

2 MULTISENZORICKÉ PRÍSTUPY

Ivana LESSNER LIŠTIAKOVÁ

Zámer kapitoly: Kapitola definuje multisenzorické prístupy v liečebnej pedagogike. Podrobnejšie vysvetľuje niektoré terapeutické koncepty, ktoré využívajú zmyslové vnímanie ako prostriedok zmeny.

Kľúčové slová: multisenzorické prístupy, bazálna stimulácia, senzorická integrácia, Snoezelen

Multisenzorické prístupy sú terapeutické a pedagogické koncepty a metódy, ktoré sa zameriavajú na zmyslové vnímanie. Predpona multi- znamená mnoho, z čoho vyplýva, že tieto prístupy venujú pozornosť niekoľkým zmyslovým systémom súčasne.

Multisenzorické prístupy, v kontexte liečebnopedagogickej diagnostiky a podpory, zahŕňajú všeobecne liečebnopedagogickú intervenciu s fokusom na zmyslové vnímanie a spracovanie zmyslových informácií. Multisenzorický prístup liečebného pedagóga predstavuje spôsob nazerania na situáciu klienta a jeho správanie, ktoré sa vysvetľuje práve z hľadiska vplyvu senzorických faktorov. Liečebný pedagóg pritom nezabúda na ostatné prístupy, ktoré tvoria jeho profesijný profil – klientovi môže pomáhať napríklad prostredníctvom metód a techník expresívnych terapií, ale zároveň venuje pozornosť senzorickým potrebám klienta.

Pod pojmom multisenzorické prístupy rozumieme všetky terapeutické a terapeuticko-výchovné koncepty a metódy, ktoré sa zaoberajú zmyslovým vnímaním a jeho ovplyvňovaním. Patria k nim bazálna stimulácia, senzorická integrácia, Snoezelen a iné.

Liečební pedagógovia používajú multisenzorické stratégie aj v rámci terapeutických konceptov s umeleckým a iným expresívnym základom – v muzikoterapii (Fábry Lucká, 2017a), v arteterapii (Ľulák Krčmáriková, 2017), v biblioterapii (Majzlanová, 2017a), v ergoterapii (Kováčová, 2017a), v terapii hrou (Mitašíková, 2017), v psychomotorickej terapii (Fábry Lucká, 2017b), v terapii bábkou (Kováčová, 2017b) a v dramaterapii (Majzlanová, 2017b).

Senzorický prístup je obzvlášť dôležitý pri porozumení ťažkostiam, ktoré sa priamo viažu na vnímanie. Odlišnosti v spracovaní zmyslových informácií môžu zapríčiniť problémové

správanie, hyperaktivitu, poruchy učenia a sú sprievodným javom porúch autistického spektra. Senzorické aspekty je vhodné sledovať aj všeobecne pri vývinovej podpore dieťaťa s rizikovým alebo nerovnomerným vývinovým profilom. Porozumenie fungovaniu sensorického vnímania a zváženie vplyvu sensorických podnetov je na mieste pri všetkých klientoch – napr.: ľudia so zvýšenou duševnou vulnerabilitou môžu byť citlivejší na niektoré zmyslové podnety. Význam sensorických podnetov sa prejavuje v každodennom živote ľudí, a teda aj v liečebnopedagogickom procese zastáva svoje miesto. Je dobré poznať vplyv rôznych typov vôní, zvukov, farieb, svetla, pohybov a dotykov, či už vo všeobecnosti alebo z hľadiska individuálnych preferencií klienta. Liečební pedagógovia tak svoje pôsobenie rozširujú o sensorickú perspektívu.

Liečebný pedagóg pri uplatňovaní multisenzorického prístupu neredukuje klienta na súhrn jeho zmyslovej aktivity. Uchováva bio-psycho-sociálny model práce, berie do úvahy vzťahy klienta, jeho psychický stav, silné a slabé stránky, no uvažuje nad tým, do akej miery a v čom na tieto oblasti života vplýva aj sensorické prežívanie klienta.

Intervencia sa v multisenzorických konceptoch pomoci zameriava na vytváranie podmienok, ktoré rešpektujú sensorické potreby klienta. Môže to byť v zmysle eliminácie (obmedzenia) rušivých podnetov, alebo naopak v zmysle sensorickej stimulácie, ktorá klienta podnecuje, podporuje jeho vývin, „prebúdza ho“.

Multisenzorický prístup liečebného pedagóga tiež znamená hľadanie alternatívnych ciest pri učení sa (alebo poskytovaní intervencie/terapie), keď štandardný spôsob zlyháva alebo nie je dostatočne efektívny. Príkladom môže byť intervencia liečebného pedagóga pri poruchách učenia. Ku kompetenciám liečebného pedagóga patrí objavovanie silných stránok dieťaťa, hľadanie jeho štýlu učenia sa (Mareš, 1998), odhaľovanie najvhodnejšieho zmyslového kanálu pre učenie sa. Gardner (2006) to nazýva typom inteligencie. Liečebný pedagóg vďaka poznaniu multisenzorického prístupu môže uľahčiť učenie, ukázať dieťaťu a jeho okoliu, že sa dokáže učiť a posilniť tak jeho sebavedomie. Vďaka vybudovaniu pozitívneho sebaobrazu sa predchádza problémovému správaniu či poruchám správania dieťaťa. Niektoré deti s poruchami učenia so svojou frustráciou bojujú tak, že hľadajú iné spôsoby ako vyniknúť, napríklad sa z nich stávajú triedni šašovia, provokatéri, či šikanujúci. Sťahujú pozornosť rovesníkov neprimeranými aktivitami, fajčením, záškoláctvom, či združovaním sa v nebezpečných subkultúrach. Je úlohou liečebného pedagóga, aby svojou diagnostickou činnosťou s multisenzorickým prístupom odhalil, aké úpravy v prostredí alebo spôsoboch učenia sa môžu dieťaťu pomôcť lepšie zvládať požiadavky.

Pod zastrešujúci pojem **multisenzorické prístupy** zaraďujeme, okrem všeobecného senzorickeho náhľadu, aj konkrétne terapeutické (a terapeuticko-výchovné) koncepty a metódy:

- bazálna stimulácia (Fröhlich, 1998);
- senzoricke integrácia (Ayres, 2005);
- Snoezelen (Filatová – Janků, 2010; Ponechalová – Lištiaková, 2010; Filatová, 2014) a multisenzorické miestnosti (Fowler, 2008; Fábry Lucká, 2014);
- senzomotorický stimulačný program (Hornáková, 2003).

Všetky multisenzorické prístupy (Pagliano, 2012) vychádzajú z predpokladu neuroplasticity mozgu centrálnej nervovej sústavy, schopnosti mozgu meniť sa na základe skúseností a interakcií s okolím (Doidge, 2007).

2.1 Senzorická integrácia

Teória a terapia senzorickej integrácie podľa Ayresovej (2005) vysvetľuje spojenie medzi prejavmi v správaní a ich podmieňujúcimi procesmi senzorickeho spracovania. Senzorická integrácia je schopnosť mozgu prepojiť prichádzajúce podnety z tela a z prostredia a využiť ich v zmysluplnom konaní. Senzorická integrácia ako terapeutická metóda sa predovšetkým zameriava na vestibulárny, propioceptívny a taktilný systém, pretože Ayresová ich pokladala za najdôležitejšie zmyslové systémy. Sú to systémy somatické alebo somatosenzorické.

Vestibulárny systém je zodpovedný za vnímanie polohy hlavy a pohybu tela. Informácie pre vestibulárny systém zabezpečujú dva typy receptorov vo vnútornom uchu, a teda naplňajú aj dva typy funkcií:

- pohyb hlavy voči gravitácii – Otholitov orgán,
- rotačný pohyb, zrýchlenie a spomalenie – polkruhovitý kanáliky.

Proprioceptívny systém dostáva informácie zo svalov, kĺbov a šliach pri ich aktívnom pohybe. Vďaka tomuto systému človek vníma vlastné telo, jeho polohu a pohyb (aj keď sa na seba nepozera – bez zrakovej kontroly).

Taktilný systém má receptory v koži – registruje dotyky. V centrálnej nervovej sústave sa taktilné podnety spracovávajú v dvoch systémoch:

- jasný dotyk predmetov určitého tvaru, ktoré nie sú hrozbou pre organizmus sa spracovávajú v DCML dráhach (dorsal-column-medial-liminiscus),

- rozptýlený dotyk nejasnej štruktúry aktivuje celý mozog; ide o ochranný taktilný systém.

Fungovanie v aktivitách každodenného života a v akademických výkonoch závisí od fungovania zmyslových systémov na všetkých úrovniach spracovania: a) registrácia, b) modulácia, c) diskriminácia, d) integrácia, e) praxia (prevedenie do činnosti, použitie).

Vo fungovaní senzorických systémov existujú individuálne odlišnosti, či už v citlivosti alebo v schopnosti ich použiť v praktických činnostiach. O dysfunkcii alebo poruche hovoríme až vtedy, keď sa odlišnosť stáva problematickou vo výkone každodenných činností. Terapia je potrebná len ak problém v senzorickom spracovaní zapríčiňuje ťažkosti v bežnom živote.

Prvou úrovňou procesu senzorickej integrácie je **registrácia podnetov**. Prvým krokom v procese vnímania je zachytenie podnetov. Na úrovni periférneho systému je to úloha receptorov, ktoré zaregistrujú podnet. Keď hovoríme o senzorickej integrácii, ide o procesy na úrovni centrálnej nervovej sústavy (CNS), konkrétne v subkortikálnych štruktúrach. Registrácia teda znamená schopnosť CNS evidovať existenciu podnetu.

Dieťa dostatočne neregistruje podnety pri poškodení receptorov (problém na periférii), alebo pri veľmi vysokom prahu citlivosti (problém v CNS). Práh citlivosti je tak vysoký, že podnet s bežnou intenzitou dieťa nevníma, nereaguje naň. Znížená schopnosť registrácie podnetov spôsobuje **hyposenzitivitu** dieťaťa v danej zmyslovej oblasti. V situácii, kedy by sa očakávala reakcia, dieťa nereaguje, pretože podnet nebol dostatočne silný vzhľadom na jeho potreby. Dieťa môže reagovať aj tým, že vyhľadáva silnejšie podnety.

- Vestibulárna hyposenzitivita môže spôsobovať to, že dieťa potrebuje veľmi silné podnety, vyhľadáva nebezpečné aktivity, skákanie, padanie, chodenie po múrikoch, strechách. Dieťaťu nikdy nie je nevoľno pri točení sa, na kolotočoch, alebo v aute.
- Proprioceptívna hyposenzitivita znamená, že dieťa nedostatočne vníma hranice svojho tela, svoje telo v priestore voči objektom a iným ľuďom. Môže narážať do iných, používať príliš veľkú silu, má problém s telesnou schémou.
- Taktilná hyposenzitivita sa prejavuje tak, že dieťa necíti bolesť, nevšimne si, že sa niečoho alebo niekoho náhodne dotklo. Môže to spôsobovať konflikty v detských kolektívoch. Môže mať sklony k sebapoškodzujúcemu správaniu, pretože „sa“ potrebuje cítiť.

Druhou úrovňou senzorického spracovania je **modulácia** zmyslových vstupov. Ide o filtrovanie toho, čo je a nie je dôležité v danej chvíli vedome vnímať. Keď je podnet silný, dobre fungujúce senzorické spracovanie zabezpečí potlačenie podnetu. Modulácia slúži na ochranu organizmu.

V prvom momente, keď je podnet nový, je dôležité, aby ho človek vnímal a rozlíšil, či ide o ohrozujúci alebo bezpečný podnet. Ak je situácia bezpečná, je dôležité, aby sa človek ďalej na podnet nemusel sústreďovať. Modulácia zodpovedá za to, že si dieťa postupne na podnet zvykne a súvisí so sebareguláciou. Deti, ktoré majú problém s moduláciou majú veľmi nízky prah citlivosti. Aj slabý podnet spôsobuje rozrušenie, preťaženie.

Problém s moduláciou znamená zvýšenú citlivosť na zmyslové podnety – tzv. **hypersenzitivita**. Hypersenzitivita sa viaže s emocionálnymi reakciami. Neschopnosť modulovať podnety spôsobuje automatické obranné reakcie. Dieťa vníma podnet ako ohrozujúci a reaguje impulzívne. Hypersenzitivita býva častá u detí s poruchami autistického spektra alebo u detí s poruchami správania. Zvýšená citlivosť sa vždy spája s neprijemným emocionálnym prežívaním a až úzkosťou alebo odporom.

- Taktilná hypersenzitivita znamená prehnanú citlivosť a obranné reakcie na rozptýlené, nejasné dotyky – letmý dotyk na kožu, dotyk chlpatých, gélovitých, penových materiálov.
- Vestibulárna hypersenzitivita má dve formy: a) gravitačná neistota – človek nerád vychýľuje hlavu zo vzpriamenej polohy, nerád má nohy mimo pevnú podložku, preto sa vyhýba pohybu; b) neznášateľnosť pohybu – zvyčajne sa terapeuticky nerieši, ak sa vyskytne samostatne; ide o pocit na zvracanie pri cestovaní alebo na kolotočoch.
- Proprioceptívna hypersenzitivita sa ako osamotená porucha senzorického vnímania nevyskytuje. Môže byť prítomná pri pridružených diagnózach, napríklad pri klientoch s viacnásobným postihnutím. Išlo by o neprijemné prežívanie pri používaní vlastných svalov, kĺbov a šliach.

Ďalšia úroveň procesu vnímania je **diskriminácia podnetov**, rozlišovanie podobných podnetov, analýza. Je základom zručností jemnej a hrubej motoriky.

- Problémy s taktilnou diskrimináciou sa prejavujú pri dyspraxii, napríklad pri držaní nástrojov (pera, vidličky), pri aktivitách bežného života (obliekanie), pri motorickom plánovaní, ktoré sa spolieha na taktilnú spätnú väzbu, ako napríklad krájanie chleba, navliekanie korálok.
- Problémy s vestibulárnou diskrimináciou sa prejavujú pri načasovaní pohybov v oblasti motorického plánovania akcie dopredu ako skákanie, loptové hry.
- Problémy s proprioceptívnou diskrimináciou znamenajú problematickú telesnú schému – čo môže spôsobiť „nešikovnosť“, problém s odhadnutím rozmerov a možností vlastného tela.

Nasledujúca úroveň procesu je **integrácia** – prepojenie zmyslových informácií z jednotlivých systémov. Je dôležitá pre komplexné vnímanie. Pri narušenej integrácii má dieťa chaos vo vnímaní, získané informácie nevie použiť adaptívnym (situácii primeraným) spôsobom.

Poslednou úrovňou je **praxia** – aplikovanie dobre prijatých, modulovaných, rozlíšených a integrovaných senzorických informácií v činnostiach. Obsahuje zložky ideácie, motorického plánovania a výkonu činnosti, teda spája sa s kogníciou. Ak dieťa nedokáže plánovať svoju činnosť, nevie sa hrať. Môže byť motoricky veľmi aktívne, ale jeho činnosť nie je zacielená a pri aktivitách dlho nevydrží. Niekedy deti s poruchami praxie kompenzujú svoje nedostatky prehnaným rozprávaním.

Senzorická integrácia predstavuje hĺbkovú a na dôkazoch založenú teóriu (Schaaf, Mailloux, 2015), ktorá potvrdzuje súvis medzi správaním a senzorickými špecifikami dieťaťa.

Intervencia v senzorickej integrácii je určená pre deti, ktoré majú problém so spracovaním senzorických informácií v centrálnej nervovej sústave. Nemajú zmyslové poškodenia, ale informácie nie sú primerane registrované, modulované alebo diferencované. Ťažkosti so senzoricou integráciou sú sprievodným javom porúch autistického spektra, špecifických porúch učenia, ADHD a môžu podmieňovať aj iné problémy, napr. problémy v správaní.

Intervenčné stratégie v senzorickej integrácii podľa Ayresovej stoja obrazne povedané na troch pilieroch (citované podľa Söchting, Grabussnigg, 2017): a) pilier edukačných stratégií, b) pilier terapie, c) pilier kompenzačných stratégií.

Prvý pilier sú **edukačné stratégie**, vzdelávanie rodičov a učiteľov, vysvetľovanie prežívania, správania a zručností zo senzorického hľadiska. Ide o prerámcovanie pohľadu na správanie dieťaťa. Táto časť intervencie slúži k lepšiemu pochopeniu dieťaťa a jeho potrieb. Terapeut vysvetľuje, čo sa s dieťaťom deje, prečo reaguje určitým spôsobom, keď je vystavené podnetom, ktoré nezvláda, alebo sa od neho vyžadujú zručnosti, ktoré sú pre neho príliš náročné. Ukazuje nový pohľad na správanie dieťaťa.

Druhý pilier predstavuje samotná **terapeutická intervencia**. V senzorickej integrácii ju môže realizovať iba vyškolený terapeut (činnosťný terapeut, klinický logopéd alebo fyzioterapeut – s príslušným výcvikom v metóde Senzorickej integrácie Jean Ayresovej). Terapia spočíva v úprave nervového systému – spôsobu spracovania senzorických informácií v mozgu. Pomocou terapie sa vytvárajú nové nervové spojenia, upevňujú sa nervové dráhy primeraného senzorického spracovania. Terapia prebieha v špeciálne upravených miestnostiach, ktoré sú bezpečné na pohyb aj pre deti, ktoré často padajú a sú menej motoricky zručné. Terapeut

v hrovej interakcii s dieťaťom vzbudzuje tzv. adaptívne odpovede v správaní. Dieťa sa učí niečo nové, prichádza na nový spôsob používania svojho tela, priestoru, materiálov. Špeciálne upravená telocvičňa mu umožňuje bezpečne skúmať. V miestnosti sa nachádzajú žienky či matrace na podlahe a stenách. K dispozícii sú hojdačky rôznych typov, plošina na šmýkanie sa, rolovacie dosky, náradie na lezenie a ťahanie, boxy s taktilnými materiálmi, zrkadlo. Terapeut vedie terapiu na základe klinického zdôvodnenia hry, ktoré vychádza z diagnostiky a cieľov terapie pre bežný život. Dieťa sa slobodne hrá v interakcii s terapeutom, ktorý neustále spracováva tri otázky (Tabuľka 2.1):

1. Aký senzoricky podmienený problém dieťa má? resp. Na akom senzoricky podmienenom probléme teraz pracujem? Terapeut vychádza z komplexnej diagnostiky dieťaťa a fungovania jeho senzorických systémov.
2. Akú adaptívnu odpoveď chcem u dieťaťa dosiahnuť? t. j. Čo je dôkazom, že daná aktivita má terapeutický dosah na nervový systém dieťaťa? Napr.: dieťa, ktoré bolo letargické sa nahlas smeje; alebo dieťa, ktoré nenadväzuje kontakt sa pozrelo na terapeuta. Dôležité je, aby terapeut vedel, čo chce dosiahnuť, aby mohol skontrolovať, či intervencia ide správnym smerom.
3. Akú aktivitu môžem dieťaťu ponúknuť, aby bola v potrebnej senzorickej modalite a vzbudzovala u dieťaťa adaptívne odpovede? Terapeut nechá dieťa, aby si vybralo hru, aby samé vymýšľalo príbeh v hre, ale upravuje situácie tak, aby bola činnosť pre dieťa primeranou výzvou, v ktorej sa niečo nové naučí a zároveň zažije úspech.

Schaaf (2017) hovorí, že heslo terapeuta senzorickej integrácie je držať teóriu a ciele v hlave, aktivity vo vrecku a hravosť v srdci.

Keď sú aktivity pre dieťa zmysluplné, hrá sa a rozvíja sa aj jeho mozog. Preto je potrebné upraviť aktivitu, aby poskytovala primeranú výzvu – pomôcť dieťaťu natolko, aby činnosť zvládlo, ale nie príliš, lebo tak si dieťa nevytvára ani neupevňuje nervové spojenia.

Tabuľka 2.1 Klinické zdôvodnenie postupu práce v terapii senzorickej integrácie

Otázka v klinickom zdôvodnení	Vysvetlenie
1. Aký senzoricky podmienený problém dieťa má?	A) Problém v registrácii podnetov – hyposenzitivita B) Problém v modulácii podnetov – hypersenzitivita

	C) Problém v diskriminácii podnetov – problém v zručnostiach (motorických a akademických)
2. Akú adaptívnu odpoveď chcem u dieťaťa dosiahnuť?	Adaptívna odpoveď je znakom, že činnosť je pre dieťa zmysluplná. Vykonáva ju samostatne, užíva si ju, zažíva pocit úspechu. Terapeut musí vopred vedieť, akú adaptívnu odpoveď očakáva, aby vedel, že aktivita má terapeutický vplyv.
3. Akú aktivitu môžem dieťaťu ponúknuť?	Terapeut vie, aký vplyv má použitie konkrétnych aktivít / pomôcok / hier na nervový systém dieťaťa a následne na rozvoj jeho zručností. Dieťa má možnosť výberu, ale terapeut je zodpovedný za vytvorenie primeranej ponuky ušitej na mieru potrebám klienta.

Zdroj: Lessner Lištiaková (2017, s. 163)

Vďaka terapii senzorickej integrácie je možné odstrániť poruchy v zmyslovom spracovaní na všetkých troch úrovniach – v **registrácii, modulácii aj diskriminácii podnetov** (Ayres, 2005).

Okamžitou a nevyhnutnou stratégiou pomoci je tretia úroveň intervencie, ktorou je **aplikovanie kompenzačných senzorickej stratégií** – pri problémoch v modulácii ide o **odstránenie alebo minimalizovanie možných senzorickej ohrození** z prostredia, ktoré by mohli byť spúšťačmi neprimeraných reakcií dieťaťa a premena situácie tak, aby bola pre dieťa zvládnuteľná. Zavedenie kompenzačnej stratégie nespôsobí zmenu v nervovom systéme dieťaťa, ale zmení jeho každodenné fungovanie, odstráni problémové správanie, pomôže dieťaťu cítiť sa dobre a byť schopné zapájať sa do činností. Kompenzácia nenahradí terapiu, ale niekedy postačuje pre riešenie problémov, resp. zlepšenie kvality života. Kompenzačné stratégie musia vychádzať z reálneho života, činností každodenného života, ktorých sa dieťa zúčastňuje a musia byť v súlade so životom rodiny a školy, aby prirodzene zapadli do režimu dňa. Tiež by mali slúžiť ako riešenie pre konkrétne situácie, s ktorými má dieťa problém – nepoužívajú sa paušálne, ale ako alternatívne riešenie, spôsob zvládnutia náročnej situácie.

Okrem odstránenia preťažujúcich podnetov patrí ku kompenzačným stratégiám aj **poskytnutie intenzívnych proprioceptívnych podnetov**, ktoré majú funkciu organizovať. Pomáhajú usporiadať informácie, prekonávať stres a reagovať adaptívnym spôsobom namiesto skratovej obrannej reakcie. Medzi proprioceptívne stratégie patria všetky činnosti, pri ktorých sa zapája svalstvo a pohyb kĺbov – silné objatie, napnutie svalov, zatnutie zubov, tlačenie nohami,

skákanie, beh, udieranie, box. Podobný, aj keď menej intenzívny efekt má aj hĺbkový tlak – preto je známa pomôcka záťažová deka, ktorá dieťa upokojí. Proprioceptívne podnety sa niekedy dajú zabezpečiť aj počas trvania iného nepríjemného podnetu. Napríklad sa môže použiť záťažová vesta počas návštevy u zubára pre dieťa príliš citlivé na dotyk (Cermak, 2015). Niekedy je potrebné ich aplikovať pred činnosťou, o ktorej sa predpokladá, že bude pre dieťa náročná (napríklad skákať zo sedačky do tulivaku pred a po umývaní zubov). Kompenzačné stratégie na úrovni diskriminácie a praxie sú rôzne pomôcky, ktoré uľahčia dieťaťu zvládanie danú činnosť. Týkajú sa úpravy činnosti / úlohy alebo prostredia – napríklad držiaky na pero, vidličku, umiestnenie textu pred dieťa, sedenie na lopte, sedáky na stoličku, podložky pod nohy, pohybové prestávky a iné.

Senzorická integrácia je výskumne overená teória dôležitá pre porozumenie vplyvu individuálnych odlišností zmyslového vnímania na aktivity bežného života, učenie a správanie.

2.2 Bazálna stimulácia

Bazálna stimulácia je koncept, ktorý predstavoval revolúciu v ošetrovateľskej starostlivosti kvôli svojmu zameraniu na človeka a citlivé vnímanie jeho potrieb, vrátane potrieb senzorických. Koncept bazálnej stimulácie využívajú zdravotné sestry, terapeuti a pedagógovia najmä v starostlivosti o klientov, ktorí majú obmedzenia v pohybe a v komunikácii.

Podľa Balkovej et al. (2006) bazálna stimulácia podporuje vnímanie – vnímanie vlastnej identity a hraníc, ako aj orientáciu v priestore a čase.

Prostriedkom pre dosiahnutie vnímania seba samého je pôsobenie na zmyslové systémy, najmä na somatické vnímanie, vestibulárny a taktilný systém. Človek potrebuje dostatočne silno a presne vnímať svoje telo, aby mohol budovať vlastnú identitu aj na úrovni psychickej či sociálnej. Najviac informácií o vlastnom tele a okolí si človek zabezpečuje vďaka pohybu. Pri pohybe sa mení vizuálne pole, mozog spracováva zmeny polohy tela, zaznamenáva činnosť svalov, kĺbov a šliach. Človek tak dokáže vnímať sám seba a seba vzhľadom k svetu okolo. Buduje si vlastnú identitu a vzťahy k objektom a ľuďom.

V situáciách obmedzenia pohybu človek o tieto príležitosti prichádza. Stráca kontakt s okolím, ale aj sám so sebou. Bazálna stimulácia sa ako terapeutický koncept zameriava na pomoc a zvyšovanie kvality života klientom ležiacim, imobilným, s ťažkými zmenami zmyslového vnímania, ťažkými zmenami v oblasti pohybu a komunikácie, predčasne narodeným deťom i klientom v paliatívnej starostlivosti (Friedlová, 2016). Bazálna stimulácia je koncept, ktorého

cieľom je podpora vzťahu a komunikácie s klientom. Primárne je klientom v bazálnej stimulácii človek, ktorý má obmedzené vnímanie, ťažkosti s pohybom a starostlivosťou o seba, napr. ležiaci imobilní klienti – po úrazoch, geriatrickí pacienti; klienti s viacnásobným postihnutím; klienti v kóme; predčasne narodené deti. Hornáková (2003, s. 101) napísala, že bazálna stimulácia je určená pre klientov „s vážnym poškodením centrálnej nervovej sústavy alebo s výrazným somatickým oslabením.“

Bazálna stimulácia je komunikačný, interakčný a vývin podporujúci stimulačný koncept, v ktorom sa považuje za dôležité cielene podporovať zachované vnímanie. Základné prvky konceptu sú vnímanie, pohyb a komunikácia (Friedlová, 2007). Bazálna stimulácia umožňuje komunikovať prostredníctvom zmyslového vnímania v prípadoch, kedy je verbálna komunikácia obmedzená, alebo nie je obojstranne možná. Keď klient nerozpráva, liečebný pedagóg musí vnímať jemné reakcie klienta na zmyslové podnety. Friedlová (2015) uviedla, že je dôležité prispôbiť úroveň komunikácie úrovni vnímania a spracovania informácií klienta. Pojem bazálny, znamená elementárny, základný – bazálna stimulácia ponúka podnety v jednoduchej, jasne zrozumiteľnej forme, podnety podobné ako vo vnútromaternicovom vývine. Nevyhnutné je nielen poskytovať podnety, ale aj sledovať reakcie klienta, ktoré nemusia byť verbálne. Friedlová (2016) uvádza ako znaky príjemného prežívania, že klient nadväzuje očný kontakt, znižuje sa svalový tonus (klesá napätie, klient sa uvoľňuje), vydáva zvuky, ktoré naznačujú, že sa cíti dobre (výkriky, smiech). K signálom nepríjemného prežívania naopak patrí vysoký svalový tonus, zatváranie očí, odvracanie hlavy, motorický nepokoj, krik alebo plač.

Vďaka konceptu bazálnej stimulácie sa liečební pedagógovia (ošetrovatelia, terapeuti) učia vnímať potreby klienta. Tiež podporujú, aby sa klient učil vnímať sám seba, rozhodovať sa, či ponuku podnetov prijme alebo nie. Realizujú to technikami bazálnej stimulácie – umožnia klientovi vnímať, a to tak, že mu:

- zabezpečia informácie, ktoré mu chýbali;
- redukovávajú informácie, ktoré ho zaťažujú (Friedlová, 2005).

Biografická anamnéza v bazálnej stimulácii

Bazálna stimulácia využíva tzv. **biografickú anamnézu**, ktorá slúži ako jeden zo spôsobov poznania klienta. Sleduje preferencie klienta, príjemné a nepríjemné podnety, prejavy v správaní viazané na senzorické špecifiká. Podľa Pčolkovej (2012) poskytuje biografická anamnéza informácie o zvykoch a návykoch klienta. Za najnáročnejšiu úlohu pri poskytovaní

starostlivosti Pčolková (2012) považuje nájdenie vhodného kanálu komunikácie. Je potrebné vyskúšať somatickú, vestibulárnu, vibračnú, optickú, orálnu, olfaktorickú, či taktilnú komunikáciu, vnímať klienta a na základe jeho reakcií zvoliť najvhodnejší spôsob. Informácie do biografickej anamnézy klienta sa získavajú priamo od klienta, jeho pozorovaním, ako aj od jeho najbližšieho sociálneho okolia – rodiny a blízkych priateľov (Friedlová, 2007). Pri zisťovaní biografickej anamnézy by sa malo zodpovedať čo najviac otázok o návykoch a potrebách klienta (Friedlová, 2007, 2016). Poznanie klienta je dôležité, pretože len známe podnety majú vytvorené neurálne spoje v mozgu, ktoré je možné stimuláciou obnoviť a posilniť. Stimulácia cez náhodný podnet nie je efektívna, môže dokonca klienta preťažiť, presýtiť. Potrebný je teda správny, vhodný podnet a aj jeho primerané dávkovanie (Pčolková, 2012).

Diagnostikovanie senzorických preferencií klienta je v bazálnej stimulácii dôležité kvôli priamej práci s klientom – pôsobením na jeho telesné zmyslové systémy cez dotyk a pohyb, ale aj kvôli úprave prostredia tak, aby klienta nerušilo (zrakové a sluchové podnety). Pinčáková (2013) napríklad odporúča pred začiatkom aplikovania techník bazálnej stimulácie prostredie odhlučniť, aby sa klient mohol v tichu sústrediť na vlastné telo alebo podnetový materiál.

Na základe biografickej anamnézy sa v bazálnej stimulácii určuje miesto iniciálneho dotyku, ktorý, ako uviedla Friedlová (2015) je formou somatického dialógu s klientom. Predstavuje pre klienta signál, že je daný človek v jeho blízkosti a že bude vykonávať nejakú činnosť.

Bazálna stimulácia pracuje s podnetmi, ktoré sú pre klienta zrozumiteľné a vytvárajú pocit bezpečia – podnety ako vo vnútro maternicovom vývine. *„Nejde len o sprostredkovanie podnetov pre podporu vnímania a rozvoj jednotlivých funkcií, ale aj o vytvorenie podmienok pre zvýšenie bezpečia, posilnenie dôvery, komunikácie a možnosti účasti na diani“* (Horňáková, 2003, s. 101). Ako prostriedok komunikácie sa využíva dotyk. Vďaka štruktúrovanému, primerane intenzívnemu a láskavému rešpektujúcemu dotyku sa vytvára vzťah s klientom. Centrálné európske ciele bazálnej stimulácie sú podľa Biensteinovej a Fröhlicha (2010, citovaní podľa Friedlovej, 2016):

1. Zachovať život a zaistiť vývin.
2. Umožniť vnímať seba samého a vlastný život.
3. Poskytnúť pocit istoty a dôvery.
4. Rozvíjať vlastný rytmus.

5. Umožniť poznať okolitý svet.
6. Pomôcť nadviazať vzťah.
7. Umožniť zažiť zmysel a význam vecí či konaných činností.
8. Pomôcť usporiadať život.
9. Poskytnúť autonómiu a zodpovednosť za svoj život.
10. Objavovať svet a vyvíjať sa.

Správny spôsob dotyku vytvára pocit bezpečia. Kvalitný dotyk je pokojný, pevný, s pravidelným rytmom, opakuje sa v presnom poradí (Friedlová, 2016), je teda predvídateľný. Tento spôsob dotyku napríklad už pri predčasne narodených deťoch pomáha predchádzať rozvinutiu problémového správania. Prostredníctvom bazálnej stimulácie sa podľa Hochstrasserovej (2007) podporuje vývin a predchádza sa vzniku postihnutí, rozvíjajú sa základy komunikácie, kognitívnych a motorických funkcií a základy emocionality.

Naopak, chaotický dotyk spôsobuje preľaknutie, neistotu, ktorú môžeme sledovať zvýšením svalového tonusu u klienta. Stresujúco na klienta môžu pôsobiť aj ďalšie faktory, napríklad bolesť, nedostatok času na vykonanie činnosti, či pohybu, hluk, chlad, porucha citlivosti, ale aj učenie sa nových pohybov alebo aktivít (Friedlová, 2016).

Na zabránenie situáciám, v ktorých by klient musel používať obranné reakcie, Friedlová (2016) odporúča obmedziť letmé, krátkodobé, rušivé, nekvalitné dotyky a radšej používať dotyk celou dlaňou, nielen prstami, aplikovať konštantný tlak. Tiež odporúča vyhnúť sa uponáhľaným činnostiam, pre klienta nejasným informáciám a u klientov so zmeneným vnímaním ritualizovať činnosti a používať iniciálny dotyk.

Bazálna stimulácia je koncept starostlivosti. Nie je teda možné aplikovať len jej techniky bez zmeny prístupu k dieťaťu / ku klientovi. Bazálna stimulácia sa zapája do aktivít každodenného života, znamená iný prístup personálu a rodiny. Vo všeobecnosti môžeme hovoriť o dvoch spôsoboch aplikácie bazálnej stimulácie: a) využívanie princípov bazálnej stimulácie v činnostiach a komunikácii s klientom, b) špecifická zámerná intervencia. V oboch prípadoch pomoci je dôležité, že ide o čas vyhradený len pre klienta.

Princípy bazálnej stimulácie sa dajú používať v rámci iných činností, pri každodenných aktivitách ako umývanie, obliekanie, jedenie, polohovanie na lôžku, rozprávanie sa s dieťaťom.

Nad rámec každodenných činností je možné realizovať aj terapeutické stretnutia so zámerným využitím techník bazálnej stimulácie. Vtedy sa terapeut zameriava na posilnenie

vnímania klienta – vnímania seba samého a sveta. Snaží sa o zlepšenie možnosti klienta reagovať a komunikovať s prostredím aj v iných situáciách. Využívajú sa konkrétne techniky bazálnej stimulácie. Základné techniky bazálnej stimulácie sa zameriavajú na somatické, vestibulárne a vibračné vnímanie. Nadstavbové techniky sa venujú vizuálnemu, auditívnemu, olfaktorickému vnímaniu a orofaciálnej stimulácii.

Vo všeobecnosti platí, že ak je potrebné, aby sa klient upokojil, využívajú sa techniky upokojujúce. Zo somatických techník je to upokojujúca masáž v smere rastu chĺpkov od stredu tela ku koncovým častiam tela, polohovanie do polohy hniezdo, ktorá zodpovedá polohe plodu počas vnútro maternicového vývinu, alebo polohovanie do polohy múmia, pri ktorej sa klient zabalí pevne do deky a obklopí sa celé jeho telo. Z vestibulárnych techník ide hlavne o pomalé rytmické hojdanie na rukách, v lone alebo v hojdačke.

Pri potrebe aktivizácie sa využívajú stimulačné techniky. Zo somatických ide o masáž proti smeru rastu chĺpkov od koncových častí tela do stredu tela. Aktivizujúco pôsobí aj vibračná stimulácia prostredníctvom rôznych vibračných pomôcok.

Stimulácia vnímania z dlhodobého hľadiska slúži na zlepšenie schopnosti človeka vnímať seba samého. Vytvára a potvrdzuje poňatie telesnej schémy a umožňuje tak kvalitnejšie poznávanie predmetov a prostredia. Keď sa človek necíti stratený a zmätený vlastným telom a prostredím, má lepšie zručnosti hrubej a jemnej motoriky, t.j. dokáže samostatnejšie fungovať a je spokojnejší. Môže lepšie komunikovať, pretože je k nemu okolie trpezlivejšie a dáva mu primerané príležitosti.

Bazálna stimulácia patrí k multisenzorickým konceptom pomoci. Využíva stimuláciu vnímania, najmä dotyk, k dosiahnutiu vyššej kvality života klientov. Pomáha klientovi upokojiť sa a aktívne participovať na živote.

2.3 Snoezelen a multisenzorické miestnosti

Multisenzorické prostredie bolo vyvinuté so zameraním na rozvoj schopností klientov a zmeny v ich správaní, podporu komunikácie ľudí s mentálnym postihnutím, vývinovými chybami, poruchami autistického spektra a hyperaktivitou, a to prostredníctvom pripraveného prostredia s cieľovými zmyslovými podnetmi (Fowler, 2008). Hlavnou myšlienkou Snoezelen konceptu bola relaxácia a možnosť zážitku (Orieščiková, Hrčová, 2010).

Multisenzorické prostredie Snoezelen ponúka rozmanité zmyslové podnety, ktoré svojou nezvyčajnosťou vyvolávajú záujem a vzbudzujú zvedavosť. Diagnostika v tomto prostredí

prebieha procesuálne na základe reakcií klienta, ktorý si môže vyberať a regulovať ich intenzitu. Snoezelen je nedirektívny koncept, ktorého princípom je nasledovanie klienta.

Ak klient o nejaký podnet **nemá záujem**:

- nie je pravdepodobne pre jeho vývin momentálne podstatný;
- nie je dostatočne silný;
- iné podnety sú zaujímavejšie;
- klient sa podnetu snaží vyhnúť, pretože je pre neho istým spôsobom ohrozujúci.

Ak klient nejaký podnet vyslovene **odmieta**, reaguje naň zapchávaním si uší, krikom, či odhodením pomôcky, znamená to, že:

- podnet je pre neho preťažujúci;
- v danej kvalite alebo intenzite ho nevie prijať;
- zatiaľ ho nevie prijať, ešte si na podnet nezvykol;
- v danej kombinácii podnetov ho nevie prijať.

Ak klient nejaký podnet **vyhl'adáva** a nechce robiť nič iné, nič iné ho nezaujíma:

- je pre jeho vývin tento podnet veľmi dôležitý;
- je mu príjemný;
- zaujíma ho, fascinuje ho – pozorovanie podnetu je pre klienta hrou;
- predstavuje pre neho bezpečie, nemennú istotu, je predvídateľný;
- klient má nad podnetom moc, ovláda ho, má pocit kontroly;
- je jednoduchý, zrozumiteľný.

V Snoezelen koncepte alebo v iných typoch multisenzorických miestností, sa pri diagnostikovaní využívajú tzv. **senzorické profily**. Zariadenia zvyčajne využívajú vlastné senzorické profily, ktoré obsahujú položky relevantné pre danú klientelu. V princípe je senzorický profil rozdelený na časti týkajúce sa jednotlivých senzorických systémov. Hodnotí sa citlivosť, či precitlivenosť klienta v danej oblasti, prípadne iné reakcie na rôzne podnety.

V zjednodušenej podobe Fowler (2008) navrhla záznamový hárok, ktorý hodnotí senzorické systémy v napojení na sociálne správanie. Hodnotí, čo klient má a nemá rád, čo mu vyhovuje a čomu sa vyhýba:

- sociálna oblasť – je rád s druhými ľuďmi, alebo je radšej sám, preferuje interakciu jeden na jedného, odpovedá na ľudí zrkadlením vokalizácií alebo pohybov;

- pohyb – ako reaguje na hojdačku, výťah, autobus, prechádzky, trampolínu, rýchly pohyb na vozíku, visenie dolu hlavou;
- dotyk – ako reaguje pri aktivitách každodenného života – sprchovanie, umývanie vlasov, obliekanie, česanie, umývanie zubov, masáže, potrasenie rukou pri zvitání, objatie, blízkosť iných ľudí;
- sluch – akú hudbu preferuje, ako reaguje na zvuky z prostredia – spev vtákov, vysávač – zapcháva si uši;
- zrak – ako reaguje na svetlo, má rád vypnuté alebo zapnuté svetlá, páčia sa mu lesklé predmety, farby, sviečky, baterky, je rád na slnku;
- čuch a chuť – jedlo a nápoje, ktoré má a nemá rád, teplé alebo studené, vône kozmetických výrobkov.

Vo všeobecnosti diagnostikovanie pre účely používania multisenzorických miestností v starostlivosti vychádza z podobných princípov, aké svojim výskumom potvrdzuje teória senzorickej integrácie. Senzorické profily je jedna z diagnostických metód, ktorá ponúka základný obraz o senzorických potrebách klienta, ktoré sa odrážajú v jeho preferenciách a návykoch. Nasledovanie senzorických preferencií, tak ako ich liečebný pedagóg identifikuje z pozorovaní klienta a z rozhovoru s rodinou klienta, umožňujú vytvorenie prostredia, ktoré pre klienta nie je ohrozujúce. Práve naopak, plné rešpektovanie preferencií vytvára predpoklady pre vytvorenie vzťahu s klientom, akceptovanie jeho potrieb, a teda akceptovanie jeho samého ako človeka. Poznanie senzorického profilu vo veľkej miere predchádza vzniku problémového správania a tiež poskytuje vysvetlenie náhlych neprimeraných reakcií v správaní klienta, ktoré na prvý pohľad vyzerali „nevysvetliteľne“ či náhodne. Avšak hlbšie poznanie toho, ako klient reaguje na senzorické podnety, často toto „neprimerané“ správanie vysvetlí.

Pôvodný zámer Snoezelen miestností bolo ich voľné využívanie klientmi s postihnutím na relaxáciu. Filatová a Janků (2010) uviedli, že išlo o rekreačný a relaxačný účinok miestností, kde klienti s ťažkým postihnutím dokázali nadväzovať kontakt, učenie a výchova boli sekundárnymi. Neskôr sa metóda rozvinula ako podporná edukačná metóda a terapeutická metóda. Ďalší spôsob použitia Snoezelen miestností je realizovať v nich bazálnu stimuláciu, pretože poskytujú dostatok súkromia a pokojné prostredie na ničím nerušenú prácu.

Snoezelen predstavuje pre klientov zmysluplný priestor, ktorý pomáha personálu v zariadeniach v komunikácii s klientmi. Umožňuje klientom rozvíjať sa vďaka podnetnosti prostredia, ktorá je vyššia než v bežnom prostredí (Filatová, Janků, 2010). Ide o nedirektívny až neriadený prístup. Úlohu zohrávajú jednotlivé pomôcky a ich vplyv. Snoezelen koncept sa

zameriava na stimuláciu vnímania, vo veľkej miere využíva zrakové, sluchové, čuchové podnety.

V Snoezelen koncepte sa využívajú viaceré typy miestností, pričom každý typ má svoj špecifický význam.

Biele miestnosti sú vytvorené za účelom relaxácie. Eliminujú podnety prichádzajúce z vonkajšieho prostredia – sú odhlučnené a majú zastreté okná. V miestnosti je prítomie, príjemná vôňa a teplota. Môže hrať pokojná hudba. Využívajú sa pomaly sa pohybujúce farebné vizuálne projekcie na stene s motívmi, ktoré majú tendenciu vizuálne zaujať a zároveň upokojiť, napríklad delfíny, more, oblaky, stromy a iné prírodné motívy alebo abstraktné meniace sa obrazce, napríklad olejové škvrny (Ponechalová, Lištiaková, 2010; Lucká, Strašilová, 2011). **Tmavé miestnosti** sa využívajú hlavne pre klientov s poškodením zraku, pretože poskytujú výrazný kontrast vizuálnych svetelných podnetov na tmavom podklade. **Hrové alebo dobrodružné miestnosti** sa podobajú miestnostiam na sensorickú integráciu, umožňujú pohyb v priestore a silné vestibulárne podnety.

Snoezelen použitím svetelných a zvukových prvkov navodzuje zmyslové zážitky, ktoré majú relaxačný alebo aktivačný vplyv – vytvárajú záujem, navodzujú spomienky a usmerňujú vzťahy. Snoezelen priestor podporuje pocit pohody. Využíva sa ako terapeutické médium pri liečbe psychických problémov (úzkosť, anorexia, stres), fyziologických problémov (depresia), alebo ADHD, problémov s pozornosťou a motiváciou (Mertens, 2006).

Viacerí autori (Mertens, 2006; Filatová, Janků, 2010) upozorňujú, že Snoezelen sa odlišuje od konceptu multisenzorických miestností, keďže v Snoezelen miestnosti ide o kontrolované, regulované sensorické podnety. Myslíme si, že toto rozdelenie vychádza skôr z kultúrnej (geografickej) tradície terapeutických a výchovných konceptov v jednotlivých krajinách. Za dôležité považujeme jasné stanovenie cieľov práce v Snoezelen miestnosti, ktoré prirodzene vychádza aj z profesijných kompetencií odborníka, ktorý v Snoezelen miestnosti s klientom pracuje. Terapeut alebo pedagóg musí vedieť, z akého východiskového predpokladu pri svojej práci vychádza – prečo Snoezelen prostredie používa a aké zmeny u klienta očakáva. Aj relaxácia v Snoezelen miestnosti pôsobí terapeuticky. Dôležité je však poznať vplyv sensorických podnetov na emocionalitu človeka, psychické a fyzické funkcie a zručnosti. Zároveň je nevyhnutné poznať individualitu klienta, jeho preferencie a potreby v každodennom živote. Efekt terapie by sa mal prejaviť v každodennom fungovaní klienta.

Snoezelen miestnosti môžu byť zriadené v školách, špeciálnych školách, detských domovoch, domovoch sociálnych služieb a v iných zariadeniach. Slúžia na oddych, oddelenie sa od

preťažujúceho prostredia. Sú úplne iné ako ostatný svet, preto sú prítiažlivé a pomerne rýchlo navodia zmenu emočného naladenia.

2.4 Záver

Multisenzorické prístupy predstavujú oblasť liečebnopedagogického pôsobenia, ktorá zohľadňuje individuálne senzorické potreby klientov a zámerne využíva pôsobenie na zmyslové systémy za účelom aktivácie, zmien v centrálnom nervovom systéme, zlepšenia zručností, alebo upokojenia a navodenia zmien v správaní. Vysvetľujú fungovanie zmyslových systémov a vplyv zmyslových podnetov na život človeka. Zároveň poukazujú na potenciál využívať tento vplyv k terapeutickým zmenám.

Zoznam použitých bibliografických odkazov:

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. ISBN 978-0-89042-554-1.
- AYRES, A. J. 2005. *Sensory integration and the child: understanding hidden sensory challenges* (25th anniversary ed., and updated / by Pediatric Therapy Network ; photographs by Shay McAtee. Los Angeles, CA: Western Pediatric Services, 2005. ISBN 978-0-87424-437-3.
- BALKOVÁ, D., CIBRÍKOVÁ, S., LENGYELOVÁ, A., MAGUROVÁ, D. 2006. *Bazálna stimulácia v ošetrovateľskej praxi*. Prešov: Prešovská Univerzita, 2006. 41 s. ISBN 80-8068-480-4.
- CERMAK, S. A., STEIN DUKER, L. I., WILLIAMS, M. E., DAWSON, M. E., LANE, C. J., POLIDO, J. C. 2015. Sensory Adapted Dental Environments to Enhance Oral Care for Children with Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Pilot Study. In *Journal of Autism and Developmental Disorders*, roč. 45, 2015. č. 9, s. 2876–2888. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2450-5>.
- ČERVENKOVÁ, B. 2017. Multimodální přístup v terapii dětí s funkční dysfagií. In *Listy klinické logopedie*, roč. 1, 2017. č. 2, s. 3-17.
- DAVIS, M. R., CULOTTA, V. P., LEVINE, E. A., HESS RICE, E. 2011. *School success for kids with emotional and behavioral disorders*. Waco, TX: Prufrock Press, 2011. ISBN 978-1-59363-431-5.

- DOIDGE, N. 2007. *The brain that changes itself: Stories of personal triumph from the frontiers of brain science*. New York: Penguin Books, 2007. ISBN 978-01-431-1310-2.
- FÁBRY LUCKÁ, Z. 2014. *Terapeutické intervencie a človek s viacnásobným postihnutím*. Bratislava: Musica Liturgica, 2014. ISBN 978-80-89700-02-8.
- FÁBRY LUCKÁ, Z. 2017a. Liečebnopedagogická diagnostika problémového správania detí v muzikoterapii. In LESSNER LIŠTIAKOVÁ, I. (Ed.). 2017. *Liečebnopedagogická diagnostika situácie dieťaťa s problémami v správaní*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2017. 179 s. ISBN 978-80-223-4427-2. s. 94-113.
- FÁBRY LUCKÁ, Z. 2017b. Liečebnopedagogická diagnostika problémového správania detí v psychomotorickej terapii. In LESSNER LIŠTIAKOVÁ, I. (Ed.). 2017. *Liečebnopedagogická diagnostika situácie dieťaťa s problémami v správaní*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2017. 179 s. ISBN 978-80-223-4427-2. s. 74-93.
- FILATOVA, R. 2014. *Snoezelen – MSE*. Ostrava: Asociace konceptu Snoezelen. ISBN 978-80-905419-3-1.
- FILATOVA, R., JANKŮ, K. 2010. *Snoezelen*. Ostrava: Asociace konceptu Snoezelen, 2010. ISBN 978-80-260-0115-7.
- FOWLER, S. 2007. *Sensory stimulation: sensory-focused activities for people with physical and multiple disabilities*. London; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2007. ISBN 978-1-84310-455-1.
- FOWLER, S. 2008. *Multisensory rooms and environments: controlled sensory experiences for people with profound and multiple disabilities*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2008. 256 s. ISBN 978-1-84310-455-1.
- FRIEDLOVÁ, K. 2005. Dynamika ošetrovatelství – Bazální stimulace. In *Sestra*, roč. XV, 2005. č. 11. s. 30. ISSN 1210-0404.
- FRIEDLOVÁ, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
- FRIEDLOVÁ, K. 2013. Co přináší aplikace konceptu Bazální stimulace® do přímé péče u poskytovatelů zdravotní péče a sociálních služeb. In *Diagnóza v ošetrovatelství*, roč. IX, 2013. č. 3. s. 2-27. ISSN 1801-1349.
- FRIEDLOVÁ, K. 2015. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy (praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a*

- ve speciálních školách). Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. ISBN 978-80-904668-9-0.
- FRIEDLOVÁ, K. 2016. *Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz Bazální stimulace®*. 17. vydanie. Frýdek-Mýstek: Institut bazální stimulace, 2016. 30 s.
- FRÖHLICH, A. 1998. *Basale Stimulation: das Konzept*. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 1998. ISBN 3-910095-31-3.
- GARDNER, H. 2006. *Multiple intelligences: new horizons*. New York: Basic Books, 2006. ISBN 978-0-7867-2187-0.
- HOCHSTRASSER, U. 2007. Zu früh geboren: Babymassage nach der Methode Nasma Scheibler-Shrestha: Baslam für Körper und Seele. Lenzburg: 2007. [online] dostupné na <http://natur-mensch-tier.ch/link/dokumente/fruegeboren.pdf> [Stiahnuté 2017-06-10].
- HORNÁKOVÁ, M. 2003. Senzomotorický stimulačný program. In *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava: OZ Sociálna práca, 2003. ISBN 80-968927-6-2. s. 80-84.
- KOVÁČOVÁ, B. 2017a. Liečebnopedagogická diagnostika problémového správania detí v ergoterapii. In LESSNER LIŠTIAKOVÁ, I. (Ed.). 2017. *Liečebnopedagogická diagnostika situácie dieťaťa s problémami v správaní*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2017. 179 s. ISBN 978-80-223-4427-2. s. 114-135.
- KOVÁČOVÁ, B. 2017b. Liečebnopedagogická diagnostika prostredníctvom terapie s bábkou pri problémoch v správaní detí. In LESSNER LIŠTIAKOVÁ, I. (Ed.). 2017. *Liečebnopedagogická diagnostika situácie dieťaťa s problémami v správaní*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2017. 179 s. ISBN 978-80-223-4427-2. s. 136-158.
- LESSNER LIŠTIAKOVÁ, I. 2017. Liečebnopedagogická intervencia prostredníctvom multisenzorických prístupov pri problémoch v správaní detí. In LESSNER LIŠTIAKOVÁ, I. (Ed.). 2017. *Liečebnopedagogické intervencie pri poruchách správania detí*. Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislave, 2017. 174 s. ISBN 978-80-223-4454-8. s. 154-173.
- LIŠTIAKOVÁ, I. 2015. Diagnostika dieťaťa z hľadiska senzorických potrieb. In *Pedagogická diagnostika v praxi materskej školy : pomocník pri odhaľovaní osobnostných individualít dieťaťa predškolského veku*. Bratislava: Dr. Josef Raabe, 2015. ISBN 978-80-89182-63-3. s. 1-20.

- LUCKÁ, Z., STRAŠILOVÁ, J. 2011. Snoezelen v domove sociálnych služieb. In KOVÁČOVÁ, B. (Ed.). 2011. *Výchova vs. terapia – hranice, možnosti, riziká*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2011. ISBN 978-80-223-3006-0. s. 38-42.
- MAJZLANOVÁ, K. 2017a. Liečebnopedagogická diagnostika problémového správania detí v biblioterapii. In LESSNER LIŠTIAKOVÁ, I. (Ed.). 2017. *Liečebnopedagogická diagnostika situácie dieťaťa s problémami v správaní*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2017. 179 s. ISBN 978-80-223-4427-2. s. 25-33.
- MAJZLANOVÁ, K. 2017b. Liečebnopedagogická diagnostika problémového správania detí v dramaterapii. In LESSNER LIŠTIAKOVÁ, I. (Ed.). 2017. *Liečebnopedagogická diagnostika situácie dieťaťa s problémami v správaní*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2017. 179 s. ISBN 978-80-223-4427-2. s. 8-24.
- MAREŠ, J. 1998. *Styly učení žáků a studentů*. Praha: Portál, 1998. ISBN 978-80-7178-246-9.
- MERTENS, K. 2006. Snoezelen. In *Brockhaus Encyclopaedia*, roč. 25, 2006. s. 429. [online] Dostupné na <https://snoezelen-professional.com/en/snoezelen-engl/definition-teaching-dvd> [Citované 2017-06-10].
- MITAŠÍKOVÁ, P. 2017. Liečebnopedagogická diagnostika problémového správania detí v terapii hrou. In LESSNER LIŠTIAKOVÁ, I. (Ed.). 2017. *Liečebnopedagogická diagnostika situácie dieťaťa s problémami v správaní*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2017. 179 s. ISBN 978-80-223-4427-2. s. 34-53.
- MKCH-10-SK-2016. Medzinárodná klasifikácia chorôb. 10. revízia. 2016.
- ORIEŠČIKOVÁ, H., HRČOVÁ, J. 2010. *Snoezelen*. Ružomberok: Verbum, 2010. 83 s. ISBN 978-80-8084-642-8.
- PAGLIANO, P. 2012. *The Multisensory Handbook: A guide for children and adults with sensory learning disabilities*. London: Routledge, 2012. ISBN 978-4-415-59754-8.
- PČOLKOVÁ, M. 2012. Starostlivosť o pacientov s poruchou vedomia konceptom bazálnej stimulácie. In CHALUPOVÁ M., IŠTOŇOVÁ, M., JUDIČÁKOVÁ, M. (Eds.). *Súčinnosť podporných profesií pri starostlivosti o pacienta/klienta*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2012. ISBN 978-80-555-0512-1. s.10-17.
- PINČÁKOVÁ, M. 2013. *Edukácia žiaka s ťažkým zdravotným znevýhodnením prostredníctvom bazálnej stimulácie*. Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum, 2013.
- POKORNÁ, V. 2001. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9.

- PONECHALOVÁ, D., LIŠTIAKOVÁ, I. 2010. *Snoezelen pre deti a mladých ľudí s poruchou autistického spektra*. Bratislava: Autistické centrum Andreas. ISBN 978-80-970549-8-4.
- SCHAAF, R. C. 2017. Using Ayres Sensory Integration with Children with Autism. An Evidence-based Approach. Nepublikované prednášky. Viedeň: European Sensory Integration Congress 2017, 2.-3.6.2017.
- SCHAAF, R. C., MAILLOUX, Z. 2015. *Clinician's guide for implementing Ayres Sensory Integration: promoting participation for children with autism*. Bethesda, MD: AOTA Press, The American Occupational Therapy Association, Inc., 2015. ISBN 978-1-56900-365-7.
- SÖCHTING, E., GRABUSCHNIGG, H. 2017. *Sensory integration*. Nepublikované prednášky. Bratislava: 19. 1. 2017.
- ŤULÁK KRČMÁRIKOVÁ, Z. 2017. Liečebnopedagogická diagnostika problémového správania detí v arteterapii. In LESSNER LIŠTIAKOVÁ, I. (Ed.). 2017. *Liečebnopedagogická diagnostika situácie dieťaťa s problémami v správaní*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2017. 179 s. ISBN 978-80-223-4427-2. s. 54-73.