

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ



Rozina Luca Ferdics

ADHD medzi medikalizáciou a demedikalizáciou

Bakalárska práca

Praha 2024

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Bakalárska práca

ADHD medzi medikalizáciou a demedikalizáciou

Autorka: Rozina Luca Ferdics

Vedúci práce: PhDr. Jaroslav Klepal, Ph.D.

Praha 2024

Vyhlasenie

Vyhlasujem, že som túto prácu vypracovala samostatne s použitím citovanej literatúry a súhlasím s jej prípadným zverejnením v tlačenej alebo elektronickej podobe.

V Prahe dňa 24.06.2024

.....

podpis

Pod'akovanie

Rada by som vyjadrila svoju vd'aku pánovi PhDr. Jaroslavovi Klepalovi, PhD., za odborné vedenie mojej bakalárskej práce a za cenné rady, bez ktorých by táto práca nemohla vzniknúť. Ďakujem aj svojim respondentom za ich otvorenosť a ochotu podieľať sa na mojom výskume. Mojej rodine ďakujem za podporu.

Abstrakt

Táto bakalárska práca sa zaoberá problematikou medikalizácie a demedikalizácie na príklade psychiatrického ochorenia ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou). Hlavným zámerom štúdie je preskúmať, ako sú symptómy spojené s ADHD interpretované ako problém, ktorý vyžaduje medicínske riešenia, a zároveň analyzovať podmienky, za ktorých sú tieto medicínske zásahy odmietané, alebo sa hľadajú a praktizujú alternatívne prístupy. Metodologicky sa práca opiera o empirický výskum, ktorý zahŕňa pološtruktúrované rozhovory a participatívne pozorovanie v terapeutickom centre zameranom na ADHD v malom meste na Slovensku. Teoretický rámec bude vychádzať z analýz medikalizácie od P. Conrada a konceptu "vedomého tela" od N. Scheper-Hughesovej a M. Lockovej.

Kľúčové slová:

ADHD, medikalizácia, demedikalizácia, terapia, vedomé telo, medicínska antropológia

Obsah

1. Teoretická časť	3
1.1 Definícia	3
1.2 Vývoj terminológie a medikalizácia poruchy	4
1.3 Koncept „vedomého tela“ a medikalizácie	6
1.4 Demedikalizácia a alternatívne terapeutické prístupy	9
2. Metodologická časť	11
2.1 Výskumný problém a výskumné otázky	12
2.2 Výskumná stratégia	12
2.3 Technika zberu údajov	13
2.4 Etické otázky výskumu a reflexivita	14
3. Empirická časť	15
3.1 Prostredie výskumu	15
3.2 „Basic“ terapia	20
3.3 Príčiny ADHD	24
3.4 Lieky	27
3.5 Terapia TSMT	30
3.6 Neurofeedback	35
3.7 Kritika prístupov	39
3.8 Alternatívne metódy ako príležitosť	42
3.9 O zodpovednosti rodiča	46
Záver	49
Literatúra	51

Úvod

V súčasnej spoločnosti predstavujú procesy medikalizácie a demedikalizácie kritické výzvy pre naše chápanie zdravia, choroby a liečebných postupov. Jedným z významných príkladov tohto javu je psychiatrická diagnóza poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). Cieľom tejto práce je preskúmať dynamiku medikalizácie a demedikalizácie v kontexte ADHD, skúmať, ako sú behaviorálne prejavy spojené s touto poruchou v rámci dominantného medicínskeho diskurzu, a skúmať alternatívne prístupy, ktoré problematizujú konvenčné medicínske intervencie. Výber tejto témy vyplýva z uvedomenia si hlbokého vplyvu medikalizácie na individuálne skúsenosti, sociálne vnímanie a inštitucionálne štruktúry.

Téma medikalizácie a demedikalizácie si v rámci vedeckého skúmania získala značnú pozornosť v rôznych disciplínach. Vedci, ako napríklad sociológ Peter Conrad, poskytli hlboké analýzy procesov, ktorými sa odlišnosti v správaní patologizujú a transformujú na medicínske problémy, čím vrhli svetlo na mechanizmy medikalizácie a jej dôsledky pre jednotlivcov a spoločnosť.

Medikalizácia v prípade ADHD podľa Conrada (1992, 2007, 2005) sa vzťahuje na proces, pri ktorom sa to, čo sa kedysi považovalo za rozdiely v správaní alebo pozornosti, mení na medicínsky problém, ktorý je možné diagnostikovať a menežovať v rámci medicíny. Podľa Conrada dochádza pri diagnostikovaní k zmene vnímania morálneho rámca, čo môže viesť k zníženiu osobnej zodpovednosti subjektu a ovplyvňuje, ako je subjekt vnímaný z hľadiska jeho morálnych vlastností. Medikalizácia však v iných prípadoch nielenže mení morálny rámec, ale môže ustanoviť nový, kde sa kladie dôraz na zodpovednosť a morálne dispozície jednotlivca (Conrad 1992).

Zároveň sa v práci skúma demedikalizácia, ktorá predstavuje opak medikalizácie a nastáva, keď určitý problém stráca svoju medicínsku klasifikáciu, najmä v dôsledku spoločenských pohybov, ktoré spochybňujú existujúce medicínske definície a kontrolné štruktúry (Conrad 2007, str. 225-226).

Koncepcia „vedomého tela“ od Scheper-Hughesovej a Lockovej (1987) spochybňuje karteziánsky dualizmus a nabáda nás, aby sme sa na telo pozerali z viacerých uhlov. Ich teoretické rámce ponúkajú zaujímavé pohľady na kultúrnu konštrukciu zdravia a choroby, ako aj na stelesnenie spoločenských hodnôt v rámci koncepcie vedomého tela. Koncept "vedomého tela" sa týka predstavy, že telo nie je len fyzickou a biologickou entitou, ale aj sociálnym a kultúrnym konštruktom, ktorý je formovaný rôznymi silami. Tento koncept tvrdí, že telo je miestom významu, skúseností a moci, a že ho možno chápať z troch perspektív: individuálne telo - ja, sociálne telo a politické telo. Tieto perspektívy môžu pomôcť pochopiť, ako ľudia s ADHD prežívajú svoje symptómy, ako sa s nimi vyrovnávajú a aký majú vzťah k svojej diagnóze. Tieto rámce obohacujú chápanie toho, ako sa jednotlivci orientujú v medikalizovaných stavoch, ako je ADHD, v širších spoločenských a kultúrnych kontextoch.

Táto práca sa zameriava na ambivalenciu medzi medikalizáciou a demedikalizáciou v prípade ADHD, so špecifickým zameraním na „altermedikalizáciu“. Altermedikalizácia môže naznačovať, že nekonvenčné a neortodoxné terapie sú vnímané ako lekárske alebo medicínske, avšak nie sú dominantné. Práca skúma, do akej miery môžu tieto altermedikálne prístupy meniť vnímanie ADHD, či nereprodujú samotnú poruchu podobne ako medikalizácia (kde procesy medikalizácie a diagnostiky môžu prispievať k depersonalizácii). Výskum sa zameriava na to, ako sa tieto altermedikálne prístupy, vrátane terapií ako neurofeedback a TSMT (plánovaný senzomotorický tréning), stavajú voči dominantnému medicínskemu prístupu k ADHD.

1. Teoretická časť

Cieľom tejto časti práce je poskytnúť teoretický rámec pre analýzu empirických dát, ktoré boli v rámci výskumu vytvorené. Najprv bude predstavená porucha ADHD, vrátane historického vývoja jej diagnózy a súčasného stavu. Následne sa budem venovať teoretickým konceptom Petera Conrada a Nancy Scheper-Hughesovej a Margaret Lockovej, ktoré sú kľúčové pre analýzu tejto problematiky. Pre hlbšie pochopenie mocenských dynamík v medicíne a ich vplyvu na vnímanie a liečbu ADHD tu využívam niektoré úvahy Michela Foucaulta. Ďalej, práca Gábora Matého poskytuje hlboký pohľad na ADHD z perspektívy, ktorá prekračuje tradičné medicínske prístupy. Tieto koncepty budú použité na skúmanie vnímania tela v rôznych aspektoch a na procese medikalizácie a demedikalizácie. Na záver tejto časti bude diskutovaná úloha alternatívnych terapeutických prístupov, ako sú neurofeedback a terapia TSMT.

1.1 Definícia

Podľa oficiálneho časopisu *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* je ADHD vývojovou poruchou centrálného nervového sústavy, základom sú odchýlky v štruktúre a funkcii rôznych oblastí mozgu (Příhodová 2011, s. 412). Patrí medzi najčastejšie neuropsychiatrické ochorenia vo veku raného detstva. Prejavuje sa u 4-12 % detí a u 60 % pacientov pretrváva do dospelosti. Etiológia ADHD je pravdepodobne multifaktoriálna, sú do nej zapojené genetické predispozície a vplyvy prostredia. Porucha v oblasti mozgových okruhov zodpovedných za kontrolu a organizáciu vedie k problémom s plánovaním a sebareguláciou, čo sa prejavuje základnými príznakmi ako nepozornosť, nadmerná aktivita a impulzivita. Okrem toho sú ľudia s ADHD často ovplyvnení emocionálnymi výkyvmi, majú problémy s prispôbením sa sociálnym situáciám a s motorickými a zmyslovými schopnosťami. ADHD sa často spája s ďalšími poruchami, ako je porucha správania, úzkostné alebo depresívne stavy, poruchy učenia a tiky, čo ešte viac komplikuje ich každodenné fungovanie v škole a v sociálnom prostredí a ovplyvňuje ich emočný vývoj (tamtiež). Diagnostika ADHD sa opiera o pozorovanie klinických príznakov a používa kritériá Diagnostického manuálu duševných porúch (DSM-V) alebo Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKN-11). Pri liečbe sa často využívajú psychostimulancia a atomoxetín

spolu s psychoterapeutickými metódami. Detský neurológ má často prvú rozhodujúcu úlohu pri vyšetrení detí s ADHD (tamtiež).

Gábor Maté, maďarsko-kanadský lekár vo svojej knihe „Scattered Minds : The Origins and Healing of Attention Deficit Disorder“ (1999), objasňuje príznaky a zdôrazňuje vplyv nedostatočnej regulácie pozornosti, impulzívnosti a hyperaktivity. Nedostatočná regulácia pozornosti môže viesť k príznakom, ako je roztržitosť a krátka doba pozornosti, ktoré prispievajú k „absencii mysle“ spojenej s ADHD. Hoci u niektorých detí s ADHD možno pozorovať hyperkoncentrovanú pozornosť, táto hyperkoncentrácia môže v skutočnosti poukazovať na nedostatočnú reguláciu pozornosti, pretože vylučuje vnímanie okolia. Zatiaľ čo hyperkoncentrácia môže zahŕňať pasívnu pozornosť, aktívna pozornosť – pri ktorej je myseľ plne zapojená – si vyžaduje oveľa vyššiu úroveň motivácie, aby jedinci s ADHD udržali sústredenosť. V dôsledku toho môže byť pre jednotlivcov s ADHD mimoriadne náročné prebudiť motivačný aparát mozgu bez osobného záujmu. Prejavy ADHD sa môžu líšiť aj v závislosti od situácie.

Druhým charakteristickým znakom ADHD je impulzívnosť v reči aj konaní, ktorú sprevádza nedostatočne kontrolovaná emocionálna reaktivita. To sa prejavuje snahou zdržať sa vyrušovania druhých, čo má za následok predvídateľné negatívne dôsledky. Tretia charakteristika, hyperaktivita, sa opisuje ako ťažkosti s udržaním fyzického pokoja. Medzi pozorovateľné prejavy hyperaktivity patria činnosti, ako je klepanie prstami, obhrýzanie nechtov, nadmerné rozprávanie a iné (Maté 1999, s. 30).

Maté opisuje ďalšie sekundárne charakteristiky, ako sú notorická zhovorčivosť, intenzívna averzia voči nude, nepokoj koexistujúci s prokrastináciou, časté výpadky pamäti a rýchle a nepredvídateľné kolísanie nahor a nadol (Maté 1999, s. 31).

1.2 Vývoj terminológie a medikalizácia poruchy

Prvé zmienky o poruche podobnej ADHD pochádzajú z konca 18. storočia a objavujú sa v lekárskej učebnici nemeckého lekára Weikarda z roku 1775, ktorá opisuje poruchy pozornosti. (Barkley a Peters 2012). ADHD sa však začalo intenzívne skúmať až začiatkom

20. storočia; prvýkrát bolo spomenuté v roku 1902, keď ju britský pediater Sir George Frederic Still opísal ako „abnormálnu poruchu morálnej kontroly u detí“. (Martinez-Badía a Marinez-Raga 2015).

ADHD bola oficiálne uznaná ako duševná porucha Americkou psychiatrickou asociáciou (APA) až v 60. rokoch 20. storočia. Koncom 80. rokov 20. storočia bola diagnóza zmenená na „poruchu pozornosti s hyperaktivitou alebo bez nej (ADD/ADHD). Súčasný názov „porucha pozornosti s deficitom pozornosti/hyperaktivitou“ (ADHD) bol prijatý v roku 1987 (Lange et al., 2010).

Základom liečby hyperaktivity boli stimulačné lieky, najmä Ritalin. Ochorenie získalo popularitu v 60. rokoch 20. storočia, čiastočne vďaka pozornosti, ktorú vzbudilo v súvislosti s problémami liečby liekmi. V polovici 70. rokov 20. storočia bola najrozšírenejším psychickým problémom detí (Gross a Wilson 1974) a na diagnostiku a liečbu boli zriadené špecializované kliniky, hoci väčšine detí diagnózu stanovil ich detský lekár alebo lekár prvého kontaktu. Vo všeobecnosti sa predpokladalo, že hyperaktivita je v podstate problémom detstva, ktorý sa zvyčajne odhalí v prvých školských rokoch a z ktorého väčšina detí „vyrastie“, kým dosiahne pubertu (Rafalovich 2004). Do 90. rokov 20. storočia bolo zrejmé, že definícia ADHD sa rozšírila a používanie psychotropných liekov pre deti a dospelých je na vzostupe (Conrad 2007, s. 127).

Napriek tomu je diagnostikovanie ADHD dodnes kontroverznou otázkou medzi odborníkmi. Maté napríklad zdôrazňuje, že žiadny z prejavov ADHD nie je natoľko charakteristický, aby sa nedal v rôznej miere nájsť u mnohých jedincov v populácii bez ADHD. Mnohí sa preto čudujú, prečo sú bežné vlastnosti definované ako príznaky zdravotnej poruchy. Bromfield (1996, citované v Conrad, 2007, s. 32) uvádza: „Iste, niektorí ľudia s diagnózou ADHD sú neurologicky postihnutí a potrebujú lieky. Ale táto porucha sa tiež označuje za príčinu rôznych zneužívaní, pokrytectva, zanedbávania a iných spoločenských problémov, ktoré s ADHD nemajú nič spoločné.“¹ To znamená, že aj medzi tými, ktorí uznávajú existenciu neurofyziologického a psychologického stavu bežne

¹ Preklady z angličtiny do slovenčiny som vykonala ja.

nazývaného porucha pozornosti, existujú oprávnené otázky týkajúce sa metód diagnostiky ADHD, konceptualizácie tejto poruchy a najmä jej liečby, tvrdí Maté. Mnohí sa obávajú masového predpisovania liekov, pričom sa ignorujú sociálne a kultúrne príčiny stresových duševných stavov ľudí Felt et al. (2014) upozorňujú, že lieky predpisované na ADHD, prevažne metylfenidáty (ako Ritalin) a amfetamíny (ako Adderall), boli vyvinuté na liečbu závažných, nie miernych alebo stredne ťažkých príznakov. Lieky používané na liečbu ADHD môžu spôsobovať vážne vedľajšie účinky, vrátane toxicity pečene, straty hmotnosti, porúch spánku, výkyvov nálady a v zriedkavých prípadoch depresie a samovražedných myšlienok. Okrem toho tieto lieky môžu narušiť normálne rastové vzory (Felt et al., 2014). Podľa Conrada (2007, s. 57) existuje možnosť, že deťom a dospelým sa budú lieky predpisovať donekonečna, ak sa ADHD predefinuje ako celoživotná porucha.

1.3 Koncept „vedomého tela“ a medikalizácie

Pre medicínsky diskurz je dôležitá biológia a ľudské telo ako organizmus. Z pohľadu antropológie je však potrebné pristupovať k telu nielen ako k univerzálnemu biologickému faktu, ale zohľadniť aj kultúrny a sociálny kontext. Tento problematický prístup k telu ako čisto biologickej entite demonštrujú Scheper-Hughesová a Locková vo svojom zásadnom texte medicínskej antropológie. Ich koncepcia sa pre mňa stáva východiskom pre pochopenie diagnózy, prejavov a procesov medikalizácie a demedikalizácie ADHD. Tento prístup mi umožňuje prekročiť redukcionistický pohľad na ľudský organizmus a zohľadniť zážitkové, sociálne a mocenské aspekty problematiky, čo je nevyhnutné pre komplexné pochopenie tejto diagnózy.

Scheper-Hughesová a Locková (1987) skúmajú tri perspektívy, z ktorých možno telo vnímať: (1) individuálne telo – ja (body-self), (2) sociálne telo (social body) a (3) politické telo (body politic), artefakt sociálnej a politickej kontroly.

Z perspektívy individuálne telo – ja sa zameriava na vnímanie a skúsenosti jedinca, v prípade ADHD teda na to, ako jednotlivci s ADHD vnímajú svoje vlastné telo a myseľ. Je to o osobnú skúsenosť s príznakmi ADHD, ako ovplyvňujú každodenný život, sebedomie a identitu. Vysvetľuje, ako sa jedinca vyrovnávajú s diagnózou, ako vnímajú medikáciu a iné liečebné postupy, a aký vplyv má ADHD na ich subjektívny pocit pohody.

Perspektíva sociálneho tela sa zameriava na kultúrne a spoločenské vplyvy, v tomto prípade teda objasňuje, ako spoločnosť a kultúra ovplyvňujú vnímanie a definíciu ADHD. Tu sa zaoberá tým, ako sú spoločenské normy a hodnoty prepojené s diagnostikou a liečbou ADHD. Táto úroveň nám pomáha pochopiť stigmatizáciu, stereotypy a to, ako sú deti a dospelí s ADHD vnímaní v rámci školy, práce a širšej spoločnosti.

„Body politic“ sa vzťahuje na reguláciu, dohľad a kontrolu individuálnych aj kolektívnych tel. Stabilita politického tela závisí od jej schopnosti regulovať populácie a disciplinovať jednotlivé telá. Scheper-Hughesová a Locková vychádzajú z raných prác Foucaulta, aby ilustroval, ako industrializované spoločnosti regulujú a kontrolujú individuálne a sociálne telá. Vo svojom diele *Zrození kliniky* (2010) Foucault tvrdí, že „až do konca osemnásteho storočia sa medicína týkala oveľa viac zdravia ako normality“. Foucaultova koncepcia tvrdí, že v určitom bode v severnej Európe v osemnástom storočí došlo k zásadnému zlomu vo výkone moci, k „zrodu“ biopolitiky (Foucault 2008); a až vtedy sa skutočná socializácia medicíny s jej normalizačnými účinkami stala kľúčovým prvkom v operáciách moci (Foucault 2014). Podľa Foucaultovej analýzy zohrala medicína úlohu pri vytváraní nových foriem moci a poznania nad ľudskými telami. Dosiahlo sa to prostredníctvom nárastu kategórií chorôb a nálepiek, čo viedlo k vymedzeniu toho, čo je považované za normálne, a kategorizácii väčšiny ľudí ako chorých alebo deviantnych. Negatívne pocity, ako napríklad nuda, sú teraz interpretované ako individuálne patológie a „symptómy“, namiesto toho, aby boli vnímané ako spoločensky významné „znaky“ (Lock, 1986, citované v Scheper-Hughes a Lock, 1987, s. 27).

Tento typ lekárskej sociálnej kontroly, ktorý charakterizuje Foucaulta (1977), navrhuje, aby sa na špecifické správanie alebo stavy nazeralo „lekárskym pohľadom“, čo dáva lekárom právo kontrolovať všetky činnosti súvisiace s chorobou. Medicína a psychiatria majú dominantnú úlohu pri formovaní reakcií na ľudské utrpenie v dôsledku výrazných zmien v spoločenskom a verejnom živote.

Medikalizácia je kľúčom k týmto typom sociálnej kontroly; bez medikalizácie problému by lekári nemohli legitímne vykonávať tieto druhy zákrokov. Je známe, že klinický alebo medicínsky pohľad sa zameriava skôr na jednotlivca ako na sociálny kontext. Zvyčajný prístup spočíva v riešení problému u jednotlivca, nie v spoločnosti: liečiť rušivé dieťa s ADHD namiesto zmeny okolia, ktoré pôsobuje stres, alebo vzdelávacieho systému, ktorý dieťa označuje za problémové alebo náročné (Conrad a Bergey 2014, Maté 1999). Ako

uvádza Oliver (1996, citované v Conrad 2007, s.153), „medikalizovaný pohľad na postihnutie sa zameriava na fyzické nedostatky jednotlivca namiesto na spoločenské prvky, ktoré spôsobujú postihnutie.“

„Najväčšia moc sociálnej kontroly pochádza z toho, že máme právomoc definovať určité správanie, osoby a veci.“ (Conrad a Schneider 1992, s .8) Keďže najvýznamnejším kritériom pre stanovanie diagnózy bolo správanie dieťaťa, najmä v škole, iní naznačujú, že ADHD je formou sociálnej kontroly, ktorá vznikla okrem iného ako reakcia na povinnú školskú dochádzku (Conrad 2007, s. 49). Ako hovorí Maté, vo vzdelávaní, najmä u žiaka s poruchou pozornosti, je zabudovaný rozpor: tendencia učiť všetkých, akoby ich mozgy fungovali rovnako, hoci v skutočnosti to tak nie je. Sociálna kríza rastúceho počtu detí, ktorých vzdelávacie potreby súčasný školský systém jednoducho neuspokojuje, sa premieta do medicínskeho problému – v najlepšom prípade. Ešte horšie je, keď sa dieťa s ADHD redukuje na problém disciplíny a kontroly správania (Maté 1999, s. 209).

Kategorizácia určitého správania ako symptómov ADHD zahŕňa mocenský vzťah, v ktorom majú zdravotnícki pracovníci autoritu pri definovaní toho, čo sa považuje za normálne a čo za deviantné správanie. Kľúčoví aktéri, ako sú lekári, sociálni pracovníci a psychiatri, pôsobia ako sprostredkovatelia spoločenskej zmluvy. V tomto procese, ktorý sa riadi spoločenskými normami a očakávaniami, sa pohľad lekára stáva kontrolným pohľadom; diagnóza sa stáva kontrolným mechanizmom, ktorý formuje spoločenské vnímanie a ovplyvňuje sebnímanie a skúsenosti jednotlivcov. Deti, ktorým bola stanovená diagnóza ADHD, často čelia nálepkovaniu a sociálnemu vylúčeniu, čo prispieva k obavám niektorých rodičov, ktorí váhajú, či dať svoje deti diagnostikovať. Nepochybne v niektorých prípadoch slúži diagnóza len ako odsúdenie, ktoré charakterizuje dieťa ako problémového žiaka, neschopného normálnej činnosti. Uznanie ADHD dieťaťa by sa však malo vnímať skôr ako prostriedok pochopenia, že pomoc dieťaťu si vyžaduje informovaný a tvorivý prístup, a nie ako rozsudok, ktorý naznačuje nejaké vrodené alebo nenapraviteľné chyby (Maté 1999, Mikami 2013).

Problémom medikalizácie, ako uvádza Conrad (2007, s. 149) je, že lekárske označenia čoraz viac definujú, čo je v živote „normálne“, očakávané a prijateľné. Lekárske normy tak určujú sociálne normy a táto kontrola sa odráža v tom, ako lekárske očakávania usmerňujú správanie (Conrad 2007, s.151).

Maté (1999) tiež kritizuje terminológiu používanú na opis vonkajších pozorovaní symptómov ADHD a zdôrazňuje, že v medicínskom jazyku zvyčajne označuje subjektívny zážitok pacienta. Vonkajšie pozorovania, bez ohľadu na ich presnosť, sa považujú za znaky, a nie za vlastnú pociťovanú skúsenosť pacienta. Diagnostické manuály duševných porúch dopúšťajú sa chyby, keď pre tieto vonkajšie znaky používajú slovo symptómy, zatiaľ čo v medicínskom zmysle sú symptómy to, čo pacient cíti. Vonkajšie príznaky, akokoľvek presné, nie sú symptómy. Ako povedal detský psychiater Daniel J. Siegel „DSM sa zameriava na nálepky, nie na utrpenie“ (Siegel, citované v Maté 1999, s. 23).

Niet pochyb o tom, že niektorí ľudia majú z farmaceutickej liečby ADHD prospech, a tieto špecifické výhody by sa nemali prehliadať. Napriek tomu vzrástol vplyv farmaceutického biznisu pri definovaní toho, čo je v spoločnosti typické, očakávané a dokonca prijateľné (Conrad a Leiter 2005); farmaceutické inovácie a marketing Ritalinu určite zohrali úlohu pri medikalizácii hyperaktivity (Conrad 2007, s. 10). Farmaceutické prípravky sa čoraz častejšie používajú na zmenu každodenného správania, nálady, schopnosti učiť sa a iných aspektov deviácie. Už dlho sa považujú za druh lekárskej sociálnej kontroly deviácie (Conrad 2007, s. 151).

1.4 Demedikalizácia a alternatívne terapeutické prístupy

Ako uvádza Maté (1999) v súvislosti s prácou Stanleyho Grenspana, vzhľadom na to, že len minimum detí vyrastá v optimálnych podmienkach, predstava odborníkov o skutočných parametroch vývoja dieťaťa je nedostatočná. „Faktom je,“ dodáva, „že v našej spoločnosti sme často odpojení od vlastných emócií,“ a zároveň „stres, ktorý rodičia zažívajú, je napriek ich najlepším úmyslom zdrojom environmentálnych faktorov, ktoré vedú k poruchám pozornosti.“ (s. 72). Maté sa domnieva, že lieky by nemali byť jedinou liečbou alebo dokonca prvou líniou liečby, ako by sa mohlo zdať ako jednoduché riešenie. Niektorí jedinci aktívne odolávajú sklonu medikalizovať svoje problémy a namiesto toho hľadajú alternatívne stratégie na zvládanie životných ťažkostí (Conrad 2007, s. 158).

Proces medikalizácie zahŕňa nielen svoj pokrok, ale aj svoj opak, demedikalizáciu. Demedikalizácia nastáva, ak sa určitý problém vzdá svojej medicínskej klasifikácie, čo si vyžaduje koordinované hnutia, ktoré spochybňujú súčasné medicínske definície a štruktúry

kontroly (Conrad, 2007, s. 225-226). Aj keď medikalizácia a demedikalizácia môžu koexistovať obojsmerne, prevládajúca trajektória za posledné storočie smeruje k rozširujúcemu sa vplyvu medicíny (tamtiež).

Holistické prístupy k zdraviu, často označované ako komplementárna a alternatívna medicína, sú vnímané ako kroky smerom k demedikalizácii. Napriek tomu prijatie holistických zdravotných postupov neznamená vo svojej podstate ani demedikalizáciu, ani medikalizáciu. Napríklad niektoré aspekty, ako je rozšírenie patologickej sféry alebo zachovanie pretransformovaného medicínskeho modelu, môžu byť v súlade s medikalizáciou, zatiaľ čo zníženie technologických a statusových rozdielov medzi poskytovateľmi a klientmi podporuje demedikalizáciu. Holistické zdravie je niekedy formou deprofesionalizácie bez toho, aby jednoznačne viedlo k demedikalizácii (Lowenberg a Davis, 1994).

Preto hoci tieto alternatívne terapie ponúkajú odlišné prístupy, v zásade nedemedikalizujú ADHD; predstavujú skôr alternatívne spôsoby v rámci širšieho spektra medikalizácie.

Maté tvrdí, že lieky môžu len zmierniť príznaky ADHD, ale nemôžu ju vyliečiť. Preto navrhuje komplexnejší prístup k liečbe ADHD prostredníctvom holistického plánu. Maté vo svojej knihe na základe svojich skúseností ako lekára a toho, že sám má ADD, vedie učiteľov, rodičov a jednotlivcov s ADHD k vytvoreniu liečivého prostredia, ktoré zvráti účinky tohto ochorenia. Povzbudzujúce, že podľa výskumov sa v mozgu môžu počas celého života vytvárať nové mozgové dráhy a spojenia, čo je známe ako neuroplasticita (Dawson a Fischer, citované v Maté 1999, s. 146). To poukazuje na dôležitosť prostredia pri formovaní myšlienkových vzorcov jednotlivca, pretože bez zmeny prostredia si mozog nemôže vytvoriť nové obvody alebo si myseľ nemôže osvojiť nové spôsoby vzťahovania sa k svetu a sebe samému (Jónsson 2022).

Maté teda zdôrazňuje, že ADHD nie je len chemická porucha, ale komplexný stav, ktorý má hlbšie príčiny. Jeho postrehy zdôrazňujú potrebu prekonať farmaceuticky orientované prístupy a zväziť alternatívne terapeutické cesty.

Medzi alternatívnymi terapeutickými prístupmi, ktoré pristupujú k ADHD ako ku komplexnému ochoreniu, sa v poslednom čase dostáva do popredia terapia TSMT a tréning neurofeedback. Zatiaľčo tréning neurofeedback umožňuje jednotlivcom regulovať mozgovú

aktivitu, čo prináša pozoruhodné zlepšenia v pozornosti, správaní a skóre IQ (Lubar et al., 1995), TSMT so zameraním na vestibulárnu stimuláciu zdôrazňuje dynamickú povahu intervencie ADHD s personalizovanými, holistickými stratégiami presahujúcimi tradičné lekárske paradigmy (Tele-Heri et al., 2021). Je však nevyhnutné poznamenať, že hoci tieto alternatívy poskytujú odlišné prístupy, existujú skôr v rámci širšieho spektra medikalizácie, než aby slúžili ako kategorická demedikalizácia.

2. Metodologická časť

V tejto časti bakalárskej práce sa budem venovať metodologickým prístupom, ktoré boli zvolené pre realizáciu výskumu zameraného na dynamiku medikalizácie a demedikalizácie v kontexte ADHD.

2. 1. Výskumný problém a výskumné otázky

Ako som uviedla v predchádzajúcej časti tejto práce, zamerala som sa na výskum na ambivalenciu medzi medikalizáciou a demedikalizáciou v kontexte ADHD, s dôrazom na “altermedikalizáciu”. Altermedikalizácia môže poukazovať na to, že alternatívne terapie sú fenomény, ktoré môžu byť vnímané ako lekárske alebo medicínske, avšak nie nutne dominantné. Práca sa zameriava na to, do akej miery tieto altermedikálne prístupy môžu prerámoviť alebo prerámcovať vnímanie ADHD, či nereprodujú samotnú poruchu ako to v prípade medikalizácie (kde procesy medikalizácie a diagnostické môžu prispievať k depersonalizácii) je. V rámci výskumu sa práca pýta, akým spôsobom tieto altermedikálne prístupy, vrátane terapeutických prístupov a terapií, ako sú neurofeedback a TSMT, vymedzujú voči dominantnému medicínskemu prístupu k ADHD. Ďalej sa pýta, aký vplyv majú tieto alternatívne terapie na vnímanie a liečbu ADHD, a či majú potenciál ovplyvniť trendy, ktoré prispievajú k depersonalizácii v súvislosti s medikalizáciou. Vzhľadom na existujúce teórie a koncepčné rámce sa táto štúdia snaží odpovedať na nasledujúce výskumné otázky:

Ako sa prejavuje medikalizácia v prípade ADHD? Existujú tendencie k demedikalizácii, a ak áno, aké sú jej formy v prípade ADHD?

Ako altermedikálne prístupy, ako napríklad terapie neurofeedback a TSMT, konkrétne vymedzujú svoje miesto vzhľadom na dominantný medicínsky prístup k ADHD, a ako tieto alternatívne terapie ovplyvňujú vnímanie a liečbu ADHD?

2.2 Výskumná stratégia

Pre svoj výskum som zvolila kvalitatívnu výskumnú stratégiu, ktorá umožňuje hlbšie pochopenie komplexných sociálnych javov a poskytuje možnosť skúmať subjektívne skúsenosti a perspektívy účastníkov. Táto stratégia je charakterizovaná vysokou validitou a nízkou reliabilitou. To znamená, že získané údaje sú relevantné a presné vo vzťahu k nášmu výskumnému cieľu, ale zároveň nemusia byť ľahko generalizovateľné na väčší vzorek alebo na ďalšie merania. Tento prístup nám umožňuje získavať pohľady

a porozumenie na mikroúrovni, hlbšie preskúmať fenomény a ich kontext (Novotná et al., 2019).

Zvolená stratégia mi umožní preskúmať, ako sú behaviorálne prejavy spojené s ADHD vnímané a interpretované terapeutmi a rodičmi detí s touto diagnózou. Zároveň sa zameriavam na to, ako terapeutické metódy ako TSMT a neurofeedback vnímané terapeutmi a rodičmi.

Etnografický terénny výskum bol realizovaný v Rozvojovom centre Dúha v Dunajskej Strede a v Šamoríne, ktoré poskytujú terapie TSMT a neurofeedback pre deti s ADHD.

2.3 Technika zberu údajov

S ohľadom na povahu skúmanej témy, definovaný problém a stanovené ciele som pre svoju prácu zvolila metódy zúčastneného pozorovania, pološtrukturovaných rozhovorov a analýzy dokumentov.

Zvolila som pološtrukturovaný rozhovor s cieľom poskytnúť mi pevný rámec, pri formulovaní otázok a držať tak určitú štruktúru, ktorá bola viacmenej konzistentná v prípade všetkých informátorov. Taktiež mi umožnil flexibilne reagovať na odpovede, pričom informátorom poskytol priestor pre rôznorodé odpovede.

Prvotne som plánovala zahrnúť do rozhovorov aj deti, avšak z rôznych dôvodov som sa nakoniec rozhodla sústrediť iba na terapeutov a rodičov. Rozhovory som uskutočnila s tromi terapeutmi, so štyrmi rodičmi a jedným dospelým „pacientom“.

Dve zásadné veci som zistila až neskôr. Po prvé, v Rozvojovom centre Dúha poskytujú medzi inými terapie TSMT a „Basic“ terapiu². Hoci nedávno ešte bola súčasťou centra Dúha, neurofeedback ale poskytuje manžel terapeutky Evy v Šamoríne, v meste 20 km od

² „Basic“ terapia, podobne ako TSMT, bola vypracovaná v Maďarsku, maďarský názov je chránený. Slovenský ekvivalent názvu som nenašla, no v angličtine by to malo byť „Basic Therapy“.

Dunajskej Stredy. Zatiaľ čo terapeutka L. v Rozvojovom centre Dúha zameriava svoje úsilie na individuálne terapie TSMT, terapeutka Jana poskytuje skupinové sedenia „Basic“ terapie pre deti. Na druhej strane, v Šamoríne pán Milan vykonáva neurofeedbackové sedenia pre deti aj dospelých.³

Terénny výskum som nakoniec vykonala na dvoch miestach a namiesto pôvodne plánovaných dvoch terapií som pozorovala tri. Všetci traja terapeuti úzko spolupracujú. Aj keď sa na „Basic“ terapii zúčastňujú aj deti s ADHD, počas mojej návštevy som sa nestretla s deťmi, ktoré by mali oficiálnu diagnózu od lekára. Napriek tomu som pozorovala aj tieto skupinové terapie. Dôvodom toho je, že hoci terapia TSMT zahŕňa individuálne aj skupinové cvičenia, terapeutka Eva v centre Dúha poskytuje iba individuálne vyšetrenia a cvičenia. Aby som teda mala možnosť pozorovať aj skupinové sedenia, rozhodla som sa skúmať aj „Basic“ terapiu. Čo sa týka rozhovorov, keďže v skupine momentálne neboli deti s diagnózou ADHD, rozprávala som sa iba s rodičmi detí z terapie TSMT a klientom dospelého veku z tréningu neurofeedback.

2.4 Etické otázky výskumu a reflexivita

Najprv som sa s touto témou stretla počas môjho pobytu v zahraničí na Kodaňskej Univerzite. V rámci predmetu Introduction to Medical Anthropology sme sa sústredili na problematiku vnímania tela ako konštrukt, na silu diagnózy a medikalizácie. Jedna z tém, ktoré sme prebrali, bol koncept medikalizácie vypracovaný sociológom Petrom Conradom, ktorý formuloval medzi inými na rozšírenie diagnostikovania ADHD. Na hodinách sme veľa debatovali, jeho voľba ADHD bola kritizovaná viacerými. Dôvodom toho je, že sa to dá chápať tak, že Conrad považuje legitimitu ADHD za otázku. A hoci pracujem s teóriou od Conrada a použijem odbornú literatúru od kanadského lekára Gábora Matého, nie je na mieste, aby som posudzovala, či ADHD je, alebo nie je medicínskym problémom. Samozrejme, aj keď antropológia nie je neutrálnou vedou, pretože voči druhými ustanovuje

³ V tejto práci, z dôvodu zachovania anonymity a ochrany svojich informantov, používam pseudonymy.

vzťah (Clifford a Marcus, 1986), snažila som sa o objektívne poznanie. Hoci sa môže zdať, že rozhovory a získané údaje z terénu podporujú kritiku nadmernej medikalizácie ADHD, snažila som sa o emickú perspektívu, resp. o to, aby som do terénu išla s otvorenosťou a tak zachytila realitu bez toho, aby som bola „oslepená“ teóriou. Samozrejme som bola vedená a podporovaná s teoretickým rámcom, no snažila som sa o reflexivitu a o to, aby som v teréne nevlývala na informátorov. Nechcela som im vnucovať moje poznatky z teoretického rámca a dbala som na to, aby sa necítili tak, že očakávam určité odpovede. Pred tým, než som terénny výskum začala, mala som obavy týkajúce sa citlivej časti tejto otázky, no sama som bola prekvapená, ako údaje získané z terénu podporovali moje poznatky z teoretického rámca.

Nemôžem však tvrdiť, že som bola úplne nezaujatá, pretože som mala predchádzajúce osobné skúsenosti s terénom. Rozvojové centrum Dúha sa nachádza v mojom rodnom meste v Dunajskej Strede. Po prvé, môj brat, ktorý mal ako žiak základnej školy ťažkosti s učením, pred niekoľkými rokmi navštevoval toto centrum. Ďalšou skutočnosťou je, že moja matka je špeciálnou pedagogičkou a krátku dobu v centre pôsobila ako logopedička, terapeuti sú teda známi a kolegovia mojej matky. Tieto skúsenosti zahŕňajú aj fakt, že som bola presvedčená o účinnosti terapií poskytovaných v centre, najmä kvôli skúsenostiam s mojim bratom. Čo sa týka známosti, prispelo to k zjednodušeniu procesu získania povolenia na výskum a k väčšej otvorenosti a dôvere zo strany účastníkov. Tieto fakty ma zase viedli k reflexívnemu prístupu, kde som si uvedomila a priznala svoj vlastný vplyv a predchádzajúce skúsenosti, ktoré mohli ovplyvniť môj výskum.

3. Empirická časť

3.1 Prostredie výskumu

Rozvojové centrum Dúha sa nachádza v Dunajskej Strede, okresnom meste na južnom Slovensku, blízko Maďarskej hranice. Mesto vyniká svojou výraznou maďarskou väčšinou, ktorá tvorí 71 % obyvateľstva, pričom Slováci zastávajú 19 % populácie.⁴ Tento

⁴ Získané z webovej stránky <https://www.scitanie.sk/moja-obec/SK0211501956>

demografický kontext jasne odráža bilingválnu povahu mesta. Terapeuti pôsobiaci v rozvojovom centre Dúha sú príslušníci maďarskej komunity žijúcej na Slovensku a poskytujú služby v oboch jazykoch. Ja sama mám maďarskú príslušnosť, rozhovory s terapeutmi sa teda pôvodne prebiehali v maďarskom jazyku.

Zaujímavosťou tohto centra je, že poskytujú terapie vyvinuté v Maďarsku, ktoré momentálne nie je možné študovať na Slovensku. Terapeutka Eva absolvovala štúdium TSMT a terapeutka Jana vyštudovala „Basic“ terapiu v Maďarsku. Hoci je možné študovať neurofeedback aj na Slovensku, pán Milan sa rozhodol absolvovať štúdium tejto metódy tiež v Maďarsku, v Budapešti. Centrum s bilingválnym charakterom tak umožňuje prístup k terapiám aj slovenským rodičom. Títo rodičia sú ochotní cestovať aj zo severnej časti Slovenska, no ako sa ukáže nižšie, majú možnosť absolvovať individuálne terapie u terapeutky Eva aj online. Okrem toho, v centre sa samozrejme objavujú aj deti hovoriace po maďarsky z blízkeho okolia mesta. No príležitosť som mala hovoriť s tromi slovenskými rodičmi a jedným maďarským klientom. Dva z troch rozhovorov s rodičmi prebehli osobne, jeden sa uskutočnil online. Rozhovory s terapeutmi prebiehali naživo.

V súčasnosti centrum zamestnáva štyroch terapeutov, pričom som mala príležitosť komunikovať s dvomi z nich.

O zakladaní centra som rozprávala s terapeutkou Janou:

„Myšlienka na vytvorenie samotného centra mi už dlho vrtala v hlave. Potom, keď som pracovala so synom terapeutky Evy, mi po nejakom čase povedala, že by sa tiež chcela niečo naučiť, lebo ju to veľmi zaujíma. Rozprávali sme sa o tom a nakoniec sa to celé zorganizovalo tak, že sme najprv začali len my dve. Potom som oslovila A⁵, s ktorou sme už dávnejšie hovorili o tom, aké by bolo skvelé mať miesto, kde by sme mohli poskytovať pomoc deťom v rôznych odvetviach. Postupne sa k nám pridávalo čoraz viac ľudí. Na začiatku bolo všetko ešte trochu nevyjasnené, čo sa týka nákladov a mnohých ďalších vecí, ktoré súvisia s udržiavaním centra. Teraz, po dvanástich rokoch, sa to už

⁵ A., moja matka, špeciálna pedagogička, v centre pôsobila ako logopedička.

vykryštalizovalo. Od roku 2012 centrum funguje pod záštitou občianskeho združenia „Életfa“⁶, a predtým, ešte jeden rok, bolo pod mojím vedením, bez formálnej organizácie.“

Ďalej som sa spýtala na filozofiu Rozvojového centra Dúha:

„Raz, ešte na začiatku sme mali predstavenie, s názvom „Každé dieťa je poklad“. To je vlastne pravda. Každé dieťa je poklad. Každé má šancu, že v aktuálnom stave, ktorý má (nech je to akýkoľvek problém, ktorý je v našej kompetencii), sa tam príznaky znižujú. Takže zníženie symptómov je cieľom. Taktiež to, čo napriek diagnózam, ktoré deti dostávajú, čo z toho (z nich) môžeme vymôcť.“ (terapeutka Eva)

„Primárnym cieľom bolo, aby rodičia nemuseli hľadať pomoc na mnohých rôznych miestach, ale aby našli všetko, čo potrebujú pre svoje deti a seba na jednom mieste. Tento cieľ sa však časom trochu zmenil. Dnes už možno prioritou nie je to, aby bolo všetko na jednom mieste, ale aby sme mohli vykonať komplexné vyšetrenie na jednom mieste a zistiť príčinu problému. Hľadáme príčiny a následky a na základe toho, ak vieme problém vyriešiť alebo zmierniť v rámci centra, tak to urobíme. Ak však vidíme, že problém pochádza odinakiaľ, pošleme ich tam, kde je to potrebné. Našou snahou je, aby sme naozaj zistili, čo je pre dieťa najlepšie a čo potrebuje, a preto sa dôkladne venujeme hľadaniu príčin a následkov. Nie sme neomylní, a vieme, že je ešte veľa vecí, o ktorých nevieme a ktoré by sme mohli zahrnúť do našej práce. No vyšetrenie jedného dieťaťa už teraz dve dopoludnia, a ak by sme pridali ďalšie veci, trvalo by to ešte dlhšie.“ (terapeutka Jana)

Aby centrum mohlo poskytnúť takúto komplexnú pomoc, sprostredkuje širokú škálu rôznych vyšetrení a terapií. Okrem „Basic“ terapie v kompetencii terapeutky Jany. je ešte

⁶ Občianske združenie „Strom života“. Podporuje kultúrnosť, vzdelanosť a tvorivosť detí a mladých ľudí prostredníctvom spoločensko-kultúrnych a vzdelávacích akcií, pričom oživuje tradičné remeslá v regióne. Prevádzkuje Rozvojové Centrum Dúha.

diagnostika rečovej percepcie⁷, ďalej tréning frontálneho laloku⁸. Terapeutka Eva okrem terapie TSMT poskytuje terapiu senzorickej integrácie⁹. V centre Dúha pôsobí aj dcéra terapeutky Eva, ktorá podobne ako terapeutka Jana, vyštudovala „Basic“ terapiu, v rámci ktorej poskytuje terapiu „základného rozvoja“¹⁰. Ide o podobné terapie, z ktorých niektoré na seba nadväzujú a sú najúčinnnejšie v danom vekovom intervale. Každému terapeutickému sedeniu predchádza vyšetrenie, po ktorom terapeut odporučí začatie terapie, prípadne dieťa odkáže na inú terapiu.

Na moju otázku, aké vzdelanie potrebovali terapeutky na vykonávanie mnou pozorovaných terapií, odpovedali nasledovne:

„Som učiteľka pre 1.-4. ročník a desať rokov som pracovala v tejto oblasti, čo som veľmi milovala. Neodišla som preto, že by to škola rozhodla alebo preto, že by som to nemala rada. Práve naopak, veľmi som si užívala to, čo som robila. Všimla som si však, že niektoré šikovné a inteligentné deti majú nejaké prekážky, ktoré som nevedela pochopiť. Preto som sa zúčastnila všetkých možných školení v rámci školského systému. Hoci som sa dozvedela mnoho zaujímavých vecí, stále to nebolo to pravé. Raz som sa zúčastnila kurzu rečovej percepcie v Budapešti, kde spomenuli „basic“ terapiu. Vybavila som si účasť na mesačnom letnom kurze. Keď som sa vrátila, bola som rozhodnutá, že toto

⁷ Procesy vnímania a porozumenia reči možno u detí vo veku 3-13 rokov testovať pomocou diagnostiky vnímania reči GOH/GMP. Tento testovací systém, vyvinutý Prof. Dr. Máriou Gósyovou medzi rokmi 1984 a 1988, je štandardizovaný na hodnotenie a kvalifikovanie spracovania reči u detí s maďarským materinským jazykom. Diagnostika umožňuje spoľahlivo rozlíšiť typickú vývinovú úroveň od zaostávajúceho alebo narušeného procesu a výsledky sú základom pre plánovanie terapie. Získané z webovej stránky <https://neurofejlesztés.hu/beszedeszleles/>.

⁸ Tréning čelného laloku, metóda na aktiváciu a rozvoj prepojení čelného laloku nervového systému dieťaťa a dospelého s inými nervovými systémami. Získané z webovej stránky <https://www.alapozoterapiak.com/news/tanfolyam/homloklebeny-trening>.

⁹ Ayresovu terapiu vyvinula Anna Jean Ayresová (1920-1988), americká ergoterapeutka, ktorá svoju metódu vypracovala na pomoc deťom s ťažkosťami pri spracovaní senzorických vnemov. Získané z webovej stránky https://en.wikipedia.org/wiki/Sensory_integration_therapy

¹⁰ Rozvoj alebo terapia: po posúdení sú deti v prípade potreby zaradené buď do rozvoja, alebo do terapie, ktorá ich vedie k cvičeniam vedúcim k veľmi vysokej úrovni pohybovej kultúry prostredníctvom zlepšenia základnej pohybovej zručnosti. Získané z webovej stránky <https://www.alapozoterapiak.com>

chcem robiť a nič iné ma nezaujímalo. V auguste som preto požiadala riaditeľa školy o menej práce, aby som sa mohla venovať tejto terapii. Povedal mi však bez rozmýšľania nie. Preto som na druhý deň podala výpoveď. Bolo to v lete, v roku 2004 alebo 2005, v auguste. Už vtedy som mohla pracovať s deťmi, hoci som ešte nebola terapeutka, ale prihlásila som sa na pokračujúce vzdelávanie pre terapeutov. Potom som často chodila do Budapešti na rôzne školenia. V tom čase to tak fungovalo, dnes je systém už iný. Musela som tam chodiť viackrát a absolvovať praktické skúšky, čo trvalo ďalší rok, aby som sa mohla stať terapeutkou. Medzitým som však už pracovala a postupne prichádzali deti. Nepotrebovala som žiadnu reklamu, iba sa šírilo, že „počuli, že...“, a ja som bola nadšená. Postupne som mala viac a viac detí, až som pracovala naplno. Bolo to v rôznych priestoroch, pretože som sa často sťahovala. Trvalo to asi rok, kým som úspešne zložila všetky skúšky, takže to bolo veľmi náročné.“ (terapeutka Jana)

Pani Eva musela tiež absolvovať dlhú cestu, než mohla začať svoju kariéru ako terapeutka:

„Začala som s dynamickou senzoricou integračnou terapiou. Študovala som v Budapešti medzi inými u pána Donauera, neuropsychológa, ktorý pracuje s hyperaktívnymi deťmi pomocou alternatívnych metód. Veľmi ma zaujalo, keď hovoril o tom, ako napríklad tanec pomáha aj v starobe udržiavať mozog aktívny, najmä pri hyperaktivite. Moje vzdelanie zahŕňalo trojročný kurz v Budapešti, ktorý sa zameriaval na nervový systém, neurológiu a pedagogiku. Terapeutický výcvik bol náročný a zahŕňal veľa praktických skúseností. Pred týmto výcvikom som sa venovala pohybovej terapii pre deti s rozdielnym vývinom. Moje detstvo na dedine, kde sme sa mohli voľne pohybovať a hrať bez obmedzení, mi veľmi pomohlo v práci s deťmi. Dnes používam základné pohyby, ktoré sme robili prirodzene ako deti, v terapeutickom kontexte. Okrem dynamickej senzorickej integračnej terapie som absolvovala medzi inými aj kurzy hernej terapie, ktorá má psychologický základ. Základom terapie je pohyb, ktorý stimuluje vestibulárny systém a rozvíja základné zmyslové skúsenosti.“

Centrum Dúha poskytuje pomoc pre deti nie len s diagnózou ADHD, ale všeobecne pre deti s atypickým vývojom.

Webová stránka nadácie BHRG¹¹, kde sa dá osvojiť metódu TSMT, definuje deti s atypickým vývojom nasledovne: „Deti s atypickým vývojom môžu byť deti, ktoré majú oneskorený motorický alebo rečový vývin, problémy s pozornosťou, nešikovnosť, hyperaktivitu, školskú nezrelosť, problémy so správaním alebo prispôbením, školské problémy, autizmus alebo sa narodili predčasne.“

Terapeutka Jana sa vyjadrila týmto spôsobom o vekovej kategórii:

„Centrum je vhodný od nuly rokov až do akéhokoľvek veku. Konkrétne „Basic“ terapia funguje od piatich rokov a v skutočnosti sa dá použiť aj v dospelosti. Väčšina mojich klientov je samozrejme v školskom veku. Veľmi mi je ľúto, že je veľmi málo predškolských detí, pretože by bolo skvelé, keby sme to vyriešili čo najskôr a keď sa dieťa dostane do školy, už by to bolo v poriadku. Ale ak si vezmem pomer, mám polovicu detí vo veku prvého stupňa a polovicu vo veku druhého stupňa základnej školy.“

3.2 „Basic“ terapia

V rozvojovom centre Dúha sa nachádza päť miestností: dve najväčšie miestnosti, ktoré sa nachádzajú na oboch koncoch budovy, sú používané na vyšetrenie a terapiu TSMT, druhá na „basic“ terapiu. Najprv som mala možnosť pozorovať skupinové cvičenia u terapeutky Jany.

Miestnosť, kde terapeutka robí skupinové cvičenia, je veľká a farebná, podlaha je pokrytá kobercom, určená pre pohyb a hru. Na stene sú kresby od detí, hry sú umiestnené v rohu pri stene. Vidím tam rôzne pohybové vybavenia, ako sú lopty, obruče, lano, prekážkové dráhy a hry na rozvoj zručností. Predtým, než vojdem

¹¹ Budapešťská hydroterapia rehabilitačná gymnastika, Budapesti Humán Járóbeteg Rehabilitációs és Gyógyító Alapítvány. Získané z webovej stránky <https://bhrghu/bhrghu-alapitvany/>

do miestnosti, ako každé dieťa, aj ja si musím vyzuť topánky. V triede stoličky nie sú, sadnem si na koberec. Už je takmer 14:30 a začína sa hodina. Deti sa postupne prichádzajú, rodičia odchádzajú. Kým čakáme na ostatných, deti sa hrajú s loptami. Medzitým sa rozprávame. Najčastejšou otázkou je, koľko mám rokov. Toto je prvá hodina tejto skupiny v tomto zložení. To znamená, že niektorí s terapiou už začali skôr. Dnes je tu jedno „nové“ dieťa. Obvykle je v skupine šesť až sedem detí, no je február a chrípková sezóna. Dnes je tu päť detí, traja chlapci a dve dievčatá. Skupiny sú vždy zmiešané vekovo aj podľa príznakov – sú tu deti s oneskoreným vývojom reči, dyslexiou, poruchami pozornosti; jedno dievča má Aspergerov syndróm. Pretože tieto cvičenia sa opakujú dvakrát týždenne, deti chodia sem iba z Dunajskej Stredy a okolia – preto v skupine prevládajú maďarsky hovoriace deti. Aj dnes to vyzerá tak, že z piatich detí len jedno dievča nerozumie po maďarsky. Terapeutka teda hovorí po maďarsky a potom dievčaťu prekladá do slovenčiny. Začína sa cvičenie. Všetci si sadnú do kruhu a predstavujú sa. Predstavujem sa aj ja. Terapeutka opakuje pravidlá: „Prečo sme tu? Čo treba robiť?“ „Zacvičíme si.“ „Výborne. Čo nerobíme?“ „Neubližujeme si navzájom.“ „Dobre. Dnešným cieľom je, aby ste sa naladili na cvičenie. Piť môžete, ale jesť sa nedá, na to budeme mať vyhradenú prestávku.“ Ešte predtým, než sa začína cvičiť, každé dieťa povie jednu dobrú a jednu zlú správu. Niektorí tvrdo premýšľajú, niektorí nechce povedať nič. Ide sa ďalej. Začína sa pohybovať, pridám sa aj ja. Najprv sa hráme s menšou loptou, slobodne. Deti sa začínajú uvoľňovať. Po slobodnej hre nasledujú „povinné úlohy“, ako hovorí terapeutka. Sadnem si do rohu. Každé dieťa si vyberie jeden matrac, ktorý sa volá „tatami“. Je v dvoch farbách, červenom a modrom. Ide o zložité cviky, zdvihnutie hlavy, posadnutie, 10-krát. Terapeutka pozoruje deti a koriguje ich. Drží papier, jedno dieťa sa jej opýta, čo tam píše. „Je to múdry papier. Sem napíšem všetko, čo už vieš, všetky cviky, ktoré si urobil. Nič nezaznamenávam, čo ešte nevieš, iba to, čo už zvládneš.“ Terapeutka si zakaždým zapíše aktuálny vývoj inou farbou. Ďalšie cviky sa cvičia na matracoch, ale už sú zložitejšie a zahŕňajú aj riekanky. Deti si znovu sadnú do kruhu, terapeutka ma pozýva do hry. Opakujeme rôzne riekanky a medzitým tleskame na rytmus. Je to náročné, pri tretej riekanke sa trochu zamotávam. Na druhý deň ma terapeutka pochválila, že už mi to ide lepšie. V poslednej časti hodiny cvičenia sa deti striedajú v troch rôznych cvikoch, ktoré zahŕňajú rôzne pomôcky: jedno dieťa hádže malú loptu

na stenu a pri tom hovorí riekanky, druhé dieťa sedí vo veľkom lieviku, ktorý ovláda svojou vlastnou váhou tela, tretie dieťa cvičí a terapeutka počíta. Prichádza čas na prestávku: deti si sadnú do rohu pri hračkách a vyberú si olovrant, ktorý si každý priniesol so sebou. Medzitým terapeutka prináša „zdravé cukríky“, kartičky a nálepky ako odmenu po každej hodine, deti si môžu vybrať. Jedno dievča mi ponúka svoje cukríky. Kto nie je hladný alebo by sa radšej hral, môže si vybrať: terapeutka prináša nápady a pýta sa, kto má chuť koráľkovať. Deti sa môžu hrať aj s loptami, logickými, alebo spoločenskými hrami. Nakoniec si vyberú pamäťovú hru, ktorá funguje podobne ako pexeso: treba nájsť veci vo veľkej kope predmetov. Opäť sa pridám aj ja, no necítim sa rýchlejšia napriek tomu, že som staršia. Na konci hodiny sa opäť hrajú loptové hry, tentoraz s veľkou gumenou loptou: kotúľajú loptu a namiesto vyhadzovača ju volajú „vyvalovač.“ Budeme hrať, kým sa každý nestane „vyvalovačom!“ – hovorí im terapeutka. Deti si to veľmi užívajú, je to plné kriku a smiechu. Jeden z chlapcov začína plakať, pretože druhý je príliš rýchly a nedokáže ho chytiť. „Je to časté u neho, ale predtým plakal ešte viac,“ hovorí mi terapeutka. Jedno dievča, ktoré chodí už dlhšie, prosíka ho: „vyhod' ma, prosím, skús ma trafiť loptou“. Chce mu pomáhať, no samozrejme chlapcovi sa to nepáči. „Dievča nemá deficit pozornosti, ale má pomalý reakčný čas, no už sa to skoro ani nedá všimnúť,“ vysvetľuje mi terapeutka. Chlapec stále naháňa toho druhého, neúspešne. „Samozrejme, je rýchlejší, veď je starší a chodí na futbal,“ hovorí terapeutka. Chlapec zúri, plače, hádže sa na zem. „Najzaujímavejšia je regresia,“ hovorí mi terapeutka, „je to znak toho, že terapia je účinná.“ (terénny denník, dňa 4. 2. 2024)

Regresia sa vyskytuje, keď dieťa regreduje na nižšiu úroveň vývoja, ako je jeho aktuálny vek. Po regresii vždy dochádza k náhlemu zlepšeniu pohybu, učenia a správania. Regresia je teda samozrejmom súčasťou terapie, ktorá môže byť vyvolaná napríklad náročnosťou úloh, únavou, replikáciou skorších štádií vývinu (cvičenia na podlahe, pohyby dočiat), vysoko emocionálnym prostredím. Cucanie prstov, hryzenie nechťov, kňučanie, výbuchy hnevu, záchvaty zlosti a plač, závislosť na matke, vzdor, nepokoj a rozptýlenie sú bežné javy, ktoré môžu sprevádzať začiatok terapie. Každé dieťa reaguje individuálne a prejavy môžu byť rôznorodé. Regresia je teda súčasťou terapie, ktorá zvyčajne trvá približne 2-6 týždňov. Prvá regresia sa obvykle vyskytuje približne po 1-2 mesiacoch od začiatku

terapie, pričom druhá regresia nasleduje približne po 6 mesiacoch. Druhá regresia býva kratšia a menej intenzívna, avšak jej cieľom je prispôsobenie sa novým požiadavkám a následné zlepšenie pohybu, učenia a správania sa dieťaťa. Regresia teda umožňuje dieťaťu opätovne prežiť a zvládnuť skoršie štádiá vývinu, čo následne vedie k lepšej adaptácii a stabilizácii nových schopností a zručností. Tento proces je kľúčový pre zabezpečenie, že dosiahnutý pokrok bude trvalý a pevný.¹²

„Basic“ terapia je založená na metóde neurológa Carla Henryho Delecata a jeho amerického kolegu, ktorú v Maďarsku rozvinula pani Dr. Dévényiová v roku 1991. Pri predbežnom terapeutickom vyšetrení sa zisťuje, kde má dieťa pohybové nedostatky. Terapia je komplexný program zameraný na rozvoj pohybu, ktorý podporuje nervový systém a obnovuje prirodzenú postupnosť pohybu u detí. Existuje univerzálna ľudská pohybová sekvencia, ktorou sa deti riadia počas svojho vývoja. Každý typ pohybu, každý krok v pohybe, súvisí s dozrievaním rôznych častí mozgu. Ak niektoré z týchto pohybových vzorov chýbajú, alebo nie sú správne zoradené, niektoré časti nervového systému sa môžu nedostatočne vyvinúť, čo môže viesť k problémom s rečou a motorikou v predškolskom veku a k ťažkostiam so vzdelávaním v škole. Terapia sa snaží predchádzať takýmto oneskoreniam a pomáhať pri existujúcich problémoch. Umožňuje deťom prejsť kroky vývoja, ktoré sa mohli vynechať, a zaplniť medzery. Podnetmi a pohybmi, ktoré vyvolávajú tieto pohyby, sa opäť spúšťa dozrievanie nervového systému. Deti sú vedené po štandardných vývojových etapách, ako sú zdvíhanie, otáčanie, kotúľanie, plazenie, lezenie, sedenie, chôdza, skákanie, a neskôr sa postupuje k zložitejším pohybom. Po primárnych pohyboch z dojčenského a raného detstva nasledujú cvičenia na rozvoj flexibility, rovnováhy a koordinácie, ktoré sú podporené kognitívnym rozvojom. Táto metóda sa nepoužíva u detí mladších ako 5 alebo 6 rokov kvôli veľkému počtu opakovaní pohybov.¹³

Dokopy som sa zúčastnila troch skupinových terapií, keďže každá hodina bola dvojhodinová a mala rovnaký priebeh. V skupine teda boli deti s rôznymi problémami, no

¹² Získané z webovej stránky <https://tudorkamuhely.hu/alapozo-terapia/>.

¹³ Získané z webovej stránky <https://bobitaokosda.hu/blog/melyik-mozgasterapia-valo-a-gyermekemnek>

ako som už vyššie uviedla, počas môjho terénneho výskumu neboli deti, ktoré by mali diagnózu ADHD vyslovene od lekára. Boli však deti s podozrením na poruchu pozornosti. A tu prichádza do obrazu dôležitý fenomén poruchy čiastkových funkcií.

3.3 Príčiny ADHD

Čiastkové funkcie zahŕňajú komplexné výkony (napr. písanie, čítanie, počítanie), ktoré umožňujú kognitívne a motorické funkcie. Deficit v oblasti motorických a kognitívnych funkcií sa nazýva porucha čiastkových funkcií, ktorá sa vyskytuje nezávisle od úrovne inteligencie.¹⁴

V centre sa stretávame s veľa takýmito prípadmi:

„Ja dokážem pracovať s deťmi s poruchou čiastkových funkcií. To znamená, že majú symptómy ADHD, ale v skutočnosti ho nemajú. Môžem pracovať aj s deťmi s ADHD organického pôvodu alebo s deťmi s ADHD, ktoré dostali tento „titul“, ale inak nemajú ADHD organického pôvodu, ale majú tieto príznaky z dôvodu deficitu čiastočných schopností. Existuje však aj psychologické ADHD, to neriešim. Na to potrebujete psychológa a rodič musí zasiahnuť a urobiť zmeny, pretože tam je pravdepodobne iný problém. Ja to neriešim, nerobím to. Ale tu ide o poruchu pozornosti, ktorá vlastne nie je poruchou pozornosti, takže väčšinou to nie je to, čo je problémom. (...) Pravdou je, že som sa stretla s veľmi málo deťmi so skutočnou ADHD. Stretla som teda niekoľko takých, ktorí dostali papier, ale len veľmi málo „ozajstných“. Napríklad, bolo tu dieťa, ktoré malo príznaky, ktoré boli diagnostikované ako ADHD kvôli sluchu, a potom, akonáhle sa jeho sluch napravil, jeho príznaky zmizli. Takže to nebolo ADHD. Mám čiastočný deficit schopností, keď nemôžem podávať výkony na úrovni svojej inteligencie kvôli vnútornému napätiu, takže prežívam neustále vnútorné napätie a že ak je to introvertný typ človeka, tak sa vyplaší, takže uvoľňuje to vnútorné

¹⁴ Získané z webovej stránky <https://www.pszichofeszek.hu/tanulasizavarok.html>

napätie. Opäť to môže spôsobiť príznaky ADHD. Deficit pozornosti (ADD) je iný príbeh. Aj tam je deficit pozornosti veľmi často príznakom nedostatku čiastkových schopností, ale opäť som videla veľmi málo prípadov skutočného deficitu pozornosti. Ak teda hovoríme o poškodení, pretože to je vlastne to (ochorenie mozgu), nemôžete ho nijako zmeniť, môžeme mu len pomôcť.“ (terapeutka Jana)

„Existuje skutočná hyperaktivita a to, keď to iba vyzerá ako hyperaktivita. Tam sú prípady, keď hyperaktivita nemá nič spoločné s dieťaťom. Môže ísť o poruchu čiastkových funkcií. Ak má dieťa nedostatky kvôli organickým, senzorickým alebo iným príčinám, môže prejavovať príznaky hyperaktivity, aj keď je v skutočnosti citlivé na určité podnety, ako sú štítky na oblečení, hlasná hudba alebo konzistencia jedla. A má príznaky hyperaktivity, a neustále sa vrtí, je nepokojný. Nezmesť sa do vlastnej kože. A potom nesprávne dostane nálepku hyperaktivity, teda poruchy pozornosti a hyperaktivity (ADHD), pretože sa nedokáže sústrediť kvôli tomu, že ho stále irituje štítok na oblečení. A tak mu pridelia nálepku, že je hyperaktívny a má poruchu pozornosti, teda ADHD.“ (terapeutka Eva)

ADHD diagnóza teda nie vždy musí vyplývať len z čiastkovej poruchy. Dieťa s diagnostikovaným ADHD môže mať symptómy z rôznych príčin. Príznaky, ktoré sa často považujú za ADHD, môžu mať svoje korene inde. Môžu byť reakciou na úplne iné problémy, ktoré nie sú spojené so schopnosťami dieťaťa.

Maté (1999) zdôrazňuje dôležitosť chápať ADHD nielen ako neurologickú poruchu, ale aj ako dôsledok komplexných interakcií medzi genetikou, prostredím a emocionálnymi skúsenosťami. Jedným z hlavných argumentov Matého je, že skúsenosti v ranom detstve, vrátane vzťahov s rodičmi a prostredia, v ktorom dieťa vyrastá, majú zásadný vplyv na rozvoj ADHD.

Ako hovorí aj pani Eva, symptómy ADHD zamieňať nie len s hypersenzitivitou, ale aj s traumou, ktorá môže byť zodpovedná za množstvo reakcií.

„Je to pre mňa ako dieťa trauma, keď mi rodič nevenuje pozornosť, keď som tam ja, a on je pohltý mobilom. Tým pádom sa zrkadlové neuróny nemôžu aktivovať. A potom to môže viesť k tomu, že sa zo mňa stane hyperaktívne dieťa s poruchou pozornosti. Takže to závisí od mnohých vecí. A toto nemôžem vyriešiť naraz. Ak sa hyperaktivita vyvinie takto komplexne, treba nájsť jej príčinu, lieky tu nepomôžu.“

Terapeutky teda hovoria o tom, že existuje skutočná hyperaktivita a také prípady, kde to iba vyzerá ako hyperaktivita. Upozorňujú, že hyperaktivita môže byť prejavom iných porúch či problémov, ako sú organické alebo senzorké nedostatky. Deti môžu byť citlivé na určité podnety, ako sú štitky na oblečení, hlasná hudba alebo konzistencia jedla, čo spôsobuje príznaky hyperaktivity, no môže to byť spôsobená aj traumou.

Táto situácia ilustruje širší problém, na ktorý upozorňujú Conrad aj Maté: tendencia k nadmernej diagnóze a medikalizácii bežných prejavov správania. V modernom zdravotníctve a psychológii dochádza k tomu, že sa bežné vlastnosti a reakcie často kategorizujú ako patologické, čo vedie k zbytočnej stigmatizácii a medicínskym zásahom tam, kde by mohli pomôcť iné prístupy. Napríklad Conrad (2000) tvrdí, že ADHD sa často diagnostikuje v súvislosti so sociálnymi problémami, ktoré nie sú priamo spôsobené neurologickými deficitmi, ale môžu byť výsledkom neadekvátnej výchovy, školského systému alebo rodinných dynamík.

Maté (1999) k tomu dodáva, že zameranie sa na neurologické príčiny a farmakologickú liečbu môže prehliadať environmentálne a emocionálne faktory, ktoré ovplyvňujú správanie dieťaťa. Preto je dôležité zohľadniť individuálne okolnosti každého dieťaťa a posúdiť, či symptómy hyperaktivity a poruchy pozornosti nie sú výsledkom iných problémov, ktoré by mohli byť riešené prostredníctvom terapeutických intervencií, zmeny prostredia alebo podpory v rodine.

Maté (1999) a Conrad (1992, 2007) teda tiež zdôrazňujú potrebu komplexného prístupu k diagnostike ADHD, ktorý by mal zahŕňať nielen medicínske hodnotenie, ale aj analýzu sociálnych, emocionálnych a environmentálnych faktorov. Výpovede terapeutiek podčiarkujú túto potrebu a upozorňujú na to, že nesprávna diagnóza môže viesť k nevhodnej liečbe a zhoršeniu situácie dieťaťa. Preto je nevyhnutné, aby odborníci pristupovali k diagnostike ADHD s ohľadom na celkový kontext a individuálne potreby každého dieťaťa.

3.4 Lieky

Terapeutka Eva kritizuje prístup, kde lekári predpisujú lieky na hyperaktivitu bez toho, aby zohľadnili širší kontext:

„Je to veľmi nezodpovedné, idem k lekárovi a on mi predpíše šesťročnému, štvorročnému, ba aj trojročnému dieťaťu liek na hyperaktivitu bez toho, aby vyšetril sociálne zázemie, kultúrne zázemie, sociokultúrne zázemie, genetiku, okolnosti narodenia, okolnosti pôrodu, prostredie, citlivosť, organicitu, teda nevyšetrí sluch atď. a za desať minút predpíše liek. Veľmi nespravodlivé. Tie deti začnú fungovať úplne inak, stopercentne, a už nie sú samé sebou. Ak ten človek nevidí toho druhého človeka takého, aký je, od päty až po vrch hlavy, potom to vždy bude len o liekoch.“

Terapeutka Jana tiež upozorňuje na riziká nedostatočnej diagnózy a unáhleného podávania liekov:

„Podľa mňa, ak začnú liečiť dieťa bez dôkladného vyšetrenia, to môže skrátiť jeho život. Ak prebehne veľmi dôkladné vyšetrenie, aby sa naozaj všetko vylúčilo, samozrejme, existujú prípady, kedy je medikácia nevyhnutná. Nie sme proti tomu, aby sa lieky vôbec nepodávali, pretože určite existujú situácie, kedy je to jediná možnosť. Tu vzniká otázka, ktoré lieky použiť. Ja neviem, nie som psychiater, nepoznám názvy liekov. ADHD, hyperaktivita, znamená, že úroveň bdlosti je nízka a dieťa sa točí, aby ju udržalo. Nie je to vedomé správanie. V Maďarsku dávajú stimulanty, ktoré zvyšujú úroveň bdlosti. U nás sa deti často liečia sedatívami.“

Mamička šesťročného Jakubka si na diagnostikovanie a snahu predpísať lieky spomína nasledovne:

„To si už presne nepamätám, aké lieky nám predpísali, ale to bolo u psychiatricky. Pozrela si správu od klinickej psychologičky, 5 minút sme tam boli, keďže syn sa naháňal so sestričkou, lebo sa mu páčila, psychiatricka usúdila, že to bude ADHD. Začne byť časom agresívny, on Vám prestane spať,

hovorí, pritom sme so spánkom nikdy problém nemali, proste nikdy nebol agresívny. „A to len príde, len teraz je taký detský, že sa chce hrať, ja Vám chcem len pomôcť, to bude lepšie, keď hneď začne užívať lieky“, pokračovala. Takže áno, boli nám ponúknuté lieky, ale ja ako farmaceutický laborant, som to odmietla rázne, pretože dieťa je vo vývine a dám tomu ešte čas. Nebudem do neho pchať lieky. Ešte je malý, ešte je vo vývine. Potom keď bude školák a neposedí, potom sa môžeme baviť o liekoch, ale kým je dieťa vo vývine, hovorím razantne nie, a budeme hľadať iné alternatívy. Aj som ich našla.“

Rodičia chlapčeka majú priamu skúsenosť aj s tým, ako lieky ovplyvňujú deti s ADHD v ich okolí.

„Takže ja som povedala, že nie, ja viem za 2 roky to čo spraví s dieťaťom. Ja vidím len v jeho škôlke, že tie deti, ktoré lieky berú, sú ospalé, dobre že posedia za tým stolom, ale oni nevnímajú, sú otápené, spomalené. Sú tam aj ťažšie stavy. Peťko má len ľahší stupeň autizmu. V tých ťažších prípadoch už áno, že keď je už dieťa agresívne, som za to. Ale to je iba dočasné riešenie, postupne sa zvyšujú dávky. Takže aj to je len začarovaný kruh, že na určitý čas to pomôže, ale potom sa zvyšujú, zvyšujú dávky a potom dieťa je úplne mimo, ani nevníma realitu, v škôlke to vidím každý deň. Aj keď som robila v lekárni, ja som videla také deti, ktoré boli trochu živé, a mamička hovorí „psychologička nám dala super lieky, dieťa je kludné, posedí sa...“ ja hovorím, je to vaše rozhodnutie, vaše dieťa, nemôžem to ani odsudzovať, ani sa k tomu inak vyjadriť. Takže ja som videla také prípady, preto som povedala, že ja dám tomu ešte čas, nájdeme nejaké iné alternatívy a dáme aj tú hyperaktivitu do poriadku.“

Mamička teda, ako farmaceutická laborantka, odmietla túto liečbu s cieľom chrániť dieťa pred možnými vedľajšími účinkami a zasahovaním do jeho vývinu. Poukazuje na svoje skúsenosti a prípady, ktoré videla, kde deti užívajúce lieky na ADHD boli ospalé, otápené a mimo reality. Aj ona zdôrazňuje, že zatiaľ u niektorých ťažších prípadov môže byť farmakoterapia nevyhnutná, pre väčšinu detí by mal byť prvým krokom čas a hľadanie alternatívnych prístupov.

Na základe výpovedí mamičky a terapeutiek a ich skúseností a kritiky súčasného prístupu k diagnostike a liečbe ADHD je možné interpretovať, že existuje veľké riziko

nedostatočnej diagnostiky a unáhleného predpisovania liekov. Tieto výpovede ilustrujú dôležitosť individuálneho prístupu k liečbe ADHD, ktorý berie do úvahy nielen symptómy, ale aj kontext a vývin dieťaťa. Zároveň poukazuje na riziká rýchleho predpisovania liekov a ich dlhodobých dôsledkov na fyzické a psychické zdravie detí.

Nehovoriac o škodách, ktoré táto diagnóza môže v živote detí spôsobiť. Na moju otázku, ako bola v okolí vnímaná diagnóza, odpovedala mamička takto: „Okolím veľmi zle. Keďže sme z menšieho mesta, kde sa každý s každým pozná. Ukazovali na neho prstom, že je vadný, proste neposedný, vlastne on ešte vtedy mal aj slabé porozumenie, nerozumel tým príkazom, ktoré som mu dávala aby posedel. Bolo to živé dieťa. Ale nemal agresívne prejavy. On bol rád s deťmi, proste sa chcel stískat', vystrájať, naháňať, ale keďže nerozprával, deti ho odmietali v kolektíve.“

Peter Conrad (1992, 2007) vo svojom vyjadrení o medikalizácii a kategorizácii „chorôb“ v spoločnosti hovorí o tom, ako definovanie ľudí s odlišným správaním, napríklad hyperaktívnymi deťmi, ako „chorých“ mení ich úlohu a status v spoločnosti. Conrad (1992, 2007) a Maté (1999) súhlasia, že toto nálepkovanie môže mať hlboké dôsledky na seba prijatie a sociálnu integráciu jednotlivcov. Hyperaktivita a iné symptómy spojené s ADHD môžu byť vnímané ako odchýlky od normy, čo môže viesť k stigmatizácii a izolácii jednotlivca. Diagnostika a liečba ADHD nie sú len zdravotné záležitosti, ale majú aj výrazné sociálne a psychologické dimenzie.

Týmto širším dopadom môžeme rozumieť skrze koncept vedomého tela (Sheper-Hughes a Lock 1987). Individuálne telo-ja sa zameriava na osobné vnímanie a skúsenosti jedinca so svojim telom a mysl'ou. Mamička vo svojej výpovedi opísala, ako jej syn bol vnímaný ako neposedný a ako to ovplyvnilo jeho schopnosť uplatňovať sa a spojiť sa s okolím. Tento príklad ilustruje, ako ADHD môže mať vplyv na subjektívny pocit pohody dieťaťa, jeho sebavedomie a vnímanie vlastnej identity. Takisto je dôležité diskutovať o tom, ako jednotlivci s ADHD vnímajú liečbu a medikáciu. Terapeutky zdôrazňovali význam individuálneho prístupu k diagnostike a liečbe, čo je v súlade s touto koncepciou. Každý jedinec má totiž svoje vlastné skúsenosti a reakcie na lieky a terapeutické metódy, a preto je dôležité, aby sa liečebné postupy prispôbili individuálnym potrebám a tým pádom prospeli úrovni individuálneho tela jedinca v rámci koncepcie „vedomého tela“.

Perspektíva sociálneho tela umožňuje rozumieť kultúrnym a spoločenským vplyvom, ktoré sú súčasťou diagnostiky a liečby ADHD. Terapeutky a mamička sa dotýkali spoločenského vnímania detí s ADHD a stigmatizácie, ktorej môžu čeliť. Mamička opísala, ako jej syna vnímalo jeho okolie ako problémové dieťa, čo ukazuje, ako spoločnosť a kultúrne normy môžu ovplyvniť pohľad na ADHD a jeho definovanie. Zaujímavé je, že živosť dieťaťa bola aj psychologickou okamžite vnímaná ako niečo problémové, čo treba riešiť liekmi. Maté (1999) tiež kritizuje, že označovanie vonkajších prejavov ako symptómov môže viesť k nedorozumeniam a nesprávnemu pochopeniu toho, čo ADHD skutočne znamená pre jednotlivca, a tu sa vlastne spája úroveň individuálneho a sociálneho tela. Podľa neho by sa malo viac brať do úvahy, ako konkrétna porucha ovplyvňuje každodenný život a pocity jedinca, nielen vonkajšie pozorovania. Zdôrazňuje, že uznávanie ADHD by sa malo skôr chápať ako spôsob porozumenia potrieb dieťaťa. Je to výzva na použitie informovaných a kreatívnych prístupov v terapii a podpore, nie ako definitívny rozsudok o nejakých vrodených alebo nenapraviteľných chybách dieťaťa.

3.5 Terapia TSMT

Terapeutka Eva reflektuje na svoje vlastné detstvo na dedine, kde mala možnosť voľného pohybu a aktivity bez veľkého dohľadu. Tento životný štýl umožňoval deťom prirodzený spôsob hýbania sa a objavovania sveta, čo považuje za základný prvok terapie:

„V minulosti nebolo bežné riešiť problémy liekmi. Pamätám si, že keď som bola dieťa, ak sa niečo pokazilo, vždy som bola vinníčkou ja. Skrátka, mala som jedno šťastie, ktoré spočívalo v tom, že som vyrastala na dedine, a my sme vyrastali na ulici. Večer nás len prepočítali v posteli, či sme tam, a tak sme sa celý deň hýbali, bicyklovali, hrávali gumu, bedminton, liezli na povalu, hore-dolu, šmýkali sme sa na slamených balíkoch, vybudovali sme si domčeky v obilí, v zime sme korčuľovali, v lete sme sa kúpali, skákali, objavovali všetko bez dohľadu. A to bolo moje jediné šťastie. Ide o pohyb. V skutočnosti nerobím nič iné s deťmi, sama som sa seba „terapovala“, pretože som to potrebovala. Nebolo tu video, počítač, mobil, ktorý by mi odčerpával pozornosť, takže sme sa vždy vonku niekde zabávali. Takže základ terapie je v skutočnosti pohyb, ktorý sme mali vtedy z prirodzenosti, teraz robím to isté aj v triede. Nič sa nezmenilo.

Dosahujem, šplhám, točím sa, zdvihnem, zbieram slivky, čerešne, jednou rukou, druhou rukou. Základné pohyby, vestibulárna stimulácia. Nie je to žiadny zázrak.“

TSMT terapia, známa tiež ako senzomotorická pohybová terapia, bola vyvinutá v Maďarsku, ktorá využíva špecifické nástroje a pomôcky na uľahčenie senzomotorickej integrácie a zvýšenie svalovej sily (Tele-Heri et al. 2021). Od jeho prvého zavedenia uplynulo dvadsať rokov a bol vytvorený formálny program ďalšieho vzdelávania pre učiteľov, špeciálnych pedagógov, fyzioterapeutov a lekárov, ktorí sa môžu stať akreditovanými terapeutmi TSMT. Každý modul vzdelávacieho programu je akreditovaný maďarským vzdelávacím úradom a po jeho absolvovaní sa uchádzač stáva certifikovaným terapeutom TSMT (tamtiež, s. 7). Terapia je individualizovaná na základe nálezov z fyzikálneho vyšetrenia a poskytuje sa formou po sebe nasledujúcich 8-týždňových intenzívnych liečebných období s prestávkami bez liečby. Cieľom TSMT je rozvíjať adaptívnu posturálnu kontrolu prostredníctvom vestibulárnej a posturálnej stimulácie, čo prispieva k rozvoju akustických, vestibulárnych, propioceptívnych, taktilných a vizuálnych modalít, adaptívnych motorických reakcií a pozornosti (tamtiež, s. 8). Terapia je regresívna, zameriava sa na vestibulárny systém s cieľom podporiť adaptívne správanie a využíva rytmus, audiovizuálno-motorickú synchronizáciu a vestibulo-okulárny reflex. Odporúčaný vek pre TSMT je od 6 mesiacov do 12 rokov. Pri TSMT sa používajú špecifické senzorické pomôcky (farebné vrecúška, lopty atď.) a nástroje, napr. veľké fitnes lopty, skateboardy, otočná stolička a špecializovaná naklápacia doska. Tieto pomôcky sú vytvorené tak, aby pomáhali pri vestibulárnej stimulácii prostredníctvom polkruhového labyrintu a otolitov a uľahčovali MSI, ktorá je základom rozvoja adaptívnej posturálnej kontroly. Zostava TSMT tréningu obsahuje obvykle 16-22 cvičení a je plánovaná na 2 mesiace (tamtiež). Po 8-10 týždňoch sa tréning aktualizuje na základe predchádzajúcich výsledkov a aktuálneho výkonu dieťaťa. Mesačné kontroly sú nevyhnutné na opravu chýb a sledovanie pokroku dieťaťa. Dôležité je dodržiavať poradie cvičení, počet opakovaní a frekvenciu tréningov. Cvičenia sú sprevádzané rečovými aktivitami ako riekanky a pesničky. Používané pomôcky sú ľahko dostupné a presne špecifikované. Individuálna lekcija predstavuje sériu pohybov, ktoré vopred určí terapeut a ktoré pozostávajú zo súboru úloh. Dôležitým aspektom je, že sled

pohybov určený danou úlohou je sprevádzaný rečou. Sedenia trvajú 45-50 minút. V prípade vážnejšieho zaostávania sa odporúčajú 2 sedenia týždenne¹⁵.

Najprv som mala možnosť hovoriť už s vyššie spomenutou matkou šesťročného dieťaťa Jakubka. Stretnutie sa uskutočnilo v online priestore. Žijú na Východnom Slovensku, hodiny s pani L. majú taktiež online, no na vyšetrenia chodia až do Dunajskej Stredy. Chlapec momentálne chodí do špeciálnej materskej školy¹⁶. Dieťa má diagnózu ADHD, bolo diagnostikované, keď mal 3 roky a 4 mesiace.

O centre Dúha sa dozvedeli na diagnostike pri Trnave, kde boli im odporúčané ďalšie terapie, ktoré by boli vhodné pre chlapčeka. Vtedy mal 4,5 rokov, čo znamená, že k pani Eve chodia už rok a pol. Konkrétne navštevujú TSMT terapiu.

„S pani Evou väčšinou komunikujeme len online, tuším iba dvakrát sme boli osobne, ale on má veľmi rád tie cvičenia. Sú cviky, ktoré nemusia, hlavne keď musí potrápiť trochu hlavičku, ale má rád tie cvičenia. S tým nikdy nebol problém. Už má taký režim, že každý druhý deň cvičíme. Keď sa nám to zmení, že ideme niekde, tak už krivo na nás pozerá, už kotúľa loptu, že on chce cvičiť. Už vtedy na začiatku som videla, že to má zmysel, lebo si uvedomuje svoje telo. Teraz sme boli v Giraltovciach na turnuse, kde robili takú štúdiu, že polovička detí sa učila len so špeciálnymi pedagogičkami, logopédiu, išlo o memorovanie. A druhá skupina boli deti ako náš syn, cvičili, plávali, robili s nimi fyzioterapiu. Najväčšie pokroky robili tie deti, ktoré cvičili, nie tie čo memorovali.“

Pokroky je vidieť aj v škôlke:

„Pomaly precvičuje aj grafomotoriku, sústredí sa na úlohu, lepí, kreslí, učí sa strihať. Robí tie aktivity, ktoré mu dávajú v škôlke. Ešte pred rokom lietal po

¹⁵ Získané z webovej stránky <https://www.brendon.sk/vplyv-tsm-t-terapie-na-vyvoj-dietata-blog-x-227>

¹⁶ Špeciálna škôlka pre deti s autizmom a vývinovými poruchami. Deti sú v malom kolektíve, maximálne 5-6 detí v jednej triede. Na každú triedu pripadajú dvaja špeciálni pedagógovia.

triede, nedokázal päť minút posedieť za stolom. Teraz už učiteľky chvália, že vie, že musí spraviť svoju úlohu, musí namaľovať, musí nakresliť, a až potom sa hráme. U lekára predtým tým behal po ordinácii. Nedávno sme boli na alergiológii, teraz už krásne sedí. Povieme mu „nie“, trochu pokrúti ústami. Predtým mi vyvádzal, keď som povedala len nie, začal dupať, hodil sa o zem, veľké emócie prejavoval, alebo ma buchol alebo mierne poštipkal, že on chce a chce. Ale teraz krásne posedí u lekára. Teraz sa ale krásne dal popočúvať, odišiel ku sestričke, sadol si na stoličku. Som užasnúť, že za ten rok a pol je taký pokrok, lebo som nedúfala, že niekedy mi dieťa posedí. Je to lepšie aj na porozumenie, chápe tomu, aký bude priebeh vyšetrenia. Predtým strašne vyvádzal, nové prostredie bolo pre neho veľmi stresujúce, plakal. Ja som videla, že keď je v strese, tak mu horia uši. Teraz je v pohode. Aj lepšie začal jesť, žuvať, viacej precvičuje grafomotoriku.“

O podobných pokrokoch ma informovali na sedeniach u terapeutky Evy Možnosť robiť rozhovor osobne s rodičmi mi umožnila vidieť, ako prebieha vyšetrenie, ktoré sa uskutočnilo v priestore, kde pani Eva vyšetruje deti. Mala som tak možnosť zúčastniť sa pozorovania a vidieť celý priebeh vyšetrenia.

Miestnosť je tiež priestranná, na stene rebriny, na podlahe matrace. Zo stropu visí obrovská hojdačka, vedľa nej je šmýkačka a obrovské farebné molitanové stavebnice. Na rozdiel ale od druhej, kde pracuje terapeutka Jana, v konci miestnosti je gauč pre rodičov, vedľa toho je stôl s dokumentmi, kde sedí terapeutka Eva. (terénny denník, dňa 8.2.2024)

Najprv som mala možnosť stretnúť sa s rodinou, ktorá na Slovensko pred niekoľkými rokmi prišla zo Srbska. Rodičia učia na základnej škole a majú tri deti, čakajú štvrté dieťaťko. Adamko, s ktorým navštevujú centrum, má päť rokov.

Terapeutka ma zavolá do miestnosti, sadnem si vedľa matky. „Otecko príde neskôr so súrodencami“, hovorí mamička. Terapeutka Eva mi naznačí, aby som začala rozhovor s matkou, zatiaľ čo ona prezerá papiere. Chlapček medzitým sa hrá, pobehuje, hojdá sa.

Mamička porozpráva o tom, ako sa dozvedeli o Rozvojovom centre Dúha:

„Túto inštitúciu mi odporučili v Senci v Centre pedagogického a psychologického poradenstva TENENET. Zistila som, že syn má trochu problém s pozornosťou, s pochopením, že nereaguje ako ostatné deti. Preto som skúšala štátne inštitúcie, ktoré mi dávali termín o pol roka. Tak som si povedala, že si zistím niečo súkromné. Tam mi povedali, že je podozrivý na ADHD, no nakoľko ešte syn nemá 4 roky, nedajú mu žiadnu diagnózu. Odporučili nám skontrolovať novorodenecké reflexy, či v tomto stredisku nie je niečo. Keď ho pustili do miestnosti, správal sa normálne, normálne sa pohyboval, nemal úzkostný stav, nehanbil sa. Keď sa ho však niečo opýtali, nereagoval. Teraz už reaguje normálne. Začal reagovať na otázky. „Adamko, páči sa ti toto?“ pýta sa ho. Syn sa hrá s autičkami „Páči sa mi to veľmi!“ Keď sme prišli, musela som ho dva razy, tri razy zavolať. V 3,5 rokoch som sa ho pýtala otázky a nič. Pozornosť teda bola u neho veľký pokrok. Ďalšia vec bola grafomotorika. Tá sa zlepšila možno aj vekom. Rozrozprával sa, viacej sa pýta – prečo, ako, načo... Predtým bol ako keby vo svojom svete. Teraz sa viacej otvára aj k iným deťom... – zastaví sa mamička, musí sa zamyslieť. „Porozumenie vôbec nemal, pozornosť vôbec nemal, ako aj mamička hovorí.“ – dopĺňa ju terapeutka. „Všetko možné robil, len nie to čo mal. Ten progres je u neho veľký za ten čas. Dá sa spolupracovať s ním. Potom na to už rodičia zabudnú, keď dieťa je už v takomto stave. Na dobré veci sa ľahko zvyká.“ – usmieva sa terapeutka.

Medzitým čo terapeutka Eva prezerala papiere, dorazil otec so súrodencami. Deti sa začali hrať spolu, terapeutka sa spýtala rodičov, ako sa majú a aké sú zmeny, odkedy sem nechodili. „Nakreslil aj rodinu, aj sám seba – grafomotorika a logika sa zlepšili, pozornosť tiež,“ hovoria rodičia. Slovná zásoba je rozsiahlejšia, vie, čo hovorí, má to logiku. Dokonca šepká. Dlho nepoužíval svoj hlas. Má už požiadavky a prosby. Nepáčia sa mu príkazy. Ak rodičia pristihnú dieťa pri ľsti, hodí to na súrodencia. „Klame.“ – konštatujú rodičia. „Klame?! Otvoriť šampanské!“ – zvolá terapeutka. „To je obrovský pokrok. To znamená, že už má toľko rozumu, že si uvedomuje, že urobil niečo zlé, a dokonca rozpozná, že to nemôže vyjsť najavo, preto to hodí na druhého! Asertivita, logika a inteligencia sa jednoznačne zlepšili.“ „Odkedy sme začali aj neurofeedback, je viac asertívny, ale niekedy sa pociká.“ „To je spôsobené regresiou, môže plakať a správať sa ako bábätko,“ uisťuje terapeutka. „A čo cviky? Cvičíte doma?“

„Jasne, otecko s ním cvičí každý deň,“ hovorí mamička. „Naposledy ste na kontrolnom vyšetrení boli v septembri. Poďme, chlapček, pozrieme sa, ako vieš cviky,“ volá ho terapeutka, vstane od stola a ide k matracom. Chlapček prestane hrať a pridá sa k terapeutke. Najprv nasleduje cvik na podlahe synchronizovaný s riekankou „En ten tulipán“, potom ďalší doprevádzaný riekankou „Spadla hruška.“ Chlapček a terapeutka to robia spolu, terapeutka ho koriguje. „Má to internalizované, je vidieť, že doma cvičíte, výborne.“ Terapeutka si robí poznámky a nakoniec im zostaví nový zoznam úloh. „Za mesiac sa zase stretneme.“

Na moju otázku, či chlapec rád chodí k terapeutke Eve., odpovedá nasledovne:

„Očividne nie je v strese. Dnes ráno povedal, že ho bolí brucho. „Prečo ťa bolí brucho?“ „Pretože ideme k pani Eve.“ „Nie náhodou preto, že si hladný?“ „Áno, nejedol som...“.

Mamička mi vysvetľuje, s akou pravidelnosťou navštevujú centrum:

„Raz za mesiac prídeme, dostaneme nejaké cvičenia, pani Eva skontroluje ako sa mu daria minulé cvičenia, ja sa trochu pošťaujem, čo je zlé, v čom sa zlepšil. Mali sme 6 sérií cvičení, ktoré sa trochu natiahli. Prestávky medzi sedeniami boli mesiac, mesiac a pol. Celé to trvalo asi 9 mesiacov. Teraz sme mali prestávku, lebo sme začali chodiť na Neurofeedback, aby toho nemal veľa. Medzi časom nejaké krúžky, gymnastika a plávanie, ale on nechodí do škôlky. Takže nemal veľkú záťaž. Mali sme prestávku asi 3-4 mesiace Teraz končíme Neurofeedback, tak sme zase prišli.“ (terénny denník, dňa 8.2.2024)

V prípade päťročného Adamka sa teda terapia TSMT a neurofeedback kombinovali.

3.6 Neurofeedback

Aby som mohla vidieť, ako vyzerá neurofeedback, musela som cestovať do Šamorína, mesta, ktoré leží medzi Bratislavou a Dunajskou Stredou. Pán Milan tam prenajíma miestnosť na tréning neurofeedbacku, kam chodia aj deti, aj dospelí. Ja som mala možnosť hovoriť s 21-ročným mužom, ktorý ešte ako dieťa chodil k terapeutke Jane na „basic“

terapiu. Hoci nikdy nebol lekárom diagnostikovaný, vykazoval príznaky poruchy pozornosti a hyperaktivity:

„Hoci som ako dieťa začal chodiť veľmi skoro, ešte ako desaťmesačný, mal som oneskorený rečový vývoj, začal som hovoriť až ako štvorročný. Dovtedy som síce niečo hovoril, ale bolo to nezrozumiteľné – jediná, ktorá tomu rozumela, bola moja staršia sestra, ktorá musela prekladať našim rodičom. Aj potom som mal problémy s výslovnosťou určitých hlások. V škôlke som ešte nemal problémy, no doma so mnou sa nedalo vydržať. Vypustil som paru doma, kde som sa cítil v bezpečí. Na prvom stupni základnej školy som ešte vedel držať krok, no mal som problémy s emocionálnou sebakontrolou, nemal som zmysel pre humor a bol som veľmi rigidný v myslení. Vždy som bol veľmi citlivý na hluk a podnety. Ako deväťročného ma matka zobrala do centra Dúha, kde ma vyšetrovali a určili, že potrebujem „základnú“ terapiu, aby som sa vrátil do bodu, kde som vo vývoji vynechal nejaký krok. Vyšlo najavo, že som musel kompenzovať inteligenciou, čo spôsobovalo výbuchy hnevu. Aj to, že som začal chodiť príliš skoro, znamenalo, že som vynechal niektoré štádiá. Môže to spôsobiť veľa vecí – ja som napríklad ešte ako bábätko mal nehodu, pri ktorej som niekoľko minút nevedel dýchať. Začal som teda terapiu, chodili sme na cvičenia dvakrát do týždňa po škole, a doma som poctivo cvičil každý deň. Boli to veľmi zložité cviky, spojené s riekankami, no vždy som mal rád pohyb a cvičenie, od mladého veku som hrával futbal. Na terapiu som chodil rok a pol a veľmi veľa mi to pomáhalo. Mozog je však sval. Postupne som začal mať problémy s učením, ťažko sa mi koncentrovalo. Po dokončení gymnázia som vynechal rok, nevedel som sa rozhodnúť, kam ísť na vysokú školu, nemal som žiadnu motiváciu. Keď som sa nedostal na školu, kde boli talentové skúšky, rozhodol som sa skúsiť „klasické“ prijímacie skúšky na ďalšiu školu. Vedel som však, že môj mozog bude potrebovať pomoc na prípravu, a rozhodol som sa teda znovu chodiť na cvičenia na frontálny lalok k pani Jane a tentokrát už aj na neurofeedback.“

Na neurofeedback som ho mohla sprevádzať do Šamorína, kam sme išli autom. Chodí tam dvakrát do týždňa a šoféruje sám.

Pán Milan poskytuje tréningy v Šamoríne už rok, predtým pracoval aj v Dunajskej Strede. V Šamoríne má viac klientov, hovorí, „je to bližšie k hlavnému mestu, ľudia sú otvorenejší k takýmto prístupom.“

Na moju otázku, či to považuje za alternatívny prístup, odpovedá takto:

„Zaujímavá otázka, pracujú s tým psychológovia, psychiatri, na výskum to používajú univerzity, rôzne nemocnice po celom svete, no povedal by som, že na Slovensku je to určite alternatívny prístup, nakoľko štandardom na Slovensku je medikamentózna liečba ADHD. Ja som vzdelanie osvojoval v Maďarsku. K neurofeedback som sa dostal cez moju manželku, ktorá sa zaoberá senzomotorickou terapiou (terapeutka Eva), čo osvojovala v Budapešti. Hoci školenie na neurofeedback je dostupné aj na Slovensku, rozhodol som sa ho osvojiť tiež tam. Vzdelanie k tomu sa väčšinou vyžaduje buď zdravotnícke alebo humanitné, mám oboje, strednú zdravotnú školu a humanitné vzdelanie z univerzity.“ (terénny denník, dňa 7.2.2024).

Neurofeedback je tréning, pomocou ktorého sa snaží obnoviť rovnováhu v mozgových vlnách, je to tréning nervovej sústavy, za pomoci rôznych protokolov. Tréning sa uskutočňuje individuálne a vždy vychádza z úvodného posúdenia každého klienta. Jedno sedenie trvá zvyčajne 40 – 50 minút. Počet tréningov sa líši v závislosti od cieľa, závažnosti problému a veku klienta. Optimálne je absolvovať tréning 1 – 3x týždenne. EEG biofeedback, tiež známy ako neurofeedback, je psychologicko-lekárska metóda umožňujúca reguláciu mozgovej aktivity pomocou špeciálneho počítačového programu. Mozgová aktivita sa prevádza do parametrov počítačovej hry, ktorá poskytuje spätnú väzbu o aktuálnom stave mozgových vln. Požadovaná aktivita mozgu sa posilňuje dovtedy, kým si klient nezapamätá a neosvojí spôsob regulácie. Inými slovami, touto jednoduchou a hravou metódou je možné ovládať svoje zdravie a výkony pomocou signálov z vlastného tela. Táto metóda je dnes rozšírená po celom svete a využíva sa na riešenie širokého spektra problémov. V USA sa napríklad používa na psychickú a fyzickú prípravu pilotov,

astronautov, špeciálnych policajných agentov, dispečerov, operátorov a bezpečnostných zložiek.¹⁷

Muž si sadne do kresla, pán Milan prinesie senzory, ktoré umiestňuje na hlavu a uši klienta. Pán Milan zhasína svetlá, žiari len monitor. Potom si pán Milan sadne za počítač a pozoruje reakcie mozgu u klienta. Na monitore sa zobrazí činka, ktorú je potrebné „zdvihnúť“ mozgom bez toho, aby sa hlava a oči hýbali. Ak klient postupuje správne, na monitore sa objaví smajlík. „Pozri hore, raz dva, pozri nadol, raz-dva,“ opakuje mu pán Milan. Klient nedokáže dávať pozor, je unavený. Pán Milan mu vysvetľuje: „Pracujete iba s mozgom. Ak používate oči, nedostanete smajlíka. Môžete myslieť na niečo iné. Je to individuálne, každý má iný prístup. Sem prichádza napríklad športovec, ktorý si predstavuje veslovanie namiesto činky, alebo mamička, ktorá vidí tigra namiesto činky. Keď ju musí zdvihnúť, predstavuje si, ako sa tiger pripravuje na útok.“ Klient sa snaží koncentrovať, ale nie je to jednoduché. Nakoniec dokončí prvé kolo a oddýchne si. Sú tri kolá, pričom v jednom kruhu sa vykoná 30 pokusov. „Je to veľmi náročné a má to silný emocionálny rozmer,“ vysvetľuje pán Milan. Nasleduje druhé kolo. Výsledky sú úplne odlišné, výrazne lepšie, ako keby tu sedel niekto iný, hovorí pán Milan. Po druhom kole nasleduje ďalšia prestávka. Začína sa tretie kolo, ale klientovi to opäť ide ťažšie. „Často sa hýbete očami alebo mrkáte veľmi často.“ „Chceli by ste to skúsiť aj vy?“ - spýta sa ma pán Milan po treťom kole. Sadnem si do kresla, senzory mi na hlavu prilepí špeciálnym lepidlom. Na monitore sa objaví činka. To, čo sa na prvý pohľad nezdalo byť zložité, teraz už si nedokážem predstaviť, ako sa to mohlo vôbec pohnúť. Samozrejme viem, že to vyžaduje cvičenie, no cítim sa čoraz viac podráždená. Pán Milan mi to snaží vysvetliť, po druhom kole sa už cítim lepšie, začínam to chápať. Po tréningu som unavená, no cítim sa uvoľnene zároveň. Na ceste späť sa klienta pýtam na jeho skúsenosti, poznatky a pokrok:

¹⁷ Získané z webovej stránky <https://psychologickaambulancia.sk/biofeedback-a-neurofeedback/>

„Už niekoľko mesiacov absolvujem terapie. Počas prvého mesiaca sme sledovali rozprávky, pričom pán Milan monitoroval môj mozog. Príbehy som sledoval tak, že ak monitor zistil, že nedávam pozor, príbeh sa začal zadrhávať. Zo začiatku sa na to nedalo pozerieť. Potom sa to pomaly začalo zlepšovať a ku koncu som už sledoval bez zasekávania. Potom sme prešli na cvičenia, na ktorých sme práve boli. Zlepšil som sa v sústredení počas učenia. Pripravujem sa na prijímacie skúšky tým, že čítam knihy a odborné texty a následne sa snažím ich interpretovať. Začal som navštevovať jazykovú školu, kde mám hodiny trvajúce 1,5 až 2 hodiny, a nemám žiadne problémy so sústredením. To je pre mňa veľký pokrok. Predtým by som to nedokázal. Nemohol som sa dlho sústrediť. Počas strednej školy som začal brať futbal čoraz vážnejšie, čo bolo na úkor štúdia. Môj mozog sa zlenivel, odvykol sa učeniu. Teraz som menej rozptýlený, menej unavený, pretože sa dokážem lepšie sústrediť.“ (terénny denník, dňa 7.2.2024)

Nakoniec muž chodil na neurofeedback tri mesiace, od novembra do februára, trikrát týždenne. U pani Jany absolvoval cvičenia na frontálny lalok dva mesiace. Prijímacie skúšky boli v máji, výsledky sú už známe, dostal sa na svoju vysnívanú vysokú školu.

3.7 Kritika prístupov

Napriek viditeľným pokrokom sú ale tieto prístupy stále kritizované. Pri všetkých troch terapiách sa čelí pochybnostiam zo strany okolia.

V prípade TSMT mamička šesťročného Jakubka sa napríklad podelila o nasledujúcej skúsenosti:

„Spočiatku samozrejme rodina bola proti, že trápim to dieťa, načo toľko cestovania, pretože my sme z východu, že dosť cestujeme, že je to zbytočné. Ale keď už boli vidieť prvé pokroky, zmenili názor a hovorili už, že chodíte, prospieva to dieťaťu. Museli stále vidieť tie pokroky, a už aj iní rodičia chodia: „a čo ty robíš s tým dieťaťom, že už posedí za tým stolom“, že už sa karta obrátila po čase.“

V prípade neurofeedbacku pán Milan informoval o týchto skutočnostiach:

„Reakcie sú rôznorodé, v spočiatku či rodič dieťaťa, či dospelá osoba, pokiaľ nemá vlastnú skúsenosť s výsledkami neurofeedback, na metódu pozerá nedôverčivo. Mám momentálne dospelú osobu, kde manžel kritizoval manželku (moju klientku), že celé je to blbosť, ako by sa mohlo niečo zlepšiť "pozeraním rozprávok" (pri amplitúdovom tréningu, nervovú sústavu učíme za pomoci trestodmena). No spätne väzby sú pozitívne, neurofeedback je výborná metóda, so správnym použitím výsledky sa dostavia rýchlo.“

Je zaujímavé, že zatiaľ čo v prípade týchto reakcií vidíme, že keď klient alebo ich blízke okolie zažíva pokrok, stávajú sa otvorenejšími, v prípade odborníkov sa stretávame s miešanými reakciami. V prípade už spomenutého Jakubka psychologička, ktorá predtým zamýšľala predpísať liečbu liekmi, mala nasledujúcu reakciu:

„Psychologička sa nás spýtala, čo robíte? Nemala slov. Ospravedlnila sa mi za to prvé vyšetrenie, že ona ma len chcela pripraviť na to najhoršie, čo nás čaká, že bol ešte veľmi malý a ona nás chcela pripraviť na tú realitu, ktorá nás čaká. Bola prekvapená, že za tie tri roky aké pokroky urobil. Avšak ako lekárka nemôže akceptovať tie alternatívne metódy, ale ako kamarátka nám fandí. Aj pre mňa to bolo zadosťučinenie, že som jej mohla dokázať, aké pokroky môžeme dosiahnuť, ak sa tomu dieťaťu venujeme. Jakubko sa naozaj upokojil, ukludnil, proste stále je to dieťa, že aj vyvedie niečo, ale ten pokrok vidí aj okolie. A toto je pre mňa taký balzam na dušu, že stálo to za to, za tú námahu. Všetko to má svoj zmysel, ale väčšina lekárov to stále odmieta.

Terapeutka Eva má tiež osobné skúsenosti s odporom zo strany lekárov. Zaujímavé je ale, že keď ide o vlastné dieťa lekára, reakcia sa mení.

„Napríklad, ak má miestny lekár dieťa s takýmto problémom, privedie ho na cvičenie, nedáva mu lieky, ale vo svojej praxi to ostatným neodporúča. Takže aj s takýmto fenoménom sa tu stretávame. A takýchto prípadov je veľmi veľa. (...) Jednak je tu biznis. Farmaceutický biznis. A potom je tu aj to, že by bolo neprijateľné, aby sa o dieťaťi lekára zistilo, že má nejaký problém. Takže je tu aj tento aspekt. Z Košíc napríklad ku mne chodili cvičiť s dieťaťom neurologička mama a otecko detský pediater, ale žiadne dieťa ku mne neposlali, a obaja sú lekári.“

Už samotný fakt, že sa deti dostanú k alternatívnym terapiám oveľa neskôr, než by bolo prínosné, o sebe veľa vypovedá.

Slová terapeutky Jany, keď vyjadruje ľútosť, ako neskoro sa deti aj k nej dostanú na terapiu, potvrdzuje aj skúsenosť rodičov v prípade šesťročného Jakubka, diagnostikované s ADHD, ktoré chodí na TSMT k pani Eve. Mamička opisuje prípad, keď na delfinoterapii sa k nemu pridala skupina ďalších detí s podobnou diagnózou, ktoré boli starší než ich syn, no na úplne inej úrovni:

„Manžel prišiel za mnou a hovorí, že to je presne to, v čom si mala pravdu, že treba s dieťaťom od mala pracovať a nie sa zobudiť, keď má šesť rokov a má ísť do školy. A oni chcú za pol roka zázrak, čo nám trvalo tri roky, ako sme si pomaličky všetkým prešli.“

Rodičia ale nemôžu za to, že vo väčšine prípadov deti neabsolvujú tieto terapie ešte pred školským vekom. V kontexte týchto terapií vidíme, že rozhodnutia o tom, či dieťa dostane diagnostiku alebo pomoc, často ovplyvňuje medicínska komunita a štandardy, ktoré určujú, čo je považované za normálne správanie. Napriek tomu, že tieto terapie môžu prinášať zreteľné pokroky, existuje odpor zo strany lekárov a systému, ktorý preferuje farmakologické riešenia a tradičné medicínske prístupy.

Terapeuti a rodičia, ktorí sa rozhodnú pre alternatívne terapie, sú často konfrontovaní s nedôverou a kritikou, ktoré súvisia s medikalizovaným pohľadom na problémy správania sa detí. Tento pohľad sa často sústreďuje na jednotlivca a jeho fyzické nedostatky, bez toho, aby videl človeka v jeho celistvosti a bral do úvahy širší sociálny kontext, ktorý môže prispievať k problémom ako je ADHD.

Takže, aj keď terapie ako TSMT a neurofeedback môžu byť účinné a prinášať pozitívne výsledky, stále čelia výzvam v rámci medicínskej komunity, ktorá preferuje konvenčné prístupy a má tendenciu diagnostikovať a riešiť problémy v jednotlivcoch, nie v širšom sociálnom kontexte. Tento fakt poukazuje na moc a autoritu medicíny v definovaní a kontrolovaní správania a zdravia populácie, čo je jasný príklad biopolitiky v praxi, ako ju opisuje Foucault (2008). Z tohto pohľadu teda vychádza aj tretí koncept vedomého tela od Scheper-Hughesovej a Lockovej (1987), známy ako „body-politic“, ktorý sa vzťahuje na reguláciu, dohľad a kontrolu individuálnych aj kolektívnych tel; koncept, ktorý je úzko

spojený s medikalizáciou, ktorá predstavuje kľúčový nástroj pre takéto formy sociálnej kontroly.

Foucault (1977, 2008, 2010) vo svojich prácach zdôrazňuje, že medicína sa stala jedným z hlavných nástrojov moci v moderných spoločnostiach. V tomto rámci sa zdravie a choroba neinterpretujú len ako biologické stavy, ale aj ako nástroje na reguláciu správania a kontrolu populácie. Medicínska komunita tak často využíva svoje odborné znalosti a autoritu na to, aby určovala, čo je normálne a čo je deviantné, čím posilňuje sociálne normy a očakávania.

Scheper-Hughesová a Locková (1987) vo svojom koncepte „body-politic“ rozvíjajú túto myšlienku a poukazujú na to, že moc nad ľudskými telami sa realizuje prostredníctvom regulácie a dohľadu, pričom medicína hrá kľúčovú úlohu v tomto procese. Medikalizácia, ako to rozvíja aj Conrad (1992, 2007), je proces, pri ktorom sa problémy a správanie prekladajú do medicínskych termínov, umožňuje lekárom a iným zdravotníckym pracovníkom zasahovať do života jednotlivcov a kontrolovať ich správanie. Týmto spôsobom sa medicínska prax stáva prostriedkom sociálnej kontroly, ktorý formuje vnímanie jednotlivcov aj spoločnosti ako celku.

Tieto teoretické rámce nám umožňujú lepšie pochopiť, prečo alternatívne terapie, ako TSMT a neurofeedback, ktoré sa snažia riešiť problémy v širšom kontexte a zohľadňovať individuálne potreby, narážajú na odpor a nedôveru. Ukazujú, že za preferenciou konvenčných medicínskych prístupov stojí nielen viera v ich efektívnosť, ale aj širší sociálny a mocenský kontext, ktorý určuje, čo je považované za legitímne a akceptovateľné v liečbe zdravotných problémov.

3.8 Alternatívne metódy ako príležitosť

Terapeutky sa pokúšali formulovať, v čom sú terapie poskytované centrom jedinečné:

„Je to príležitosť. Povedala by som to tak, že „Basic“ terapia je pre rodiča príležitosťou posúdiť, čo spôsobuje symptóm jeho dieťaťa, a ak sa to zistí, tak ho môžeme prípadne zmierniť. A ak v skutočnosti príznak nie je spôsobený genetickým problémom alebo poškodením mozgu alebo ochorením mozgu, ale

je spôsobený niečím úplne iným a dokonca čiastočným deficitom – poruchou čiastočných funkcií, potom im môžeme plne pomôcť, pretože tieto príznaky zmiznú. Mala som viacero prípadov, keď sme začali s diagnózou autizmu, potom sa zmenila na ADHD a nakoniec to bola len porucha pozornosti. Takto sa striedali diagnózy toho istého dieťaťa. A ako potom!? Nuž preto, lebo dieťa samo nebolo „upratané“: „Čo som, kto som?“. Skutočný ADHD nemôžem odstrániť rovnako, ako nemôžem spraviť autistu „neautistom“, ale môžeme dosiahnuť, že inteligentné a rozumné autistické dieťa, keď dospeje do bodu, kedy už začne vedieť, čo chce, bude veľmi dobre napredovať. Začne sa učiť zvládať svoje vlastné chyby. Mala som autistické dievčatko, ktoré lekári chceli umiestniť do ústavu, pretože v škole bolo považované za hlúpe. Jej rodičia pracovali na rovnakom mieste ako ja (mala som telocvičňu a dve miestnosti, a na chodbe pracovali jej rodičia) a ona vždy prišla pozrieť, kto tam prichádza a čo robia. A zrazu dala najavo, že chce tiež chodiť. Začala teda chodiť, a napriek tomu, že s rodičmi nič nezdiera, zrazu začala im hovoriť o svojich pocitoch. Hovorila cez plyšovú hračku a táto hračka vždy povedala, čo počas dňa zažila. Potom sa začala otvárať svetu počas nasledujúceho pol roka. Problém bol v tom, že nedokázala rozlíšiť, čo je dobrá vôľa a čo je posmech. Tieto emocionálne rozdiely prežívala, ale nechápala, prečo sa smeje alebo prečo plače, a to sa musela naučiť. Rodičia jej v tom pomáhali. Potom sa to naučila. Najdlhšie jej trvalo naučiť sa správne poradie. Napríklad, v akom poradí si obliecť oblečenie, že si nemá najprv obúť topánky a potom nohavičky, ale naopak, takéto základné veci. Aj to sa naučila a teraz dokončila vysokú školu, pracuje a nikto by nepovedal, že je autistka, ale my to vieme. Ale krásne zvládla všetko. Hovorím o tom, že problém samotný nemôžeš odstrániť. Keď je problém genetického pôvodu alebo ide o poškodenie mozgu, napríklad mŕtvica alebo stav spôsobený nedostatkom kyslíka, nemôžeš to odstrániť, ale môžeme donútiť rôzne časti mozgu, aby nahradili, alebo nejakým spôsobom zvládli tieto chýbajúce časti.“ (terapeutka Jana)

„Pomôžeme dieťaťu, aby mohlo byť opäť sám sebou, alebo ani nie, aby bol opäť, ale aby vôbec mohol byť sám sebou, pretože možno nikdy nezažil taký stav, keď

bol sám sebou. Nemal na to príležitosť. Buď mu chýbali prostriedky, alebo vedomosti, pretože sa nedokázal dostať až do čelného laloku.“ (terapeutka Eva)

V kontexte diskusie o holistických prístupoch k zdraviu a ich vzťahu k ADHD je dôležité pochopiť, že tieto alternatívne terapie predstavujú iné spôsoby riešenia symptómov, než je tradičná medicínálna cesta. Holistické prístupy často poskytujú možnosť hľadania hlbších príčin a súvislostí za symptómami, čo môže viesť k iným formám liečby a podpory dieťaťa.

Terapeutka Jana zdôrazňuje, že „basic“ terapia by mala byť príležitosťou pre rodiča skúmať, čo presne spôsobuje symptómy jeho dieťaťa. Tento prístup zohľadňuje individuálne faktory a kontext dieťaťa a otvára priestor na možnosti liečby, ktoré môžu ísť nad rámec klasických medicínskych intervencií. Ak sa zistí, že príčina symptómov nie je genetická alebo neurologická, ale iná povaha, môže byť úplne možné tieto symptómy zmierniť alebo dokonca eliminovať.

Terapeutka Eva potom poukazuje na to, že niektoré deti nemusia mať príležitosť zažiť stav bytia „sami sebou“, či už kvôli nedostatku zdrojov alebo poznatkov. To môže znamenať, že vedomosti alebo schopnosti, ktoré sú potrebné na plné využitie ich potenciálu, môžu byť obmedzené.

V kontexte holistických prístupov k ADHD je dôležité pochopiť, že tieto prístupy neznamenajú jednoducho demedikalizáciu, čo by bolo odmietnutie medicínskeho rámca. Skôr predstavujú alternatívy, ktoré môžu byť zlučiteľné s existujúcimi medicínskymi intervenciami, alebo samy osebe majú pevný základ vo vedeckých poznatkoch. Tieto alternatívne prístupy sú podložené vedeckou podporou, ktorá dokazuje ich účinnosť a bezpečnosť. Napríklad neurofeedback využíva princípy neurovzdelávania a biofeedbacku na zmenu mozgovej aktivity, čo zodpovedá medicínskym vedeckým štandardom. TSMT je založená na princípoch neuroplasticity a je podporovaná teóriami senzorickej integrácie a motorického učenia.

Zároveň ale tieto prístupy umožňujú hlbšie pochopenie a individuálnu adaptáciu liečebných postupov na základe osobných potrieb a kontextu dieťaťa s ADHD. To naznačuje,

že kombinácia rôznych prístupov a terapií môže byť najefektívnejším spôsobom, ako podporiť dieťa v jeho rozvoji a celkovom pohodlí.

Podľa terapeutky Evy dôležitá je možnosť spoznať sám seba. Toto sebapoznávanie by malo začať už v škôlke, pretože len vtedy sa dokážeme začleniť do spoločnosti, keď sme v súlade so sebou samým v tom zmysle, že poznáme samu seba a vieme, kde sú naše hranice:

„V rámci terapie pracujeme na tom, aby sme sa dostali až k čelnému laloku, kde robíme rozhodnutia o tom, kde sú naše hranice, aj prostredníctvom pocitov. Hyperaktívne dieťa totiž nemusí cítiť, kde sú jeho hranice, nepozná ani následky. Najprv musí vedieť, kde sa nachádza v priestore. Všetko začína od základov. Najprv ich učíme, čo je priestor, kde som ja v priestore, kde sú moje hranice, kam siaham ja v priestore. Sú hyperaktívne deti, ktoré ani nevedia, kde majú ruky a nohy. Aj keby som ich liečil liekmi, to tento problém nevyrieši, nebudú vedieť, kde majú ruky a nohy. V terapii sa cez skúsenosti a pocity dostaneme až k tomu. Ale dokedy v prípade medikalizácie, kedy sa vylieči? Kedy prestane byť dieťaťom s ADHD? Neprestane, nemá na to šancu, je to beznádejné. Keď nie je liečený liekmi, môže si už nájsť svoje vlastné cesty a objavovať, čo je pre neho dobré, keď dospieva a nachádza svoje miesto. Ale ak ho liekmi ovplyvním, už to nebude vedieť, pretože všetky jeho pocity sú potlačené a niekto iný mu povie, čo je pre neho dobré. Všetko závisí od vnímania a skúseností, ale ak nemôžem skúšať nové veci a som potlačený, liekmi utláčaný, tieto skúsenosti už neprinesú tie správne odpovede. Už tam predom mnou je skreslené zrkadlo, ktoré neodráža dobre, a potom aj moje schopnosti rozhodovania sú potlačené liekmi, a tak tam stojím, utláčaný liekmi, a v skutočnosti ani neexistujem. Toto je dlhodobý proces, pri ktorom učíme nervový systém a vlastne aj mozog, ako reagovať. Takže cieľom je dosiahnuť sebakontrolu, dostať sa až po predný lalok. Lieky to nezvládnu, potláčajú to. Neumožňujú mi rozpoznať vlastné problémy v určitých situáciách a reagovať na ne. Myslím si, že lieky tieto reakcie odnímajú. Odopierajú možnosti na dobrú reakciu. A tu vlastne týmto alternatívnym prístupom, cvičením, dávame možnosť reakciám. Dávame možnosť deťom.“

Tieto altermedikálne prístupy teda ponúkajú nové prístupy k liečbe ADHD, ktoré sa líšia od tradičných farmakologických metód. Tieto terapie sa zameriavajú na rozvoj sebakontroly, zlepšenie kognitívnych schopností a zmiernenie symptómov, pričom sa snažia

minimalizovať depersonalizáciu, ktorá často sprevádza medicínsku diagnostiku a liečbu ADHD.

Podľa terapeutky Evy je dôležité, že alternatívne terapie umožňujú jedincom s ADHD objavovať svoje vlastné cesty a spoznávať, čo je pre nich najlepšie. Tento prístup stavia na individuálnych potrebách a schopnostiach každého jedinca, čím sa vyhýba štandardizácii a depersonalizácii, ktorá často sprevádza medicínske diagnózy.

Tieto altermedikálne prístupy tak môžu významne prerámcovať vnímanie ADHD tým, že podporujú jedinečné terapeutické cesty a riešenia založené na individuálnych potrebách a skúsenostiach jedinca. Namiesto toho, aby sa jednalo len o zoznam symptómov a diagnóz, alternatívne terapie sa zameriavajú na posilnenie jedinca v jeho schopnostiach rozpoznávať vlastné problémy a efektívne na ne reagovať.

Pre ľudí s ADHD to znamená možnosť objavovať vlastnú identitu a sebakontrolu, čo môže mať pozitívny vplyv na ich celkové zdravie a pohodu. Alternatívne terapie tak dávajú možnosť jedincom s ADHD prevziať kontrolu nad svojím životom a procesom liečby, čo je významný kontrast voči tradičným prístupom, ktoré často obmedzujú jedinca na pasívnu úlohu prijímania liekov a závislosť od externej medicínskej kontroly.

3.9 O zodpovednosti rodiča

Terapeutky ale upozorňujú na to, že tieto alternatívne terapie nefungujú bez obetavosti a dôslednosti rodiča.

Ako napríklad uviedla aj terapeutka Jana:

„Sám o sebe ani metóda nestačí, potrebný je aj rodič. Na strane rodiča je potrebná istota a vedomosť. Takže musím vedieť, že moje dieťa má tento problém, a je potrebná veľmi vážna istota aj zo strany rodiča. Pretože my, ako terapeutky, niečo budujeme na úrovni nervového systému, pretože ja mám istotu. Ale ak doma toto nie je zabezpečené, potom to, čo som možno postavila počas jednej hodiny, sa rozpadne. Takže to nemá zmysel. To funguje len vtedy, ak rodič je s týmto oboznámený, spravuje to konkrétne a vedome.“

Terapeutka Eva vnímala úlohu rodičov podobne:

„Niektorí ľudia prichádzajú na základe odporúčania psychológa, iní na odporúčanie lekára, ako je ušný špecialista alebo neurológ. Stáva sa čoraz bežnejším, že rodičia chápu, že v niektorých prípadoch je pre dieťa lepšie venovať sa cvičeniu. Aj v Dunajskej Strede sa často stretávam s tým, že dobrý známy, ktorý im želá len to najlepšie, im to odporučí. Niekedy rodič príde len preto, lebo lekárovi, ktorý mu to odporučil, slepo dôveruje, aj keď by bol radšej, aby jeho dieťa bralo lieky. To je záležitosť osobného prístupu - niektorí rodičia sú ochotní urobiť všetko pre svoje dieťa a sú trpezliví, iní prídu len kvôli papierom, aby získali dodatočné financie. Asi 80 % rodičov, ktorí k nám prichádzajú, majú pevné odhodlanie zlepšiť život svojho dieťaťa a očakávajú zmiernenie príznakov prostredníctvom cvičenia. Musím im však vysvetliť, že to nemôže fungovať tak, že rodič jednoducho odovzdá svoje dieťa a očakáva zázraky. Terapeut nemôže dieťa vyliečiť sám, je potrebná spolupráca rodičov. Existujú aj rodičia, ktorí sa po nejakom čase vzdajú, ale potom sa vrátia, keď sa príznaky zhoršia, lebo už povedal učiteľ, už povedal sused, už povedal manžel, že sa rozvedieme, že to takto ďalej nepôjde. A potom už tam vloží maximum, a toho je veľa. V takýchto prípadoch je dôležité dokončiť terapiu, aby nervový systém dieťaťa prešiel potrebným vývojom. Pretože tam začíname „vychovávať“ nervový systém, robíme tam niečo. Len ak to nedokončíme, nezavrieme to, potom to zostáva „otvorené“ a strácajú sa určité veci.“

Tretia rodina, s ktorou som mala možnosť hovoriť v rámci terapie TSMT, bola práve v tomto bode svojej cesty pri navštevovaní terapie. Ide o rodinu z Bratislavy, rodičia učia na vysokej škole. Na vyšetrenie prišli s dvojčikami, ktoré boli adoptované, keď boli ešte bábätká. Neskôr u nich bol zistený fetálny alkoholový syndróm. S Karolkom začali terapiu pred dvoma rokmi, po prestávke sa k nej opäť vrátili a sú odhodlaní pokračovať. Dôvodom bolo, že pani učiteľka v špeciálnej triede im viackrát naznačila, že by bolo potrebné začať s liečbou liekmi na ADHD. Rodičia to však rázne odmietali a rozhodli sa vrátiť k terapii u pani Evy.

„Videla si Karolka po dvoch rokoch, keď som mu povedala, že budeme robiť tigra. Videla si, ako jeho mozog premýšľa: „Tiger? Čo je to za tigra?“, ale potom urobil pohyby. Náš mozog nezabudne, len to nebolo dokončené. Preto je dôležité

dokončiť terapiu. Každý má iný nervový systém a potrebuje čas. Chodili, no prestali s tým, nejaký čas im to fungovalo, v ich prípade, našťastie, bez liekov. No potom susedia, učitelia začali hovoriť, že treba ísť k lekárovi a začať brať lieky. Niečo sme určite dosiahli aj za ten čas, dieťa predtým vôbec nedokázalo hovoriť, ale vidíš, to dieťa potrebuje aj určitú pevnú disciplínu. Samozrejme, ja som terapeutka, aby som im povedala, ako na to, aby sme to dosiahli, a musia počúvať. Povedala som mu: „Chlapče, poďme na to. Pamätáš si, aké je u mňa pravidlo - ak ja poviem, tak ideme a robíme to.“

Zodpovednosť súvisí s mocou, s „governmentalitou“, ako o nej hovorí aj Foucault (1977, 2008) – v tom zmysle, že je to niečo ako „vnútorná disciplína“, a je potrebné dodržiavať určitý poriadok. Zmysel pre starostlivosť je možné chápať aj ako mocenskú praktiku. V tomto kontexte to nevychádza z dominantnej biomedicíny, ale skôr charakterizuje alternatívne prístupy ako je altermedikácia. Tá vytvára etický postoj, nejakú formu subjektivity, rodičovstva a zodpovednosti, ktorá môže rodičov viesť k tomu, že odmietajú klasickú starostlivosť a hľadajú alternatívy.

V rámci altermedikácie sa pacientom otvára priestor subjektivity, kde sú vnímaní ako aktívni účastníci svojho vlastného zdravia a liečby, namiesto pasívnych príjemcov lekárskej starostlivosti. V tomto prípade práve rodičia majú v rukách tú moc, ktorá umožňuje deťom vymaniť sa z klasického poňatia mocenskej praktiky, mocenského poriadku a poskytnúť deťom možnosť vstúpiť do priestoru, kde majú možnosť na sebarealizáciu.

Konvenčná biomedicínska metóda je často kritizovaná za jeho zameranie na symptómy a choroby namiesto na celkovú pohodu a prevenciu, čo môže viesť k depersonalizácii (Maté 1999, Conrad 1992, 2007). Táto kritika podporuje etické postoje, ktoré kladú väčší dôraz na prevenciu, prirodzené liečebné metódy a celkovú životnú pohodu. Voľba alternatívnych metód teda môže byť výrazom rodičovskej a osobnej zodpovednosti, kde sa rodičia rozhodujú pre metódy, ktoré najlepšie zodpovedajú ich hodnotám a presvedčeniam.

Záver

V závere mojej bakalárskej práce sa snažím poskytovať analytické zhrnutie, tj. čo mi umožnili jednotlivé teoretické koncepty vidieť a pochopiť v teréne. Pomocou týchto konceptov som mohla lepšie analyzovať a interpretovať svoje pozorovania a výsledky.

Vďaka koncepcii „vedomého tela“ od Scheper-Hughesovej a Lockovej (1987) som mohla vidieť, ako rodičia a deti vnímajú ADHD, ako chápu diagnózu a ako s ňou pracujú v každodennom živote. Tento koncept mi pomohol pochopiť, že ADHD nie je len biologická porucha, ale aj sociálny a kultúrny fenomén, ktorý ovplyvňuje a formuje identitu jedinca.

Koncept medikalizácie od Conrada (1992, 2007) mi umožnil pochopiť, ako sa ADHD vyvinulo ako medicínsky fenomén a ako procesy medikalizácie fungujú v reálnom živote. Videla som, ako je ADHD diagnostikované a liečené v rámci tradičných medicínskych prístupov, a ako tieto prístupy ovplyvňujú životy detí a ich rodín. Medikalizácia, ako ju popisuje Conrad, mení vnímanie morálneho rámca a môže viesť k zníženiu osobnej zodpovednosti subjektu, čo ovplyvňuje, ako je subjekt vnímaný z hľadiska jeho morálnych vlastností.

Koncept moci podľa Foucaulta (1977, 2008, 2010) mi umožnil vidieť, ako funguje moc v rámci medikalizácie a ako sa prejavuje vo vzťahoch medzi aktérmi. Tento koncept mi pomohol pochopiť, ako je moc používaná na kontrolu a reguláciu správania a zdravia. Videla som, že medikalizácia ADHD často vedie k centralizácii moci v rukách lekárov a inštitúcií, čím sa znižuje autonómia pacientov a ich rodín.

Zistila som, že altermedikalizácia, ktorá zahŕňa prístupy neurofeedback a TSMT, prerámcuje vnímanie ADHD tým, že nereprodukuje samotnú poruchu ako v prípade tradičnej medikalizácie. Tieto alternatívne prístupy sa zameriavajú na spoluprácu medzi terapeutmi, rodičmi a deťmi, čím vytvárajú priestor pre aktívne zapojenie a subjektivitu pacientov. Altermedikálne prístupy ako neurofeedback a TSMT vymedzujú svoje miesto vzhľadom na dominantný medicínsky prístup k ADHD tým, že umožňujú pacientom a ich rodinám aktívne sa zapojiť do procesu liečby, čím poskytujú hodnotné alternatívy k farmakologickým riešeniam. Tieto prístupy teda majú potenciál ovplyvniť trendy v medikalizácii tým, že kladú väčší dôraz na prevenciu a celkovú životnú pohodu.

Úspech týchto terapií závisí od spolupráce medzi terapeutmi, rodičmi a deťmi. Tento prístup zdôrazňuje význam kolektívnej práce a vzájomnej podpory, čo je odlišné od tradičného medicínskeho prístupu, ktorý často vníma pacientov ako pasívnych prijímateľov starostlivosti. Spolupráca v rámci altermedikalizácie umožňuje lepšie prispôsobenie liečby individuálnym potrebám a vytvára priestor pre celostný prístup k liečbe ADHD.

Moje výskumné pozorovania a analýzy ukázali, že teoretické koncepty vedomého tela, medikalizácie a moci sú neoceniteľnými nástrojmi pre pochopenie komplexity ADHD a jeho liečby. Pomocou týchto konceptov som mohla vidieť, ako sa rôzne prístupy k liečbe a vnímaniu ADHD odrážajú na životoch detí a ich rodín. Zistila som, že alternatívne prístupy ponúkajú hodnotné možnosti, ktoré sa odlišujú od tradičných medicínskych prístupov a kladú dôraz na spoluprácu, subjektivitu a celkovú pohodu jednotlivcov.

Literatúra

Barkley, Russell A., and Heiner Peters. „The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's Description in 1775 of 'Attention Deficit' (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis).” *Journal of Attention Disorders* 16, no. 8 (2012): 623–630.

Chen, Qi, Anna Sjölander, Bo Runeson, Brian M. D’Onofrio, Paul Lichtenstein, Henrik Larsson, et al. „Drug Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Suicidal Behavior: Register-Based Study.” *BMJ* 348 (2014): g3769.

Clifford, James, and George E. Marcus, eds. *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley: University of California Press, 1986.

Conrad, Peter, and Meredith R. Bergey. „The Impending Globalization of ADHD: Notes on the Expansion and Growth of a Medicalized Disorder.” *Social Science & Medicine* 122 (2014): 31-43. Pergamon.

Conrad, Peter, and Deborah Potter. „From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories.” *Social Problems* 47, no. 4 (2000): 559–582.

Conrad, Peter, and Joseph W. Schneider. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

Conrad, Peter, and Valerie Leiter. „Medicalization, Markets, and Consumers.” *Journal of Health and Social Behavior* 46, no. 5 (2005): 158-176.

Conrad, Peter. „Medicalization and Social Control.” *Annual Review of Sociology* 18 (1992): 209-232.

Conrad, Peter. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

Felt, Barbara T., Brenda Biermann, James G. Christner, et al. „Diagnosis and Management of ADHD in Children.” *American Family Physician* 90, no. 7 (2014): 456–464.

Foucault, Michel. „The Politics of Health in the Eighteenth Century.” *Foucault Studies* 18 (2014): 113–127.

Foucault, Michel. *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. Translated by Alan Sheridan. New York, NY: Pantheon Books, 1977. (Original work published 1975).

Foucault, Michel. *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978-1979*. Edited by Michel Senellart. Translated by Graham Burchell. New York, NY: Palgrave Macmillan, 2008.

Foucault, Michel. *Zrození Kliniky: Archaologie Lékařského Vnímání*. Prague: Herrmann & synové, 2010.

Gross, R. E., and P. C. Wilson. „The Role of the Pericardium in the Function of the Heart.” *Circulation Research* 35, no. 1 (n.d.): 62-76.

Jónsson, Jón. „On Gabor Maté’s Scattered: How Attention Deficit Disorder Originates and What You Can Do About It.” *Studentablaðið*, February 22, 2022. <https://studentabladid.is/efni/2022/2/22/on-gabor-mates-scattered-how-attention-deficit-disorder-originates-and-what-you-can-do-about-it>.

Lange, Klaus W., Stefanie Reichl, Kerstin M. Lange, Lara Tucha, and Oliver Tucha. „The History of Attention Deficit Hyperactivity Disorder.” *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* 2, no. 4 (2010): 241-255. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8>.

Lowenberg, June S., and F. Davis. „The Creation and Destruction of Professions: An Inaugural Lecture.” *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal* 1, no. 1 (1994): 3.

Lubar, Joel F., Mark O. Swartwood, James N. Swartwood, and Philip H. O’Donnell. „Evaluation of the Effectiveness of EEG Neurofeedback Training for ADHD in a Clinical Setting as Measured by Changes in T.O.V.A. Scores, Behavioral Ratings, and WISC-R Performance.” *Biofeedback and Self-Regulation* 20, no. 1 (1995): 83–99.

Martinez-Badia, José, and Juan Martinez-Raga. „Who Says This Is a Modern Disorder? The Early History of Attention Deficit Hyperactivity Disorder.” *World Journal of Psychiatry* 5, no. 4 (2015): 379-386.

Maté, Gabor. *Scattered Minds: The Origins and Healing of Attention Deficit Disorder*. Toronto: Knopf Canada, 1999.

Mikami, Amori Y. „The Importance of Friendship for Youth with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.” *Clinical Child and Family Psychology Review* 16, no. 2 (2013): 140-151.

Novotná, Helena, Ondřej Špaček, and Michaela Šťovíčková Jantulová, eds. *Metody Výzkumu ve Společenských Vědách*. 1st ed. Prague: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2019.

Příhodová, Irena. „Porucha Pozornosti s Hyperaktivitou (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder – ADHD).” *Cesk Slov Neurol N* 74/107, no. 4 (2011): 408-418.

Rafalovich, Adam. „Exploring the Role of the Biological in the Social: Anti-Psychiatry, Schizophrenia and the Institutionalization of Dehumanization.” *Sociology of Health & Illness* 26, no. 5 (2004): 616-643.

Scheper-Hughes, Nancy, and Margaret Lock. „The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology.” *Medical Anthropology Quarterly* 1, no. 1 (1987): 6-41.

Tele-Heri, Balazs, Katalin Dobos, Szilvia Harsanyi, József Palinkas, Ferenc Fenyosi, Róbert Gesztelyi, Craig E. More, and Judit Zsuga. „Vestibular Stimulation May Drive Multisensory Processing: Principles for Targeted Sensorimotor Therapy (TSMT).” *Brain Sciences* 11, no. 8 (2021): Article 1111.

Elektronické zdroje:

alapozoterapiak.com. Nedatované. Dostupné 8. júna 2024.
<https://www.alapozoterapiak.com>.

alapozoterapiak.com. „Homloklebeny Tréning.” Nedatované. Dostupné 7. júna 2024.
<https://www.alapozoterapiak.com/news/tanfolyam/homloklebeny-trening>.

bhrig.hu. „BHRG Alapítvány.” Nedatované. Dostupné 8. júna 2024.
<https://bhrig.hu/bhrig-alapitvany>.

bobitaokosda.hu. „Melyik Mozgásterápia Való a Gyermekeknek?” Nedatované. Dostupné 8. júna 2024. <https://bobitaokosda.hu/blog/melyik-mozgasterapia-valo-a-gyermeknek>.

brendon.sk. „Vplyv TSMT Terapie na Vývoj Dieťaťa.” Nedatované. Dostupné 10. júna 2024. <https://www.brendon.sk/vplyv-tsm-t-terapie-na-vyvoj-dietata-blog-x-227>.

neurofejleszt.es.hu. „Beszédészlelés.” Nedatované. Dostupné 7. júna 2024.
<https://neurofejleszt.es.hu/beszedeszleles>.

psychologickaambulancia.sk. „Biofeedback a Neurofeedback.” Nedatované. Dostupné 12. júna 2024. <https://psychologickaambulancia.sk/biofeedback-a-neurofeedback>.

pszichofeszek.hu. „Tanulási Zavarok.” Nedatované. Dostupné 10. júna 2024.
<https://www.pszichofeszek.hu/tanulasizavarok.html>.

scitanie.sk. „Moja Obec - SK0211501956.” Nedatované. Dostupné 6. júna 2024.
<https://www.scitanie.sk/moja-obec/SK0211501956>.

tudorkamuhely.hu. „Alapozó Terápia.” Nedatované. Dostupné 8. júna 2024.
<https://tudorkamuhely.hu/alapozo-terapia>.

Wikipedia. „Sensory Integration Therapy.” In *Wikipedia, The Free Encyclopedia*. Nedatované. Dostupné 7. júna 2024.
https://en.wikipedia.org/wiki/Sensory_integration_therapy