom koncepcnej zmeny je potrebný paradigmatický posun v oblasti zdravotného postihnutia: rehabilitačný a legislatívny model. (Glosár vedy o postihnutí - Fogyatékosságtudományi fogalomtár)

Invalidita. Nemožnosť plnohodnotného plnenia sociálnych rolí. Podľa Juhásza sa to vyznačuje stupňom obmedzenia participácie vo všeobecne očakávanej účasti v rámci spoločnosti. Obmedzená účasť je daná spoločenskou, ekonomickou, sociálnou, a etnickou patričnosťou. (Juhász 2004).

4.4. Interpretácia postihnutia zo špeciálno-pedagogického hľadiska

Zo špeciálno-pedagogického hľadiska možno považovať za postihnutého len človeka, u ktorého strata schopnosti existuje **od útleho veku** a **nepriaznivo ovplyvňuje rozvoj a naplnenie danej osobnosti**. Preto na základe špeciálno-pedagogického výkladu nemožno človeka, ktorý v dospelosti utrpí nejaké poškodenie, považovať za postihnutého (môže ísť napr. o mozgovú príhodu - pokles inteligencie po cievnej mozgovej príhode alebo pohybové postihnutie, pretože poškodenie postihuje už vyvinutú, zrelú osobnosť). Najdôležitejšou myšlienkou užšieho, špeciálno-pedagogického výkladu je, že poškodenie a jeho následky **ovplyvňujú rozvoj osobnosti** a v prípade nedostatočnej podpory jej môžu spôsobiť poškodenie. (Illyés, 1987)

V roku 1990 Maďarská republika ratifikovala dohovor prijatý Valným zhromaždením OSN v roku 1989, ktorý definuje práva detí so zdravotným postihnutím. Ágnes Lányiné Engelmayer v Špeciálno-pedagogickom lexikóne píše, že dohovor uznáva špeciálne potreby postihnutého dieťaťa a jeho právo na skutočný úžitok zo vzdelávania, odbornej prípravy, zdravotnej starostlivosti, doškoloovacej výchovy, prípravy na prácu a voľnočasové aktivity. Potrebujú dodatočné služby, aby mali rovnaké príležitosti v oblasti vzdelávania, zamestnania, dopravy a voľného času. Je to zahrnuté v jednotnom systéme v Deklarácii (OSN, 1975) o právach osôb s postihnutím. (Dohovor o právach dieťaťa, Bp. 1990.)

4.5. Systém pedagogických a sociálnych inštitúcií, ktoré sa starajú o postihnuté deti

Vzdelávanie je skutočne efektívne, ak učitelia **zohľadnia rozdielne schopnosti a talenty** žiakov. Tento individualizovaný prístup v maďarských školách žiaľ dodnes chýba. Je zložité si určiť definíciu jednotlivých postihnutí, ich rozsah, a spôsob ich spoľahlivého merania, ako aj pridelenú starostlivosť a výchovu. V Maďarsku sa na určenie špeciálnych vzdelávacích potrieb používajú rôzne prístupy: zhromažďovanie údajov podľa kategórií zdravotného postihnutia, zahrnutie aj znevýhodnených študentov, študentov, ktorých materinským jazykom je cudzí jazyk, považovanie aj mimoriadne nadaných detí tiež za deti so špeciálnymi vzdelávacími potrebami, alebo stanovenie systému dodatočnej podpory na prekonanie ťažkostí zistených počas vzdelávacieho procesu. V Maďarsku, v školskom vzdelávaní existuje mnoho skupín žiakov, ktorých vzdelávanie funguje na základe jedinečného učebného plánu, s využitím špeciálnej pedagogickej podpory. Jedná sa hlavne o dve skupiny detí: **deti žijúce s postihnutím** a **deti patriace k menšinám**. (OFI - OH)

Na základe Esztera Márkusa stručne zhrniem hlavné formy inštitucionálneho systému, ktorý sa stará o postihnuté deti.

- Po zistení lekárskej diagnózy v prípade dieťaťa so zdravotným postihnutím vykoná Celoštátna Odborná Komisia vyšetrenie (podľa druhu zdravotného postihnutia).

- Do veku 6 rokov poskytujú centrá raného rozvoja a pedagogická služba rozvojové, opatrovateľské a výchovné poradenstvo v tímovej práci. Komunitné vzdelávanie je možné realizovať aj v integrovaných jasliach a materských školách.

- Medzinárodný Inštitút Pető sa stará o deti so zníženou pohyblivosťou v dôsledku poškodenia centrálného nervového systému a v malom percente prípadov aj o dospelých.

- Opatrovateľské domy pre zdravotne postihnutých detí (a dospelých) poskytujú ubytovanie predovšetkým pre ťažko a kumulatívne zranených. Obytné domy pre malé skupiny poskytujú príležitosť naučiť sa každodenné činnosti pre nezávislý život.

- Inštitúciou dennej starostlivosti pre zdravotne postihnuté deti je habilitačný alebo rozvojový denný stacionár.

Výchova a vzdelávanie postihnutých detí vo veku povinnej školskej dochádzky prebieha v integrovaných alebo špeciálnych základných školách. Špeciálne odborné školy a inštitúcie odborného vzdelávania pripravujú mladých ľudí s postihnutím na prácu (Márkus, 2000).

5. Vzdelávanie postihnutých detí - Špeciálno-pedagogická typológia

Špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby sú prítomné u detí a mládeže od získaní diagnózy postihnutia dieťaťa. Efektívny rozvoj si vyžaduje špeciálnu výchovno-vzdelávaciu podporu, pretože ich vzdelávacie a výchovné možnosti nie sú v porovnaní s priemerným vývinom optimálne. Vyšetrením každého postihnutého dieťaťa sa stanovia metódy individuálnej podpory špecificky podľa následkov postihnutia, pokrývajúce všetky oblasti vývoja. (Hoffmann & Mezeiné, 2006) Každé dieťa, ktoré má nárok na špeciálne vzdelávanie, ho musí získať v rámci špeciálnej pedagogickej služby. (Lányiné, Fogyatékosságtudományi fogalomtár, 2009)

Špeciálna pedagogika je v užšom zmysle veda o výchove postihnutých. Skúma zákonitosti rozvoja osobnosti so zameraním na postihnutých. (Gordosné, 1981). Program vzdelávania a výchovy zdravotne postihnutých detí je obsiahnutý v Národnom Základnom Učebnom Pláne (NAT 2020 – v Maďarsku).

V oblasti všeobecného alebo špeciálneho vzdelávania postihnutých detí dnešná doba uprednostňuje integráciu. Formálne vzdelávanie mladých ľudí so zdravotným postihnutím by sa v rámci možností malo uskutočňovať v bežných školách. Tento princíp odporúča aj UNESCO.

Riešením môže byť dieťa v **integrovanom vzdelávaní**, ktoré môže získať všetky príležitosti na rozvoj zručností špecifických pre zranenie. Výhody sú:

- postihnuté deti nie sú oddelené od svojich rovesníkov,
- učí zdravých ľudí o problémoch a príležitostiach ich hendikepovaných rovesníkov,
- postihnuté deti môžu získať sebadôveru,
- vedia reálnejšie posúdiť svoje schopnosti a obmedzenia,
- relatívne lacné riešenie. (UNESCO - Guidelines for Inclusion, 2005) (Könczei, 2009),

(Mesterházi, 2001b)

Dieťa dostáva **segregované vzdelanie**, pretože jeho rozvoj je lepší v tomto prostredí, ale inštitúcia sa chopí každej príležitosti na rozvoj a integráciu, podľa zranenia mimo vzdelávania.

(Mesterházi, 2001c)

Na základe hlavných príznakov sú hlavné skupiny postihnutých osôb nasledovné:

- poruchy učenia a intelektu
- porucha sluchu
- porucha videnia

- porucha komunikácie
- pohybové postihnutie
- adaptačná prekážka objavujúca sa v oblasti citového a vôľového života
- kumulatívne postihnutia

V rámci hlavnej skupiny tieto aspekty upresňujú klasifikácie:

• ďalšie symptómy, ktoré určujú prítomnú poškodenú osobnostnú štruktúru okrem hlavného symptómu, ktorý definuje charakter klinického obrazu,

- stupeň závažnosti,
- časový faktor (vznik postihnutia a začiatok špeciálno-pedagogického vývoja),
- úroveň inteligencie,
- úroveň rôznych schopností,
- schopnosť socializácie (individuálny rozvoj alebo v komunite, v segregácii alebo integrovane so zdravými, pomocou špeciálnej pedagogiky) (Szekeres,2011).

6. Definícia mentálneho postihnutia/intelektového postihnutia

Zníženie intelektových schopností je najcitlivejšou oblasťou zdravotného postihnutia, keďže stanovením hranice normality rozhodujeme aj o individuálnych občianskych právach, slobode, rozhodovacej schopnosti a opatrovníctve v dôsledku zdanlivo jednoduchej klasifikácie. (Gruiz, 2009)

V literatúre je tento typ postihnutia známy pod mnohými názvami (mentálna retardácia, oligofrénia, intelektové postihnutie atď.), podľa toho, aký klasifikačný systém sa používa: WHO, BNO (Medzinárodná klasifikácia chorôb), FNO (Medzinárodná klasifikácia postihnutí), DSM-ARC. (Klasifikácia a diferenciálna diagnostika psychiatrických porúch), či pedagogický prístup. (BNO-10, 1996), (Csákvári, 2013), (Juhász, 2004)

Lányiné vo svojej práci s názvom „Intelektové postihnutie a psychický vývin“ vydanej v roku 2009 predstavila odbornej verejnosti pojem intelektového postihnutia. Podľa toho mentálne postihnutie definuje osoby, ktoré sa vyznačujú výrazným narušením intelektuálno-kognitívneho fungovania a adaptívneho správania v porovnaní s skupinami rovesníkov. Sú schopní rozvoja, vzdelávania a sociálnej integrácie, ale k tomu potrebujú sociálnu pomoc pre zabezpečenie optimálnych podmienok. Správna diagnostika napomáha naplniť ich špeciálne potreby pri plánovaní vzdelávania, rozvoja, pedagogickej podpory, psychologických podporných intervencií a terapeutických postupov. (Lányiné, 2009)

Kritéria, podľa ktorých sa určuje patričnosť do tohto typu postihnutia:

1. Na základe **biologických kritérií** nie je mentálne postihnutie chorobou, ale skôr reziduálnym patologickým stavom vytvoreným dedičnosťou alebo v dôsledku nejakej choroby. Podľa tohto širšieho, medicínskeho výkladu pojmu mentálne postihnutie zahŕňa všetky tie varianty vývinových porúch, pri ktorých dochádza k zmene základnej nervovej sústavy (mozgu), ktorá vzniká dedične alebo počas vývoja až do konca školského veku, a následkom tzv. zranení je kognitívna aktivita a sociálna adaptabilita miernejšia alebo ťažšia porucha.

2. **Skorý nástup** oddeľuje mentálne postihnutie od degeneratívnych chorôb v dospelosti. Ak sa v dospelosti v dôsledku choroby alebo nehody narušia už vyvinuté normálne intelektuálne schopnosti, v literatúre sa to klasifikuje ako demencia. Samotné poškodenie nervového systému, bez prítomnosti iných kritérií, neznamená mentálne postihnutie.

3. **Psychometrické kritéria. Zníženie inteligencie**, ktoré možno zistiť pomocou intelligenčných testov, je dôležitým a nevyhnutným kritériom na určenie mentálneho postihnutia.

Hranica medzi mentálnym postihnutím a normálnosťou je zvyčajne vyznačená okolo hodnôt **IQ 70-75** na stupnici hodnôt inteligentného kvocientu. Deficit spôsobuje oneskorenie v dokončení vzdelávacích aktivít a v dosiahnutí vhodnej úrovne. Okrem globálneho poklesu úrovne inteligencie je ďalším znakom poškodenia inteligencie špecifická spravodajská štruktúra, **inteligentný profil**, ktorého jednotlivé charakteristiky možno spätne vysledovať k rôznemu stupňu a charakteru poškodenia kognitívnych funkcií. (Gordosné, 2004), (Szekeres, 2011)

4. **Sociálne kritéria.** Pokles intelektuálnej úrovne výrazne bráni **adaptívnemu správaniu** a internalizácii komunitných noriem, čo sťažuje integráciu do domáceho a iného sociálneho prostredia. Táto schopnosť umožňuje sebaobsluhu (stravovanie, obliekanie, upratovanie a pod.), sebestačnosť (organizácia životosprávy, pracovných činností, správne zvládanie finančných požiadaviek a pod.), primeranú komunikáciu (komunikovanie svojich myšlienok, načúvanie druhým), spoznávanie potrebných pravidiel a ich dodržiavanie, riešenie iných socializačných situácií (doprava, nákupy a pod.). Zmena sociálnych požiadaviek ovplyvňuje definíciu pojmu mentálneho postihnutia. Dokazuje to aj jav, podľa ktorého **počet jedincov zaradených do tejto kategórie priamo úmerne narastá so zvyšovaním požiadaviek** (napr. najvyšší je v školopovinných vekových skupinách a klesá u malých detí a dospelých). (Lányiné. 2017), (Csákvári, 2013), (Illyés, 2000)

V teórii a praxi psychológie špeciálnej pedagogiky v 70. rokoch 20. storočia tzv. intelektuálne postihnutie bolo definované počas „Budapeštianskeho vyšetrovania“ a potom sa tento koncept v priebehu dlhého obdobia zmenil. Vychádzajúc z toho: **„Intelektové postihnutie sa vyvíja v dôsledku dedičných a environmentálnych vplyvov ovplyvňujúcich vývoj centrálného nervového systému, v dôsledku čoho všeobecná intelektová schopnosť výrazne zaostáva za priemerom danej populácie - už od prvých rokov života, [t. j. aspoň -2 štandardné odchýlky, 70 IQ spadá do rozsahu nižšie] a vďaka čomu je vedenie nezávislého života výrazne sťažené.“** (Czeizel – Lányiné – Rátay 1978:18)

6.1. Príčiny a skoré rozpoznanie mentálnej retardácie

Príčinou mentálneho postihnutia je chybný vývoj nervového systému alebo jeho nesprávne fungovanie z iných dôvodov. Musíme ho oddeliť od syndrómu CAN, ktorý je najčastejším dôsledkom nevhodných environmentálnych a sociálnych ujm v ranom detstve, a teda sa dá vo väčšine prípadov napraviť. (Csákvári, 2013), (Illyés, 2000)

Intelektové postihnutie spôsobené organickým poškodením mozgu nie je patologicky (vzhľadom na proces úrazu, zápalu, degenerácie a pod.) uniformným ochorením, závažnosť

symptómu ovplyvňuje predovšetkým to, do akej miery spôsobuje poruchy osobnosti. Rozvoj a schopnosť sociálnej integrácie, ale aj vplyvy životného prostredia môžu symptóm zhoršiť alebo zlepšiť. Fyziologický základ zlepšenia spočíva v tom, že aj pri poškodení centrálnej nervovej sústavy sa dokázu **nahradiť mnohé stratené funkcie kompenzačnou reorganizáciou** vďaka pozitívnym vplyvom. **Úplné vyliečenie poškodenia však nie je možné.** (Gordosné.1981), (Csákvári, 2013)

Jednou z príčin poškodenia mozgu, ktoré vytvára postihnutie intelektu, môže byť **dedičnosť**. Poznáme mnohé choroby a poruchy látkovej premeny, ktorých príčinou je, že dieťa zdedilo chybné gény po rodičoch. Tieto gény spôsobujú poruchy v stavbe mozgu – ako napr. v prípade choroby zvanej tuberózna skleróza (tuberózne kôrnatenie mozgu) - alebo patologické metabolické poruchy otrávia a poškodia mozog, ako je fenylketonúria (dedičná porucha metabolizmu bielkovín), galaktozémia (dedičná porucha metabolizmu sacharidov).

Stáva sa, že zdraví rodičia s úplne zdravým rodokmeňom majú dieťa s mentálnym postihnutím v dôsledku genetickej poruchy. Ide o takzvané **chromozomálne anomálie** (poruchy), ktoré vznikajú v dôsledku chybného tvorby pohlavných buniek – predovšetkým vajíčka. Je známych veľa takýchto porúch, väčšina z nich je spojená s mentálnym postihnutím. Najdôležitejšia a najčastejšia je takzvaná Downova choroba, čo je odchýlka (trizómia) 21. páru chromozómov. (Csákvári, 2013)

Počas **vnútro maternicového (intrauterin) vývoja** môže vývoj mozgu narušiť mnoho faktorov a tým neskôr spôsobiť mentálne postihnutie. Napríklad chronické infekčné ochorenia matky, ako sú lues, akútne infekčné ochorenia, ako je rubeola (ľahká, vyrážka), toxoplazmóza (jednobunková infekcia parazita) na placentu. K rovnakej situácii môže viesť aj ťažká anémia matky, problémy s obličkami a nedostatočnosť placenty. Poškodiť plod v maternici môžu aj faktory, ktorým sa dá vyhnúť, ako napr. Röntgenové lúče a lieky, preto treba v tehotenstve spotrebu liekov čo najviac minimalizovať – najmä v prvých troch mesiacoch. (Balogh, 1997), (Csákvári, 2013)

Perinatálne lézie (pôrodné poranenia). V dôsledku predĺženého pôrodu, úzkej panvy a mnohých ďalších faktorov, môže dostať novorodenec mozgovú príhodu alebo môže dôjsť k poškodeniu mozgového tkaniva z nedostatku kyslíka. Ohrozené sú najmä predčasne narodené deti, ktoré sa narodili s hmotnosťou nižšou ako 2,5 kg, pretože ich krehký cievny systém horšie odoláva nevyhnutnému stresu pri pôrode. Poškodenie mozgu môže byť spôsobené ťažšou žltáčkou u novorodenca, príčinou ktorej je nezlučiteľnosť krvnej skupiny alebo faktorov rodičov. (Balogh, 1997), (Csákvári, 2013)

Z chorôb, ktoré sa vyskytujú v neskoršom veku, môže byť encefalitída (zápal mozgu) následkom kliešťovej vírusovej infekcie alebo chrípky, ale môže byť spôsobená aj detskými

infekčnými chorobami, ako napr. osýpky. Meningitída rôzneho pôvodu môže spôsobiť trvalé poškodenie mozgu. Môžu sa vyvinúť napr. ako komplikácia dlhotrvajúceho, hnisavého zápalu stredného ucha. Hydrocefalus, ktorý môže byť výsledkom vrodenej poruchy vývoja mozgu alebo môže byť reziduálnym príznakom meningitídy, zvyčajne spôsobuje mentálne postihnutie. (Balogh, 1997), (Csákvári, 2013)

Prevenca a skorá diagnostika môže prispieť k zníženiu počtu mentálnych postihnutí (najmä pri niektorých metabolických poruchách, keďže rozvoju deficitu možno predchádzať vhodnou stravou), čím sa dá predísť závažnejším následkom. (Gordosné, 2004)

6.2. Prevalencia (pomer) mentálneho postihnutia

Čo sa týka frekvenčných údajov, Judit Csákvári vo svojej dizertačnej práci opisuje, že údaje o frekvenčných hodnotách v medzinárodnej literatúre sú mimoriadne rôznorodé a je to pravdepodobne spôsobené rôznymi definíciami a diagnostickými kritériami. Ak sa klasifikujú len podľa IQ, tak sa v rámci vysokej populácie zobrazí hodnota 2,5-3%. Ak sa pri klasifikácii zohľadní niekoľko aspektov, miera pred pretáčaním sa zníži, hodnoty sú pod 1%. (Csákvári, 2013)

KSH môže poskytnúť informácie o číselných údajoch o maďarskej detskej populácii (<https://www.ksh.hu> › stadat_files › okt › okt0006)

Školský rok	Počet detí v škôlkach a na základných a stredných školách s ľahkým mentálnym postihnutím	Počet detí v škôlkach a na základných a stredných školách so stredne ťažkým mentálnym postihnutím	Deti v starostlivosti včasných rozvojových centier	Deti s kumulatívnym postihnutím
2001/2002	37 942	5 302	..	..
2002/2003	38 517	5 422	..	..
2003/2004	38 253	5 485	..	..
2004/2005	36 550	5 639	..	..
2005/2006	35 246	5 868	..	..
2006/2007	33 984	5 995	..	..
2007/2008	32 482	6 192	..	..
2008/2009	31 223	6 254	..	..
2009/2010	28 511	6 213	1 370	1 597
2010/2011	27 354	6 159	1 974	2 057
2011/2012	25 897	6 197	2 526	2 357
2012/2013	25 340	6 178	2 609	2 302
2013/2014	23 632	5 681	2 277	2 179
2014/2015	21 954	5 579	3 760	2 165
2015/2016	21 084	5 335	4 143	2 488
2016/2017	20 231	5 107	4 666	2 584
2017/2018	19 400	4 996	5 133	2 412
2018/2019	18 717	4 822	5 636	2 478
2019/2020	18 022	4 626	5 887	2 485
2020/2021	17 145	4 547	5 739	2 523
2021/2022	16 270	4 465	5 232	2 579

Počet detí definovaných ako deti s mentálnym postihnutím vo vzdelávacích inštitúciách.

6.3. Závažnosť a klasifikácia mentálneho postihnutia

Samozrejme, že nielen definícia mentálneho postihnutia, ale aj jeho klasifikácia a pomenovanie stupňa závažnosti sú mimoriadne máťúce. Tu je tabuľka, ktorá demonštruje názvy rôznych stupňov mentálneho postihnutia v maďarskej odbornej literatúre a podľa všeobecnej mienky. (Lányiné. 2017)

Merané IQ	Aktuálna klasifikácia	Staršia klasifikácia WHO	Tradicionálna klasifikácia	Merané IQ			
100	Poruchy ucenia	Hranica medzi mentálnym postihnutím a normálnosťou		100			
95				95			
90				90			
85				85			
80				80			
75				75			
70				Debilita	Ľahké (mild) mentálne postihnutie u dospelých je mentálny vek medzi 9-10 rokmi, sú schopní pracovať a udržiavať dobré sociálne vzťahy	70	
65						65	
60						60	
55						55	
50	Mentálne postihnutie	Stredne ťažké (moderate) mentálne postihnutie u dospelých je mentálny vek medzi 6-9 rokmi, sú schopní dosiahnuť určitý stupeň samostatnosti a primeranej komunikácie	Imbecillita	50			
45				45			
40				40			
35				Ťažká imbecillita, idiocia	35		
30					30		
25					25		
20				Idiocia	Hlboké (profaund) mentálne postihnutie u dospelých je mentálny vek pod 3 roky, pohyb, komunikácia a sebestačnosť sú výrazne obmedzené		20
15							15
10							10
5							5

Rôzne stupne mentálneho postihnutia – vlastná tabuľka podľa literatúry (Lányiné. 2017) (Szekeres, 2011)

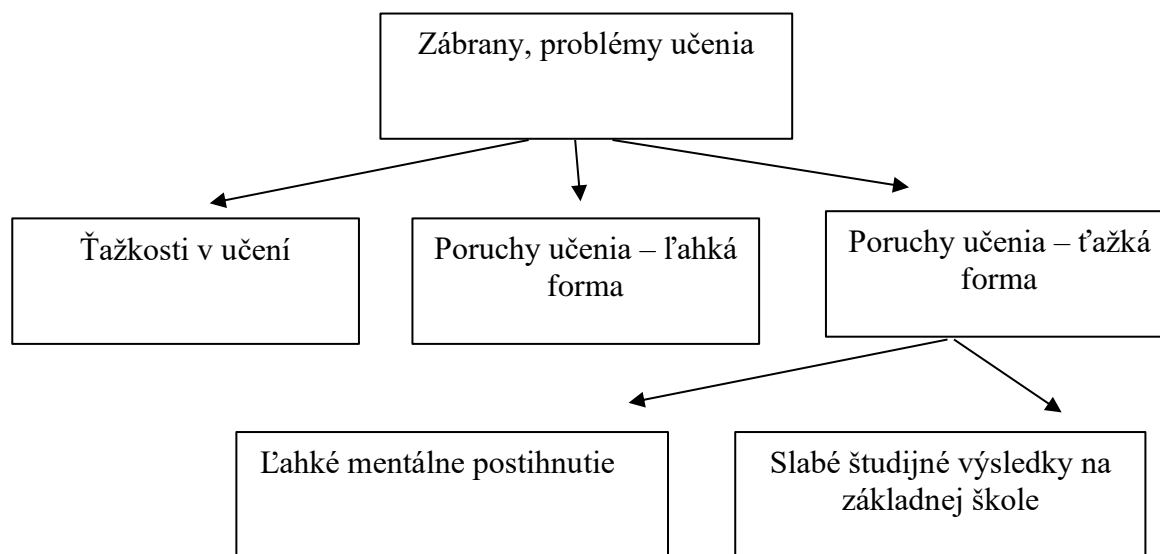
Pri skúmaní obsahu tabuľky sa zistí, že do systému boli zabudované dva nové koncepty nesúce pedagogický prístup, ktoré sa zameriavajú na špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby.

- v pásme medzi hodnotami IQ 100 a 70 sa objavuje pojem poruchy učenia
- Intelektové postihnutie v zóne inteligencie pod 70 bodov IQ (Hoffmann & Mezeiné, 2006)

Ágota Szekeres vo svojej dizertačnej práci uvádza:

Problémy s učením vznikajú v dôsledku niektorých príťažujúcich okolností v životnej situácii dieťaťa. Môže ísť o trvalé ochorenia alebo operácie, ktoré spôsobujú, že dieťa sa dlhšie nemôže zapojiť do procesu učenia v škole a zaostáva za spolužiakmi. Tento meškanie je možné vyriešiť bežnými pedagogickými nástrojmi, napr. doučovanie, diferenciacia atď. Rovnako, aj náročné životné podmienky doma môže tiež spôsobiť oneskorenie výkonu, napr. smrť, rozvod atď. Významnú

úlohu tu môže zohrať aj vhodne podporujúci prístup učiteľa, prípadne môže pomôcť aj rozvojový učiteľ. (Szekeres, 2011)



Rozsah prekážok/problémov v učení (úryvok z dizertačnej práce Ágoty Szekeres, 14. strana)

Porucha učenia je špecifická, globálna porucha schopnosti učiť sa, pričom úroveň učebného výkonu nezodpovedá dosiahnuteľnému psychickému a intelektuálnemu vývinu jedinca. (Gerebenné, 2001, 159). Môže sa objaviť na akejkoľvek úrovni inteligencie, s mentálnym, emocionálnym a sociálnym hendikepom a jeho vývoj má multifaktoriálnu etiológiu, okrem organických príčin je významný aj vplyv prostredia. (Kálmán & Könczei, 2002)

Slovami Zsuzsa Mesterháziovej, „**deti a mladí ľudia s poruchami učenia sú všetky deti a mladí ľudia, ktorí v dôsledku vývinovej poruchy schopnosti učenia, majú trvalé a citeľné ťažkosti s učením. Tvoria najväčšiu skupinu ľudí vyžadujúcich špeciálnu výchovnú pomoc.**“ Porucha učenia je premenlivý, zmeniteľný stav, sčasti sa mu dá predchádzať, sčasti sa dá znížiť závažnosť. Okrem učebných osnov prispôbených stavu dieťaťa, systému učebných pomôcok, tempa učenia, učebného prostredia, individuálnych rozvojových postupov, riadne vyškolených odborníkov je potrebné zlepšovať aj environmentálne a sociálne podmienky.“ (Gyógypedagógiaia lexikon – Speciálnopedagógicky lexikón) (Mesterházi, 2001c)

Ľahké mentálne postihnutie je podskupinou porúch učenia, ktorých príčinou je dedičné alebo rané poranenie/dysfunkcia nervového systému, môžu sa objaviť aj poruchy lokomotoriky, zmyslov, správania a vývinu reči. Príznaky, ktoré ovplyvňujú vyvoj, môžu byť v individuálnej miere a v kombináciách: poruchy kognície, komunikácii, jemnej motoriky, alebo poruchy sociálnej

adaptácií. Väčšina ľudí s ľahkým mentálnym postihnutím môže viesť samostatný život v dospelosti. (Gyógypedagógia lexikon – Speciálno Pedagógicko lexikon)

Vychádzajúc zo spisov Gyulu Hatosa, **mentálne postihnutie** v podstate určuje vývoj a životnú situáciu v dospelosti vo všetkých základných životných činnostiach. „V detstve sa rečové schopnosti dajú dobre rozvíjať na priemernej úrovni, naučia sa postarať sa o seba. Dobre poznajú svoje okolie, zapadajú do skupín a niektorí sa učia čítať, písať a počítať. V mladosti a dospelosti sa osamostatňujú v sebaobslužbe na priemernej úrovni, vedia sa pohybovať v mieste bydliska a okolí, sú kooperatívni.Do rodiny zapadajú, ale vlastnú rodinu si nezakladajú. (Gyógypedagógia lexikon – Speciálno Pedagógicko lexikon)

6.4. Dôsledky mentálneho postihnutia

Skupiny mentálneho postihnutia podľa stupňa závažnosti a ich rozmiestnenia môžeme rozdeliť:

mierne (IQ medzi 70-50): 2,9-3,3 %

stredné (IQ medzi 49-35): 10%

ťažké (IQ medzi 20-34): 4 %

veľmi ťažké (IQ pod 20): 1,2 % (Csákvári, 2013)

Vysvetlenie charakteristiky jednotlivých skupín sú na základe učebnice „Základy liečebnej pedagogiky“ spracovanej Sándorom Illyésom, ktorá zahŕňa základné teoretické a praktické poznatky o výchove a rozvoji postihnutých detí.

6.5. Všeobecná charakteristika pohybového vývoja u mentálne postihnutých detí/štvudentov

Všeobecnú charakteristiku pohybového vývoja u mentálne postihnutých ľudí som spracovala podľa učebných materiálov Segedínskej Univerzity a podľa Illyésa (2000).

Rast a pohybový vývoj ľudí s mentálnym postihnutím sa líši od ich rovesníkov s normálnym vývojom. Podľa základných princípov vedy o vývoji človeka sú rast a vývoj dedične podmienené. Je to jednosmerný proces, ktorého prebiehajúce zmeny nie sú rovnaké v každej životnej

etape, v dôsledku nesúbežného vývoja orgánov a orgánových systémov. Počas vývoja sa s vekom mení aj vplyv dedičných a environmentálnych faktorov v závislosti od nervovej a hormonálnej regulácie životných funkcií. Na rozvoj osobnosti človeka má osobitný vplyv sociálne prostredie a výchova. (podľa učebných materiálov Segedínskej Univerzity) (Illyés, 2000)

U ľudí s mentálnym postihnutím sa vývoj telesnej stavby a pohybu líši od normálneho priebehu vývoja v niekoľkých významných bodoch. Ich telesná stavba sa môže líšiť v niekoľkých smeroch v závislosti od príčiny postihnutia. Ich telesné veľkosti sa líšia od zdravých detí, hoci rozdiel je zriedka štatisticky významný. Veľkostné rozdiely sa zvyšujú s vekom. Ich telesná stavba je často disproporčná, rozptyl je väčší ako u zdravých ľudí, pretože poruchy držania tela sú časté kvôli heterogénnej povahe skupiny postihnutých. (podľa učebných materiálov Segedínskej Univerzity) (Illyés, 2000)

Ich pohybový vývin je charakterizovaný spomaleným somatickým a motorickým vývinom, poruchami tonusu (hyper alebo hypo), spomaleným tempom vykonávania pohybu, nedostatkom pohybových zmien (nedostatok diferenciácie), rytmickou (napr.: bezrytmová chôdza) a dynamickou chudobou, pohybovým infantilizmom (napr.: širšia základňa, chôdza medvedíka), poruchy priestorovej orientácie, nepresné vykonávanie pohybu, poruchy koordinácie a rovnováhy, môžu sa objaviť súvisiace extrémne pohyby, ako sú disharmonické, rozpadavé, kusé pohyby. (podľa učebných materiálov Segedínskej Univerzity) (Illyés, 2000)

Stupeň poranenia určuje dezintegráciu pohybu, mentálne postihnutie môže byť spojené aj s obmedzením mobility. Príčinou porúch telesných schém je celková nezrelosť nervového systému. Ťažko sa orientujú vo vlastnom tele, sú neistí v priestore - nedokážu sa vnímať ako súčasť priestoru, ťažko merajú (veľké) vzdialenosti, ťažko sledujú smer. Prítomné sú poruchy koordinácie a niekedy aj nadmerné pohyby. Poruchou senzomotorickej koordinácie pre nedostatočné prijímanie podnetov (rôznych zmyslov), dochádza k vynechaniu, oneskoreniu, prípadne nepresnosti a nekoordinovanosti pohybovej reakcie. Charakteristický je nedostatočný rozvoj vizuomotorickej koordinácie (napr.: mierenie na cieľ, hra s loptou, strieľanie pierkom, atď.) (podľa učebných materiálov Segedínskej Univerzity) (Illyés, 2000)

6.5.1. Stručná charakteristika detí/študentov s ťažkým mentálnym postihnutím

Vo väčšine prípadov sa ťažká mentálna retardácia odráža aj na vzhľade. Kumulatívne sa vyskytuje vývojová porucha, štrukturálna anomália, narušenie telesných proporcií, symetrie tela,

odchýlka telesných rozmerov (výška, hmotnosť) od priemeru. Pohybový vývoj je zaseknutý na nízkej úrovni. Schopnosť meniť miesto a polohu, manipulácia väčšinou nedosahuje úroveň potrebnú pre sebestačnosť. Tento stav je často sprevádzaný výrazným pohybovým postihnutím, zvyčajne paralýza so zvýšeným svalovým tonusom, v dôsledku poškodenia nervového systému. Následkom toho dochádza k závažnému zúženiu kĺbového rozsahu pohybu (kontraktúry), a to sťažuje starostlivosť o postihnuté dieťa. Pohybové stereotypy predstavujú neustále, nevhodné opakovanie určitých foriem pohybu, napr. kolísanie, grimasy, búchanie hlavou a pod. (Illyés, 2000)

Reč sa nerozvíja – alebo len na veľmi nízkej úrovni. Zvukovej produkcii môžu brániť aj vážne poruchy reči. Môže sa vyskytnúť imitácia počutých hlasov. Chýba mimika a pantomíma. Sebavyjadrenie je veľmi slabo prítomné alebo neprítomné vôbec. (Könczei, 2009)

Povahové črty sú zastreté, charaktericky je „uzavretý svet“, prípadne môžu mať sklony k agresívnym či sebadeštruktívnym prejavom. Títo ľudia bývajú zraniteľní, potrebujú ústavnú alebo rodinnú starostlivosť a podporu počas celého života. Nemajú pocit nebezpečenstva ani nadhľad, vyžadujú neustále vonkajšie vedenie a kontrolu. (Gruiz, 2009)

Ani v ich prípade nemôžeme upustiť od rozvojových sedení. Pravidelný a veľmi dôsledný tréning a výchova v atmosfére lásky môže pomôcť priviesť človeka s ťažkým mentálnym postihnutím do rôznych úrovní sebaobsluhy. (Csányi, 2001)

6.5.2. Stručný popis detí/štvudentov so stredne ťažkým mentálnym postihnutím

U detí so stredne ťažkým mentálnym postihnutím sa vývinová porucha prejavuje takmer vo všetkých oblastiach vývinu: pohybový vývin, senzomotorické funkcie, vývin návykových úkonov, reči a sociálnych vzťahov. Dokonca aj vonkajší pozorovateľ si všimne niektoré anomálie a abnormality v jeho vzhľade a správaní. Medzi anatomické anomálie patria deformity lebky, celkový dojem z tváre a pohľadu, slabá mimika, odchýlky telesnej hmotnosti a výšky - nadmerná tučnota, alebo nedostatok telesného vývoja - držanie tela, porucha chôdze. Typicky majú slabú postavu, sú menej odolní voči chorobám a pri záťaži. (Kálmán & Könczei, 2002), (Illyés, 2000)

Vývinové poruchy hybnosti sú často sprevádzané pohybovým postihnutím, ktoré je spôsobené poškodením centier nervového systému. Ich manipulácia, ako aj hrubá motorika sú charakterizované s väčšou amplitúdou, dezorganizáciou, a spasticitou alebo ochabnutosťou. Pri úlohách, ktoré si vyžadujú kombináciu premiestňovania a manipulačných pohybov je narušenie integrácii pohybu badateľné. Ich pohyby sú nemotorné, členité, ochabnuté a je typické zhrbené držanie tela,

charakteristické sú ich nadmerné pohyby a vysoký stupeň pohybového nepokoja. Pohybový stav je často podfarbený takzvanými pohybovými búrkami, nevhodnými, neadekvátnymi, stereotypnými, opakujúcimi sa pohybmi: kývanie hlavou, kývanie trupom a pod. Jeho pohybová porucha ovplyvňuje aj psychickú výkonnosť. Môžeme to pozorovať hlavne pri takzvaných senzomotorických funkciách. V oblasti sebaobsluhy si nedokážu skoordinať potrebné zrakové a pohybové funkcie, alebo to dokážu až po veľkom funkčnom cvičení. (Könczei, 2009)

Grafomotorický výkon – písanie, kreslenie – sa vyznačuje schopnosťou používať ceruzku silným alebo slabým krútiacim momentom, v závislosti od svalovej kondície, ak mu to prostredie dalo možnosť precvičiť. Rád kreslí, no stereotypnosť je veľmi nápadná. Písanie môže v najlepšom prípade dosiahnuť úroveň kopírovania, ale písanie nebude prostriedkom na komunikáciu ich myšlienok. (Illyés, 1976)

Zdlhavý priebeh vývinu reči odráža aj vysoký stupeň nerozvinutia vyšších psychických funkcií. Čas objavenia sa prvých slov je o niekoľko rokov neskôr v porovnaní s normálnym vývojom. Súvislá reč sa rozvíja až v školskom veku, no aj vtedy je formálna časť reči často nesprávna, reč je rozmazaná, ťažko zrozumiteľná a ich slovná zásoba je veľmi chudobná. Často sa však pozoruje, že v porovnaní s nízkou úrovňou vývinu reči – slovná zásoba, artikulácia, rečová motivácia – úroveň porozumenia reči je lepšia. Jedným z bizarných znakov vývoja reči je niekedy echolália, nezmyselné opakovanie reči iných ľudí. (Könczei, 2009), (Illyés, 2000)

V špecifickom priebehu vývinu reči zohráva úlohu aj vysoká miera vývojového oneskorenia psychických funkcií, ide o záujem, pozornosť, pamäť, myslenie. Typické je pre nich zmätené a nepresné vnímanie a ich kognitívna činnosť spracováva citlivé prvky. Zaznamenávanie poznatkov je mechanické a jeho použitie a aplikácia naráža na veľké ťažkosti. Ich schopnosť posudzovať je slabá, svoje poznatky ťažko aplikujú v nových situáciách. Len časť z nich je schopná naučiť sa základné čítanie alebo počítanie. (Illyés, 2000)

Aj po ustálení sociálneho správania často zistíme, že títo ľudia sú podráždenejší, agresívnejší alebo apatickejší ako ich zdraví rovesníci v podobnom veku. Môžu za to komunikačné ťažkosti, izolovaný životný štýl, nesprávna rodinná výchova, príliš uzavreté tzv. hyperprotektívne prostredie a pod. Rozvoj sociálnych zručností sa často začína intenzívne až v komunitách, ktoré sú pre nich organizované v dôsledku odbornej výchovnej práce. Ich vedomé činy sú najčastejšie motivované primárnymi potrebami a pocitmi. Málokedy premýšľajú o dôsledkoch svojich činov, ťažšie ovládajú svoje inštinktívne prejavy, ich reakcie sú búrlivejšie a ľahšie sa vrhnú do záchvatov zúrivosti. Sú silne naviazaní na svoju rodinu a opatrovateľov a sú citliví na pochvalu. (Könczei, 2009), (Illyés, 2000)

Stredne ťažké mentálne postihnutie by sa preto malo posudzovať celkovo, ako globálny pokles intelektuálneho rozvoja, ako poškodenie takmer všetkých psychických funkcií. Ľudia so stredne ťažkou mentálnou retardáciou sa vedia vyjadrovať rečou, rozumejú pokynom a výzvam a

konajú podľa nich. Ich rozvoj sa prejavuje v oblasti sebaobsluhy, rozvíjania správnych návykov správania sa v malých komunitách, spoznávania bezprostredného prostredia a orientácie v ňom a vytrvalého vykonávania základných úkonov. **Nebudú však môcť viesť samostatný život, iba ochranné a kontrolné prostredie im môže zabezpečiť riadny ľudský život. Nedokážu užiť rodinu a vychovávať potomstvo.** (Mesterházi, 2001)

6.5.3. Stručný popis detí/štvudentov s ľahkým mentálnym postihnutím

Medzi osoby s poruchami učenia patria deti s ľahkým mentálnym postihnutím (podľa začlenenia v Maďarsku). V tomto prípade nie je psychické poškodenie také zjavné ako pri ťažších formách, pretože ich telesný vývoj a rozvoj jednoduchších foriem správania môže vykazovať úplne zdravý vývojový proces. (Szekeres, 2011)

Porucha vývinu sa prejavuje až na vyšších úrovniach vývinu a vyšších psychických funkciách. V rodinách žijúcich na nízkej sociokultúrnej úrovni si pomalší intelektuálny vývin dieťaťa všimnú väčšinou len odborníci. V prípade rodín sa to nezdá, nie je jasné, že vedomosti dieťaťa sú menšie. Poruchy v jeho vývine sa môžu prejaviť predovšetkým vo vývine reči. Časté sú rečové chyby, okrem aktívnej slovnej zásoby je obmedzená aj pasívna slovná zásoba, no veľmi často je znížená potreba osvojovať si vedomosti. Zastavuje sa na hraniciach daných skúsenosťami. Tento príznak vývinovej poruchy – ktorý by sa dal nazvať aj zúžením intelektuálneho záujmu – môže prostredie výrazne modifikovať. (Hoffmann & Mezeiné, 2006)

Vplyv rečových chýb a ťažkostí vo vyjadrovaní sa prejavuje aj v učení. Verbálne pokyny a vysvetlenia nedostatočne usmerňujú ich činy a reč ich nereguluje tak, ako ich zdravých rovesníkov. Majú ďalšie ťažkosti s rozvíjaním logického myslenia, prepojením, logická postupnosť v ich rozprávaní je chybná a neúplná. Vyznačuje sa nižšou úrovňou priestorového a časového uvedomenia a obtiažnosťou uchopenia medziludských vzťahov. Ágota Szekeres píše, že kognitívne schopnosti, napr. vnímanie a riešenie problémov je ťažšie, procesy vnímania sú nepresnejšie. Postihnuté sú všetky tri stupne a oblasti pamäti. Zameranie, rozsah a intenzita pozornosti je menšia. (Szekeres, 2011)

Vo vývoji pohybu sú prítomné poruchy svalového tonusu a koordinácie, ovplyvnená je orientačná schopnosť, plánovanie a ovládanie pohybu, neúplná je aj priestorová a časová orientácia.

Jednou z príčin nedostatočnej motivačnej schopnosti je samotné poškodenie nervového systému a na druhej strane detské prostredie nie je dostatočne motivujúce. To ovplyvňuje prácu, typická môže byť pomalosť, rýchla únava alebo nedostatok vytrvalosti. (Könczei, 2009)

Ich správanie je celkovo vyrovnané a harmonické. Ich komunikačné schopnosti sú dobré, ale dlhodobá spolupráca si vyžaduje rôznorodé a sugestívne vplyvy. Môže sa objaviť aj ich infantilné správanie – napríklad nedostatok zábran voči cudzím ľuďom alebo útek v úplne neoprávnenej panike. Vysvetlenie situácii, láskavé a priateľské správanie nepomáhajú dostatočne vyriešiť úzkosť a strach, niekedy možno pozorovať neurotické symptómy – napr. tiky, obhrýzanie nechtov, potenie. Ich správanie je silnejšie ovplyvnené ich emocionálnymi vzťahmi, ich náladami, zmenami situácií alebo nedostatkom obvyklého poriadku. Dlhodobé, vzdialené ciele - v porovnaní s dojmami konkrétnej, priamo prežitej skúsenosti - hrajú podriadenú úlohu. Problémy môže spôsobovať integrácia, u chlapcov sa častejšie objavuje agresivita, u dievčat prílišná prispôsobivosť. (Könczei, 2009), (Szekeres, 2011)

Na rozdiel od ľudí žijúcich s ťažšou mentálnou retardáciou, ktorí svoju výnimočnosť takmer nerozoznávajú, a preto ňou toľko netrpia, často pociťujú zvláštne ťažkosti v sebahodnotení a pocit menejcennosti, ktorý sa môže v integrovanom prostredí ešte zintenzívniť. Ich sociálne roly tiež vykazujú zníženú samostatnosť, sú viac závislí na svojom prostredí. Priame a konkrétne príklady správneho správania, ktoré sa dajú modelovať, napomáhajú k prispôsobovaniu, ale čím viac možností rozhodovania človek má, tým väčšie ťažkosti bude mať s prispôbením. (Illyés, 2000) V mnohých situáciách sú aktívni a samostatní, vedú riešiť svoje jednoduché pracovné úlohy a vedú využiť svoje vedomosti, ak sa ocitnú vo vhodnom akceptujúcom prostredí. Rozvíjajú hodnotné, pozitívne charakterové vlastnosti, učia sa a uplatňujú normy sociálneho správania a rozvíjajú svoju spoločenskú schopnosť. Dôležitú úlohu zohráva rodina a menšie skupiny. Vhodný vzťah rodič – dieťa, chápaný, akceptujúci a podporujúci rodičovský postoj najviac podporuje rozvoj sociálnej kompetencie. (Csákvári, 2013)

Mladí ľudia, ktorí končia štúdium, dosahujú svojím vzdelaním, komunitnou adaptabilitou a pracovnými zručnosťami taký stupeň rozvoja, že sú schopní viesť svoj život takmer samostatne, s malou pomocou. Samozrejme, stále potrebujú podporu a pomoc svojho okolia. Uplatnia sa však v jednoduchších zamestnaniach, spoločenských rolách, v manželstve a vedú vychovať svoje deti. Zdá sa, že **pri riešení úloh, ktoré ich v živote čakajú, najdôležitejšiu rolu majú komunikačné zručnosti, pracovná morálka, vytrvalosť a emočná vyrovnanosť.** (Csányi, 2001)

Integráciu mladých ľudí s ľahkým mentálnym postihnutím možno považovať za úspešnú len vtedy, ak budú prácuschopnými dospelými, a naučia sa využívať všetky práva, ktoré Ústavné právo poskytuje všetkým občanom, teda aj im. Ich volebné právo a ich túžby založiť si rodinu nie sú u nás obmedzené. **Po školskom štúdiu, a po vhodnej voľbe povolania značná časť z nich je „pohltená“, miznú v spoločnosti, ich vylúčenie je eliminované adekvátnou podporou.** (Gordosné, 2004)

7. Metodológia výskumu

Výskumná činnosť tejto práce spočíva v skúmaní vplyvu tanečno - pohybovej terapie na pohybovú pamäť u detí vo veku 14-16 rokov s ľahkým mentálnym postihnutím. Mojm cieľom bolo tiež zistiť vplyv TPT: na emócie, na problémy so správaním, na hyperaktivitu a nepozornosť, na prosociálne správanie a na problémy v rovesníckych vzťahoch. Tento výskum sa zaoberá skupinou detí v školskom prostredí, kde počas 6 týždňov boli zavedené skupinové tanečno-terapeutické sedenia dvakrát do týždňa. Všetky deti chodia do rovnakej triedy (8. ročník), kognitívne funkcie sú všeobecné nižšie ako v druhej ôsmej triede, všetky deti trpia poruchou pozornosti a agresivita je v celej škole (aj v triede) vysoká.

Pri hľadaní v **medzinárodnej literatúre** sa mi nepodarilo nájsť literatúru, ktorá by sa zaoberala mojou hlavnou témou, a to vzťahom TPT a rozvoja pohybovej pracovnej pamäte. Pamäť patrí do skupiny kognitívnych funkcií, ktorých rozvoj súčasná veda sleduje a skúma prostredníctvom mnohých výskumov. Žiaľ tieto výskumy nebývajú bežne spojené s TPT, ale často iba s tancom alebo s pohybom, a neskúmajú ani moju cieľovú skupinu: deti s ľahkým mentálnym postihnutím. Podľa metaanalytického článku od Su a Jiao (2021), v ktorom skúmali vplyv tanečnej intervencii, okrem iných aj na kognitívne funkcie u starších dospelých pacientov, s miernou kognitívnu poruchou, zistili, že **tanečná intervencia významne zlepšila globálne kognitívne funkcie. Najsilnejšie ovplyvnila memorizáciu a pozornosť**. Podľa autora sa cez tanečné aktivity zlepšuje pozornosť vďaka taktilnej a auditívnej a vizuálnej stimulácii. (Liu and Su, 2021)

Bidzan-Bluma a Lipovska (2018) skúmali vplyv fyzickej aktivity na rozvoj kognitívnych funkcií u detí. Podľa nich detstvo je dôležitým a citlivým obdobím v rozvoji kognitívnych funkcií, napriek tomu je málo takých publikácií, ktoré skúmajú vzťah medzi športom a rozvojom kognitívnych funkcií. Podľa sumarizácii existujúcich výskumov zistili, že je pozitívna korelácia medzi športom a rozvojom kognitívnych funkcií. Skúmali oblasti pozornosti, myslenia, jazyka, učenia a pamäti, a dokázali, že športová aktivita v neskoršom detskom veku pozitívne vplyva na kognitívne a emocionálne funkcie. **Pozitívnu koreláciu našli medzi fyzickou aktivitou a pracovnou pamäťou** u detí vo veku 8-12 rokov, takisto zistili, že dlhšie koordinačné tréningy sú tiež spojené s lepšou funkciou krátkodobej pamäte. (Bidzan-Bluma a Lipovska, 2018)

Sabine C. Koch a jej tím (2019) sumarizovali výskumy ohľadom vplyvu tanca a TPT v súvislosti so psychologickými výsledkami. Zhrnuli výsledky 41 výskumov v oblastiach kvality života, depresie, úzkosti, **medzil'udských vzťahov, kognitívnych** a psychomotorických funkcií. Podľa týchto výsledkov TPT zvyšuje kvalitu života, zvyšuje rozvoj kognitívnych funkcií a medzil'udských vzťahov a znižuje depresiu a úzkosť. Ďalej zistili, že tanečná intervencia pozitívne vplyva na psychomotorické

funkcie. Nasledujúce testy dokázali, že za 22 týždňov po ukončení terapie zostali výsledky stabilné alebo len jemne klesli. (Koch, 2019) Zaujímavosťou je, že obvykle pri výskumoch sústredujúcich na kognitívne funkcie je cieľovou skupinou staršia populácia kvôli zníženiu mentálnych schopností, ale nenašla som aktuálne výskumy rovnakého charakteru pre mentálne postihnuté deti.

Podľa zhrnutí teoretických základov v mojej absolventskej práci budem skúmať nasledujúce hypotézy a budem hľadať odpovede na vedľajšie výskumné otázky:

Hypotéza:

H1: Predpokladáme, že tanečno-pohybová terapia má priaznivý účinok na rozvoj pohybovej pracovnej pamäte u detí s ľahkým mentálnym postihnutím.

H2: Predpokladáme, že tanečno-pohybová terapia dokáže ovplyvniť správanie celej skupiny aj jednotlivých členov.

- 1. Dá sa prostredníctvom TPT priaznivo ovplyvniť emocionálna rovnováha skupiny a členov skupiny?*
- 2. Dá sa prostredníctvom TPT priaznivo ovplyvniť nepokoj a nepozornosť skupiny a členov skupiny?*
- 3. Dajú sa prostredníctvom TPT priaznivo ovplyvniť problémy so správaním u členov skupiny?*
- 4. Dá sa prostredníctvom TPT priaznivo ovplyvniť prosociálne správanie skupiny a členov skupiny?*
- 5. Dajú sa s prostredníctvom TPT priaznivo ovplyvniť rovesnícke vzťahy v skupine?*

Pre výskumnú činnosť som zvolila kvantitatívne meracie formy, ktoré pracujú s presnými dátami a so štatistickými metódami. (Bačíková, Janovská, 2018)

K výskumu budem používať nasledujúce metódy:

- Test na meranie pohybovej pracovnej pamäte
- Dotazník silných stránok a ťažkostí (SDQ)

Test na meranie pohybovej pracovnej pamäte:

Po rozhodnutí, že v mojej absolventskej práci budem skúmať rozvoj pohybovej pracovnej pamäte, som začala pátrať po teste a po odbornej literatúre, ktorá sa zaoberá danou problematikou. Vo viacerých literatúrach sa zmieňuje pohybovú pamäť, ale o meraní sa píše iba v jednom článku, ktorý teraz predstavím.

V odbornom časopise ROYAL SOCIETY OPEN SCIENCE v roku 2020 vydali článok, kde autorka, Elena Nicoladis z University of Alberta predstavila výskum o opakovaní testu od autorov Wu a Coulson (2014). Tento článok bol jediný, kde som našla konkrétnu tému zaoberajúcu sa pohybovou pracovnou pamäťou. Podľa prvého výskumu pohybová pracovná pamäť je relatívne nezávislá od vizuo-priestorovej pracovnej pamäte. Pohybová pracovná pamäť je základom učenia a spracovania motorických úloh, napr. porozumenie gest. Autori hlásili, že v teste zaznamenali vysokú spoľahlivosť. (Wu and Coulson, 2014). Pri opakovaní výskumu hľadali odpovede na nasledujúce otázky:

- je medzi rozsahom pohybu a pripomenutím pohybu vysoká korelácia?
- Je nedostatok korelácie medzi rozsahom pohybu na jednej strane a vizuálno-priestorovej a verbálnej pracovnej pamäte na druhej?

Po replikácii výskumu našli rovnaký vzorec výsledkov, aké zaznamenali Wu a Coulson. (Nicoladis, 2020)

Pri meraní pohybovej pracovnej pamäte použili test od Wu a Coulsona, ktorý obsahuje 45 nekonvencionálnych gest, ktoré sú organizované do piatich úrovní. Účastníci testu plnia všetky úrovne tak, že v jednotlivých úrovniach pribudli nové pohyby. To znamená, že pri prvej úrovni mali účastníci podľa videa zrkadlovo napodobňovať 1 gesto, pri druhej 2 gestá, pri tretej 3 gestá atď. Pri vyhodnotení dostalo každé správne predvedené gesto 1 bod, čiastočne úspešné predvedenie dostali 0,5 bodu a pre nesprávne predvedenie (pri predvedení bolo viac nesprávnych parametrov) dostali 0 bodov. Maximálne sa teda dalo dosiahnuť 45 bodov, dosiahnutie viac bodov indikuje lepšiu funkciu pohybovej pracovnej pamäte. Počas testovania boli spravené videozáznamy, ktoré vyhodnocovali 2 nezávislé osoby. (Nicoladis, 2020)

Mojim pôvodným plánom bolo používať spomenuté testy, keďže v odbornej literatúre ani po dlhom hľadaní som nenašla žiadne iné, ale žiaľ testy mi neboli poskytnuté. Po konzultácii s vedúcim práce sme sa dohodli, že sa pokúsim adaptovať už existujúci test na pohybovú pracovnú pamäť, alebo si vytvoriť nový test pre tento účel.

Najlepším riešením mi pripadalo adaptovať „Test pre vyšetrenie stavu a pohybu (Az állapot és mozgásvizsgálo teszt)” od Katalin Lakatosovej, ale po konzultácii s odborníčkou na pohyb

(somatopedagóg, konduktor) som zistila, že väčšina úloh v teste by nedala relevantné výsledky o pohybovej pracovnej pamäti.

Napriek tomu, že test od Lakatosa som neadaptovala, nechala som sa inšpirovať so **štvortaktnými úlohami** z jej testu. Prečo som vybrala štvortaktné cvičenia?

Vysvetlím podľa Lakatosa (2000): Pri dvoj a štvortaktných cvičeniach je potrebná súčasná viacsmerná pozornosť, schopnosť vykonávať pohyb, zmysel pre rovnováhu, regulácia tónu svalov a rytmu pohybu, kopírovanie motorických vzorcov, t.j. schopnosť pozorovať a reprodukovať. Ako som spomínala v kapitole o pozornosti, na pohybovú pamäť vplyva veľa aspektov, ako sú aj vhodné uvedomenie si tela, telesná schéma, vnímanie postupnosti pohybových prvkov, zapamätanie a spájanie pohybových prvkov. Zručnosť seriality je veľmi dôležitá pre orientáciu v priestore a čase už v ranom veku. **Sériová aplikácia správne zvládnutých pohybových sekvencií pomáha pri rozvoji rozprávania, písania, čítania a mnohých ďalších významných činností.** U detí, ktorých serialita a motorická pamäť sa nevyvinie do 6. roku života na určitú úroveň, sa môžu objaviť ľahšie a ťažšie poruchy schopnosti učenia. Podľa Lakatoša stojí za to zlepšiť rozvoj týchto žiakov vykonávaním dvoj- a potom štvortaktných úloh. (Lakatos, 2000)

Použiť štvortaktné cvičenia k meraniu pohybovej pracovnej pamäti sa mi zdalo byť rozumným aj užitočným rozhodnutím, dokáže naraz namerať aj rozvíjať pohybovú pracovnú pamäť.

Samozrejme je nemožné merať motorickú pracovnú pamäť detí bez vplyvu iných faktorov (napr. motorické schopnosti, pozornosti a pod.). Preto pripravujem komplexnú tabuľku telesných a duševných vlastností mladých ľudí zúčastňujúcich sa výskumu. V skutočnosti hodnotím pokrok každého účastníka podľa jeho vlastného rozvoja. Test samozrejme nie je štandardizovaný, preto výsledky testu budú mať informačný charakter.

Popis testu na meranie pohybovej pracovnej pamäte:

- Test pozostáva zo 14 úloh, úlohy sú čoraz ťažšie (takže prvá úloha je najľahšia, štrnásť je najťažšia).
- Každá úloha pozostáva zo štyroch taktov, počet motorických úloh sa postupne zvyšuje a v každom takte sa stáva ťažším.
- Podstatou motorickej pamäte je, že dieťa vykonáva predloženú úlohu a musí si zapamätať a replikovať svoje vlastné pohyby.
- Pre lepšie pochopenie je súčasťou úlohy výklad (najmä pri prezentácii), nasleduje spoločný pohyb (terapeut a dieťa pohyb vykonávajú spoločne) a následne dieťa vykonáva cvičenie samo.

- Výskum je o pracovnej pamäti, dieťa po vykonaní pohybu musí pohyb replikovať 20-30 sekúnd (dovtedy funguje pracovná pamäť).
- Každý dobre vykonaný takt má hodnotu 1 bodu. Ak dieťa vykonáva úlohu rytmicky, alebo zvládne správnu koordináciu ruky a nohy pri určitých úlohách, alebo úspešne dokončí počet jednotlivých pohybov, môže získať +1 bod
- Začiatkové a konečné pozície sú vo všetkých úlohách rovnaké a za ich splnenie sa udeľuje 1 bod.
- Vyhodnotenie vykonaného testu je realizované pomocou kamerového záznamu, vyhodnotia ho 2 nezávislé osoby (rovnako ako u Wu a Coulsonovho testu).
- Dôležitým faktorom je, ako dieťa vykonáva sled pohybov s pomocou terapeuta, pretože to si musí zapamätať. Pohybové vlastnosti detí, ako je nedbalé držanie tela či rúk, preto pri vyhodnocovaní testu nehodnotím negatívne.
- Test je pridaný do prílohy c. 4

Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ):

Dotazník silných stránok a ťažkostí (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ) je krátky behaviorálny skrínigový dotazník pre 2-17 ročné deti. **Cieľom testu je meranie prosociálneho správania a psychopatológie**, jednotlivé verzie **môžu vyplniť rodičia, učitelia alebo mladí ľudia**. Existuje v niekoľkých modifikáciách, aby vyhovovali potrebám výskumníkov, lekárov a pedagógov. Každá verzia obsahuje jeden až tri z nasledujúcich komponentov: dotazník sa pýta na 25 atribútov, niektoré atribúty sú formulované pozitívne a iné negatívne.

Týchto 25 položiek je rozdelených do 5 stupníc.

- 1) emocionálne symptómy
- 2) problémy so správaním
- 3) hyperaktivita/nepozornosť
- 4) problémy s rovesníckymi vzťahmi
- 5) prosociálne správanie (sdqinfo.org)

V mojom výskume som používala rozšírenú verziu SDQ. Tieto dotazníky sa pýtajú, či si respondent myslí, že má problém v skúmaných oblastiach. Poskytuje užitočné informácie pre výskumníkov o chronicite, tiesni, sociálnom oslabení a záťaži pre prostredie. (Goodman, 1999). Rozšírená verzia je obohatená o **doplňujúce otázky na použitie po intervencii**. Skúma, či zásah

robit problémy znesiteľnejšími. Aby sa zvýšila šanca na zistenie zmeny, rozšírené verzie SDQ sa pýtajú na „posledný mesiac“, na rozdiel od „posledných šiestich mesiacov alebo tohto školského roka“, čo je referenčné obdobie pre štandardné verzie. (sdqinfo.org, Goodman, 1999) Mojm cieľom bolo sledovanie, či po 6 týždňovom bloku TPT nastanú merateľné zmeny v daných oblastiach. Pri bezplatnom použití sa dajú testy voľne stiahnuť zo stránky: [https://depts.washington.edu/dbpeds/Screening%20Tools/Strengths and Difficulties Questionnaire](https://depts.washington.edu/dbpeds/Screening%20Tools/Strengths_and_Difficulties_Questionnaire) Dotazníky, ktoré som použila počas mojej práce, boli preložené do maďarčiny.

Výsledky testov budú použité pri spracovaní odpovedí na výskumné otázky.

Forma a štruktúra terapeutickej intervencie:

Počas mojej výskumnej práce prebiehali tanečno-pohybové terapie v skupinovej forme. Aplikované tanečné a pohybové terapeutické cvičenia boli vopred konzultované s vedúcim práce na Akadémie Alternatíva.

Štruktúra jednotlivých terapií bola nasledujúca:

- Privítanie a počiatková reflexia
- Rozohriatie
- Vlastná práca s terapeutickou témou
- Riadený rozhovor
- Relaxačné cvičenia
- Uzatvorenie terapie

Terapeutický výskum s využitím tanečno - pohybovej terapie **dodržiava zásady etiky.**

Uskutočnil sa so súhlasom detí a so súhlasom ich zákonných zástupcov. Písomný súhlas rodičov a opatrovníkov je priložený k tejto práci. Citlivé dáta v absolventskej práci neboli používané.

PRAKTICKÁ ČASŤ

8. Výskumný projekt - Predmet a ciele

Predmet tejto práce spočíva v skúmaní vplyvu tanečno - pohybovej terapie na pohybovú pracovnú pamäť u detí vo veku 14-16 rokov s ľahkým mentálnym postihnutím, tiež vplyvu TPT na správanie: na emócie, na problémy so správaním, na hyperaktivitu a nepozornosť, na prosociálne správanie a na problémy vo vzťahoch medzi rovesníkmi.

Pri **určení cieľov** som zohľadňovala potreby skupiny. Ako prvotný cieľ som definovala: pomáhať deťom tak, aby sa vedeli učiť celkovo ľahšie. Po konzultácii s Máriou Beníčkovou sme rozvinuli moju myšlienku o rozvoji pamäte, a zúžili ju sme na pohybovú pamäť. Druhým cieľom bolo, aby som terapiou vedela priblížiť detí k sebe a ostatným, vytvoriť väčšiu jednotu v skupine a s tým ovplyvniť ich správanie.

Keďže skupinu tvoria detí z triedy, v ktorej som triednou učiteľkou, a v tomto školskom roku ukončia základnú školu po 8. ročníku, je veľmi nízka pravdepodobnosť, že dokážem s nimi pracovať dlhodobo. Vytvorila som ciele hlavne krátkodobé, ale uvediem aj ciele strednodobé a dlhodobé pre prípad, ak by sme vedeli aj naďalej spolupracovať.

Krátkodobé ciele: rozvoj pohybovej pamäte a tým zlepšenie kognitívnych funkcií, zlepšenie komunikácie a správania sa medzi členmi skupiny, vytvoriť v skupine pocit bezpečia a uvoľnenia, rozšírenie pohybových vzorcov, zlepšenie pozornosti a vnímania.

Strednodobé ciele (teoretické): rozvoj hrubej a jemnej motoriky, rozvoj expresie cez pohyb, rozvoj spoznávania, uvedomenia a vyjadrenia emócií, zvýšenie sebahodnoty a rozvoj sebaprijatia.

Dlhodobé ciele (teoretické): sebarozvoj detí, hlboká práca s emóciami

8.1. Kazuistika

Skupinu predstavím z celkového hľadiska, aj jednotlivé deti.

Nie všetci členovia skupiny navštevujú našu základnú školu niekoľko rokov, máme novú študentku z inej inštitúcie. Žiaci súčasného 8. ročníka nevytvorili začiatkom roka súdržnú komunitu pre mnohé personálne zmeny. Učiteľka, ktorá viedla triedu odišla na konci minulého školského roka do dôchodku, a tak som bola požiadaná, aby som prevzala funkciu triednej učiteľky. Momentálne deti učím hlavné predmety, okrem toho vediem aj hodiny etickej výchovy a triednicke hodiny. Tieto hodiny sme mohli využiť na realizáciu tanečno-pohybových terapeutických aktivít.

Oproti minulému roku odišlo z našej školy viac učiteľov, prišli noví pedagógovia, s čím sa deti ťažko vyrovnávajú, čo sami viackrát vyjadrili. Oproti minulému roku sa zmenilo aj zloženie

triedy. Dieťa, ktoré bolo integrovaným žiakom, ukončilo základnú školu a pokračuje v štúdiu na učilišti a ďalšie dieťa prišlo do triedy z inej školy.

Na začiatku školského roka bola trieda 9 členná. Jedno dieťa prešlo na režim súkromného štúdia od druhého polroka. V mojom výskumnom projekte sa z 8 aktívnych detí zúčastnili 7.

Všetci žiaci v triede majú základnú diagnózu F70 alebo F79. Deti sú vo veku od 14 do 16,5 rokov. Napriek tomu sú ich intelektuálne a pohybové schopnosti veľmi rozdielne a všetci žiaci potrebujú individuálnu pomoc počas vyučovania. Porucha pozornosti je typická pre všetky deti a často sa stretávame s nedorozumeniami v komunikácii a problémami s porozumením reči alebo textu. Žiaľ, vysoký faktor agresivity je charakteristický pre celú školu. Verbálna agresia, šikanovanie cez sociálne médiá alebo fyzické násilie je každodenným problémom medzi deťmi. Agresia sa často vyskytuje aj v našej triede, v škole je prítomná väčšinou vo vyšších triedach. Dôvodom je nevyhovujúce rodinné zázemie, zlé rodinné pomery alebo vzorce správania (aj medzi rovesníkmi), často bol agresor sám v minulosti týraný.

V triede sa vytvárajú kamarátske vzťahy, vznikli viacročné priateľstvá, iné naopak trvajú len pár týždňov, následne deti stratia o seba záujem. Vyváženej dynamike skupiny zabraňujú aj duševné a behaviorálne poruchy niektorých študentov, suicidný syndróm, sebaškodovanie alebo bipolárna porucha osobnosti.

8.2. Predstavenie členov therapeutickej skupiny

Pri predstavovaní členov skupiny sa budem držať charakterizácii :

- osobnosti
- z pedagogického hľadiska
- pohybu
- rodinného zázemia
- zdravia

Mená detí sú vymyslené. V tabuľkách namiesto mená používam číslovanie účastníkov.

Mariana (č. 1.): Dievča, 16,5 ročná. Prišla do triedy z inej školy kvôli tomu, že úrad na ochranu detí ju odobral z rodiny, a umiestnili ju v detskom domove. Osobnostne dokáže byť občas veľmi milá a starostlivá, vtedy pestuje hlavne vzťahy s pedagógmi a s určitými deťmi zo školy. Ak má zlé obdobie, je introvertná, ubližuje každému v okolí, verbálne aj fyzicky, vtedy je častokrát

prítomné sebapoškodzovanie. Pravidelne dostáva psychiatrickú liečbu. Z pedagogického hľadiska dokáže byť na hodinách aktívna, občas proaktívna, rýchlo sa učí novým veciam. Kvôli častej zmene liekov alebo nálady je väčšinou počas vyučovania inaktívna, ak niekto vyrušuje vyučovanie, rada sa k dotýčnému pridá, hľadá v tom vzrušenie. Má krehkú telesnú konštitúciu, občas má problémy s príjmom potravy. Charakteristické je nesprávne držanie tela, pohyby má pomalé, zadržané. So svojou rodinou udržiava pravidelný kontakt. Navštevuje ju mama a staršia sestra, mladšieho brata má pri sebe v detskom domove. Otec zomrel pred 2 rokmi. Matka vyrastala tiež v detskom domove. Od študentky som dozvedela, že sa otec staral o rodinu viac. V minulosti boli časté rodinné hádky a násilie. Okrem duševných porúch nebýva často chorá, do školy chodí pravidelne, nosí okuliare.

Lara (č. 2.): Dievča, 15 ročná. Do našej školy chodí od prípravného ročníka. Pravdepodobne bola nesprávne diagnostikovaná, alebo hladina intelektu je na hranici ľahkej až stredne ťažkej mentálnej retardácii. Osobnostne dokáže byť milá a dobrosrdečná, ale súčasne s infantilnými prejavmi, zámerne dráždi a provokuje svojich spolužiakov. V škole vyhľadáva kontakt s rovesníkmi, z triedy má 2 kamarátky. Verbálne sa prejavovať dokáže s pomocou, svoje emócie prejavuje prehnane, bez ohľadu na svoje okolie. Na vyučovacích hodinách je ťažké udržať jej pozornosť, potrebuje stálu pomoc, motiváciu a kontrolu. Jej pohyb je nekontrolovaný, často sa rozbehne, používa veľké gestá alebo nadmernú silu. Grafomotorika je veľmi slabá. Má stabilné rodinné zázemie, starostlivých, milujúcich rodičov, obaja jej venujú dostatok času. Súrodencov nemá. S matkou sa poctivo pripravuje na každý školský deň, má vždy pripravené úlohy, projekty, poctivo sa chystá na písomky, kvôli tomu má dobré známky. Má diagnostikovanú epilepsiu, v tomto školskom roku zatiaľ bez záchvatu, nosí okuliare, má nadváhu, skoro vôbec nebýva chorá.

Matko (č. 3.): Chlapec, 15 ročný. Je milý, priateľský, zhovorčivý, má zmysel pre humor (aj príliš), v triede má dominantnú rolu medzi chlapcami. Často sa dostane do konfliktov, napriek tomu nebýva agresívny, často vyhľadáva priateľstvá okrem triedy, a vždy sa skamaráti s inými dominantnými (často agresívnymi) chlapcami. Na vyučovacích hodinách dokáže byť veľmi šikovný, je hrdý na seba, ak niečo správne urobí, ale súčasne ľahko stráca pozornosť, často protestuje proti účasti na hodinách (nechce sa mu). Má pevnú, širšiu postavu, nesprávne držanie tela, jeho chôdza je kolísavá. Má silné okuliare, napriek tomu píše extrémne malými písmenami. Rodinné zázemie je momentálne dobré, má dve mladšie sestry, žije s mamou a nevlastným otcom. Jeho vlastný otec fyzicky týral rodinu, keď bol v útľom veku, o týchto traumách často rozpráva. Momentálne s biologickým otcom neudržiava kontakt. Do školy chodí pravidelne, bol málo krát chorý, ale každý týždeň sa sťažuje na zdravotné problémy, ako bolesť hlavy, bolesť hrdla, brucha, únavu, bolesť

zubov, nádchu atď., už sme to spolu naučili riešiť počas školského dňa. (Napríklad na bolesť hrdla mám pri sebe vždy mentolové cukríky, atď.)

Esmeralda (č. 4.): Dievča, 14 ročná. Je milá, priateľská, nekonfliktná, extrémne tichá na hodinách, počas prestávok aj s rovesníkmi. Je bojazlivá, ak jej niekto ubližuje, nahlási to až po určitom čase, nedokáže sa brániť. Má diagnostikovaný elektívny mutizmu. Svoje emócie často prejavuje kresbami pre tých, ktorých má rada. Na vyučovacích hodinách je veľmi tichá, potrebuje nápomocné otázky k slovnému prejaveniu. Grafomotorika je dobrá, má cit ku gramatike, pekne kreslí. Má širšiu postavu tela s nadváhou, má veľkú fyzickú silu. Charakterizuje ju nesprávne držanie tela, chôdza je stabilná na širšej báze, má pomalšie psychomotorické tempo. Žije s matkou a s priateľom matky. Má staršiu matku, má dve staršie sestry, jedna sestra má stredne ťažké mentálne postihnutie, žije v ústave. Podľa mojich skúseností sa matka svojej dcére príliš nevenuje pri príprave do školy, skôr ju zamestná doma s domácou prácou, čo je prospešné k jej sebestačnosti. S priateľom matky vychádza dobre. Zdravie má dobré, bola chorá počas tohto roka dvakrát s chrípkou.

Barborka (č. 5.): Dievča, 15 ročná. Je milá, veľmi priateľská, nekonfliktná, zhovorčivá, nápomocná, vyrovnaná. Na začiatku školského roka neprejavovala takmer žiadne emócie, teraz je oveľa otvorenejšia. Na vyučovacích hodinách nebýva proaktívna, ale poctivo sa pripravuje, samostatne pracuje, vie požiadať o pomoc. Pekne číta, má dobrý pravopis. Zaujíma sa o svet, pravidelne sa informuje o veciach, ktoré ju zaujímajú. Vytvára v triede priateľstvá. Je pomerne vysoká, má nadváhu, pri chôdzi má ťažké kroky, má pestrú gestikuláciu s plynulými pohybmi. Rodinné zázemie je premenlivé. Na jeseň sa jej rodičia rozviedli, a zomrela jej starká. Pravdepodobne tieto udalosti prispeli k jej uzavretosti. Momentálne žije s matkou, a s priateľom matky. Otca stretáva každý druhý týždeň, majú veľmi dobrý vzťah. Matka sa nezúčastňuje na rodičovských stretnutiach, iba v nutných prípadoch kontaktuje školu. Napriek tomu, že dievča je málokedy chorá, matka ju vypýta často zo školy odvolajúc sa na súkromné udalosti. Žiadnu ďalšiu chorobu nemá, nosí okuliare.

Matúš (č. 6.): Chlapec, 16,5 ročný. Je milý, zhovorčivý, má veľmi silnú vnútornú motiváciu k spoznaniu sveta, osvojeniu si nových vedomostí a dosiahnutiu úspechu. Nosí v sebe veľké napätie. Má veľkú potrebu pokojného prostredia a harmonických sociálnych vzťahov. Kamarátov si vyberá hlavne z triedy. Zle reaguje na provokáciu, na rušivé elementy, vytvorí to v ňom napätie a agresivitu. Často dochádza u neho k fyzickému útoku, hoci sám nie je provokatérom. Konflikty máva najčastejšie so silnejšími chlapcami, keď dôjde ku konfrontácii, sa nenechá, ale často sa nedokáže ubrániť. Cez prestávku nechce chodiť na dvor, aby sa nemusel zbytočne konfrontovať. Pri vyučovaní dokáže byť veľmi motivovaný, proaktívny, okrem dní, keď prichádza z domu v emočne rozrušenom stave. Vtedy stráca pozornosť, ak mu ponúknem pomoc, najčastejšie odmietne tým, že aj tak s tým

nedokážem nič urobiť. Svoju potrebu úspechu vie jasne pomenovať, hľadá ju najmä v počítačových hrách, na ktorých je závislý. Má vysokú, svalnatú a štíhlu postavu, aktívne športuje. Jeho pohyby sú zadržávajúce, chôdza je na širšom základe a trup mierne v záklone. Pekne, čitateľne píše, rád a pekne kreslí alebo vyfarbuje. Rodinné zázemie je veľmi labilné. Rodičia sú rozvedení, výchovu dieťaťa každý rodič rieši po svojom, nekomunikujú spolu. Chlapec momentálne žije s otcom, ani jeden rodič sa nedokáže postarať o emócie a dušu dieťaťa, súčasne je veľmi prísne vychovávaný, občas sú prítomné aj fyzické tresty od otca. Matka vyrastala v detskom domove, otec je bývalým drogovým dilerom. Chlapcovi lásku nahrádzajú finančnými prostriedkami. Chlapec pravidelne navštevuje školu, ľahšie choroby prekonáva v škole na nohách. Má horší zrak, mal by nosiť okuliare, ale momentálne ich nemá k dispozícii.

Daniel (č. 7.): Chlapec, 14 ročný. Je otvorený, milý, vyrovnaný, priateľský. Je veľmi obľúbený v triede, s každým vychádza dobre. Pôsobí dojmom veľkého, krásneho dieťaťa. Má silnú motiváciu k prospechu, ale jeho motivácia je skôr vonkajšia, chce vyhovieť rodičom. Ak mu niekto ublíži, obvykle sa rozplače a dokáže dlho trucovať, ale to sa stáva zriedkavo. Občas vyjadří, že máva stres z písomky, napriek tomu, že sa na nich poctivo pripravuje. Na hodinách je aktívny, má rovnomerný výkon počas celého roku. Pohyb má harmonický, jeho grafomotorika je obdivuhodná, ale pri písaní extrémne pomalé psychomotorické tempo, k písaniu potrebuje 2x toľko času, ako spolužiaci. Na svoju prácu je veľmi náročný. Pochádza z láskavej, harmonickej rodiny, žije so svojimi rodičmi, má 2 mladšie sestry. Málokedy je chorý.

Ôsmy člen z našej triedy sa nezúčastnil vo výskumnom projekte. Bol často chorý, a má vážne duševné poruchy: bipolárny a suicidný syndróm. Ak aj bol prítomný v škole, najčastejšie nebol schopný sa zúčastniť na terapeutických stretnutiach.

8.3. Vstupná a výstupná diagnostika

Postup pri terapeutickej práci:

1. Oslovenie rodičov a detí s ponukou terapeutického stretnutia: počas 6 týždňov 12 stretnutí, v priebehu vyučovacích hodín etiky a triednických hodín, kde sme okrem terapeutických cieľov spracovávali aj témy daných hodín podľa učebného plánu.
2. Preskúmanie dokumentácii členov skupiny
3. Vypracovanie testov a preloženie dotazníkov
4. Zostavenie terapeutického plánu a techník k TPT

5. Prerokovanie podmienok účasti na terapii s deťmi, získanie písomného súhlasu rodičov
6. Predbežné vyšetrenie telesných a pohybových funkcií
7. Vstupná diagnostika
8. Terapeutická intervencia
9. Výstupná diagnostika
10. Vyhodnotenie výskumu

Priebeh vstupnej a výstupnej diagnostiky:

Pohybový test pracovnej pamäte som absolvovala individuálne s každým dieťaťom. Vykonanie testu trvalo 20-30 minút. Na tento účel sme využili učiteľskú miestnosť, aby sme s deťmi mohli nerušene pracovať. Pred každou nahrávkou testu som vysvetlila jeho účel: „Teraz ukážem sekvencie pohybov, vysvetlím ich aj vykonáme ich. Na každý takt pohybu budem počítam. Tvojou úlohou je najprv pozorovať úlohu, potom to urobíme spolu. Skús si zapamätať sekvencie pohybov. Keď budeš mať pocit, že každý pohyb je jasný, tak sled pohybov urobíš sám a ja to natočím telefónom. Celkom je 14 úloh, urobíme ich všetky. Prvý a posledný pohyb bude základná pozícia na začiatku a na konci každej úlohy. Nezabudni ich urobiť.“

Do pohybového testu pracovnej pamäte som pôvodne chcela zakomponovať využitie metronómu a hudby pri úlohách, aby sa ľahšie udržala rytmika pohybových sekvencií. Extra body je možné získať za dodržiavanie rytmu počas testu. Pri príležitosti prvého skúšobného testovania, ktoré som robila u iného žiaka, nie z mojej triedy, som dospela k záveru, že zapnutie rytmu je na ich úroveň pohybu ešte priskoro a pravdepodobne by to pôsobilo ako zbytočný stresový faktor počas testovacieho záznamu. Napriek tomu uvádzam pôvodný test v prílohe mojej absolventskej práce v nádeji, že ho niekto v budúcnosti využije ako inšpiráciu. Pozorovala som rytmus pohybov, počítaním som ho deťom približovala a dokonca som ich povzbudzovala, aby si počítali sami, a tak si ľahšie zapamätali pohybové sekvencie. Vo všetkých prípadoch sa počítalo od jedna do šesť, kde jedna a šesťka boli počiatkové a konečné pozície. Väčšina študentov túto časť úlohy dobre pochopila.

Prezentáciu som vždy predviedla so slovným výkladom a prípadné chyby som pri spoločnom pohybe opravovala. Ak dieťa nezvládlo cvičenie bezchybne spolu so mnou, zopakovali sme ho tak, aby si zapamätalo správnu postupnosť pohybov, nie ten nesprávne vykonaný. Ak sa to podarilo, spýtala som sa, či je pripravený, a potom som zaznamenala pohybovú sekvenciu. V každom prípade bola sekvencia pohybu okamžite spustená a zaznamenaná, aby sme mohli definitívne zmerať stav pracovnej pamäte pohybu. Vstupné a záverečné testy prebiehali rovnako, podľa predbežnej predstavy, s postupne náročnejšími úlohami, o samotných úlohách však napíšem podrobnejšie pri rozbere výsledkov. Dokončené videozáznamy sme nahrali, vyhodnocovala som ja a Otilia Menyhárt,

Phd. samostatne, hodnotenia sme konzultovali a štandardizovali bodovanie. Takto získané výsledky uvediem v ďalšej kapitole. Úvodné testy som spravila vo februári a výstupné začiatkom apríla.

Dotazník silných stránok a ťažkostí som preložila do maďarčiny: **adaptáciu pre detí, pre rodičov a pre pedagógov.**

Dotazník deti vyplňali počas triednej práce, vstupný dotazník vo februári a výstupný dotazník začiatkom apríla. Vysvetlila som im, že vstupný dotazník pokrýva obdobie pol roka, tak som ich požiadala, aby rozmýšľali o sebe od septembra, teda od začiatku školského roka, do toho obdobia (február). Pri výstupnom dotazníku som im vysvetlila, že majú rozmýšľať iba o vlastnom aktuálnom stave. „Aj keď je odpoveď ťažká, snažte sa odpovedať na všetky otázky.“ Požiadala som deti, aby počas testu nerozprávali, neovplyvňovali si navzájom odpovede a odvážili sa byť úplne úprimní. Pri odpovedaní na otázky išli spoločne, každú otázku som prečítala nahlas a vysvetlila som jej význam inými slovami, čím som sa vyhla problémom spôsobeným porozumením textu, dávala som si však pozor, aby som neovplyvnila ich odpovede. Záverečný dotazník bol vyplnený rovnakým spôsobom. Dotazníky deti podpísali na základe pôvodného štandardu, tieto testy sa však nikde neobjavujú, výsledky zverejňujem len v absolventskej práci. Úpravu toho istého dotazníka som preložila aj rodičom a poslala domov s pokynmi na vyplnenie. Takisto som konala na konci terapeutického obdobia, čiže začiatkom apríla. Sama pre seba som nachystala adaptáciu testu pre pedagógov, vyplňala som pre každé dieťa rovnakým spôsobom. K celkovému hodnoteniu sa podrobne venuje kapitola o výsledkoch.

8.3.1. Predbežné vyšetrenie telesných a pohybových funkcií

Pred vykonaním testu pre pracovnú a pohybovú pamäť som chcela získať celkový obraz o telesných a pohybových funkcií detí, preto som vypracovala zoznam úloh, vďaka ktorému som získala podstatné informácie. Výsledky merania zhrniem v nasledujúcej tabuľke.

Predbežné vyšetrenie telesných a pohybových funkcií						
1	2	3	4	5	6	7
Číslo účastníka						
Vek dieťaťa	16,5	15	14	15	16,5	14
Hmotnosť (kg)	53,5	68	80	80	86	66
Výška (cm)	170	158	170	167	181	164
Telesná konštitúcia	šľahá, krehká	nadváha	príemerná	nadváha	šľahá, svalnatá	príemerná
Diagnóza	F70	F70	F79	6A00.0	F70	F79
Porucha reči	-	-	elektrívny mutizmus	-	balbuties	dýstáilia
Zdravotný stav	psychiatrická liečba	epilepsia	-	-	-	-
Zmysly	okuliare - ďalekozrakosť	okuliare - ďalekozrakosť	okuliare - ďalekozrakosť	okuliare - krátkozrakosť	krátkozrakosť	-
Lieky	áno - psychiatrické	áno - na ADHD	nie	nie	nie	nie
Poruchy správania	nadí sa vlastnými pravidlami	nadí sa vlastnými pravidlami	nie, dobre sa začleňuje	nie, dobre sa začleňuje	časté výbuchy hnevu	nie, dobre sa začleňuje
	agresia, autoagresia	infantilná, provokujúca	zmysel pre humor	úzkostná	vysokej vnútornej napätie, agresia	
Telesné a pohybové funkcie:						
Ochorenie kostí	-	skolióza	-	-	skolióza	-
Dominantná ruka	pravá	pravá	ľavá	pravá	ľavá	ľavá
Dominantná noha	pravá	pravá	ľavá	ľavá	ľavá	ľavá
Dominantné oko	pravá	ľavá	ľavá	pravá	ľavá	ľavá
Dominantné ucho	pravá	pravá	ľavá	pravá	ľavá	ľavá
Charakteristika chôdze, pohybu a koordinácie	pohyby pomalé, neisté	nekontrolované, impulzívne pohyby	nesprávne držanie tela	ťažké kroky, plynné pohyby	pohyby zadnávajúce	extrémne pomalé psychomotorické tempo
	kolísavá chôdza	ťažké kroky	kolísavá chôdza	dobrá koordinácia	chôdza na širšom základe	chôdza plynná
					trup mierne v záklone	koordinácia dobrá
Koordinácia, rovnováha, riadenie pohybu:						
Chôdza po priamej línii	neistá	neistá	istá	istá	istá	istá
stoj na pravej nohe - 20 sekund	20 s, kolíše pri tom	3 s	20 s, kolíše pri tom	kolíše sa, 2x položiť nohu	kolíše sa, 1x položiť nohu	20 s, kolíše sa
stoj na ľavej nohe - 20 sekund	20 s, stabilne stojí	1 s	15 s, kolíše sa	12 s, kolíše	20 s, stabilne stojí	20 s, stabilne stojí
rychlý slalomový beh - 10 m	7 s	11 s	5 s	8 s	7 s	8 s
držanie ceruzky	nesprávne	nesprávne	nesprávne	správne	správne	správne
diagram tela: 3 časti tela ukázať so zatvorenými očami	2	2	2	3	2	1
Šikovnosť						
driblovanie - odrážanie lopty za 1 minútu	90	36	96	90	95	95
brušáky za 1 minútu	30	15	46	26	59	39
súčasné dvíhanie rúk a nôh v ľahu na bruchu - za 1 min.	30	11	50	40	78	61
hamstring - drepl	30	18	47	20	60	44
Lytkový sval - stúpajúci do úpätia	80	40	87	80	75	79
chytiť loptu zo vzdialenosti 6 m - kolikrát z 10 pokusov	9	0	10	10	10	10
rozkročizamknúť skok s rukami, nohami	20	20	58	43	85	57

8.4. Časový harmonogram terapie a techniky

Môj výskumný projekt prebiehal vo februári a marci 2023, počas šiestich týždňov, dvakrát do týždňa. Jedno terapeutické sedenie trvalo približne 50 minút. Realizáciu sme zvládli v školskej konferenčnej sále, kde sme mohli narušene pracovať.

Pri terapeutickú intervencii som využila nasledujúce techniky:

- Labanovu analýzu pohybu
- Bartenieff fundamentals
- Psychomotoriku
- Zrkadlenie
- Tanečno-pohybové terapeutické cvičenia od Zuzany Románovej

8.5. Terapeutická intervencia

V tejto kapitole popíšem 12 terapeutických stretnutí.

1. stretnutie

- **Téma terapeutického stretnutia:** spolupráca a vzájomná pomoc
- **Ciele stretnutia:** aby deti prežili v hravom, uvoľnenom prostredí príjemnú spoluprácu, aby si vyskúšali, aké je vzájomne si pomáhať. Vedľajšie ciele rozpíšem pri jednotlivých cvičeniach.
- Zúčastnilo sa 5 detí: 2, 3, 4, 6, 7
- **Terapeutické pomôcky:** loptička, balóny, hudba, stoličky

Úvod: Po diskusii o pravidlách stretnutia som požiadala deti, aby ma teraz nebrali ako triednu učiteľku, ale ako tanečno-pohybovú terapeutku.

Úvodná reflexia: Podávali sme mäkkú loptičku, kto mal loptu v ruke, dostal slovo. Úvodná otázka znela nasledovne: „V akej nálade ste dnes prišli do školy?“ Deti rozprávali o svojich obavách z učenia, zodpovednosti a konfliktoch doma. Veľmi dobre sa počúvali.

Rozvička: V sede miestnosti na stoličkách sme sa rozvíčovali pri rytmickej hudbe, kde žiaci napodobňovali moje pohyby, snažiac sa udržať ustálený rytmus. Pri ťažších pohyboch, ak bolo treba, som pomáhala aj slovnými inštrukciami. Hlavným cieľom cvičenia bolo navodenie dobrej nálady, uvoľnenie, prepojenie pravej a ľavej hemisféry mozgu, zlepšenie pohybových schopností, imitácie, rozvoj krátkodobej pamäte, rozvoj priestorovej orientácie.

Terapeutická časť: Balónové úlohy na rytmickú hudbu_(psychomotorika)

Cieľom bolo vytvoriť spoluprácu a vzájomnú pomoc, ale aj rozvoj pozornosti, koordinácie a priestorovej orientácie.

Najprv som predstavila prvú časť úlohy, kde si každé dieťa vybralo balónik, ktorý mali určitým spôsobom udržať vo vzduchu, s pínkaním konkrétnymi časťami tela (dlane, zápästia, hlava, lakty, kolená) tak, aby balón nespadol na zem. Hneď som vysvetlila, že ak spadne, nič sa nedeje. Zdvihneme a pokračujeme v hre, ale cieľom je aby sme udržali balón vo vzduchu čo najdlhšie.

Potom sa deti rozdelili do dvojíc, jeden člen z dvojice držal vo vzduchu 2 balóny, ktoré pínkal konkrétnou časťou tela smerom nahor a druhý člen z dvojice mu pomáhal, ak chcel balón spadnúť na zem. Počas hry som viedla deti verbálne, s ktorou časťou tela majú pínkať balóny, keďže bola úloha značne sťažená, vybrala som najjednoduchšie časti tela na pínkanie. Potom sa páry vymenili. Do hry som sa zapojila aj ja, bolo pomerne veľa detí, a jedno z dievčat, ktoré kvôli veľmi slabým pohybovým a mentálnym schopnostiam potrebovalo pomoc.

Párové cvičenie – tlačenie chrbtami do balónu na odvádzanie nadbytočného napätia.

Medzi chrbát dvoch detí sme umiestnili balón. Dostali za úlohu tlačiť do balóna takou silou, aby balón praskol. Jeden chlapec okamžite naznačil, že sa bojí hlasitého výbuchu balóna, preto sa do hry nezapojil. Spočiatku sedel v rohu so zakrytými ušami. Keď si všimol, že deti nevedia puknúť balón, veľmi sa mu uľavilo a vybuchol do smiechu. Deti si úlohu vyskúšali viackrát, aj s výmenou dvojíc. Dokonca aj študenti, ktorí sa navzájom nemali radi, dokázali dobre spolupracovať. Jedno dievča potrebovalo pomoc v tom, ako správne umiestniť svoju telesnú hmotnosť pri tejto úlohe.

Dosiahnutie cieľa

Párová úloha, kde cieľom bolo získať balón, ktorý bol umiestnený vo vzdialenosti cca 10 m, kde sme si predstavovali, že jeden člen dvojice má svoje obľúbené jedlo. Druhý člen dvojice musel násilne brániť prvému dosiahnuť svoj cieľ. Najprv partáka ťahal zozadu, potom si deti vymenili role. Druhou časťou hry bolo, keď parták zablokoval prístup spredu, čiže prekážku bolo treba tlačiť až k cieľu. Deťom sa úloha veľmi páčila, najviac vystresovaného žiaka viditeľne odbremenila veľká námaha.

Vyjadrenie zámeru pohľadom:

Postavili sme sa do kruhu. Aktívny člen mal vybranému dieťaťu pohľadom naznačiť, že chce jeho miesto a následne na to miesto ísť. Ak sa zvolená osoba nevzdala svojho miesta, aktér mal možnosť jemne ju vytlačiť z tohto miesta. Vytlačený pokračoval v hre rovnakým spôsobom, aby získal miesto pre seba zase on. Pre deti bolo náročné naladiť sa na hru, bolo ťažké vžiť sa do roly, byť vážny a rozhodný. Mali tendenciu vytlačiť druhého z miesta silou.

Reflexia: Sadli sme si na zem do kruhu. Záverečnou otázkou bolo, ako sa cítili, ktorá hra sa im najviac páčila, aké pocity mali pri hre, ako sa im spolupracovalo, pomáhalo. Všetci dostali slovo. Všetky deti reflektovali, že sa výborne bavili. K rozcvičke nemali poznámky okrem toho, že sa im to páčilo. Hry s balónmi boli pre nich zaujímavé, rukami sa im pracovalo dobre, najťažšie bolo udržať balóny vo vzduchu hlavou a nohami. Párové cvičenia si všetci užívali, páčila sa im rola, kde mohli pomáhať udržať balóny vo vzduchu. Niektorí boli radi za pomoc od druhého pri práci s 2 balkónmi, iní by radšej pracovali sami, mali pocit, že pomoc nepotrebujú. Vrcholom terapeutickjej časti boli úlohy, kde mohli tlačiť do balóna chrbtami, a hry na dosahovanie cieľa, čo boli vlastne silové hry. Všetci rovnako reflektovali túto časť terapie, že si cvičenia užili si, bolo pre nich zábavné. Osoba, ktorá sa bála balóna, povedala, že úloha sa jej spočiatku zdala strašidelná, ale keď videla, ako sa ostatní trápia, a napriek tomu nevedeli vypuknúť balón, uvedomila si, že je to skôr smiešne, a nie desivé. O hre vyjadrenie zámeru pohľadom som dostala spätnú väzbu, že hra bola dobrá, ale nevedeli sa tváriť

vážne pred ostatnými, a sú zvyknutí, že svoj zámer riešia silou. Chlapec, ktorý na začiatku sedenia hlásil doma stres a hádky, povedal, že v hrudi, kde cítil smútok z toho, čo sa stalo doma, cíti úľavu.

Zhrnutie: Z nášho prvého terapeutického sedenia som mala veľmi dobrý pocit. V posledných týždňoch narastalo napätie v skupine, kvôli únave detí a problémom, ktoré majú deti so psychickou poruchou. Za veľký úspech považujem, ako veľmi som vedela deti motivovať k pohybu a ku hre. Uvedomila som si, ako musím štruktúrovať stretnutia, aby som predišla konfliktom a problémom s chovaním počas terapeutických sedení. Snažila som sa oslobodiť od role pedagóga, a byť terapeutkou. Pri cvičeniach som necítila, že by s tým mali deti problém, pri reflexii tiež boli uvoľnené a úprimné.

Záver: Terapiu sme ukončili dychovými cvičeniami a poďakovali sme si za hru.

2. stretnutie

- **Téma terapeutického stretnutia:** pozornosť
- **Ciele stretnutia:** aby deti trénovali sústredenosť na vonkajšie a vnútorné prostredie
- Zúčastnilo sa 6 detí: 1, 2, 3, 4, 6, 7
- **Terapeutické pomôcky:** hudba, stoličky, žienky, štipce

Úvod: Zopakovali sme si pravidlá stretnutia a opäť som požiadala deti, aby ma teraz nebrali ako triednu učiteľku, ale ako tanečno-pohybovú terapeutku.

Úvodná reflexia: Sadli sme si do kruhu na stoličky, privítala som deti. Zoznámila som ich s cieľom stretnutia: aby sme sa dokázali lepšie sústrediť na seba, na naše pocity, emócie, aj na svoje okolie, prostredie a spolužiakov. V zdieľacom kruhu každý povedal, ako sa cíti.

Rozcvička: Dvojminútová tichá a voľná chôdza v priestore, kde mali deti za úlohu zoznámiť sa s priestorom, mohli aj dotknúť vecí, ktoré ich zaujali. Po zastavení aktivity mali rýchlo vymenovať čo najviac predmetov, ktoré videli okolo seba. Cieľom cvičenia bolo lepšie zoznámenie sa s priestorom a cielene pracovať s pozornosťou. Rozcvička pokračovala s cvičením:

Naháňačka so štipcami: Každému dieťaťu som umiestnila drevený štipec na tričko. Úlohou bolo pohybovať sa v priestore tak, aby ostatní nemohli tento štipec ukradnúť (behať), ale bolo zakázané štipec chrániť rukami, teda ho držať alebo odbiť človeka. Úlohou však bolo nielen strážiť svoj štipec, ale snažiť sa tiež získať štipce od ostatných. Ukradnuté štipce držali v ruke. Keď všetky štipce boli ukradnuté, hra skončila. Cieľom bolo sústredenie pozornosti na dve veci naraz. Pokračovali sme s modifikáciami tejto hry, kde mali ukradnúť štipec a zavesiť na chrbát toho istého človeka, alebo na nohavice dieťaťa.

Terapeutická časť:

Zrkadlenie v kruhu: Zrkadlenie sme najprv robili v kruhu, kde deti zrkadlili môj pohyb. Sústredenie na pohyb som zjednodušila slovným výkladom - na čo sa daný pohyb podobá. K tomuto cvičeniu sme použili pomalú, ukludňujúcu hudbu.

Zrkadlenie v pároch: Deti sa dali do párov, a pokračovali so zrkadlením tak, že jeden z dvojice viedol pohyb a druhý ho napodobňoval. Jedno dievča malo problémy s kreativitou pohybov, nebola schopná spraviť žiadny pohyb. Postavila som sa k nej, a dala som jej nápady, čo by mohla napodobňovať

(spanie, zívanie, natiahnutie sa, skákanie atd.) Takto už bola schopná iniciovať pohyb, ktorý partáčka napodobňovala.

Bartenieff fundamentals: Deti si ľahli na žinenky. Najprv sme prepojili dýchanie s uvoľnením a napätím svalov. Následne sme si krátko zacvičili prepojenie centra a periférie. Cvičenia od Bartenieff sme precvičovali prvýkrát, bolo to veľmi ťažké pre deti, musela som ich pohyby po jednom upravovať.

Reflexia: Otázka pri reflexii bola: “Ako sa cítite / cítili počas cvičenia? Podarilo sa Vám sústrediť sa na úlohy, na partnera? Bolo sústredenie ťažké alebo ľahké pre vás?” Odozvy na cvičenia boli pozitívne, všetky deti si užili. Pozorovanie priestoru bolo jednoduché pre každého. Niektorí mali problém so zachraňovaním štipca, alebo nedokázali ukradnúť ani jeden od ostatných. Deti s dominantnou povahou, a s lepšími pohybovými danosťami boli tie, ktoré ukradli všetky štipce od ostatných. Bojzlivejšie deti povedali, že im to nevadilo, brali to ako hru. Zrkadlenie v kruhu prežívali pozitívne. V pároch niektorí vedeli pekne strieďať role vedúceho a imitujúceho pohybu, ale vyskytol sa problém s kreativitou u jednej dievčiny, kde som musela slovne napomáhať. Napokon aj ona prežila úspech v tomto cvičení. Najťažšie pre celú skupinu bola skrátená úloha od Bartenieffa, napriek tomu, že pohyby nevedeli zatiaľ spraviť samostatne, cvičenie sa im páčilo a súhlasili s tým, že ho budeme ešte precvičovať.

Zhrnutie: Rátala som s vyskytujúcimi sa ťažkosťami v terapeutických cvičeniach - so zníženou pohybovou kreativitou, aj s tým, že cvičenie od Bartenieffa musím zjednodušiť, aby to bolo pre skupinu zvládnuteľné. Pri vytvorení párov si musím dávať väčší pozor, aby aktívnejšie deti nezačali divočiť. Umiestnenie žineniek takisto zorganizujem na budúcich sedeniach inak. Je pre mňa povzbudzujúca vnútorná motivácia detí na sedeniach, najradšej by mali TPT každý deň.

Ukončenie: Mali sme 3 minútové relaxačné cvičenie na stoličkách, spojené s dýchaním a s uvoľňovaním častí dela cez výdych. Poďakovali sme si za hru.

3. stretnutie

- **Téma terapeutického stretnutia:** dosiahnutie cieľa v prítomnosti
- **Ciele stretnutia:** Keďže deti trávajú veľa času v online priestore, alebo pri počítačových hrách, ako cieľ stretnutia som zvolila sústredenie sa na prítomnosť, a na efektívne dosahovanie svojich cieľov.
- Zúčastnilo sa 7 detí: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
- **Terapeutické pomôcky:** balóny, hudba, žinenky

Úvodná reflexia: Zoznámila som deti s cieľom sedenia, a vyjadrili sa k otázke, koľko času trávajú v prítomnosti, a koľko v digitálnom priestore? Aký vplyv to má na dosiahnutie ich cieľov a povinností. Dozvedela som, že všetci nadmerne využívajú digitálny priestor ako voľnočasovú aktivitu a rovesnícke vzťahy budujú rovnakým spôsobom. Viacerí majú problém s konfliktami na sociálnych médiách. Jeden chlapec jednoznačne pomenoval, že je veľa rokov závislý na počítačových hrách, dodáva mu pocit úspechu a bezpečné prostredie, v ktorom môže robiť, čo chce, ale tiež naznačil, ak nedosiahne vytúžený úspech, cíti zvýšenie vnútorného napätia. Poprosila som ich, aby sa napriek všetkému sústredili na prítomnosť tu a teraz, a užili si spoločné hry.

Rozcvička:

Bartenieff fundamentals: V ľahu na žinenkách sme najskôr prepojili dýchanie s uvoľnením a napätím svalov. Následne sme si krátko zacvičili prepojenie centra a periférie, hornej a dolnej polovice tela s cvičením morskej hviezdy. Cvičenia od Bartenieff sme precvičovali druhýkrát, zažili sme väčší úspech, ako pri prvom cvičení, niektoré deti už sami robili cvičenia podľa inštrukcií. Dohodli sme sa na pokračovaní na budúcich sedeniach. Cieľom cvičenia je podporovať celkové prepojenie tela cez vývojové vzorce.

Terapeutická časť: Tentoraz som sa rozhodla opakovať už známe cvičenia z prvej hodiny, ktoré sú vhodné k téme dosiahnutie cieľa. Keďže cvičenia sú už známe, umožňujú deťom viac sa zahĺbiť do prežívania v prítomnosti.

Dosiahnutie cieľa: Párová úloha, kde bolo cieľom získať balón zo vzdialenosti cca 10 m, kde sme si predstavovali, že jeden člen dvojice má svoje obľúbené jedlo. Druhý člen dvojice musel násilne brániť tomu prvému dosiahnuť svoj cieľ. Najprv partáka ťahal zozadu, potom si deti vymenili role. Druhou časťou hry bolo, aby jeden partner zablokoval prístup spredu, čiže vytvoril prekážku, ktorú

bolo treba tlačit' až k cieľu. Cvičenie je vhodné na posilnenie svalovej sily, stability, koordinácie, a rozvíja aj cieleňé dávkovanie sily.

Skupinová práca s balónmi: Rozdelila som deti do dvoch skupín. Úlohou cvičenia bolo, aby balón udržali vo vzduchu odrážaním. Keď zaznie signál (tlesk a môj hlas), musia vyhodit' balóny do vzduchu, rýchlo si vymeniť miesto a chytiť balóny druhej skupiny. Takto sme striedali miesta počas celej hry medzi skupinami. Cieľom cvičenia je rozvíjať pozornosť, sústredenie, dosahovanie cieľov a pohybovú šikovnosť.

Reflexia: Pri reflexii deti rozprávali o tom, ktoré cvičenia si užili najviac, a ako sa im pracovalo v prítomnosti. Všetci súhlasili, že spoločne strávený čas má svoje výhody. Dobre sa im spolupracovalo, povzbudzovali ostatných, aby aj oni dosiahli svoje ciele pri jednotlivých cvičeniach. Páčilo sa im, že počas sedenia boli niektoré cvičenia známe, reflektovali, že do známych cvičení sa im lepšie zapája.

Zhrnutie: Sedenie prebiehalo plynulejšie oproti predošlým sedeniam. Pri zdieľacom kruhu musím byť stále nápomocná, polovica skupiny nie je schopná zdieľať, alebo samostatne vyjadrovať svoje pocity a myšlienky, preto vyžadujú nápomocné otázky. Snažím sa klásť otázky tak, aby som neovplyvnila odpoveď.

Ukončenie: Pred skončením sme spravili jemnú automasáž tela s tepacími pohybmi, následne sme sa poďakovali za hru.

4. stretnutie

- **Téma terapeutického stretnutia:** vnímanie vlastného tela, pozorovanie seba samého
- **Ciele stretnutia:** Rozvoj dôvery, naladenie sa na seba, rozvoj rovnováhy, spracovanie hmatových podnetov, prekonávanie strachu, rozvoj vestibulárneho aparátu, rozvoj zmyslu pre rytmus, koordinácie pohybu, plánovanie pohybu, precvičovanie odvahy a zodpovednosti
- Zúčastnilo sa 7 detí: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
- **Terapeutické pomôcky:** lano, hudba

Úvodná reflexia: Podávali sme si mäkkú loptičku, kto mal loptu v ruke, dostal slovo. Úvodná otázka znela nasledovne: “Skús si uvedomiť, ako sa dneska máš. Aké pocity máš teraz vo svojom tele, aké emócie prežívaš? Dnes sa budeme zaoberať s pozorovaním seba samého.” Deti reflektovali svoj stav tela, všeobecne sa cítili dobre, niekto hlásil, že v noci nespal dobre a cíti únavu. Ten istý chlapec bol aj emočne rozrušený kvôli tomu, že nemá doma dostatočný kľud.

Rozcvička: Rozložili sme žinenky a na jemnú hudbu sme robili strečing cca. 8 minút. Najprv sme sa natáhovali v ľahu, rovnako ako ráno v posteli - v ľahu na chrbte a na bruchu. Pokračovali sme so strečingom v sede, potom v stoji, a plynule sme prešli do zrkadlenia mojich pohybov, následne voľný pohyb v priestore.

Terapeutická časť: Cvičenia s lanom

1. cvičenie: chôdza po lane - Poprosila som deti, aby si dali dole ponožky. Po lane sme chodili naboso, s predstavou, že sme artisti, a udržujeme rovnováhu. Každý dvakrát prešiel po lane vpred.

Pokračovali sme sa s chôdzou po lane s otáčavým pohybom. Najprv som úlohu prezentovala, následne som pomáhala so slovným pokynom, ak bolo treba. V tretej fáze cvičenia sa deti dali do párov. Ten čo išiel po lane zavrel oči, partner ho viedol po lane tak, že držal ruku alebo rameno partáka. Deti boli kreatívne v tom, ako viesť druhého, našli šikovné spôsoby držania. Nešpecifikovala som, či sa môže rozprávať, nechala som to na výber detí. Boli takí, ktorí sa veľmi šikovne viedli pohybmi, napríklad si dávali ruky okolo pliec, niektorí sa držali za ruky, iní používali okrem podávania rúk aj slovné pokyny. Potom došlo k výmene rolí.

2. cvičenie: preskakovanie cez lano - Lano som roztočila asi do výšky kolien, úlohou bolo, aby cez neho deti preskočili. Sami si mohli zvoliť, akým štýlom preskočia lano - zo stoja, alebo sa rozbehnú, s rýchlym tempom alebo pomalým prejdením. Úloha trvala viac minút a deti ňou priebežne prechádzali.

3.cvičenie: rytmické dvíhanie a padanie lana - Pred cvičením som vysvetlila deťom, že ak na nich spadne lano, nie je to bolestivé. Pre tých, ktorí si to chceli overiť som nechala vyskúšať. Overila som, či náhodou niekto nemá strach zo zvuku, čo vydáva padajúce lano - bolo to v poriadku. Vysvetlila som cvičenie. Lano som začala rytmicky dvíhať a nechala padnúť na zem, pri tom deti museli prejsť popod lano. Viaceré deti si vyžadovali veľkú pomoc (slovnú, kedy sa majú odštartovať), pretože nedokázali zachytiť rytmus prechodu a niektorým sa ani nepodarilo prejsť bez toho, aby sa zasekli. Deti precvičovali túto úlohu celé minúty, chodili dookola.

4. cvičenie: Vybitie z kruhu - Z lana sme spravili kruh, postavili sa okolo neho, v strede kruhu sa pohyboval človek, ktorý musel plesknúť ostatných po rukách. Platilo pravidlo, že lano nesmelo spadnúť. Počas hry sme počúvali zábavnú hudbu. Ak sa deťom podarilo niekoho vybiť, nasledovala rýchla výmena miest, vyradený išiel do stredu kruhu. Pravidlá hry som po niekoľkých kolách zmenila tak, že sa dvaja ľudia pohybovali v kruhu. Niektorí žiaci si pri hre vyžadovali veľa povzbudzovania, aby boli smelší pri hre, iní zas neustále púšťali lano a schovávali svoje ruky. Druhá modifikácia cvičenia: vybitý si musel kľaknúť a pri tom zakikirikať. Keďže sme si pred začiatkom terapeutických sedení ujasnili, že nie je povinné zúčastňovať sa cvičení, ak má niekto pocit, že sa mu nechce, jeden študent využil príležitosť a vystúpil z kruhu, pretože sa bál, že bude musieť zakikirikať.

Reflexia: V reflexii som deťom položila otázku, ako sa cítili pri hrách, čo sa im páčilo najviac a prečo? Aké pocity zaznamenali na vlastnom tele? Aké emócie zaznamenali pri vedení druhého, pri chôdzi so zatvorenými očami? Aké bolo spoliehať sa na druhého, a dôverovať mu? Vo všeobecnosti boli všetci spokojní s pocitom, že im bol niekto zverený. Boli zodpovední za vedenie svojich spoločníkov po lane. Našlo sa dieťa, ktoré nesúhlasilo s tým, aby previedol svojho kamaráta, malo pocit, že nezvláda svoje pohyby (kvôli jeho zníženým mentálnym a motorickým schopnostiam). Deti dôverovali svojim parťákom, niektoré boli nervózne, či úlohu zvládnu, no počas úlohy sa ukľudnili. Všetci sa tešili, že im partner dôveruje. Niekoľko detí uviedlo, že je veľmi príjemné chodiť a balansovať na lane s bosými nohami, a cítili sa bezpečne. Boli takí, ktorých skákanie cez lano bavilo najviac, no boli aj takí, ktorí sa mu vyhýbali, aby sa nezasekli, napriek tomu, že sa to všetkým podarilo. Traja študenti uviedli, že najťažší bol prechod popod lano, podľa mojich pozorovaní vyštartovali v správnom čase na základe mojich pokynov, no po naštartovaní sa prestali hýbať, takže im lano spadlo na chrbát. Túto hru ešte precvičíme. Väčšine detí sa vybijacia hra páčila, bola najobľúbenejšou hrou na stretnutí. Kikirikanie bolo veľmi rozdeľujúce, dievčatám to zvyčajne pripadalo smiešne a neprekážalo im, že musia zakikirikať, chlapci sa hanbili za kikirikanie, ale keď

to vyskúšali, začalo to byť smiešne aj im. Jeden chlapec ukončil hru počas tejto modifikácie, a jeden priznal, že nezakirikíkal, keď bol vybitý.

Zhrnutie: Celé sedenie bolo veľmi pokojné, cvičenia deti zaujali. Očividne dobre reagovali na taktilné a koordinačné úlohy, ale pritom sa aj dobre zabávali. Ako terapeutka som sa veľa dozvedela o pohybových možnostiach jednotlivých detí, ale aj o skrytých vnútorných obavách, ktoré ich brzdia.

Ukončenie: Terapiu sme ukončili s krátkymi dychovými cvičeniami a poďakovali sme si za hru.

5. stretnutie

- **Téma terapeutického stretnutia:** sebvýjadrenie
- **Ciele stretnutia:** podporenie sebvýjadrenia cez slová, gestá a pohyby, rozvoj pohybovej pamäte
- Zúčastnilo sa 6 detí: 2, 3, 4, 5, 6, 7
- **Terapeutické pomôcky:** hudba, žinenky

Úvodná reflexia: Po privítaní som deti oboznámila s cieľom sedenia. V úvodnom kruhu sme zdieľali ako sa momentálne cítíme, a deti mali nazvať jednu pozitívnu vlastnosť o sebe. Pri chlapcovi, ktorý nenašiel nič pozitívne na sebe mu ostatní pomáhali a vymenovali niekoľko pozitívnych vlastností o ňom.

Rozvička: Bartenieff Fundamentals - tieto cvičenia som sa rozhodla rozvíjať ďalej, takže sme opakovali už doteraz známe časti a zakomponovala som aj prepojenie pravej a ľavej časti tela. Aby to bolo zaujímavejšie pre deti, túto časť cvičenia som pretvorila do kotúľania, kde kotúľací pohyb mala aktivizovať pravá ruka a ľavá noha, alebo opačne. Už známe časti cvičenia išli lepšie, deti ťažko pochopili techniku kotúľania, preto som pomáhala individuálne každému. Cvičenie sme opakovali aj opačnou nohou a rukou.

Terapeutická časť:

Pohybové vyjadrovanie: Postavili sme sa do kruhu, v ktorom sme viackrát vyjadrovali:

1. prvé písmeno mena - s pohybom
2. emócie - s mimikou a pohybom
3. zvieratá - s pohybom a zvukmi
4. povolania - s pohybom, mimikou, gestami, zvukmi

Každé vyjadrovanie sme zrkadlili, ako skupina. Pri povolaniach a zvieratách sme po imitácii hádali, čo to môže byť.

Rytmická chôdza: Pustila som hudbu so strednou dynamikou, kde základný rytmus bol 4/4-ový. Precvičovali sme kráčanie podľa rytmu najprv v kruhu. Musela som pomáhať s počítaním nahlas, s nastavením smeru kruhu a ktorou nohou vykročíme. Neskôr sme pokračovali bez držania rúk, posledná modifikácia bola, keď sme tlieskali na prvý takt.

Reflexia: Napriek tomu, že deti mali problém s pohybovým vyjadrením, bola to najobľúbenejšia časť sedenia. Všeobecne písmeňá boli pre nich najľahšie, to zvládol samostatne každý, aj keď som zväčšovala ich pohyby. Dievčatá si najviac užili napodobňovanie zvierat, chlapci skôr povolania, aj keď jeden z nich si nevedel vymyslieť povolanie sám. Najväčšou výzvou bolo vymyslieť 7 rôznych emócií, a tie stelesniť. Tiež som im pomáhala. Druhou obľúbenou časťou bolo kotúľanie pri rozcvičke.

Zhrnutie: Späťne hodnotím svoju prácu, že som nasadila vysokú latku pri kreatívnom vyjadrovaní detí, čo nebolo na škodu. Verím, že čím viac opakujeme cvičenia v rôznych modifikáciách, tým viac sa naštartuje rozvoj určitých schopností. Veľkú zmenu som zaznamenala pri cvičení Bartenieff, kde samozrejme deti samostatne nerobia všetko správne, ale postupne sa osamostatnia v pohybe. Dokážu sústrediť viac pozornosti na moje inštrukcie, aj tak je pred nami ešte dlhá cesta. Pri každom sedení musím byť veľmi dôsledná, aby som predišla prejavom agresívneho chovania.

Ukončenie: Sedenie sme ukončili pohybovým vyjadrením poďakovania a pozdravenia.

6. stretnutie

- **Téma terapeutického stretnutia:** prežitie radosti a uvoľnenie pri hre
- **Ciele stretnutia:** prežitie radosti a uvoľnenie pri hre
- Zúčastnilo sa 7 detí: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
- **Terapeutické pomôcky:** hudba

Úvod: predchádzajúci deň mal neprítomný spolužiak nebezpečný záchvat hnevu, ktorý zasiahol celú triedu, účelom sedenia bol uvoľnenie pri hre a prežitie radosti. Pred terapiou sme diskutovali o udalostiach záchvatu hnevu.

Úvodná reflexia: Podávali sme si mäkkú loptičku, kto mal loptu v ruke, dostal priestor sa prejaviť. Požiadala som deti, aby si na chvíľu zavreli oči, a predstavili si seba cez víkend pri aktivite, ktorá ich naozaj uvoľňuje. Bez toho aby hovorili, mali pantomimicky ukázať ostatným obľúbenú činnosť. Deti mali uhádnuť, o akú aktivitu ide. Deti sa s radosťou zapojili do pohybového zdieľania, často sa vyskytli počítačové hry a spánok, ako aktivity pre ich uvoľnenie.

Rozcvička: Zrkadlenie pohybov terapeuta pri rytmickej hudbe. Robili sme pohyby, ktoré napomáhajú rozvoju pohybovej koordinácie a prepojeniu pravej a ľavej hemisféry mozgu.

Terapeutická časť:

Cvičenie pre rozvoj pohybovej pamäte: Sediac v kruhu sme hrali hru na rozvoj pohybovej pamäte. Odštartovala som prvý pohyb, ktorý sme všetci zopakovali. Osoba sediac vedľa mňa pohyb zopakovala a pridala ďalší. Všetci sme to zopakovali, potom tretí zopakoval obe, a pridal jednu svoju, ktorú sme všetci zopakovali atď. Cieľom úlohy bolo, aby deti vedeli s istotou pozorovať, opakovať a vybavovať si jednotlivé pohyby. Preto som zaradila pravidelné spoločné opakovanie. Do konca kola sme prepojili 8 druhov pohybov, 5 zo 7 žiakov si ich vybavilo bezchybne, dvaja s väčšou či menšou pomocou.

Naháňačka (Blahutková - Psychomotorika): v priestore sa deti voľne pohybovali pri hudbe a tancovali. Keď hudba prestala hrať, mali sa dať do párov. Kto nesplnil úlohu, bol naháňaný. Ak ho chytili, musel naháňať v ďalšom kole on. Vyskúšali sme aj modifikácie naháňačky:

- dať sa do párov a vytvoriť zvieratko
- vytvoriť molekulu

Jednu dievčinu som posadila počas tejto hry pretože bola agresívna voči svojim part'ákom. Požiadala som ju, aby sa tak prestala správať, ak to nedokáže, aby si išla radšej sadnúť.

Krab - naháňačka po tichu so zatvorenými očami - Deti sa pohybovali na štyroch s bruchom hore, so zavretými očami. Museli sa pohybovať po miestnosti veľmi ticho, v krabom lezení. Naháňač prenasledoval ostatných tiež so zavretými očami, koho chytil, stal sa naháňačom a pomáhal prenasledovať ostatných. Cieľom je rozvíjať priestorovú orientáciu a sluchovú pozornosť.

Reflexia: Pri reflexii som poprosila deti, aby povedali, ako sa cítili na začiatku sedenia, a ako sa cítia teraz. Tiež som ich poprosila o reflexiu na jednotlivé hry. Deti sa pri hrách výborne zabávali, dokázali si oddýchnuť a sedenie hodnotili pozitívne. Atmosféra skupiny sa úplne zmenila počas terapeutického sedenia. Najviac sa im páčila hra, kde sa pohybovali ako krab so zatvorenými očami. Vyvolalo v nich určité vzrušenie, hra sa skončila veľkým smiechom.

Zhrnutie: Pôvodne som mala s deťmi iné terapeutické plány, s inými úlohami. Na začiatku dňa som ale musela celý neplánovaný proces zmeniť, keďže sa deti nevedeli poriadne odreagovať zo šoku z predošlého dňa. Vyhľadávala som zámerne také hry, kde je dostatok pohybu (naháňačky), ale nie sú pre nich príliš náročné. Na konci terapie som cítila riadnu zmenu nálady u detí, a počas celého dňa boli uvoľnení.

Ukončenie: Na konci terapeutického sedenia sme si spravili krátku automasáž s jemným plieskaním na vlastnom tele. Poďakovali sme sa za hru.

7. stretnutie

- **Téma terapeutického stretnutia:** spolupráca
- **Ciele stretnutia:** aby deti dokázali efektívne spolupracovať pri párových cvičeniach, zohľadnili schopnosti a osobnosť druhých
- Zúčastnilo sa 6 detí: 1, 2, 3, 5, 6, 7
- **Terapeutické pomôcky:** hudba, deky, balóny, stuhy, kalimba

Úvodná reflexia: Po privítaní som zoznámila deti s cieľom sedenia: “Dnes budeme robiť také cvičenia, v ktorých musíte spolupracovať.” Úvodný kruh sme prediskutovali, v čom a s kým zvyknú spolupracovať, a ako im to ide. Deti nazvali najčastejšie svojich kamarátov alebo rodičov, spomenuli že spolupracujú často pri školských úlohách, v športe, v počítačových hrách alebo doma keď pomáhajú rodičom. Jedno dieťa zmienilo, že spolupráca občas vedie ku konfliktom, čo sa stane keď sa s niekým poháda.

Rozčvicka: pohyb vedený danou časťou tela - Na 6 minútovú tanečnú skladbu sme tancovali / pohybovali sa tak, že som postupne určovala, ktorá časť tela vedie pohyb. Sama som tancovala s deťmi, aby menej kreatívnejšie osoby mali pohybový vzor pred sebou, a aby boli inštrukcie jednoznačné.

Terapeutická časť:

Párové cvičenia s dekami: Deti sa mali pohybovať v miestnosti tak, že som ich umiestnila na deky v rôznych pozíciách. Počas celého cvičenia museli spolupracovať, aby sa posúvali k cieľu, zobrali balón a vrátili sa k štartu. Spôsoby pohybu:

1. dve deti vedľa seba na deke, obaja sú štvornožky v rovnakej pozícii, úlohou je ťahať rukami svoje telo (aj deku) simultánne, aby sa dostali na druhý koniec miestnosti, dali balón medzi sebou, a vrátili sa k štartu.
2. dve deti v rovnakej úlohe boli umiestnené opačne: jeden mal hlavu smerom k cieľu, a druhý zadok, čiže jeden ťahal, druhý tlačil.
3. tri deti vedľa seba, všetci traja museli spolupracovať.

Marionetová bábka: Deti sa dali do párov. Na ukludňujúcu hudbu mali tancovať tak, že sa postavili za seba, prednej som uviazala na ruky stuhy, mala uvoľniť ruky. Zadná držala stuhy, a tým viedla pohyb prvého dieťaťa. Poprosila som deti, aby boli jemné, nežné k partnerovi.

Reflexia: Pri reflexii sme rozvinuli opäť diskusiu o spolupráci v súvislosti s cvičeniami tohto dňa. Tanečné cvičenie - vedenie pohybu danou časťou tela malo prekvapivo veľmi príjemnú odozvu. Napriek tomu, že viac detí je hanblivých v tanci, pekne spolupracovali a podľa ich reflexii ich zaujala myšlienka iného spôsobu tanca, akého poznali doteraz. Rozprávali o rôznych zážitkoch ohľadom spolupráce. Niektoré páry úspešne spolupracovali, a napriek tomu, že som dopredu upozornila deti, že to nie je súťaž, dbali na to, aby cvičenie zvládli za krátky čas, počas jazdy na dekách sa sami seba vyhecovali k lepšiemu výkonu. Rozprávali o tom s nadšením a hrdosťou, ale tiež vytkli druhému, ak nebol dostatočne rýchly. Boli aj také páry, kde som musela veľa pomáhať, aby vedeli zosúladiť pohyb, ale aj také, ktoré nevedeli zohľadniť tempo druhého, preto sa jeden člen našiel na podlahe, a nie na deke. V tom prípade sme opäť narovnali deku, a pokračovali v spolupráci. Deti tiež reflektovali, že udržať balón na deke a jazdiť naraz im skomplikoval jazdu a museli sa vrátiť pre balón, ak ho stratili počas cesty. Pri cvičení marionetovej bábky niektoré páry pracovali v súlade, iné zas neboli schopní sa uvoľniť a nechať sa viesť, napriek tomu deti chválili aj toto cvičenie.

Zhrnutie: Opäť som získala cenné informácie o deťoch, o ich temperamente, schopnostiach spolupráce a motivácii. Keďže na tomto sedení sme použili veľa objektov, neustále som chystala niečo k práci, alebo som umiestňovala deti na dekách, alebo pri stužkovom tanci v priestore. Súčasne som musela pomáhať s pohybom a byť pozorná, aby nedošlo k nehode. Veľmi ma potešila vnútorná motivácia detí. Na budúcich sedeniach použijem menej terapeutických objektov.

Ukončenie: Pred skončením sme spravili ukludňujúcu dvojminútovú relaxáciu v ľahu so zatvorenými očami, hrala som na kalimbe. Podakovali sme sa za hru.

8. stretnutie

- **Téma terapeutického stretnutia:** pozornosť
- **Ciele stretnutia:** aby deti dokázali sústrediť svoju pozornosť počas terapie, aby sme pomocou pozornosti rozvíjali aj ostatné kognitívne a pohybové funkcie počas terapeutického sedenia
- Zúčastnilo sa 7 detí: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
- **Terapeutické pomôcky:** hudba, žinenky

Úvodná reflexia: Po privítaní som oboznámila deti s cieľom sedenia - aby sme mohli sústredene pracovať. Poprosila som ich, aby sa dneska pokúsili sústrediť na moje inštrukcie, na hudbu, a aby dávali pozor na seba aj na ostatných. V úvodnom kruhu som ich poprosila, ak majú ešte niečo, čo potrebujú porozprávať, aby to povedali teraz, a nie počas sedenia. Deti zdelili svoje myšlienky v rôznej dĺžke, iné nechceli zdeliť nič.

Rozvčička: Bartenieff Fundamentals - rozhodla som sa rozvíjať tieto cvičenia ďalej, takže sme opakovali dýchanie s uvoľnením a napätím svalov, prepojenie centra a periférie, hornej a dolnej polovice tela s cvičením morskej hviezdy, aj prepojenie pravej a ľavej časti tela kotúľaním. Pridala som navyše pohyby s prevrátením na brucho a späť na chrbát.

Terapeutická časť:

Cvičenie na auditívnu pozornosť a pohybovú pamäť: Pred cvičením sme si objasnili, ako budeme napodobňovať určité zvieratá. Všetky zvieratká sme si precvičili, vyskúšali pred samotným cvičením. Úlohou bolo zapamätať si statické alebo dynamické pohyby zvierat. Poprosila som deti, aby na (oživujúcu) hudbu tancovali, alebo sa voľne pohybovali v priestore. Keď zastavím hudbu, zahlásim, aké zvieratko by mali napodobňovať. Ak to spravili, hudba a voľný pohyb pokračoval.

Cip-Zár-Húz-Zsssss (v preklade Zips-hore-ťahám-žžžžž): Deti sa postavia do kruhu. Jeden začne hru (hráč 1.) tým že (s dvomi rukami, kde dlane sú priložené k sebe) ukáže na iného člena (hráč 2.) kruhu a povie "cip". Ten, na ktorého ukázali (hráč 2.), tiež rýchlo priloží dlane k sebe a vystreté ruky zdvihne hore, ako keby zatváral zips a povie "zár". Vedľa stojace 2 osoby (hráči 3-4.) ukážu rukami na neho a povedia "húz". Hráč 2. následne rozopne zips, takže pustí ruky dole a povie "Žžžžž". Hráč 2 začne nové kolo rovnakým spôsobom. Táto hra trénuje pozornosť, a pohybovú reakciu, priestorovú orientáciu, a verbálnu, auditívnu a pohybovú pamäť.

Posielanie pohybu do kruhu: Predviedla som pohyb, a deti ma mali zrkadliť s časovým rozpätím - takže jednotlivito a postupne mali opakovať, kým sa pohyb sa nevrátil ku mne. Spravili sme viac kôl, každé kolo s iným pohybom. Zakomponovali sme aj mimiku, hlasy, zvuky a gesta.

Reflexia: Pri reflexii sme ďalej rozvíjali tému pozornosti. Rozprávali sme o tom, ako sa deti cítili pri cvičeniach, a pri ktorom sa vedeli najviac sústrediť. Dvaja zdieľali, že si veľmi obľúbili cvičenia od Bartenieff, na ktoré sa vedia najviac sústrediť. Niektoré deti povedali, že im nerobí problém sústrediť sa na terapii, ale opak je pravdou v triede počas vyučovania. Všetci súhlasili s tým, že udržať pozornosť je oveľa ľahšie počas pohybovej terapie. Jeden chlapec hovoril, že sa veľmi unavil počas sedenia, a kvôli tomu sa nezúčastnil na posledných dvoch cvičeniach.

Zhrnutie: Pozornosť nie je silnou stránkou tejto skupiny. Neustále musím pracovať na tom, aby som udržala ich pozornosť pri práci. Napriek tomu, že je skupina veľmi rôznorodá, súhlasím s deťmi, celkovo motivácia aj pozornosť je vyššia počas terapie, ako počas vyučovania. Pre mňa je veľkou výzvou, aby som vyberala správnu hudbu k cvičeniam. Niektoré deti by sa potrebovali ukludniť, ďalšie skôr stimulovať, a som ovplyvnená aj s hudobným záujmom skupiny. Celkovo sedenie a účasť detí hodnotím veľmi pozitívne, vidím veľké pokroky, motivácia je u nich stále vysoká, ale samozrejme stále vidím priestor k zlepšeniu.

Ukončenie: Sedenie sme ukončili dychovým cvičením v ľahu, s hlbokým dýchaním, na konci 3x po hlbokom nádychu sme zakričali - juhej! Poďakovali sme sa za hru.

9. stretnutie

- **Téma terapeutického stretnutia:** zameranie pozornosti na seba
- **Ciele stretnutia:** aby deti pozorovali svoje vnútorné procesy počas hry, a dokázali pomenovať pocity, emócie a zmeny
- Zúčastnilo sa 7 detí: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
- **Terapeutické pomôcky:** hudba, žinenky, poháriky

Úvodná reflexia: Po privítaní som oboznámila deti s cieľom sedenia - aby sme sa vedeli sústrediť na svoje aktuálne pocity, emócie. Úvodnou otázkou bolo, s čím prišli (v akej nálade) na sedenie.

Rozvička: Bartenieff Fundamentals - opakovali sme dýchanie s uvoľnením a napätím svalov, prepojenie centra a periférie, hornej a dolnej polovice tela s cvičením morskej hviezdy aj prepojenie pravej a ľavej časti tela kotúľaním a s prevrátením na brucho a späť na chrbát.

Terapeutická časť:

Cvičenie na auditívnu pozornosť a pohybovú pamäť: Rozšírili sme pohybovú zbierku zvieracích pohybov. Všetky zvieratká sme si precvičili, vyskúšali pred samotným cvičením. Úlohou bolo zapamätať si statické alebo dynamické pohyby zvierat. Poprosila som deti, aby na (oživujúcu) hudbu tancovali, alebo sa voľne pohybovali v priestore. Keď zastavím hudbu, nahlásim, aké zvieratko by mali napodobňovať. Keď to spravili, hudba a voľný pohyb pokračoval.

Vláčik: Vytvorili sme vláčik tak, že každé dieťa dostalo vrečko naplnené semiačkami. Vrečko sme umiestnili na chrbát každého dieťaťa tak, že nasledujúci člen vláčiku ho držal laktom. Úlohou bolo, aby sa vláčik dostal do pomalého pohybu, a bez toho, aby vrečka spadli.

Posielanie pohybu po kruhu: Predviedla som pohyb, ktorý mali deti zrkadliť s časovým rozpätím - teda každý tento pohyb zopakoval jednotlivo a postupne, kým sa nevrátil ku mne. Pri hre sme využili možnosti Labanovej kinesféry. Zakomponovali sme aj mimiku, hlasy, zvuky a gestá.

Zrkadlenie v kruhu: Podobné cvičenie, ale bez časového rozpätia. Pohybovali sme sa spolu, cvičenie som viedla ja. Využili sme Labanovu kinesféru v pohybe, a rôznu intenzitu pohybov.

Reflexia: Pri reflexii sme s deťmi ďalej rozvíjali tému pozornosti vlastných emócií. Rozprávali sme sa o tom ako sa cítili pri cvičeniach, sústredili sme sa, aké zmeny nastali. Okrem vláčika boli všetky

cvičenia pre deti známe. Najväčšie emočné zmeny nastali práve pri tomto cvičení. Každé dieťa si vyskúšalo rolu vodca vláčiku, ale museli aj kráčať ako časť vlaku, kde boli vystavení riziku, že im spadne vrečko, čím sa vlak rozpojí. Deti reflektovali túto časť, že ich hnevalo, ak na začiatku vrečko niekomu spadlo, a neskôr aj oni sami zažili túto situáciu. Povedali, že ku koncu cvičenia im to už išlo lepšie, a napadlo im pomáhať dieťaťu, ktorému vrečko spadlo, a opäť tak rýchlo spojiť vláčik. Emočnú zmenu sme teda zaznamenali pri tomto cvičení: pri prežití hnevu, ktoré sa hrou pretransformovalo do prežitia úspechu.

Zhrnutie: Deti sa unavili po cvičení Bartenieff Fundamentals, trochu horšie sa sústredili na cvičenie, kde sme rozvíjali auditívnu pozornosť a pohybovú pamäť. Dve si sadli oddýchnuť, následne sa vrátili ku skupine. Pri cvičení vláčik som im musela pomáhať, aby sme ucelili vlak po páde niektorého vreca. Tým, že sme cvičenie opakovali 7x, sa stali deti očividne šikovnejšími v úlohe, a bola som na nich veľmi hrdá, že za taký krátky čas sa z fázy hnevu dostali do stavu konštruktívneho riešenia.

Ukončenie: Sedenie sme ukončili dychovým cvičením v ľahu. Poďakovali sme sa za hru.

10. stretnutie

- **Téma terapeutického stretnutia:** konflikt, citlivosť, porozumenie, empatia, tolerancia
- **Ciele stretnutia:** priblížiť deťom správanie sa v konfliktoch, citlivosť voči iným, porozumenie, význam empatie a tolerancie
- Zúčastnilo sa 7 detí: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
- **Terapeutické pomôcky:** hudba

Úvodná reflexia: Podávali sme si mäkkú loptičku, kto mal loptu v ruke, dostal slovo. Na začiatku sedenia sme rozvinuli myšlienku, aké správanie očakávam od iných, a ako sa chovám ja. Deti reagovali úprimne, zistila som že svoje správanie vidia aj sami veľmi reálne.

Rozcvička: Pre zahriatie svalov sme si zahrali naháňačku “koleso šťastia”. Vytvorili sme kruh, a dieťa, ktoré naháňalo, bežalo vždy okolo kruhu. Začiatkom hry sme určili, koho bude naháňať, toto dieťa bolo vnútri kruhu. Kruh sa hýbe dookola, podľa smeru naháňača, s možnou zmenou smeru tak, aby zachránila naháňaného.

Terapeutická časť:

Bartenieff fundamentals: Deti si ľahli na žinenky. Najprv sme prepojili dýchanie s uvoľnením a napätím svalov. Následne sme si krátko zacvičili prepojenie hornej a dolnej polovice tela s cvičením morskej hviezdy. Cvičenia od Bartenieff pravidelne precvičujeme na terapeutických sedeniach, pochopenie podstaty cvičenia, a koordinácia tela a dychu je pre deti obtiažne.

Ťukanie po tele: Postavili sme sa do kruhu, vysvetlila a prezentovala som deťom úlohu. V pomalom tempe sme si začali poklepkávať telo nasledovným spôsobom: 8x na hlave, 6x na ramene, 4x na bruchu, 2x na kolenách a 1x na náрте. Poklepkávanie sme robili rytmicky, so spoločným počítaním pohybov, a v každom kole sme zvolili rýchlejšie tempo. Celý okruh sme spravili 6x.

Rozvoj komunikácii: Pri voľnom pohybe v priestore deti dostali za úlohu nadviazať očný kontakt s protiúčim, a to tak:

- pozdraviť kývnutím hlavy
- pozdraviť úsmevom
- pozdraviť úsmevom a s tichým hello
- pozdraviť priateľským objatím

Improvizácia na situácie s bla-bla rečou: Vytvorili sme krátke príbehy, kde deti mali prejavovať konflikt, citlivosť, porozumenie, empatiu a toleranciu. Cieľom bolo, aby použili svoj hlas, a nie slová, a vyjadrovali tak emócie telom, takisto aj rozvoj kreativity. Dobrovoľne sa prihlasovali na určené role. Pred situačnou hrou sme si vždy vysvetlili význam daného slova aj s príkladmi pre lepšie pochopenie.

Reflexia: Ako vždy, som sa spýtala na aktuálne cvičenia, ktoré sme robili počas sedenia. Na naháňačku a Bartenieff fundamentals prichádzajú stále lepšie odozvy. Čím viac opakujeme jednotlivé cvičenie, tým naberú väčšiu sebaistotu v pohybe, a dokážu si to viac užiť. O Bartenieff fundamentals jedno dievča hovorilo, že si predstavuje, že je sama morskou hviezdou, a počas cvičenia si užíva pohyb a more. Deťom sa jednoznačne najviac páčilo cvičenie s rozvojom komunikácie od očného kontaktu až po objatie. Každý jeden vymenoval s veľkým nadšením toto cvičenie. Prežívali reálne emócie pri stupňovaní komunikácii, ktorá vyvrcholila v objatí. Na improvizáciu s bla-bla rečou prišli rôzne reflexie. Tí, ktorí do hry vstúpili, si ju užili, ostatní povedali, že nemali odvahu si to sami skúsiť.

Zhrnutie: Bolo zaujímavé nastaviť vyššiu latku pre kreativitu detí. Pri desiatom stretnutí som už vedela dobre odhadnúť, ktoré cvičenia budú pre nich ťažšie. Veľa som rozmýšľala ako spracovať tematiku predmetu etiky (konflikt, citlivosť, porozumenie, empatia, tolerancia), a rozhodla som pre túto pohybovú verziu. Napriek tomu, že boli deti, ktoré ani raz nezobrali na seba rolu, s výsledkom som bola spokojná. Prišla som k záveru, že by mohlo byť pre nich viac poučným vidieť vyjadrovať vlastných kamarátov určité situácie, ako keby sme sa o nich len rozprávali. Pozorovanie môže byť rovnako prospešné ako prežívanie.

Ukončenie: Zahrali sme si modifikovanú aktivitu od Z. Románovej - tunel ukľudnenia. Postavili sme sa štvornožky tesne vedľa seba, čím sme vytvorili tunel, ktorý vznikol priestorom medzi rukami a nohami. Každý prešiel tunel buď po bruchu alebo po chrbte. Pri práci sme boli ticho. Deti prišli s myšlienkou, že sa ukľudnia počas prechodu cez tunel. Poďakovali sme sa za hru.

11. stretnutie

- **Téma terapeutického stretnutia:** sebahodnota I.
- **Ciele stretnutia:** aby si deti uvedomili svoje hodnoty, aby dokázali reálne zhodnotiť vlastnú prácu, vlastné správanie, ale aj iných, aby si uvedomili, že ak nie sú v niečom momentálne úspešní, môžu to zmeniť; rozšírenie pohybových vzorcov a kreativity
- Zúčastnilo sa 6 detí: 2, 3, 4, 5, 6, 7
- **Terapeutické pomôcky:** hudba, štipce

Úvodná reflexia: Podávali sme si mäkkú loptičku, kto mal loptu v ruke, dostal slovo. Na začiatku sedenia sme rozvinuli otázku, kedy počas víkendu zažili pocit pozitívneho sebahodnotenia. Deti vymenovali rôzne situácie, napríklad pri pomoci rodičom, keď dostali pochvalu, pri karate či kapuere, pri počítačovej hre. Spýtala som sa ich, či tanec alebo pohyb môže mať vplyv na naše sebahodnotenie. Odozvy boli rôzne, preto som ich poprosila, aby pri dnešných cvičeniach sledovali svoje pocity.

Rozvíčka: Naháňačka so štipcami: Každému dieťaťu som umiestnila drevený štipec na tričko. Úlohou bolo pohybovať sa v priestore tak, aby im ostatní nemohli štipec ukradnúť (behať), ale bolo zakázané štipec zachraňovať rukami, čiže ho držať alebo odbiť človeka. Úlohou bolo nielen zachraňovať ten svoj, ale aj ukradnúť štipce od ostatných. Ukradnuté štipce držali v ruke. Keď boli všetky štipce ukradnuté, hra skončila.

Terapeutická časť:

Labanove tvary: Počas celej terapeutickkej časti tohto sedenia sme si vysvetlili a skúšali Labanove tvary: stenu, ihlu, guľu, skrutka a kužeľ. Najprv sme si povedali, aké vlastnosti má daný tvar, potom som poprosila deti, aby ukázali, ako by to stvárnil telom. Pozreli sme si na kreatívne stvárnenia tvarov v rôznych polohách: v stoji, v ľahu (na chrbte, na bokoch, na bruchu), v sede na zemi, v sede na stoličke. Keď sme ukončili túto časť, na jemnú, uskladňujúcu hudbu sme začali prechádzať z jedného tvaru do druhého podľa mojich inštrukcií. Určovala som na začiatku len tvar, následne aj to, v akej polohe by to mali deti vytvoriť.

Reflexia: Pri reflexii deti komentovali obidve cvičenia. Naháňačka im už bola známa, viac si to užili ako predtým, pre jedno dievča bolo stále náročné behať a sústrediť sa na dve veci naraz, a ďalšia sa necítila byť dostatočne smelá, aby niekomu ukradla štipec. Stelesnenie Labanových tvarov sa deťom veľmi páčilo. Keď sme sa vrátili k otázke sebahodnotenia, spýtala som sa deti, či zažili úspech pri

stelesnení tvarov, a jednoznačne tvrdili, že áno. Poprosila som ich, aby si uvedomili, že každý malý úspech sa ráta, dostali aj pochvalu za šikovnú prácu.

Zhrnutie: Deťom sa páčila kreatívna práca, ktorá pre nich nebola ani príliš ľahká, ani príliš ťažká. Nezaznamenala som v záujme o cvičenie väčšie rozdiely medzi chlapcami a dievčatami, aj chlapci pekne pracovali, použili pri statických tvaroch aj svalovú silu pre pekné stvárnenie tvaru. Už dlhšiu dobu som uvažovala o zavedení Labanových tvarov a úsilí, myslím si, že dlhšia predpríprava bola potrebná, no rozhodla som sa na ďalšom sedení vyskúšať aj Labanove úsilia.

Ukončenie: Terapiu sme ukončili s cvičením studňa, následne sme poďakovali za hru.

12. stretnutie

- **Téma terapeutického stretnutia:** sebahodnota II.
- **Ciele stretnutia:** aby si deti uvedomili, čo potrebujú k zvýšeniu sebahodnoty - vnútornú spokojnosť alebo vonkajšie potvrdenie (pochvalu), rozšírenie pohybových vzorcov, prepojenie mozgových hemisfér
- Zúčastnilo sa 7 detí: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
- **Terapeutické pomôcky:** hudba, stoličky

Úvodná reflexia: Po privítaní sme si povedali, v akej nálade sa kto nachádza. Nie každý člen skupiny bol vo vyrovnanej nálade, ponúkla som im, aby si ľahli na žinenku, ak sa necítia na spoluprácu, alebo majú pocit, že by im spánok mohol pomôcť. V ďalšom kole sme sa s deťmi rozprávali, aký majú vzťah k pohybovým prejavom, ako šport alebo tanec. Polovica detí rado tancuje alebo športuje, iní povedali, že neradi športujú, ale radi tancujú, ale nie pred inými, lebo majú pocit, že to nedokážu robiť dosť dobre. Jeden chlapec povedal, že on vôbec netancuje, ani nechce, napriek tomu, že 2 roky chodí na kapuera, a vie že aj kapuera je tanec.

Rozcvička: Cvičenie na prepojenie mozgových hemisfér: V sede na stoličkách sme sa rozcvičovali pri rytmickej hudbe, kde žiaci napodobňovali moje pohyby, snažiac sa udržať ustálený rytmus. Pri ťažších, asymetrických pohyboch, som pomáhala aj slovnými inštrukciami. Hlavným cieľom úlohy bolo navodenie dobrej nálady, uvoľnenie, prepojenie pravej a ľavej hemisféry mozgu, zlepšenie pohybových schopností, imitácie, rozvoj krátkodobej pamäte, rozvoj priestorovej orientácie.

Terapeutická časť:

Labanove úsilia: Povedala som deťom, že vyskúšame rôzne pohyby, ktoré neskôr môžu použiť pri aj pri tanci a športe. Pohybovali sme na rytmickú hudbu, počas ktorej som im jednoduchým spôsobom vysvetlila jednotlivé úsilia, ako aj smer, čas, váhu a plynutie pohybu. Vyskúšali sme všetky Labanove úsilia:

1. Tlačenie
2. Oprašovanie
3. Krútenie
4. Ťukanie
5. Švihanie
6. Priame kĺzanie
7. Udretie
8. Vznášanie sa

Následne sme ich kombinovali na hudbu.

Reflexia: Pri reflexii som sa spýtala, ktoré pohyby im išli najlepšie, ktoré si užili najviac? Chlapcom sa viac páčili silové pohyby, ako tlačenie, švihanie a udretie, dievčatám najviac kĺzanie a vznášanie sa. Všetky deti našli taký pohyb, pri ktorom sa cítili dobre. Vrátili sme sa k téme odkiaľ pochádza pozitívne sebahodnotenie. Dievčatá povedali, že je pre ne dôležité, aby dostávali z okolia pozitívnu spätnú väzbu, chlapci povedali, že spokojnosť so sebou potrebujú cítiť vo svojom vnútri, jeden chlapec povedal, že najradšej je ak má obidve.

Zhrnutie: Deti na začiatku sedenia boli viac nepokojné ako obvykle, preto som sa obávala, či dokážem udržať ich pozornosť. Preto som zvolila rozcvičku na stoličkách, takto som vedela viacej štrukturovať priestor a zamedziť tomu, aby im odbiehla pozornosť. Počas terapeutickkej časti sme sa pohybovali v priestore. Z tohto cvičenia jeden člen skupiny vystúpil a zvolil si oddych na žinenke. Stála som v jej blízkosti, a tam som vysvetľovala pohyby, aby som zabránila k tomu, že ju budú ostatní vyrušovať. Po niekoľkých minútach sa sústredenie detí zlepšilo, a zvládli sme precvičiť všetky pohyby.

Ukončenie: Na záver sme vytvorili tunel sebahodnoty, a každému, ktorý prechádzal cez tunel sme zašepkali podporujúcu vetu. Poďakovali sme sa za hru.

9. Výsledky

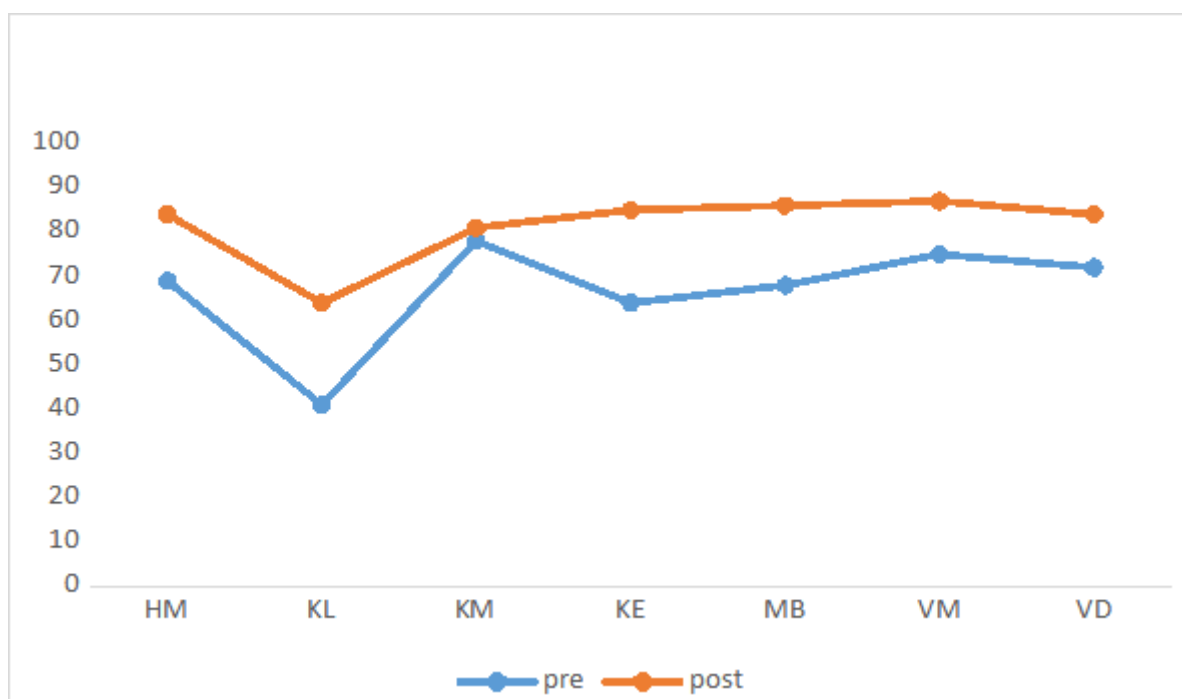
Druhé testovanie, ktoré nasledovalo po terapii som robila začiatkom apríla 2023.

Meranie krátkodobej pohybovej pamäte:

Bodové vyhodnotenie testu na krátkodobú pohybovú pamäť som zhrnula v tabuľke - príloha číslo. 5. Štatistické vyhodnotenie testu:

Zistila som významný rozdiel v celkovom skóre pohybovej pracovnej pamäte pred a po terapeutickej intervencii.

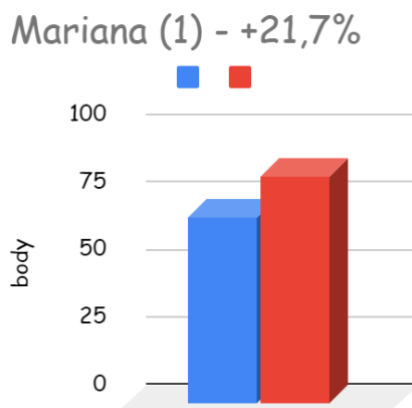
Párový t-test, $t = 5,85$, $p = 0,0011$, s veľkosťou vzorky 7, priemerný rozdiel: 14,85, SD rozdielu = 6,72



Porovnanie pohybovej pracovnej pamäte pred a po terapeutickej intervencii

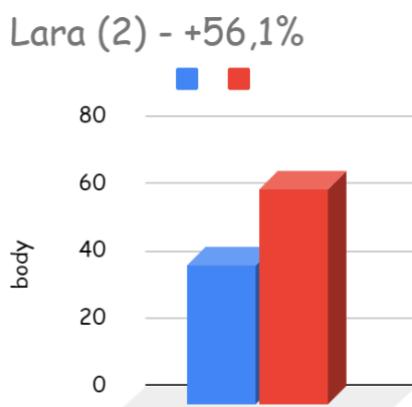
Mariana:

V teste **krátkodobej pohybovej pamäte** pri začiatočnom meraní získala 69 bodov, a na konci 84 bodov. Správne vykonané pohyby **sa zvýšili o 21,7%**. Dieťa malo celkom úspešne spravený test na začiatku, ale vnímanie polohy vlastného tela bolo slabšie, horšie si pamätala štvrtý a piaty takt vtedy, keď úlohou bolo vnímať pozíciu vlastného tela v priestore.



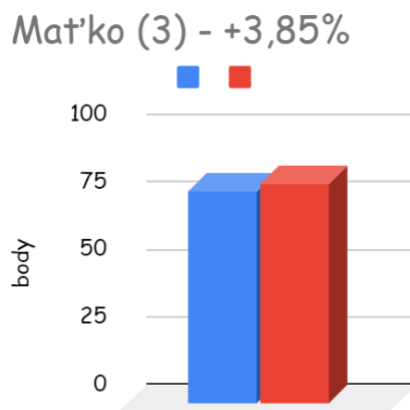
Lara:

V teste **krátkodobej pohybovej pamäte** pri začiatočnom meraní získala 41 bodov, a na konci 64 bodov. Správne vykonaná pohyby **sa zvýšili o 56,1%**, tento výsledok je najväčším úspechom v tomto testovaní. Pravdou je, že ona mala najslabšie úvodné výsledky. V úvodnom testovaní si dokázala zapamätať iba úvodné cviky alebo posledné takty, bolo cvičenie, kde okrem východiskovej a záverečnej pozície neabsolvovala ani jeden takt. V úvodnom testovaní najlepšie zvládla cvičenie č. 8, kde na každý takt sme zmenili polohu celého tela.



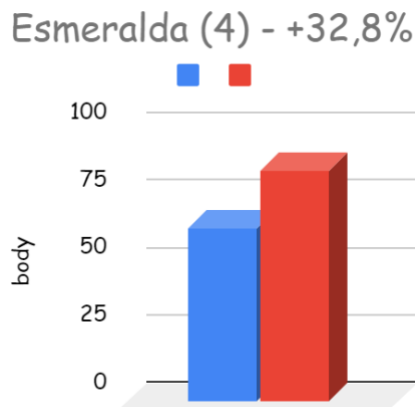
Mat'ko:

V teste **krátkodobej pohybovej pamäte** pri začiatočnom meraní získal 78 bodov, a na konci 81 bodov. Správne vykonané pohyby **sa zvýšili o 3,8%**. Tento chlapec spravil najlepší výsledok pri úvodnom teste, ale namerali sme najmenšie výsledky. Aj v úvodnom, i v záverečnom testovaní spravil iba malé chyby, napr. vynechal 1 pohyb, alebo poplietol pohyb (namiesto kráčania skákal, ale pritom dodržal aj správny smer, aj počet). Môže to súvisieť s jeho pozornosťou, alebo motiváciou, ale fakt je to, že krátkodobú pohybovú pamäť má dobrú v skupinovom pomere.



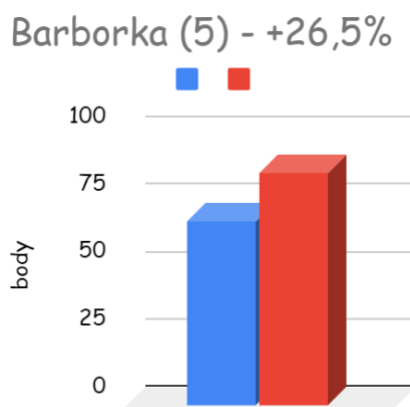
Esmeralda:

V teste **krátkodobej pohybovej pamäte** pri začiatočnom meraní získala 64 bodov, a na konci až 85 bodov. Správne vykonané pohyby **sa zvýšili o 32,8%**. Na začiatku si horšie pamätala pohyby, kde bolo treba naraz vykonávať pohyb v priestore a koordinovať k tomu pohyb končatín, aj pri cvikoch na prepojenie pravej a ľavej polovice tela. Na terapeutických sedeniach robila veľmi veľké pokroky v cvičeniach Bartenieff Fundamentals. Pri záverečnom meraní vo viacerých prípadoch vedela dodržať aj správny a pravidelný rytmus pohybov.



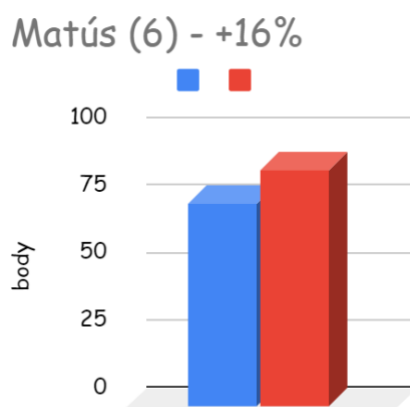
Barborka:

V teste **krátkodobej pohybovej pamäte** pri začiatočnom meraní získala 68 bodov, a na konci 86 bodov. Správne vykonané pohyby **sa zvýšili o 26,5%**. Pri začiatočnom teste si horšie pamätala pohyby, kde bolo treba naraz vykonávať pohyb v priestore a koordinovať k tomu pohyb končatín aj polohu tela. Na terapeutických sedeniach bola veľmi pozorná a motivovaná, rovnako ako pri testovaní krátkodobej pohybovej pamäte. Pri záverečnom meraní vo viacerých prípadoch vedela dodržať aj správny a pravidelný rytmus pohybov.



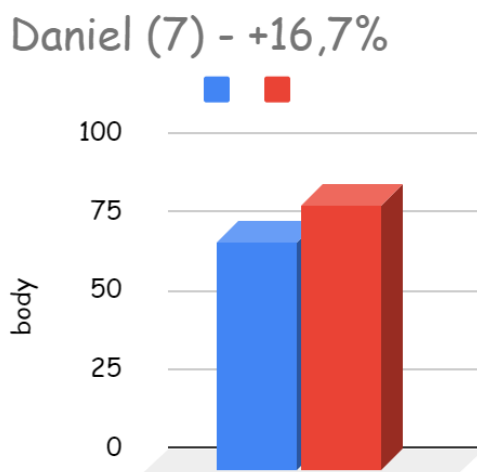
Matúš:

V teste **krátkodobej pohybovej pamäte** pri začiatočnom meraní získal 75 bodov, a na konci 87 bodov. Správne vykonané pohyby **sa zvýšili o 16%**. Chlapec bol veľmi sústredený pri testovaní aj na terapeutických sedeniach. Pri začiatočnom testovaní mal problém s koordináciou pohybu rúk a nôh na opačnej strane a s úlohami, kde sa mal naraz sústrediť na polohu tela, a na pohyb končatín i celého tela v priestore. Pri záverečnom meraní vo viacerých prípadoch vedel dodržať aj správny a pravidelný rytmus pohybov, ale robil to v pomalom tempe.



Daniel:

V teste **krátkodobej pohybovej pamäte** pri začiatočnom meraní získal 72 bodov, a na konci 84 bodov. Správne vykonané pohyby **sa zvýšili o 16,7%**. Pri začiatočnom testovaní bol veľmi šikovní, pri ľahších úlohách sa stalo, že vynechal 1 pohyb zo začiatku, alebo z konca štvortaktnej zostavy. Pri cvičení 12 a 14 si už nedokázal zapamätať 3-4 pohyby. Tieto cvičenia si vyžadujú dobrú priestorovú orientáciu, správnu koordináciu pohybu rúk a nôh na opačnej strane, aj zosúladenie práce končatín s pohybom v priestore.



Vyhodnotenie dotazníka silných stránok a ťažkostí (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ):

Bodové vyhodnotenie dotazníka silných stránok a ťažkostí SDQ som zhrnula v tabuľke - príloha číslo. 6. Podľa rozboru dotazníka SDQ som našla u jednotlivých členov skupín nasledujúce:

Mariana:

Verzia vyplnená dieťaťom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	18 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti	18 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti
Emocionálne symptómy	5 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	5 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy správania	4 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti	4 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti
Hyperaktivita	7- značné riziko klinicky významných problémov	7 - značné riziko klinicky významných problémov
Problémy s rovesníkmi	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Prosociálne chovanie	8 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	7- klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné

Verzia vyplnená vychovávateľom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	30 - značné riziko klinicky významných problémov	30 - značné riziko klinicky významných problémov
Emocionálne symptómy	6 -značné riziko klinicky významných problémov	6 - značné riziko klinicky významných problémov
Problémy správania	9 - značné riziko klinicky významných problémov	9 - značné riziko klinicky významných problémov
Hyperaktivita	10 - značné riziko klinicky významných problémov	10 - značné riziko klinicky významných problémov
Problémy s rovesníkmi	5 - značné riziko klinicky významných problémov	5 -značné riziko klinicky významných problémov
Prosociálne chovanie	0 - značné riziko klinicky významných problémov	1- značné riziko klinicky významných problémov

Verzia vyplnená pedagógom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	28 - značné riziko klinicky významných problémov	20 - značné riziko klinicky významných problémov
Emocionálne symptómy	9 -značné riziko klinicky významných problémov	7- značné riziko klinicky významných problémov
Problémy správania	7- značné riziko klinicky významných problémov	7- značné riziko klinicky významných problémov
Hyperaktivita	4 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy s rovesníkmi	8 - značné riziko klinicky významných problémov	4 - značné riziko klinicky významných problémov
Prosociálne chovanie	4 - značné riziko klinicky významných problémov	6 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné

Zhrnutie: Podľa dotazníka **dieťa** uvádza iba jednu zmenu o sebe, tá ktorá sa týka prosociálneho správania: viac vníma a má záujem o emócie druhých. Podľa dotazníka vyplneného dieťaťom rizikové oblasti sú hyperaktivita a problémy správania. Sama nevníma, že by dráždila svoje okolie so svojim chovaním a pritom uvádza, že dávnejšie malo značné ťažkosti aspoň na jednej skúmanej oblasti, momentálne tie ťažkosti nevníma. Podľa nej, jej okolie a rodinu nezaťažujú spomenuté ťažkosti.

Podľa hodnotenia **vychovávateľky** detského domova dievča má vo všetkých oblastiach vysoké riziko klinicky významných problémov. Žiadne väčšie zmeny neudáva, jedinou zmenou je, že sa chová krajšie k mladším deťom. Skúmané problémy podľa nej sú vážne, trvajú viac ako rok, a stresujú dieťa vo významnej miere, a obmedzujú významne sociálne vzťahy.

Dieťa označilo, že vďaka TPT sa jeho problémy výrazne zlepšili, a stali sa znesiteľnejšími. Podľa vychovávateľky sa problémy nezmenili, ale stali sa o trošku znesiteľnejšími.

Podľa **môjho** hodnotenia okrem hyperaktivity boli všetky oblasti rizikové v prvom školskom polroku, podľa súčasného hodnotenia prosociálna oblasť sa zlepšila v škole o 2 body.

Je zaujímavosťou tohto výskumu, že všetky 3 hodnotenia majú odlišné výsledky. Fakt je to, že ja ako pedagóg viem hodnotiť dieťa len na základe prejavov v škole, vychovávateľka ju vidí iba v prostredí detského domova. Doplnila by som myšlienku, že školské chovanie je silne ovplyvnené medikáciou dieťaťa, keďže ranné lieky pôsobia počas doobedia, kým s mojou skupinou trávim najviac času ja.

Lara:

Verzia vyplnená dieťaťom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	10 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	6 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Emocionálne symptómy	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy správania	4 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Hyperaktivita	5 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	5 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy s rovesníkmi	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Prosociálne chovanie	7 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	10 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné

Verzia vyplnená rodičom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	22 - značné riziko klinicky významných problémov	22 - značné riziko klinicky významných problémov
Emocionálne symptómy	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy správania	6 - značné riziko klinicky významných problémov	6 - značné riziko klinicky významných problémov
Hyperaktivita	10 - značné riziko klinicky významných problémov	10 - značné riziko klinicky významných problémov
Problémy s rovesníkmi	5 - značné riziko klinicky významných problémov	5 - značné riziko klinicky významných problémov
Prosociálne chovanie	8 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	8 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné

Verzia vyplnená pedagógom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	18 - značné riziko klinicky významných problémov	16 môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti
Emocionálne symptómy	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy správania	5 - značné riziko klinicky významných problémov	4 - značné riziko klinicky významných problémov
Hyperaktivita	10 - značné riziko klinicky významných problémov	9 - značné riziko klinicky významných problémov
Problémy s rovesníkmi	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Prosociálne chovanie	6 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	7 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné

Zhrnutie: Podľa **dietťa** prosociálne správanie sa zlepšilo, a to v nasledujúcich oblastiach: je viac ohľaduplný k pocitom iných ľudí a ľahšie zdieľa svoje veci s ostatnými deťmi. Tiež viac pociťuje, že je obľúbená ostatnými deťmi. V oblasti chovania udáva, že častejšie stráca hlavu, ale menej často je obvinená, že podvádza alebo klame, a lepšie sa správa. Dietťa uviedlo, že pedagógovia sa občas sťažujú na jej hyperaktivitu a nepozornosť, a často sa sťažujú na jej správanie.

Rodič hodnotil, že dietťa v oblasti emócií a prosociálneho správania nemá problémy, ale uviedol značné riziko problémov v oblastiach správania, hyperaktivity a vo vzťahoch s rovesníkmi. Rodičia uviedli, že zo školy často dostávajú hlásenie, že dietťa má problémy s pozornosťou, hyperaktivitou, je netrpezlivé a koná bez rozmýšľania.

Podľa **môjho** hodnotenia emocionálna oblasť a prosociálne správanie sú v norme, rovesnícke vzťahy som hodnotila inak ako rodičia podľa školského správania: dietťa sa zaujíma o svojich rovesníkov, počas prestávok sa pridá do skupín dievčat, a najčastejšie aj dobre vychádzajú, je pozornejšia a viac dobrosrdečná. V mojom hodnotení sa krádeže a klamstvá zlepšili.

Dietťa uvádza, že jej problémy sa zlepšili vo veľkej miere vďaka TPT, jej problémy sú znesiteľnejšie, rodičia označili, že problémy dietťa sa zlepšili v malej miere.

Mat'ko:

Verzia vyplnená dieťaťom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	17 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti	27 - značné riziko klinicky významných problémov
Emocionálne symptómy	3 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	7 - značné riziko klinicky významných problémov
Problémy správania	4 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti	8 - značné riziko klinicky významných problémov
Hyperaktivita	6 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti	7 - značné riziko klinicky významných problémov
Problémy s rovesníkmi	4 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti	5 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti
Prosociálne chovanie	10 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	6 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné

Verzia vyplnená rodičom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	13 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	12 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Emocionálne symptómy	4 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti	4 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti
Problémy správania	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Hyperaktivita	5 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	4 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy s rovesníkmi	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Prosociálne chovanie	6 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	6 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné

Verzia vyplnená pedagógom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	14 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti	9 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Emocionálne symptómy	7 - značné riziko klinicky významných problémov	5 - značné riziko klinicky významných problémov
Problémy správania	3 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Hyperaktivita	3 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy s rovesníkmi	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Prosociálne chovanie	8 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	8 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné

Zhrnutie: Na základe vyhodnotenia detského dotazníka dieťa označilo, že v oblastiach emócií, správania, hyperaktivity je značné riziko klinicky významných problémov. Podľa **dieťaťa** sa viac obával, momentálne obavy sa zlepšili, ale napriek tomu častejšie pociťuje depresiu, nervozitu a je viac bojzlivý. Ohľadom správania uvádzal, že sa často už nedokáže slušne správať, ako predtým a viac sa dostáva do konfliktov s inými deťmi. Je menej hyperaktívny, ale ľahko sa vyruší. Medzi rovesníkmi pociťuje väčšiu popularitu, ale súčasne je viackrát cieľom šikanovania. Podľa jeho sebahodnotenia rodičia aj pedagógovia sa častokrát sťažujú na jeho nepozornosť. Pociťuje, že jeho problémy ho stresujú nadmerne.

Rodič označil iba emocionálnu oblasť za mierne kritickú, a uvádza, že dieťa častejšie rozmýšľa predtým než koná.

Moje hodnotenie je veľmi podobné tomu, čo uvádza rodič, ale v emocionálnej oblasti som našla väčšie riziko klinicky významných problémov, a prosociálne chovanie som ohodnotila lepšie ako matka. Emocionálnu nerovnováhu môže zrkadliť aj veľmi prísne sebahodnotenie dieťaťa.

Dieťa uviedlo, že vďaka TPT sa dostalo k veľkému množstvu užitočných informácií a jeho problémy sa trochu zlepšili alebo sa stali znesiteľnejšími. Matka udávala rovnaké hodnotenie na TPT, a chcela by som zdôrazniť, že okrem emócií ohodnotila dieťa veľmi pozitívne, s menšími ťažkosťami v skúmaných oblastiach.

Esmeralda:

Verzia vyplnená dieťaťom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	13 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	7 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Emocionálne symptómy	7 - značné riziko klinicky významných problémov	3 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy správania	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Hyperaktivita	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy s rovesníkmi	4 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Prosociálne chovanie	10 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	10 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné

Verzia vyplnená rodičom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	13 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	10 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Emocionálne symptómy	4 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti	3 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy správania	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Hyperaktivita	3 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	3 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy s rovesníkmi	4 - značné riziko klinicky významných problémov	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Prosociálne chovanie	8 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	5 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti

Verzia vyplnená pedagógom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	9 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	5 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Emocionálne symptómy	5 - značné riziko klinicky významných problémov	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy správania	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Hyperaktivita	3 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	3 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy s rovesníkmi	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Prosociálne chovanie	9 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	9 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné

Zhrnutie: Dieťa udáva v dvoch oblastiach významné problémy v prvom školskom polroku, a to sú emócie a problémy s rovesníkmi. V tom období mala bolesti hlavy, bola častejšie chorá a depresívna, ale tieto problémy sa zlepšili. Zmeny nastali aj v oblasti problémov s rovesníkmi, kde bola cieľom šikanovania, ale problémy sa tiež sa zlepšili. V ostatných oblastiach klinické problémy sú nepravdepodobné. Dieťa uviedlo, že v prvom polroku malo značné ťažkosti vo vymenovaných oblastiach, ktoré boli prítomné viac ako 1 rok, ťažkosti ju trochu stresovali ale nemali značný dopad na rodinný alebo školský život, a nezaťažovali rodinu. Momentálne vníma, že tie ťažkosti už nemá.

Rodič udáva zmeny v oblastiach emócií, problémov s rovesníkmi a prosociálneho chovania. Podľa matky je dieťa menej depresívne, lepšie vychádza s deťmi a je menej často šikanovaná. V oblasti prosociálneho chovania zaznamenala mierne zhoršenie, odôvodnila to pubertálnymi zmenami. Od pedagógov nedostáva spätnú väzbu ohľadom negatívneho správania, občas je dieťa nepokojné, netrpezlivé a nesústredené. Matka označila, že dieťa malo, aj má menšie problémy v daných oblastiach, ktoré ju trochu stresujú, ale nebránia harmonickému školskému a rodinnému životu, ale trochu obmedzujú voľnočasové aktivity.

Podľa **môjho** hodnotenia väčšie emocionálne problémy boli prítomné v prvom polroku. Podľa školského správania som nezaznamenala žiadne pohoršenie v prosociálnom správaní, a problémy so šikanovaním sa vyriešili.

Dieťa ohľadom TPT označilo, že jej problémy sa výrazne zlepšili, podľa matky sa zlepšili v malej miere.

Barborka:

Verzia vyplnená dieťaťom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	4 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	4 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Emocionálne symptómy	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy správania	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Hyperaktivita	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy s rovesníkmi	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Prosociálne chovanie	6 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	6 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné

Verzia vyplnená rodičom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	5 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Emocionálne symptómy	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy správania	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Hyperaktivita	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy s rovesníkmi	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Prosociálne chovanie	10 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	9 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné

Verzia vyplnená pedagógom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	6 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	3 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Emocionálne symptómy	4 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy správania	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Hyperaktivita	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy s rovesníkmi	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Prosociálne chovanie	10 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	10 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné

Zhrnutie: Zaujímavosťou je, že **dieťa** neuvádza žiadne klinicky významné problémy, alebo zmeny v jednotlivých oblastiach. Uvádza, že býva nervózna v nových situáciách, ľahko stráca pozornosť, a niekedy (občas) lepšie vychádza s dospelými, ako s deťmi. V prosociálnom správaní nerada zdieľa svoje veci s ostatnými. Označila, že jej rodina a pedagógovia jej nevytýkajú, že by vyrušovala, alebo mala hyperaktívne správanie. Označila, že ťažkosti vo vymenovaných oblastiach nemá.

Rodič hodnotil svoje dieťa podobným spôsobom, bez klinicky významných problémov. Podľa rodiča sa dieťa menej stresuje v nových situáciách, pozitívnu zmenou je, že už nestráca trpezlivosť, je populárnejšia medzi rovesníkmi, ale menej krát pomáha dobrovoľne. Matka uvádza, že dieťa nemá, ani nemala výrazné problémy vo vymenovaných oblastiach, ak sa vyskytnú drobnosti, stresuje to dieťa v malej miere.

Podľa **môjho** hodnotenia emocionálna rovnováha sa zlepšila od prvého polroka: je menej ustarostená, bojazlivá a smutná. Ľahko sa vyruší a stráca pozornosť. V ostatných oblastiach som nenašla žiadne klinicky významne symptómy.

Dieťa aj matka ohľadom TPT označili, že problémy dieťaťa sa výrazne zlepšili.

Matúš:

Verzia vyplnená dieťaťom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	20 - značné riziko klinicky významných problémov	20 - značné riziko klinicky významných problémov
Emocionálne symptómy	6 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti	6 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti
Problémy správania	3 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Hyperaktivita	8 - značné riziko klinicky významných problémov	8 - značné riziko klinicky významných problémov
Problémy s rovesníkmi	3 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	5 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti
Prosociálne chovanie	7 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti	10 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti

Verzia vyplnená rodičom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	14 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti	14 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti
Emocionálne symptómy	4 - môže reflektovať klinicky významné problémy v tejto oblasti	5 - značné riziko klinicky významných problémov
Problémy správania	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Hyperaktivita	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy s rovesníkmi	6 - značné riziko klinicky významných problémov	5 - značné riziko klinicky významných problémov
Prosociálne chovanie	6 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	7 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné

Verzia vyplnená pedagógom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	16 - značné riziko klinicky významných problémov	15 - značné riziko klinicky významných problémov
Emocionálne symptómy	9 - značné riziko klinicky významných problémov	6 - značné riziko klinicky významných problémov
Problémy správania	4 - značné riziko klinicky významných problémov	5 - značné riziko klinicky významných problémov
Hyperaktivita	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy s rovesníkmi	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Prosociálne chovanie	7 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	7 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné

Zhrnutie: Dieťa ohodnotilo svoje emócie nasledovne: počas celého roku má obavy, častokrát depresívnu náladu a pociťuje nervozitu v nových situáciách. Ohľadom správania označil, že už ho neobviňujú, že klame alebo podvádza, menej krát stratí hlavu pri konfliktoch, a správa sa slušnejšie. Seba hodnotí, že je hyperaktívnejší, ale má lepšiu pozornosť. Vo vzťahoch s rovesníkmi sa problémy zhoršili. Od začiatku roka cíti, že je cieľom šikanovania, stráca popularitu medzi deťmi, a častejšie chce byť sám, a nie s rovesníkmi. Zároveň vníma seba, že je viac empatický, nápomocný a milý k menším deťom. Počas celého školského roku pociťuje, že má menšie problémy vo vymenovaných oblastiach, ktoré ho trochu stresujú, problémy sú prítomné už viac ako 1 rok.

Podľa **rodiča** sú všetky vymenované problémy prítomné v oblasti emócií, ale iba v menšej miere, rodič pociťuje pohoršenie v sťažnostiach na bolesti hlavy. Ohľadom správania rodič ani raz neodpovedal na otázku o krádeži a klamstvách, označil, že občas dieťa stráca hlavu pri konflikte, ale dokáže sa správať aj slušne. V oblasti hyperaktivity rodič uvádza, že dieťa ľahko stráca pozornosť a nie vždy rozmýšľa predtým, než koná. Uvádza, že dieťa vôbec nie je populárne, občas je radšej sám, ako s rovesníkmi a často je cieľom šikanovania. Pri prosociálnom správaní dieťa viac pomáha dobrovoľne a je nápomocný a empatický, keď sa niekto necíti dobre. Rodič vníma často neklud a netrpezlivosť na dieťati, uvádza, že dieťa má 1-5 mesiacov mierne problémy v spomínaných oblastiach.

Podľa **môjho** hodnotenia v oblasti emócií sa zmiernili bolesti hlavy, ktoré boli prítomné počas vyučovania u dieťaťa, je menej depresívny a ustarostený. Ohľadom správania častejšie stráca hlavu pri konfliktoch a viac sa háda s inými deťmi. Popularitu medzi deťmi hodnotím všeobecne o trošku lepšie ako rodič, ale niektoré deti sa ho snažia občas šikanovať.

Vplyv TPT dieťa hodnotilo nasledovne: mierne sa zlepšili jeho problémy vo vymenovaných oblastiach, rodič účinky TPT nehodnotil.

Daniel:

Verzia vyplnená dieťaťom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	4 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	3 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Emocionálne symptómy	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy správania	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Hyperaktivita	3 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy s rovesníkmi	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Prosociálne chovanie	6 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	6 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné

Verzia vyplnená rodičom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	3 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	3 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Emocionálne symptómy	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy správania	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Hyperaktivita	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy s rovesníkmi	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Prosociálne chovanie	9 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	9 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné

Verzia vyplnená pedagógom		
	pred	po
Celkové body ťažkostí	4 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	3 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Emocionálne symptómy	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	2 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy správania	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Hyperaktivita	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	1 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Problémy s rovesníkmi	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	0 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné
Prosociálne chovanie	10 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné	10 - klinicky významné problémy v tejto oblasti sú nepravdepodobné

Zhrnutie: Jediné dieťa, u ktorého výsledky ani v jednej oblasti nereflektujú klinicky významný problém. **Dieťa** udáva, že si dokáže lepšie premyslieť situáciu pred konaním, chová sa horšie voči menším deťom, ale častejšie pomáha dobrovoľne. Pociťuje, že má mierne problémy vo vymenovaných oblastiach, ktoré ho nestresujú, ale významne zabraňujú v priateľských vzťahoch a mierne v rodinných a v školských vzťahoch.

Rodič hodnotil dieťa podobne, okrem prosociálneho chovania, v ktorom dieťa dostalo lepšie hodnotenie. V oblasti emócií rodič označil, že je občas bojazlivý. Ľahko stráca pozornosť, a nie vždy premýšľa pred konaním - v týchto oblastiach rodič neuvádza žiadne zmeny. Rodič hodnotil, že v prvom polroku dieťa malo mierne ťažkosti, ktoré teraz už nie sú prítomné.

Podľa **môjho** hodnotenia je dieťa počas celého roka nervózne pri nových situáciách a všeobecne je bojazlivé. Jeho pozornosť je občas dobrá, v školskom prostredí sa nestretávam s tým, že by si nepremyslel svoje skutky pred konaním.

Vplyv TPT dieťa aj rodič hodnotili nasledovne: mierne sa zlepšili problémy vo vymenovaných oblastiach.

10. Zhrnutie výsledkov

Hypotézou mojej výskumnej práce bolo:

H1: Predpokladáme, že tanečno-pohybová terapia má priaznivý účinok na rozvoj pohybovej pracovnej pamäte u detí s ľahkým mentálnym postihnutím.

Podľa vyhodnotenia testu na krátkodobú pohybovú pamäť sa táto **hypotéza potvrdila**, u 7 detí sme merali priemerne **24,8%-né zlepšenie**.

Druhou hypotézou mojej výskumnej práce bolo:

H2: Predpokladáme, že tanečno-pohybová terapia dokáže ovplyvniť správanie celej skupiny aj jednotlivých členov.

Na základe hodnôt **dotazníka SDQ** moja **hypotéza sa nepotvrdila jednoznačne**. Pri meraní 6-týždňového obdobia, (12 terapeutických sedení) bolo možné preukázať **len malé zlepšenie, a to len u niektorých detí**. V dotazníku všetky deti uviedli pri otázke, ktorá skúma subjektívnu účinnosť terapie aspoň malé zlepšenie v problémoch, ktoré sa ich týkajú.

V nasledujúcej štatistike skúmam **celkový počet dotazníkov** (3x7) vyplnených deťmi, rodičmi/opatrovateľmi a učiteľmi. Skúmam, že za 7 detí koľkokrát deklarovali zlepšenie v niektorej oblasti. Aj 1 bodový rozdiel v danej oblasti považujem za zlepšenie (kvôli krátkosti výskumného obdobia). Berte do úvahy, že na jedného dieťať a mohli aj traja ľudia označiť, že v danej oblasti je viditeľné zlepšenie.

1. Dá sa s prostredníctvom TPT priaznivo ovplyvniť emocionálnu rovnováhu skupiny a u členov skupiny?

V hodnotení dotazníka **došlo k malému zlepšeniu** podľa bodových hodnôt, z **21** vyplnených dotazníkov **8x**.

2. *Dá sa s prostredníctvom TPT priaznivo ovplyvniť nepokoj a nepozornosť skupiny a u členov skupiny?*

V hodnotení dotazníka **došlo k malému zlepšeniu** podľa bodových hodnôt, z **21** vyplnených dotazníkov **5x**.

3. *Dá sa s prostredníctvom TPT priaznivo ovplyvniť problémy so správaním u členov skupiny?*

V hodnotení dotazníka **došlo k malému zlepšeniu** podľa bodových hodnôt, z **21** vyplnených dotazníkov **6x**.

4. *Dá sa s prostredníctvom TPT priaznivo ovplyvniť prosociálne správanie skupiny a u členov skupiny?*

V hodnotení dotazníka **došlo k malému zlepšeniu** podľa bodových hodnôt, z **21** vyplnených dotazníkov **6x**.

5. *Dá sa s prostredníctvom TPT priaznivo ovplyvniť rovesnícke vzťahy v skupine?*

V hodnotení dotazníka **došlo k malému zlepšeniu** podľa bodových hodnôt, z **21** vyplnených dotazníkov **8x**.

Ako **krátkodobé ciele** som označila rozvoj pohybovej pamäte a tým zlepšenie kognitívnych funkcií, zlepšenie komunikácie a správania sa medzi členmi skupiny, vytvoriť v skupine pocit bezpečia a uvoľnenia, rozšírenie pohybových vzorcov, zlepšenie pozornosti a vnímania. Myslím si, že krátkodobé ciele sa nám podarilo splniť do miery, čo nám umožnil náročnosť skupiny a krátke výskumné obdobie.

SÚHRN

V absolventskej práci som zisťovala vplyv tanečno - pohybovej terapie na rozvoj pohybovej pracovnej pamäte. Skúmala som aj sekundárnu hypotézu, podľa ktorej má tanečno-pohybová terapia priaznivý vplyv na správanie členov skupiny.

Počas hodnotenia po štúdiu som zistila pozitívne účinky, najmä v súvislosti s vnímaním polohy vlastného tela, pozíciou tela v priestore, priestorovej orientácii, koordinácii končatín a pravidelnosti rytmu pohybov, napriek krátkodobému zásahu a nízkemu počtu účastníkov. Výsledky naznačujú, že intervencia je sľubnou metódou, ktorá sa má skúmať s viacerými účastníkmi a na dlhšie časové obdobie.

Môj výskum slúži ako základ pre ďalšie štúdie pamäti a správania. Pri rozvoji motorickej pamäte by bolo zaujímavé skúmať integráciu do dlhodobej pamäte, napr. faktory, ktoré napomáhajú fixácii určitých sekvencií pohybov, prípadne skúmať, v ktorých konkrétnych oblastiach rozvoj motorickej pamäte podporuje procesy učenia. Pokiaľ ide o test, ktorý som vytvorila, bola by to vynikajúca výskumná téma na skúmanie účinku štvordobých (alebo viac taktných) cvičení.

SUMMARY

In my graduate thesis I have investigated the effects of dance and movement therapy on the development of motor working memory. I have also investigated a secondary hypothesis, according to which dance-movement therapy has a beneficial effect on the behavior of group members.

I have found positive effects during the post-study evaluation, particularly related to the perception of the position of child's body, the position of the body in space, spatial orientation, coordination of limbs and the regularity of the rhythm of movements, despite the short-term intervention and a low number of participants. The results suggest the intervention to be a promising method to be investigated with more participants and for an extended period of time.

My research serves as a basis for further studies of memory and behavior. In the development of motor memory, it would be interesting to investigate integration into long-term memory, e.g. factors that help the fixation of certain sequences of movements, or to investigate in which specific areas the development of motor memory supports learning processes. Regarding the test I developed, it would be an excellent research topic to investigate the effect of four-beat (or more beat) exercises.

Odborná literatúra

Apter, Chloe: An introduction to the classification of mental disorders: the DSM and the ICD, 2019, MENTAL HEALTH TODAY. [https://www.mentalhealthtoday.co.uk/innovations/an-introduction-to-the-classification-of-mental-disorders-the-dsm-and-the-icd#:~:text=Today%2C%20the%20two%20most%20widely,Classification%20for%20Diseases%20\(ICD\).](https://www.mentalhealthtoday.co.uk/innovations/an-introduction-to-the-classification-of-mental-disorders-the-dsm-and-the-icd#:~:text=Today%2C%20the%20two%20most%20widely,Classification%20for%20Diseases%20(ICD).)

Atkinson, Richard C. – Hilgard, Ernest: Pszichológia. Osiris Kiadó, 2005. 293-339

Bačíková, Mária, Anna Janovská: Základy metodologie pedagogicko-psychologického výskumu. Sprievodca pre študentov učiteľstva. Vysokoškolská učebnica, 2018

Bagdy Emőke: A motorium humán szerveződése. In: Pszichológia a Gyógytornászképző szak hallgatói számára. Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 1976, 34-38, 69-95.

Balogh László szerk.: Gyermekápolástan 1-2. A beteg csecsemők és gyermekek ápolása. Medicina Kiadó, Budapest, 1997.

Marie Benícková: Muzikoterapie a Edukace, Grada 2017

Berényi Marianne, Katona Ferenc: A fejlődésneurológia szerepe a szomatopedagógiában. Gyógypedagógiai Szemle - 39. évf. 2. sz. (2011. 04-06) https://epa.oszk.hu/03000/03047/00053/pdf/EPA03047_gyosze_2011_2_121-130.pdf

Berényi Marianne: Módszertani útmutató orvosok és védőnők részére. Az élet első 12 hónapjában ép és kóros körülmények között. OTH, Budapest, 2014.

Bidzan-Bluma a Lipovska: Physical Activity and Cognitive Functioning of Children: A systematic Review, 2018, International Journal of Environmental Research and Public Health

Boas, Franziska Collection: Processed by the Music Division of the Library of Congress, 2006, <http://infomotions.com/sandbox/liam/pages/httpdillocgovlocmusicadmusmu006001.html>

Bokor Nándor szerk. Általános ápolástan - Gondozástan 1. Bp.: Medicina, 1993, 26, 34.

Camdzija Edo: Segments influencing motor development in childhood in the light of everyday physical education, 2016, Szeged, SZEGEDI TUDMÁNYEGYETEM, JUHÁSZ GYULA PEDAGÓGUSKÉPZŐ KAR, TESTNEVELÉS ÉS SPORTTUDOMÁNYI INTÉZET

Chang Liu, Mengyu Su, Yuchen Jiao, Yan Ji, Shuqin Zhu: Effects of dance intervention on cognition, psycho-behavioral symptoms, Motor functions, and quality of life in older adult patients with mild cognitive impairment: A meta-analysis and systematic review, 2021, Frontiers in Aging Neuroscience

Chodorow, Joan: Taneční terapie a hlubinná psychologie, Imaginace v pohybu, 2006

Klára Čížková: Tanečne – pohybová terapie, 2005, Triton

Csákvári Judit Intellektuális képességzavar és szociális kogníció A szociális kogníció néhány aspektusának vizsgálata tekintetkövetéssel módszerrel mérsékelt intellektuális képességzavarral élő felnőttek körében Doktori (PhD) értekezés. Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológiai Doktori Iskola. 2013.
http://pszichologia.phd.elte.hu/vedesek/Csakvari_Judit_disszertacio.pdf

Csányi Yvonne szek.: Értelmileg és tanulásban akadályozott gyermek integrált nevelése és oktatása Útmutató szülőknek és szakértői bizottságoknak Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógia Főiskolai Kar, 2001

Czeizel Endre – Lányiné Engelmayer Ágnes – Rátay Csaba: Az értelmi fogyatékosok kóreredete a „Budapest-vizsgálat” tükrében. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1978.

Donáth Tibor: Anatómia-élettan. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 2005: 254-316.

Dosedlová, Jaroslava: Terapie tancem, Role tanca v dejinách lidstva a současnej psychoterapii, 2012, ISBN: 978-80-247-3711-9

Dúll Andrea Az érzékelés és az észlelés. In Oláh Attila és Bugán Antal (szerk.) Fejezetek a pszichológia alapterületeiből. Második, bővített kiadás, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 37–65., (2001) Zdroj: https://www.researchgate.net/publication/296994766_Az_erzekeles_es_az_eszleles

Durec, Juraj: Chybné pohybové stereotypy a ich náprava pomocou vybraných pohybových programov 2019, Brno

Farah, Marisa Helena Silva: Jung's Active Imagination in Whitehouse's Dance: notions of body and movement Independent researcher. São Paulo, SP, Brazil, 2016

Farkas Lajos: A szándékos mozgásosság fejlődésének néhány elektrofiziológiai korrelátuma, Gyógypedagógiai Szemle, 30. évf. 1. sz., 2001

Fejes András: Nyíltan vagy zárkózottan. Válogatott rehabilitációs lélektani tanulmányok. A Szociális Munka Alapítvány Kiadványai 18. Budapest, 1997, 12.

Goodman, Robert: The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden, 1998, J. Psychol, Psichiat Vol 40, No. 5, pp. 791-799, 1999

Gordosné Szabó Anna: Bevezető általános gyógypedagógiai ismeretek. Nemzeti Tankönyvkiadó, 2004

Gordosné Dr. Szabó Anna: Gyógypedagógia. Tankönyvkiadó, Budapest, 1981, 88, 90, 96.
<http://pszichologia.phd.elte.hu/vedesek/szekeres1.pdf>

Greenfield, Susan: Megmagyarázzuk az emberi értelmet. Kalauz az emberi test vezérlő központjához. Magyar Könyvklub-Helikon Kiadó, Budapest, 1997: 84-87, 130-133.

Gyógypedagógiai Lexikon, 2001, ISBN: 963-463-511-3

Hámori József: Az emberi agy plaszticitása. In: Magyar Tudomány, 2005/1. szám/ Az idegrendszeri plaszticitás. 43. o., <http://www.matud.iif.hu/05jan/07.html>

Hebb, Donald. O.: A pszichológia alapkérdései. Gondolat, Budapest, 1975. 115-129.

Hoffmann Judit-Mezeiné Dr. Isépy Mária Gyógypedagógiai alapismeretek. Comenius Kft., (2006).

Illyés Gyuláné - Illyés Sándor - Jankovich Lajosné - Lányi Miklósné: Gyógypedagógiai pszichológia. Akadémia Kiadó, Budapest, 1987.

Illyés Sándor szerk.: Gyógypedagógiai alapismeretek. Tankönyvkiadó Vállalat, Budapest, 1987. a 2000.

Illyés Sándor: Gyógypedagógiai alapismeretek, Tankönyvkiadó, 1976.

Juhász Ferenc szerk.: Irányelvek a funkcióképesség, a fogyatékoság és a megváltozott munkaképesség véleményezéséhez. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium–Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest, 2004.

Kálmán Zsófia Bánatkő . Sérült gyermek a családban. Bliss Alapítvány (2004).

Kálmán Zsófia – Könczei György A Taigetosztól az esélyegyenlőségig. Oziris Kiadó, (2002).

Koch, Sabine C.: Effects of Dance and Movement Therapy and Dance on Health-Related Psychological Outcomes. A Meta-Analysis Update, 2019, *Frontiers in Psychology*

Koch, Sabine C.: Indications and contraindications in dance movement therapy. Learning from practitioners' experience (2020)
https://www.researchgate.net/publication/341742218_Indications_and_contraindications_in_dance_movement_therapy_learning_from_practitioners_experience_on_indications_and_contraindications_of_dance_movement_therapy_DMT_cific_patient_populations_Fifty-f

Könczei György szerk.: Fogyatékoságtudományi fogalomtár. Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, 2009.
<https://mek.oszk.hu/09400/09410/09410.pdf>

Könczei György: Fogyatékosok a társadalomban. Gondolat, Budapest, 1992.

Lakatos Katalin: Az állapot és mozgásvizsgáló teszt, 2000, Budapest, ISBN9630395479

Lányiné Engelmayer Ágnes: Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés. Medicina Könyvkiadó Zrt, 2017.

Levy, F.: Dance/Movement Therapy: a Healing Art. American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance, Reston, 1992.

Magyar értelmező kéziszótár – Madarsky vykladovy slovník -
<https://mek.oszk.hu/adatbazis/magyar-nyelv-ertelmezo-szotara/kereses.php?kereses=fogyat%C3%A9koss%C3%A1g>

Márkus Eszter: Pedagógiai és szociális rehabilitáció In Huszár I, Kullman L., Tringer L. szerk.: A rehabilitáció gyakorlata Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2000, 31-33.

Mesterházi, Zsuzsa (2001a): Enyhén értelmi fogyatékosok. Szócikk. In.: Mesterházi, Zsuzsa (szerk.): Gyógypedagógiai lexikon. OM, Budapest, 76–77.

Mesterházi, Zsuzsa (2001b): A tanulásban akadályozott gyermekek integrált nevelése és oktatása. In.: Csányi, Yvonne (szerk.): Értelmileg és tanulásban akadályozott gyermekek integrált nevelése és oktatása. ELTE BGGyFK, Budapest, 55–74.

Mesterházi Zsuzsa (2001c). Gyógypedagógiai lexikon . ELTE BGGyFK

Merényi Márta: A táncterápia kialakulása, fejlődése, <https://mozgasterapia.net/a-tancterapia-kialakulasa-fejlodes/>

Newloveova a Dalby: Laban pro každého, 2016

Nicoladis, Gagnon: Towards a reliable measure of motor working memory: revisiting Wu and Coulsons (2014) movement span task, 2020, Royal Society Open Science.

Oláh Attila: Pszichológiai alapismeretek. Bölcsész Konzorcium. 2006: 146-1 52,160-175. <https://mek.oszk.hu/05400/05478/index.phtml>

Helen Payne: Kreativní pohyb a tanec, Portál, 2011

Sayer, Ji: Az agy regenerálódása: Miért lehetséges és mit tehetünk érte? **Zdroj:** Sayer Ji: Brain Regeneration: Why it's Real & How to Do it., Fordította: Czárán Judit, https://www.tenyek-tevhitek.hu/az_agy_regeneralodasa-miert_lehetseges_es_mit_tehetunk_erte.htm

Ing. Sopková, Terézia: Využitie tanečno - pohybovej terapie na zlepšenie kvality života v dôchodkovom veku a vplyv jednotlivca na atmosféru skupiny, 2019

Szegedi Tudományegyetem – A mozgás fejlődése értelmileg akadályozott személyeknél, <https://www.studocu.com/hu/document/szegedi-tudomanyegyetem/a-kepessegek-fejlodesese-es-fejlesztese/a-mozgas-fejlodesese-ertelmileg-akadalyozott-szemelyeknel/2349235>

Szekeres Ágota: Enyhén értelmi fogyatékos gyermekek szociális integrációja az általános iskola 4. 5. és 6. osztályában Doktori disszertáció, Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest, 2011.

Victor András, Dr. – Dr. Kovács István – Dr. Paál Tamásné: Biológia. Élő rendszerek testünk – egészségünk a 8. évfolyam számára. Oktatási Hivatal (Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet), 2015. TKV/2532-17/2016.

Weiss Mária: Neurológia. Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 1977. 14-38

Wu, Coulson: Co-speech iconic gestures and visuo-spatial working memory, 2014, Acta Psychological

Zdroj webových stránok:

Citát od Picasso: <https://www.facebook.com/followeroftheheart/posts/pablo-picasso-interview-fragment-why-are-you-dancing-theres-no-why-i-dance-are-y/3621466461284285/>

SDQ: <https://www.sdqinfo.org/a0.html>

https://depts.washington.edu/dbpeds/Screening%20Tools/Strengths_and_Difficulties_Questionnaire

WHO – definícia zdravia - <https://www.who.int/about/governance/constitution>

MAUT: <https://www.maut.cz/>

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR: Zdravotné postihnutie: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/tazke-zdravotne-postihnutie/kontaktne-miesto-prava-osob-so-zdravotnym-postihnutim/zdravotne-postihnutie.htmlsd>

WHO – International Classification of Diseases:

<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

Zákon o práвах lidí zijúci s postyhnutím v Madarsku: 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról.

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800026.tv>

OFI-OH – Magyar Oktatási Hivatal - <https://ofi.oh.gov.hu/specialis-igenyek-az-oktatasban>

WIKIPEDIA

Isadora Duncan - https://en.wikipedia.org/wiki/Isadora_Duncan

Rudolf Laban - https://en.wikipedia.org/wiki/Rudolf_von_Laban

Trudy Schoop - https://en.wikipedia.org/wiki/Trudi_Schoop

Irgmard Bartenieff: https://en.wikipedia.org/wiki/Bartenieff_Fundamentals

American Dance Therapy Association - <https://adta.memberclicks.net/what-is-dancemovement-therapy>

UNESCO - Guidelines for Inclusion: Ensuring Access to Education for All UNESCO, 2005 ,
http://janus.ttk.pte.hu/tamop/tananyagok/sni/unesco_oktatsi_inklzi.html

Egyezmény a gyermek jogairól, 1989. november 20-án. Magyarországon kihirdette az 1991. évi LXIV. törvény) <https://unicef.hu/wp-content/uploads/2014/10/ENSZ-egyezm%C3%A9ny-a-gyermekek-jogair%C3%B3l.pdf>

Zoznam príloh:

- príloha č. 1. - tabuľka indikácii v TPT
- príloha č. 2. - tabuľka kontraindikácii v TPT
- príloha č. 3. - tabuľka indikácii a kontraindikácii v TPT - pre rôzne populácie
- príloha č. 4. - TEST na meranie pohybovej pracovnej pamäte:
- príloha č. 5. - Výsledky testu na meranie pohybovej pracovnej pamäte:
- príloha č. 6. - Bodové vyhodnotenie dotazníka silných stránok a ťažkostí SDQ
- príloha č. 7. - Súhlasy rodičov

Prílohy

- príloha č. 1. - tabuľka indikácii v TPT:

Table 1: Tabular overview of indications (sorted by population, institution, age)

Disorder	No.	Indication
Affective disorders	4x	Relaxation and breathing exercises/mindfulness and yoga
	3x	Body awareness
	2x	Imagination, working with materials, movement games/exercises, mirroring, themes: setting limits (1), closeness and distance (1), drive (1), and increased ability to express (1)
	1x	Circle dances, unfold creativity, dance improvisation, danced body journeys, Chace, intermodal creation (with all media/art forms), mirroring, Baum-circle
Anxiety disorders	2x	Chace, mindfulness and yoga techniques/relaxation, dancing and moving with materials, Barthelemy bodywork and circle dances
	1x	Body perception, exploration of movement (space, drives...), moving imagination, mirroring, intermodal creation, structured guided bodies and movement exercises, communicative movement games, danced body journeys, Laban, body image work
Trauma	2x	Stabilization, body awareness exercises, tension and relaxation/mindfulness and yoga, topics: delimitation (1), closeness and distance (1)
	1x	Working with weight and rhythm, spatial reference, working in a circle, careful extension of the movement repertoire, dance improvisation, moving and dancing with material, communicative movement games, danced body journeys, Chace, Baum-circle, very slow dancing, metaphorical movements, games, mirroring
Schizophrenia/ psychoses	2x	Chace, Laban, working in a circle, body awareness work, tension and relaxation, games/dancing
	4x	Themes: setting limits (1), closeness and distance (1), taking off and staying on the ground (1), body limits (1)
	1x	Body image work, spatial reference, careful expansion of the movement repertoire, dance improvisation, primitive expression
Eating disorders	3x	Chace, movement analysis: Laban (2), KMP (1), work with body image (2), work with individual body parts (1), body perception in imagination and body contact
	2x	Kinesphere, themes: setting limits (1), closeness and distance (1), tension and relaxation, movement and dance improvisation/humorous relaxed dancing
	1x	From form flow to drives, movements from vertical to horizontal, powerful music, joint movements, experience therapy, psychomotor skills, movement exercises, intermodal creation
Addiction	3x	Tension and relaxation/loosening
	2x	Movement improvisation, themes: setting limits (1), closeness and distance (1)
	1x	Chace, Schoop, Laban, body perception
Neuroses	2x	Chace, Laban, body image work
	1x	Authentic Movement, Baum-circle, improvisation, describing symptoms in the body/on the body, describing feelings in pictures, free movement
Burnout	2x	Body perception via calm movements and tracking, relaxation and breathing exercises, topics: setting limits (1), closeness and distance (1)
	1x	Circle dances, danced body journeys, structured guided body and movement exercises, intermodal creation, moving imagination, touch, breath and relaxation work and work with body parts, movement exploration (space, drives...), Chace, communicative movement games, dancing and moving with materials, movement improvisation, imagination, mirroring
Personality disorders	2x	Tension-relaxation/mindfulness and yoga techniques, topics: setting limits (1), closeness and distance (1)
	1x	Body perception exercises, movement and dance improvisation, material/props, breathing, mirroring, playing, Barthelemy, Authentic Movement
Not further specified psychiatric diseases	1x	Chace, Laban
Autism	1x	Chace, Kestenberg, Sherborne, Authentic Movement, Baum-circle
Mental and physical handicap	2x	Strength building and flexibility, improve individuality/flexibility, circle, warm-up phase in the chair circle, relaxation exercises/meditation, relaxation
	1x	Body perception, Laban, role play/representation, use of carefully selected music and props (1), dance materials (1), mirrors, own music to warm up, artistic representation – painting and drawing, games

(Continued)

Table 1: Tabular overview of indications (sorted by population, institution, age)

Disorder	No.	Indication
Not further specified psychosomatics	2x	Chace, Laban/Kestenberg
	1x	Body image work, body perception, work with space, music, gestures, tension (DBT)
Geriatric psychiatry and dementia	1x	Chace, Laban, physical activation, social activation, music (of their time), mirroring, narrow range of movements offer, slowly expand
	2x	Balloons/material/props
Forensics	1x	Chace, yoga elements, attention-based stress reduction, stabilization, trauma work, aggression work
Neurology	1x	Slowly promote physical activity, offer a narrow range of movements, promote individual expression, qualitative expressive movement approach
Orthopedics	1x	Laban, body image work, relaxation
Families	1x	Stretch band (working with materials), theme: stability
Pregnant women	1x	Body image work, Chace, work with emotions, Authentic Movement
Children and adolescents	3x	Improvisation/free movement
	2x	Chace
	1x	Sherborne, body image work, Laban, relaxation visualization, tension & relaxation, graded exposure, telling stories, reflection, giving structures (rituals), spontaneous movement games, movement in the group, verbalizing movements, choreography as an improvisation possibility, dance material such as scarves or ribbons,
Adults	1x	Free dancing, choreography work, spontaneous movement games, verbal explorative movement games, ritual structure, relaxation
Seniors	1x	Confidence work, Chace, relaxation, sitting circle/warm-up in a circle, balloons, fall prophylaxis

- príloha č. 2. - tabuľka kontraindikácií v TPT

Table 2: Tabular overview of contraindications (sorted by malfunction, institution, age)

Disorder	No.	Indication
Affective disorders	5x	Authentic Movement
	2x	(Direct) expressing feelings in movement, placing them in the center, working with self-created images, use of image material, free dancing, free movement without instruction, caution with competitive games and directive action
Anxiety disorders	3x	Authentic Movement
	2x	Work with self-created images, use of image material
	1x	Competitive games, voice use, free dancing
Trauma	4x	Authentic Movement, longer Authentic Movement (1)
	2x	Working lying down, touching, closed eyes trauma too early to address (before relationship is established)
	1x	Working longer in indirect space drive (loss of control), loose structured movements image material
Schizophrenia/ psychoses	6x	Authentic Movement
	3x	Improvisation, long free movement without direct task
	2x	Working lying down, touch, closed eyes
	1x	Indirect room drive, longer relaxation
Eating disorders	4x	Authentic Movement, closed eyes (1)
	2x	Long relaxation, all too direct confrontation with feelings
	1x	Work without music, make the goal too explicit (leads to follow instead of feel)
Addiction	2x	Authentic Movement, too long pauses
	1x	Too much insisting
Neuroses	2x	Closeness to the body and sensitive touches, changes in appointments, changes in the therapeutic framework, Authentic Movement
	1x	Free dancing in space without goal or theme, too much intellectualization
Burnout	4x	Authentic Movement
	2x	Too direct confrontation with feelings
Personality disorders	1x	Loose structured movement or pictures, directive procedure for guidance or imitation, Baum-circle
Autism	1x	Baum-circle, body image work
Mental and physical Disability	3x	Authentic Movement
	2x	Longer conversations, too much weight on verbal processing
	1x	Longer relaxation or meditation, Life-Art-Process
Not further specified psychosomatic	1x	Authentic Movement, immediately begin with the focus on the body, too many perception exercises
Geriatric psychiatry and dementia	1x	Authentic Movement, relaxation, Sherborne, hyper stimulation
Forensics	1x	Authentic Movement, Kundalini yoga
Neurology	1x	TT contraindicated for: sexually uninhibited patients, acute phase of neurological injury
Pregnant woman	1x	Contact improvisation, work with weights
Children and adolescents	3x	Too much structure (over-structuring)
	1x	Too little structure (under-structuring), Authentic Movement
Seniors	1x	Authentic Movement, use of too much force and speed, too often break up circular formation

- príloha č. 3. - tabuľka indikácii a kontraindikácii v TPT - pre rôzne populácie

Table 3: Tabular overview of indications and contraindications of DMT methods for different populations

Method	Indication	Contraindication
Laban movement analysis	Schizophrenia/psychosis (2)	
	Eating disorders (2)	
	Neuroses (2)	
	Anxiety disorders (1)	
	Addiction (1)	
	Children and teenagers (1)	
	Mental and physical disability (1)	
	Unspecified general psychosomatics (1)	
	Geriatric psychiatry and dementia (1)	
	Orthopedics (1)	
Chace	Eating disorders (3)	
	Schizophrenia/psychoses (2)	
	Neuroses (2)	
	Affective disorders (1)	
	Anxiety disorders (1)	
	Traumas (1)	
	Addiction (1)	
	Burnout (1)	
	Unspecified psychiatric diseases (1)	
	Autism (1)	
	Unspecified general psychosomatics (2)	
	Geriatric psychiatry and dementia (1)	
	Forensics (1)	
	Pregnant women (1)	
	Children and teenagers (2)	
Seniors (1)		
Kestenberg (KMP)	Eating disorders (1)	
	Autism (1)	
	Unspecified general psychosomatics (2)	
Body image work or body perception exercises	Anxiety disorders (6)	Autism (1)
	Eating disorders (5; in particular working with individual body parts (1))	Neuroses (1) (not close to the body and sensitive touch)
	Burnout (5)	Not further specified psychosomatics (1) (do not start with focus on body)
	Schizophrenia/psychoses (4)	
	Traumas (3)	
	Neuroses (3)	
	Affective disorders (4)	
	Addiction (1)	
	Personality disorders (1)	
	Unspecified general psychosomatics (2)	
	Neurology (1)	
	Orthopedics (1)	
	Geriatric psychiatry and dementia (1)	
	Mental and physical disability (1)	
	Children and teenagers (1)	
Pregnant women (1)		

(Continued)

Table 3: Tabular overview of indications and contraindications of DMT methods for different populations

Method	Indication	Contraindication
Authentic Movement	Neuroses (1)	Affective disorders (5)
	Autism (1)	Trauma (5)
	Personality disorders (1)	Eating disorders (4)
	Pregnant women (1) Schizophrenia/psychosis (6)	Burnout (4)
		Anxiety disorders (3)
		Addiction (2)
		Neuroses (2)
		Mental or physical disability (3)
		Unspecified psychosomatics (1)
		Forensics (1)
		Geriatric psychiatry and dementia (1)
Mirroring	Affective disorders (3)	
	Anxiety disorders (1)	
	Trauma (1)	
	Burnout (1)	
	Personality disorders (1)	
	Mental or physical disability (1)	
	Geriatric psychiatry and dementia (1)	
Baum-circle	Trauma (1)	Autism (1)
	Neuroses (1)	Personality disorders (1)
	Affective disorders (1)	
	Autism (1)	
Relaxation and tonus work	Affective disorders (4)	Geriatric psychiatry and dementia (1)
	Addiction (3)	Avoid prolonged relaxation at: Eating disorders (2) Schizophrenia/psychoses (1) Mental or physical disability (1)
	Burnout (3)	
	Eating disorders (2)	
	Traumas (2)	
	Schizophrenia/psychoses (2)	
	Anxiety disorders (2)	
	Personality disorders (2)	
	mental and physical disability (2)	
	Orthopedics (1)	
	Children and teenagers (2)	
	Adults (1)	
	Seniors (1)	

- príloha č. 4. - TEST na meranie pohybovej pracovnej pamäte:

Test na meranie pohybovej pracovnej pamäte

- Test bol vytvorený pre 14-16 ročné deti s ľahkým mentálnym postihnutím.
- Meranie bude vykonané pred začiatkom cyklu TPT a po ukončení 12 skupinových sedení.
- Meranie bude natočené na video, aby hodnotenie bolo presné a objektívne.
- Hodnotenie bude robiť osoba, ktorá vedie tanečno-pohybovú terapiu, a ešte jeden nezávislý odborník podľa natočených videí.
- Predpokladaný postup merania: Dieťa bude požiadané, aby dobre si zapamätal pohyb, lebo po nacvičovaní to musí zvládnuť samo. Najprv si dieťa vypočuje pokyny a pozrie si postupnosť úloh. Následne (s pomocou terapeuta) spraví pohyb správne, podľa správnej postupnosti. Keď dokáže spraviť postup s pomocou terapeuta, tak celý pohyb zopakuje sám. Opakovaný pohyb bude vyhodnotený podľa inštrukcii testu.
- Hodnotenie dieťaťa, ktoré vynechá niektorý takt, ale následne dobre pokračuje, tak body za danú časť označíme 0.
- Dôležité je, že dieťa po vykonaní správneho pohybu musí pohyb reprodukovať do 20-30s – cca za toľko času si pracovná pamäť si vie uložiť pohyb.

1. cvičenie		
Popis cvičenia	Najprv si dieťa vypočuje pokyny, pozrie si postupnosť úloh a potom spraví pohyb správne, podľa správnej postupnosti. Pohyb má rovnomerný rytmus (nastaví inštruktor), je výrazný a má miernu intenzitu. Je možné použiť metronóm, ktorý pomôže nájsť správny rytmus.	
Základná pozícia	Základný postoj, oproti terapeuta s tvárou k terapeutovi. Ruky voľne visia vedľa tela.	
1. TAKT	Zdvihnutie oboch rúk do rozpaženia	
2. TAKT	Natiahnutie obe ruky do vysokej polohy	
3. TAKT	Zopnúť ruky vo vysokej polohe	
4. TAKT	Spustenie oboch rúk do rozpaženia	
5. TAKT	Základný postoj, spustenie oboch rúk späť k telu	
Hodnotenie cvičenia	0 bodov	Ak sa dieťa sa nepostaví do správnej východiskovej polohy.
	1 bod	Ak sa postaví do správnej východiskovej polohy.
	2 body	Ak obe ruky zdvihne do rozpaženia.
	3 body	Ak obe ruky natiahne do vysokej polohy.
	4 body	Ak zopne ruky vo vysokej polohe.
	5 bodov	Ak obe ruky položí do rozpaženia.
	6 bodov	Ak sa dieťa vráti do základnej polohy.
Pripomienky	Pri bodovaní získa dieťa toľko bodov, koľko pohybov správne vykoná.	

2. cvičenie		
Popis cvičenia	Najprv si dieťa vypočuje pokyny, pozrie si postupnosť úloh a potom spraví pohyb správne, podľa správnej postupnosti. Pohyb má rovnomerný rytmus (nastaví inštruktor), je výrazný a má miernu intenzitu. Je možné použiť metronóm, ktorý pomôže nájsť správny rytmus.	
Základná pozícia	Základný postoj, oproti terapeuta s tvárou k terapeutovi. Ruky voľne visia vedľa tela.	
1. TAKT	Zdvihnutie oboch rúk do rozpaženia	
2. TAKT	Drep, vpredu, pred nohami oprie sa s rukami o zem	
3. TAKT	Postaví sa a obe ruky zdvihne do rozpaženia	
4. TAKT	Natiahnutie oboch rúk do vysokej polohy	
5. TAKT	Základný postoj, spustenie oboch rúk späť k telu	
Hodnotenie cvičenia	0 bodov	Ak sa dieťa nepostaví do správnej východiskovej polohy.
	1 bod	Ak sa postaví do správnej východiskovej polohy.
	2 body	Ak obe ruky zdvihne do rozpaženia.
	3 body	Ak spraví drep a pred nohami sa oprie o zem.
	4 body	Ak sa postaví a obe ruky zdvihne do rozpaženia.
	5 bodov	Ak obe ruky natiahne do vysokej polohy.
	6 bodov	Ak dieťa sa vráti do základnej polohy.
Pripomienky	Pri bodovaní dieťa získa toľko bodov, koľko pohybov správne vykoná.	
3. cvičenie		
Popis cvičenia	Najprv si dieťa vypočuje pokyny, pozrie si postupnosť úloh a potom spraví pohyb správne, podľa správnej postupnosti. Pohyb má rovnomerný rytmus (nastaví inštruktor), je výrazný a má miernu intenzitu. Je možné použiť metronóm, ktorý pomôže nájsť správny rytmus.	
Základná pozícia	Základný postoj, oproti terapeuta s tvárou k terapeutovi. Ruky voľne visia vedľa tela.	
1. TAKT	Zdvihnutie oboch rúk do rozpaženia	
2. TAKT	Drep, vpredu, pred nohami oprie sa s rukami o zem	
3. TAKT	Trojuholníková poloha, dve ruky v opore na zemi, kolená vystreté, zadok vystrčený	
4. TAKT	Návrat do drepu s oporou dvoch rúk na zemi	
5. TAKT	Základný postoj, spustenie oboch rúk späť k telu	
Hodnotenie cvičenia	0 bodov	Ak sa dieťa nepostaví do správnej východiskovej polohy.
	1 bod	Ak sa postaví do správnej východiskovej polohy.
	2 body	Ak obe ruky zdvihne do strednej bočnej polohy.
	3 body	Ak spraví drep a pred nohami sa oprie o zem
	4 body	Ak vystrie nohy, ruky nechá na zemi – ide do trojuholníkovej polohy
	5 bodov	Ak sa vráti do drepu, a ruky sú opreté pred nohami o zem
	6 bodov	Ak sa dieťa sa vráti do správnej východiskovej polohy.
Pripomienky	Pri bodovaní dieťa získa toľko bodov, koľko pohybov správne vykoná.	

4. cvičenie		
Popis cvičenia	Najprv si dieťa vypočuje pokyny, pozrie si postupnosť úloh a potom spraví pohyb správne, podľa správnej postupnosti. Pohyb má rovnomerný rytmus (nastaví inštruktor), je výrazný a má miernu intenzitu. Je možné použiť metronóm, ktorý pomôže nájsť správny rytmus.	
Základná pozícia	Základný postoj, oproti terapeuta s tvárou k terapeutovi. Ruky voľne visia vedľa tela.	
1. TAKT	Zdvihnutie oboch rúk do rozpaženia, jednou nohou spraví krok dopredu.	
2. TAKT	Druhú nohu priloží k prvej	
3. TAKT	Spraví čelom vzad	
4. TAKT	Opäť spraví čelom vzad (znovu stojí oproti terapeuta)	
5. TAKT	Základný postoj, spustenie oboch rúk späť k telu	
Hodnotenie cvičenia	0 bodov	Ak sa dieťa nepostaví do správnej východiskovej polohy.
	1 bod	Ak sa postaví do správnej východiskovej polohy.
	2 body	Ak obe ruky zdvihne do rozpaženia, a vykročí dopredu jednou nohou.
	3 body	Ak druhú nohu priloží k prvej.
	4 body	Ak spraví čelom vzad.
	5 bodov	Ak spraví opäť čelom vzad, a vráti sa do polohy oproti terapeutovi.
6 bodov	Ak sa dieťa vráti do správnej východiskovej polohy.	
Pripomienky	Pri bodovaní dieťa získa toľko bodov, koľko pohybov správne vykoná.	
5. cvičenie		
Popis cvičenia	Najprv si dieťa vypočuje pokyny, pozrie si postupnosť úloh a potom spraví pohyb správne, podľa správnej postupnosti. Pohyb má rovnomerný rytmus (nastaví inštruktor), je výrazný a má miernu intenzitu. Je možné použiť metronóm, ktorý pomôže nájsť správny rytmus.	
Základná pozícia	Základný postoj, oproti terapeuta s tvárou k terapeutovi. Ruky voľne visia vedľa tela.	
1. TAKT	Zdvihnutie oboch rúk do rozpaženia, jednou nohou spraví krok dopredu.	
2. TAKT	Druhú nohu priloží k prvej	
3. TAKT	Vykročí do strany jednou nohou	
4. TAKT	Druhú nohu priloží k prvej	
5. TAKT	Základný postoj, spustenie oboch rúk späť k telu	
Hodnotenie cvičenia	0 bodov	Ak sa dieťa nepostaví do správnej východiskovej polohy.
	1 bod	Ak sa postaví do správnej východiskovej polohy.
	2 body	Ak obe ruky zdvihne do bočnej stredovej polohy, a vykročí dopredu s jednou nohou.
	3 body	Ak si druhú nohu priloží k prvej.
	4 body	Ak jednou nohou urobí krok do strany
	5 bodov	Ak druhú nohu priloží k prvej.
6 bodov	Ak sa dieťa vráti do správnej východiskovej polohy.	
Pripomienky	Pri bodovaní dieťa získa toľko bodov, koľko pohybov správne vykoná.	

6. cvičenie		
Popis cvičenia	Najprv si dieťa vypočuje pokyny, pozrie si postupnosť úloh a potom spraví pohyb správne, podľa správnej postupnosti. Rytmus pohybu nastaví dieťa počítaním, s rovnomerným rytmom a strednou intenzitou.	
Základná pozícia	Základný postoj, oproti terapeuta s tvárou k terapeutovi. Ruky voľne visia vedľa tela.	
1. TAKT	1x tleskne pred telom	
2. TAKT	1x tleskne nad hlavou	
3. TAKT	Skok dopredu s obidvoma nohami naraz	
4. TAKT	Skok späť (dozadu) s obidvoma nohami naraz	
5. TAKT	Základný postoj, spustenie oboch rúk späť k telu	
Hodnotenie cvičenia	0 bodov	Ak sa dieťa nepostaví do správnej východiskovej polohy.
	1 bod	Ak sa postaví do správnej východiskovej polohy.
	2 body	Ak 1x tleskne pred telom
	3 body	Ak 1x tleskne nad hlavou
	4 body	Ak spraví skok dopredu s obidvoma nohami naraz
	5 bodov	Ak spraví skok dozadu s obidvoma nohami naraz
	6 bodov	Ak sa dieťa vráti do správnej východiskovej polohy.
Pripomienky	Pri bodovaní dieťa získa toľko bodov, koľko pohybov správne vykoná. +1 bod ak si dieťa dokáže správne udržať rytmus.	

7. cvičenie		
Popis cvičenia	Najprv si dieťa vypočuje pokyny, pozrie si postupnosť úloh a potom spraví pohyb správne, podľa správnej postupnosti. Rytmus pohybu nastaví dieťa s počítaním, s rovnomerným, výrazným rytmom a strednou intenzitou.	
Základná pozícia	Základný postoj, oproti terapeuta s tvárou k terapeutovi. Ruky voľne visia vedľa tela.	
1. TAKT	Predklon a tleskne s obidvoma rukami naraz na stehnách	
2. TAKT	Vystrie sa a 1x tleskne nad hlavou	
3. TAKT	3 kroky dopredu so striedajúcimi nohami	
4. TAKT	Drep	
5. TAKT	Základný postoj, spustenie oboch rúk späť k telu	
Hodnotenie cvičenia	0 bodov	Ak sa dieťa nepostaví do správnej východiskovej polohy.
	1 bod	Ak sa postaví do správnej východiskovej polohy.
	2 body	Ak sa predkloní a tleskne s obidvoma rukami naraz na stehnách
	3 body	Ak sa vystrie a 1x tleskne nad hlavou
	4 body	Ak spraví 3 kroky dopredu so striedajúcimi nohami
	5 bodov	Ak spraví drep
	6 bodov	Ak sa dieťa vráti do správnej východiskovej polohy.
Pripomienky	Pri bodovaní dieťa získa toľko bodov, koľko pohybov správne vykoná. +1 bod ak si dieťa dokáže správne udržať rytmus.	

8. cvičenie		
Popis cvičenia	Najprv si dieťa vypočuje pokyny, pozrie si postupnosť úloh a potom spraví pohyb správne, podľa správnej postupnosti. Rytmus pohybu nastaví dieťa s počítaním, s rovnomerným, výrazným rytmom a strednou intenzitou.	
Základná pozícia	Základný postoj, oproti terapeuta s tvárou k terapeutovi. Ruky voľne visia vedľa tela.	
1. TAKT	Drep	
2. TAKT	Ľahne si na brucho	
3. TAKT	Postaví sa na všetky štyri	
4. TAKT	Skok do drepu	
5. TAKT	Základný postoj, spustenie oboch rúk späť k telu	
Hodnotenie cvičenia	0 bodov	Ak sa dieťa nepostaví do správnej východiskovej polohy.
	1 bod	Ak sa postaví do správnej východiskovej polohy.
	2 body	Ak spraví drep
	3 body	Ak si ľahne na brucho
	4 body	Ak sa postaví na všetky štyri
	5 bodov	Ak skočí do drepu
	6 bodov	Ak sa dieťa vráti do správnej východiskovej polohy.
Pripomienky	Pri bodovaní dieťa získa toľko bodov, koľko pohybov správne vykoná. +1 bod ak si dieťa dokáže správne udržať rytmus.	

9. cvičenie		
Popis cvičenia	Najprv si dieťa vypočuje pokyny, pozrie si postupnosť úloh a potom spraví pohyb správne, podľa správnej postupnosti. Rytmus pohybu je podľa hudby, s rovnomerným rytmom a strednou intenzitou.	
Základná pozícia	Základný postoj, oproti terapeuta s tvárou k terapeutovi. Ruky voľne visia vedľa tela.	
1. TAKT	Krok dopredu a priložiť druhú nohu	
2. TAKT	Krok do jednej strany a priložiť druhú nohu	
3. TAKT	Krok dozadu a priložiť druhú nohu	
4. TAKT	Krok do druhej strany a priložiť druhú nohu	
5. TAKT	Základný postoj, ruky vedľa tela	
Hodnotenie cvičenia	0 bodov	Ak sa dieťa nepostaví do správnej východiskovej polohy.
	1 bod	Ak sa postaví do správnej východiskovej polohy.
	2 body	Ak spraví krok dopredu a priloží druhú nohu
	3 body	Ak spraví krok do jednej strany a priloží druhú nohu
	4 body	Ak spraví krok dozadu a priloží druhú nohu
	5 bodov	Ak spraví krok do druhej strany a priloží druhú nohu
	6 bodov	Ak sa dieťa sa vráti do správnej východiskovej polohy
Pripomienky	Pri bodovaní dieťa získa toľko bodov, koľko pohybov správne vykoná. +1 bod ak si dieťa dokáže správne udržať rytmus.	

10. cvičenie		
Popis cvičenia	Najprv si dieťa vypočuje pokyny, pozrie si postupnosť úloh a potom spraví pohyb správne, podľa správnej postupnosti. Rytmus pohybu je podľa hudby, s rovnomerným rytmom a strednou intenzitou.	
Základná pozícia	Základný postoj, oproti terapeuta s tvárou k terapeutovi. Ruky voľne visia vedľa tela.	
1. TAKT	Krok dopredu s jednou nohou a protiľahlú ruku vystrieť do rozpaženia, následne spustiť dole	
2. TAKT	Krok dopredu s druhou nohou a protiľahlú ruku vystrieť do rozpaženia, následne ruku spustiť dole	
3. TAKT	Pritiahnuť k sebe protiľahlé koleno a lakeť na jednej strane	
4. TAKT	Pritiahnuť k sebe protiľahlé koleno a lakeť na druhej strane	
5. TAKT	Základný postoj, ruky vedľa tela	
Hodnotenie cvičenia	0 bodov	Ak sa dieťa nepostaví do správnej východiskovej polohy.
	1 bod	Ak sa postaví do správnej východiskovej polohy.
	2 body	Ak spraví krok dopredu s jednou nohou a protiľahlú ruku vystrie do rozpaženia, následne spustí dole
	3 body	Ak spraví krok dopredu s druhou nohou a protiľahlú ruku vystrie do rozpaženia, následne spustí dole
	4 body	Ak si pritiahne k sebe protiľahlé koleno a lakeť na jednej strane
	5 bodov	Ak si pritiahne k sebe protiľahlé koleno a lakeť na druhej strane
	6 bodov	Ak sa dieťa vráti do správnej východiskovej polohy
Pripomienky	Pri bodovaní dieťa získa toľko bodov, koľko pohybov správne vykoná. +1 bod ak si dieťa dokáže správne udržať rytmus.	
11. cvičenie		
Popis cvičenia	Najprv si dieťa vypočuje pokyny, pozrie si postupnosť úloh a potom spraví pohyb správne, podľa správnej postupnosti. Rytmus pohybu je podľa hudby, s rovnomerným rytmom a strednou intenzitou.	
Základná pozícia	Základný postoj, oproti terapeuta s tvárou k terapeutovi. Ruky voľne visia vedľa tela.	
1. TAKT	Skok do veľkého rozkročenia, ruky v rozpažení	
2. TAKT	S jednou rukou sa dotknúť protiľahlého členku, a vrátiť sa do vystretej polohy s rukami v rozpažení	
3. TAKT	S druhou rukou sa dotknúť protiľahlého členku, a vrátiť sa do vystretej polohy s rukami v rozpažení	
4. TAKT	S obidvoma rukami sa dotknúť členku na rovnakej strane, a vrátiť sa do vystretej polohy s rukami v rozpažení	
5. TAKT	Skok do základného postoja, ruky vedľa tela	
Hodnotenie cvičenia	0 bodov	Ak sa dieťa nepostaví do správnej východiskovej polohy.
	1 bod	Ak sa postaví do správnej východiskovej polohy.
	2 body	Ak skočí do veľkého rozkročenia, ruky v rozpažení
	3 body	Ak sa jednou rukou dotkne protiľahlého členku, a vráti sa do vystretej polohy s rukami v rozpažení
	4 body	Ak sa druhou rukou dotkne protiľahlého členku, a vráti sa do vystretej polohy s rukami v rozpažení
	5 bodov	Ak si obidvoma rukami dotkne členok na rovnakej strane, a vráti sa do vystretej polohy s rukami v rozpažení
	6 bodov	Ak sa dieťa so skokom vráti do správnej východiskovej polohy
Pripomienky	Pri bodovaní dieťa získa toľko bodov, koľko pohybov správne vykoná. +1 bod ak si dieťa dokáže správne udržať rytmus.	

12. cvičenie		
Popis cvičenia	Najprv si dieťa vypočuje pokyny, pozrie si postupnosť úloh a potom spraví pohyb správne, podľa správnej postupnosti. Rytmus pohybu je podľa hudby, s rovnomerným rytmom a strednou intenzitou.	
Základná pozícia	Základný postoj, oproti terapeuta s tvárou k terapeutovi. Ruky voľne visia vedľa tela.	
1. TAKT	3 kroky dopredu s pohybom protiľahlej ruky	
2. TAKT	S polovičnou otočkou do jednej strany 3 kroky dopredu s pohybom protiľahlej ruky	
3. TAKT	3 kroky dozadu	
4. TAKT	S otočkou do druhej strany 3 kroky dopredu s pohybom protiľahlej ruky	
5. TAKT	Základný postoj, ruky vedľa tela	
Hodnotenie cvičenia	0 bodov	Ak sa dieťa nepostaví do správnej východiskovej polohy.
	1 bod	Ak sa postaví do správnej východiskovej polohy.
	2 body	Ak spraví 3 kroky dopredu s pohybom protiľahlej ruky
	3 body	Ak spraví s polovičnou otočkou do jednej strany 3 kroky dopredu s pohybom protiľahlej ruky
	4 body	Ak spraví 3 kroky dozadu
	5 bodov	Ak spraví s otočkou do druhej strany 3 kroky dopredu s pohybom protiľahlej ruky
	6 bodov	Ak sa dieťa vráti do správnej východiskovej polohy
Pripomienky	Pri bodovaní dieťa získa toľko bodov, koľko pohybov správne vykoná. +1 bod ak si dieťa dokáže správne udržať rytmus, +1 bod, ak dieťa dodrží správnu koordináciu pri pohybu protiľahlej ruky a nohy	

13. cvičenie		
Popis cvičenia	Najprv si dieťa vypočuje pokyny, pozrie si postupnosť úloh a potom spraví pohyb správne, podľa správnej postupnosti. Rytmus pohybu je podľa hudby, s rovnomerným rytmom a strednou intenzitou.	
Základná pozícia	Základný postoj, oproti terapeuta s tvárou k terapeutovi. Ruky voľne visia vedľa tela.	
1. TAKT	3x skok dopredu s obidvoma nohami naraz	
2. TAKT	Lezenie na štyroch so synchronitou protiľahlej ruky a nohy – 4 kroky	
3. TAKT	Skok do drepu, postaviť sa	
4. TAKT	Čelom vzad, 3x skok dopredu s obidvoma nohami naraz	
5. TAKT	Základný postoj, ruky vedľa tela	
Hodnotenie cvičenia	0 bodov	Ak sa dieťa nepostaví do správnej východiskovej polohy.
	1 bod	Ak sa postaví do správnej východiskovej polohy.
	2 body	Ak spraví 3 skoky dopredu s obidvoma nohami naraz
	3 body	Ak spraví 4 kroky po štyroch so synchronitou protiľahlej ruky a nohy
	4 body	Ak spraví skok do drepu a postaví sa
	5 bodov	Ak spraví čelom vzad a 3 skoky dopredu s obidvoma nohami naraz
	6 bodov	Ak sa dieťa vráti do správnej východiskovej polohy
Pripomienky	Pri bodovaní dieťa získa toľko bodov, koľko pohybov správne vykoná. +1 bod ak si dieťa dokáže správne udržať rytmus, +1 bod, ak dieťa dodrží správnu koordináciu pri pohybe protiľahlej ruky a nohy, +1 bod ak spraví presne toľko skokov a krokov, koľko bolo predpísané	

14. cvičenie

14. cvičenie		
Popis cvičenia	Najprv si dieťa vypočuje pokyny, pozrie si postupnosť úloh a potom spraví pohyb správne, podľa správnej postupnosti. Rytmus pohybu je podľa hudby, s rovnomerným rytmom a strednou intenzitou.	
Základná pozícia	Základný postoj, oproti terapeuta s tvárou k terapeutovi. Ruky voľne visia vedľa tela.	
1. TAKT	1x skok na mieste a súčasne 3x tlesknúť pred telom	
2. TAKT	Dupnutie jednou nohou a s vykročením	
3. TAKT	Chôdza, 5 krokov dopredu	
4. TAKT	Čelom vzad, 5x skok dopredu s obidvoma nohami naraz	
5. TAKT	Základný postoj, ruky vedľa tela	
Hodnotenie cvičenia	0 bodov	Ak sa dieťa nepostaví do správnej východiskovej polohy.
	1 bod	Ak sa postaví do správnej východiskovej polohy.
	2 body	Ak dieťa spraví 1x skok na mieste a súčasne 3x tleskne pred telom
	3 body	Ak spraví dupnutie jednou nohou a s vykročením
	4 body	Ak spraví 5 krokov dopredu (chôdza)
	5 bodov	Ak spraví čelom vzad a 5 skokov dopredu s obidvoma nohami naraz
	6 bodov	Ak sa dieťa vráti do správnej východiskovej polohy
Pripomienky	Pri bodovaní dieťa získa toľko bodov, koľko pohybov správne vykoná. +1 bod ak si dieťa dokáže správne udržať rytmus, +1 bod ak spraví presne toľko skokov a krokov alebo tlesknutí, koľko bolo predpísané	

● príloha č. 5. - Výsledky testu na meranie pohybovej pracovnej pamäte:

TEST - pohybová pracovná pamät														
Císlo dielata	Body		Body		Body		Body		Body		Body		Body	
	pred	po	pred	po	pred	po	pred	po	pred	po	pred	po	pred	po
1. úloha	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	2	1	1	0	1	1	1	1	1
2. úloha	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3. úloha	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1
	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4. úloha	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1
5. úloha	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6. úloha	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1
	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1
	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1
	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1
7. úloha	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1
	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1
	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
8. úloha	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1
	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9. úloha	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1
10. úloha	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	0	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1
11. úloha	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
12. úloha	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1
	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
	1	2	0	0	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2
13. úloha	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	2	1	1
14. úloha	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1
	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0
	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1
	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1
	0	2	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1
Body celkom	69	84	41	64	78	81	64	85	68	86	75	87	72	84

- příloha c. 6. - Bodové vyhodnotenie dotazníka silných stránek a ťažkostí SDQ

Dotazník silných stránek a ťažkostí - diéta YR1 a YR2														
		pred	po	pred	po	pred	po	pred	po	pred	po	pred	po	
Cislo účastníka	Q	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	7
Often complains of headaches 03	3	1	1	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0
often seem worried 08	8	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	2	0
often unhappy depressed 13	13	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2	0
nervous in new situations 16	16	2	2	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	0
many fears, easily scared 24	24	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0
EMOTIONAL SCORES		5	5	0	0	3	7	7	3	2	2	6	6	0
often loses temper 05	5	1	1	0	1	2	2	0	0	0	0	2	0	0
generally well behaved 07	7	1	1	2	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0
often fights with other children 12	12	2	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
often lies or cheats 18	18	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0
steals from home 22	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONDUCT PROBLEM SCORES		4	4	4	1	4	8	0	0	0	0	3	1	0
restless, overactive 02	2	2	2	1	1	2	1	0	0	0	0	2	2	2
constantly fidgeting or squirming 10	10	1	1	2	2	2	2	0	0	0	0	1	2	0
Easily distracted	15	2	2	0	0	0	0	2	2	1	1	2	2	0
Thinks things out before acting	21	1	1	0	1	2	0	0	0	0	0	1	1	0
Good attention span	25	1	1	2	1	0	2	0	0	0	0	2	1	0
HIPERACTIVITY SCORES		7	7	5	5	6	7	2	2	1	1	8	8	2
rather be alone, than with other young 06	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
has at least one good friend 11	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
generally liked by other children 14	14	1	1	1	0	2	0	0	0	0	0	1	2	1
picked or bullied 19	19	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2	0
gets along better with adults 23	23	1	1	0	0	2	2	2	2	1	1	0	0	0
PEER PROBLEM SCORES		2	2	1	0	4	5	4	2	1	1	3	5	1
considerate of other peoples feeling 01	1	2	1	0	2	2	0	2	2	2	2	1	2	1
Shares readily with other children 04	4	2	2	1	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2
Helpful if someone is hurt 09	9	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1
kind to younger children 17	17	2	2	2	2	2	0	2	2	1	1	1	2	0
often volunteers to help 20	20	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
PROSOCIAL SCORES		8	7	7	10	10	6	10	10	6	6	7	10	6
Total SCORES		18	18	10	6	17	27	13	7	4	4	20	20	4
difficulties upset or distress child	28	0	0	-	-	2	2	0	-	-	-	0	0	0
interfere with home life	29	0	0	-	-	0	0	0	-	-	-	0	0	0
interfere with friendship	30	0	0	-	-	0	0	0	-	-	-	1	0	1
interfere with classroom learning	31	0	0	-	-	0	0	0	-	-	-	0	0	0
interfere with leisure activities	32	0	0	-	-	0	0	0	-	-	-	0	0	0
SDQ IMPACT SCORE		0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	0	1

Dotazník silných stránok a ťažkostí - rodičia PY1, PY2

Císlo úcastníka	pred		po		pred		po		pred		po		pred		po	
	1	2	1	2	3	4	3	4	5	6	5	6	7	8	9	7
Often complains of headaches 03	3	2	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
often seems worried 08	8	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0
often unhappy depressed 13	13	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0
nervous in new situations 16	16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
many fears, easily scared 24	24	2	2	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
EMOTIONAL SCORES	6	6	1	1	4	4	4	3	1	0	4	6	1	1	1	
often loses temper 05	5	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
generally well behaved 07	7	2	2	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
often fights with other children 12	12	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0
often lies or cheats 18	18	2	2	1	1	1	1	0	0	0	0	-	-	-	0	0
steals from home 22	22	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONDUCT PROBLEM SCORES	9	9	6	6	2	2	2	2	2	2	1	2	2	0	0	
restless, overactive 02	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
constantly fidgeting or squirming 10	10	2	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Easily distracted	15	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
Thinks things out before acting	21	2	2	2	2	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
Good attention span	25	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
HIPERACTIVITY SCORES	10	10	10	10	5	4	4	3	3	0	2	2	2	2	2	
rather be alone, than with other young 06	6	2	2	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0
has at least one good friend 11	11	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
generally liked by other children 14	14	2	2	1	1	1	1	1	2	0	2	2	0	0	0	0
picked or bullied 19	19	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	2	2	0	0	0
gets along better with adults 23	23	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
PEER PROBLEM SCORES	5	5	5	5	2	2	2	4	2	2	0	6	5	0	0	
considerate of other peoples feeling 01	1	0	0	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2
Shares readily with other children 04	4	0	0	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1
Helpful if someone is hurt 09	9	0	0	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2
kind to younger children 17	17	0	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2
often volunteers to help 20	20	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2
PROSOCIAL SCORES	0	1	8	8	6	6	8	5	10	9	6	7	9	9	9	
Total SCORES	30	30	22	22	13	12	13	10	5	1	14	14	3	3	3	
difficulties upset or distress child	28	2	1	0	0	0	0	0	-	-	0	0	0	0	0	0
interfere with home life	29	1	1	0	0	0	0	0	-	-	0	0	0	0	0	0
interfere with friendship	30	1	1	1	1	0	0	0	-	-	0	0	0	0	0	0
interfere with classroom learning	31	1	1	1	1	0	0	0	-	-	0	0	0	0	0	0
interfere with leisure activities	32	1	1	0	0	0	0	0	-	-	0	0	0	0	0	0
SDQ IMPACT SCORE	6	5	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Dotazník silných stránok a ťažkostí - pedagóg TY1 a TY2

Císlo úcastníka	Q	pred		po		pred		po		pred		po		pred		po		pred		po	
		1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9	9	10	10
Often complains of headaches 03	3	2	1	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
often seem worried 08	8	2	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
often unhappy/depressed 13	13	2	2	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
nervous in new situations 16	16	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
many fears, easily scared 24	24	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
EMOTIONAL SCORES		9	7	1	1	7	5	5	2	4	1	9	6	2	2	2	2	2	2	2	2
often loses temper 05	5	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
generally well behaved 07	7	2	2	2	2	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
often fights with other children 12	12	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0
often lies or cheats 18	18	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
steals from home 22	22	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONDUCT PROBLEM SCORES		7	7	5	4	3	2	0	0	0	0	4	5	1	0	0	0	0	0	0	0
restless, overactive 02	2	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
constantly fidgeting or squirming 10	10	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Easily distracted	15	0	0	2	2	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thinks things out before acting	21	2	1	2	2	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Good attention span	25	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
HIPERACTIVITY SCORES		4	2	10	9	3	2	3	3	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1
rather be alone, than with other young 06	6	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
has at least one good friend 11	11	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
generally liked by other children 14	14	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
picked or bullied 19	29	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gets along better with adults 23	23	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PEER PROBLEM SCORES		8	4	2	2	1	0	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
considerate of other peoples feeling 01	1	0	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2
Shares readily with other children 04	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Helpful if someone is hurt 09	9	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
kind to younger children 17	17	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
often volunteers to help 20	20	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
PROSOCIAL SCORES		4	6	6	7	8	8	9	9	10	10	7	7	10	10	7	7	10	10	10	10
Total SCORES		28	20	18	16	14	9	9	5	6	3	16	15	4	3						
difficulties upset or distress child	28	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
interfere with home life	29	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
interfere with friendship	30	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
interfere with classroom learning	31	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
interfere with leisure activities	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SDQ IMPACT SCORE		5	4	3	3	1	0	1	0	0	0	6	5	0	0	0	0	0	0	0	0

- příloha č. 7. - Súlasy rodičov