

SOCIÁLNA PREVENČIA

02
2014



INFORMAČNO-VZDELÁVACÍ BULLETIN

VYBRANÉ SOCIÁLNOPATOLOGICKÉ A NEŽIADUCE SOCIÁLNE JAVY

Ako porozumieť iracionálnemu správaniu osôb s návykovými problémami?

Delikvencia mládeže a asociálna porucha osobnosti

Pôsobenie médií na správanie detí a mládeže

Liečba pacienta nadmerne hrajúceho PC hry

Negatívne aspekty kultu tela

Závislosť na druhú





Príhovory

- 3 **PhDr. Ingrid Hupková, PhD.**
zostavovateľka a odborná redaktorka bulletinu
- 3 **MUDr. Darina Sedláková, MPH**
riadiateľka Kancelárie WHO v Slovenskej republike

Príspevky zo zahraničia

- 4 **Ako porozumieť iracionálnemu správaniu osôb s návykovými chorobami?**
MUDr. Karel Nešpor, CSc.
primár oddelenia liečby závislostí – muži, Psychiatrická nemocnica Bohnice, Praha
MUDr. Otto Matanelli
ved. psychiater, Bohnice – režimová liečba AT – muži, znalec Krajského súdu v Prahe – odbor psychiatrie, Česká republika

- 6 **Delikvencia mládeže a asociálna porucha osobnosti**
PhDr. Jiří Němec
psychológ, Vysoká škola finančná a správna, Praha, Česká republika

Teoreticko-informačné príspevky

- 8 **Pôsobenie médií na správanie detí a mládeže**
Doc. MUDr. Igor Škodáček, PhD.
prednosta Kliniky detskej psychiatrie LF UK a DFNSP, Bratislava
- 11 **Liečba pacienta nadmerne hrajúceho PC hry**
MUDr. Jozef Benkovič
psychiater, primár 2. MDZ, Odborný liečebný ústav psychiatrický, n. o., Predná Hora
- 13 **Najúčinnejší je tlak rodiny**
Doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD.
Pedagogická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave
- 15 **Obchodovanie s deťmi ako jedna z foriem obchodovania s ľuďmi**
PhDr. Magdaléna Ondicová, PhD.
Katedra kriminológie Akadémie Policajného zboru v Bratislave

- 17 **Postavenie rómskych žien v rodinách a spoločnosti – (ne)žiaduci sociálnopatologický jav**

PhDr. Ivan Rác, PhD.
Ústav romologických štúdií, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Mgr. Ivana Šusterová
Ústav etnológie Slovenskej akadémie vied, Bratislava

- 19 **Negatívne aspekty kultu tela**
MUDr. Pavel Malovič, PhD., MPH
telovýchovný lekár, Klinika telovýchovného lekárstva, Univerzitná nemocnica, Bratislava-Staré Mesto

- 21 **Niekoľko faktov o fajčení tabaku a podnety pre prevenciu**
PhDr. Ingrid Hupková, PhD.
odborná pracovníčka, manažérka kultúry pre sociálnu prevenciu, NOC Bratislava

Príklady dobrej praxe

- 23 **Inkluzívna škola. Rešpektovanie individuality a rôznorodosti žiakov**
Prof. PhDr. Eva Gajdošová, PhD.
psychologička, fakulta psychológie, Paneurópska vysoká škola, Bratislava

- 25 **Program prevencie šikanovania pre žiakov 1. stupňa základnej školy**
PhDr. Dana Rosová, PhD.
odborná asistentka, Katedra sociálnej práce, FF UPJŠ v Košiciach

- 26 **Ergoterapeut – laik či odborník**
Ing. Slavomír Gál
zástupca riaditeľa ReSocia – resocializačné zariadenie pre závislých od psychoaktívnych látok, Petrovce, okr. Sobrance

Sebaskúsenostné príspevky

- 27 **Závislosť na druhú**
Klientka X, OZ Anabell
- 29 **Ako som sa stal opilcom**
Miroslav X

Vážení čitatelia, milí naši priaznivci,

s potešením možno dnes konštatovať, že periodikum Sociálna prevencia si počas svojej deväťročnej existencie vybudovalo širokú a najmä kvalitnú základňu renomovaných autorov. Práve kvalitné autorské zázemie, širokospektrálne tematické zameranie príspevkov, rámcovaná oblasťou sociálnopatologických a ďalších nežiaducich sociálnych javov, rovnako ako nápadité grafické vyhotovenie každého čísla, robia bulletin čitateľsky nanajvyš atraktívnym. Osobitne si vážim to, že časopis naďalej okrem webového vydania (www.nocka.sk, www.infodrogy.sk) vychádza aj v printovej verzii.

Druhé tohtoročné číslo informačno-vzdelávacieho bulletinu Sociálna prevencia nesie pomerne široký podtitul Vybrané sociálnopatologické a nežiaduce sociálne javy.

Témam ako porozumieť iracionálnemu správaniu osôb s návykovými chorobami či delikvencia mládeže a asociálna porucha osobnosti sa venujú príspevky českých odborníkov. Slovenskí autori sa zaoberajú ďalšími aktuálnymi témami ako pôsobenie médií na správanie detí a mládeže, liečba pacienta nadmerne hrajúceho PC hry a používajúceho internet, tlak rodiny ako motivátor pri nástupe do resocializačného zariadenia, obchodovanie s deťmi ako jedna z foriem obchodovania s ľuďmi. Bulletin obsahuje aj príspevky o postavení rómskych žien v rodinách a spoločnosti ako (ne)žiaducim sociálnopatologickým javom, o negatívnych aspektoch kultu tela či na tému fakty o fajčení a podnety pre prevenciu.

V rubrike príklady dobrej praxe nájdete okrem iného aj príspevky na ďalšie aktuálne témy – inkluzívna škola, program prevencie šikanovania na prvom stupni základnej školy a ergoterapeut – laik či odborník.

Osobné skúsenosti a autentické subjektívne výpovede v rubrike sebakúsenostných príspevkov podčiarkujú závažnosť a mnohostrannú súvzťažnosť problémov sociálnej patológie a nutnosť prevencie.

Na záver mi dovoľte vysloviť presvedčenie, že projekt informačno-vzdelávacieho bulletinu Sociálna prevencia, ojedinelého periodika pre sociálnu prevenciu v Slovenskej republike, bude aj v roku 2015, keď dovŕši desaťročnicu, naďalej podnetným a hodnotným čítaním..



PhDr. Ingrid Hupková, PhD.
odborná redaktorka a zostavovateľka

Vážené čitatelky, vážení čitatelia,

zasa sa mi potvrdilo, že stále treba mať otvorené oči a nastražené uši, lebo nikdy neviete, kedy sa vám ponúkne niečo zaujímavé a poučné. Stalo sa mi to nedávno, keď som sa zúčastnila na seminári o Národnom akčnom pláne pre problémy s alkoholom a pani Ingrid Hupková mi ukázala najnovšie číslo časopisu Sociálna prevencia, pripravené do tlače.

Časopis Sociálna prevencia je obsahom ponúkaných tém na slovenskom časopiseckom trhu výnimočný. Sociálnopatologické a nežiaduce sociálne javy zasahujú nielen život jednotlivca a jeho bezprostredné okolie, ale majú celospoločenský dosah, vyžadujúci celospoločenské intervencie a riešenia. Časopis je preto určený priamo zainteresovaným odborníkom, ale čerpať z neho pre svoju prácu môžu rôzni sociálni, školskí a zdravotnícki pracovníci, ktorí by mali vedieť rozpoznať napríklad iracionálne správanie alebo asociálnu poruchu osobnosti, ale zároveň vedieť rešpektovať individualitu a rôznorodosť. Mali by mať základné poznatky o faktoroch a determinantoch, ktoré sú spúšťačmi rizikového správania detí a mládeže, a o tom, akú úlohu v nich zohráva rodinné alebo školské prostredie. Veľmi významná je analýza vplyvu médií, ktoré môžu formovať postoje a správanie neželaným smerom. Časopis je obohatený o sebakúsenostné príbehy, čo mu dáva punc autenticity a vierohodnosti.

V časopise je viacero článkov úzko súvisiacich s aktivitami, ktoré realizuje Kancelária WHO na Slovensku. Ich prečítaním som nielen obohatila svoje vedomosti, ale zistila som, kto by mohli byť naši ďalší partneri, aby sme vo svojom úsilí spojili sily a dosiahli výraznejší úspech.

V duchu uvedeného ďakujem veľmi pekne Národnému osvetovému centru a občianskemu združeniu Prečo som na svete rád/rada, že napriek mnohým úskaliam už deväť rokov plnia očakávania svojich čitateľov a prostredníctvom časopisu Sociálna prevencia informujú, vzdelávajú, inšpirujú a spájajú ľudí, ktorým záleží na živote.



MUDr. Darina Sedláčková, MPH,
riaditeľka Kancelárie WHO na Slovensku

Ako porozumieť iracionálnemu správaniu osôb s návykovými chorobami?

MUDr. Karel Nešpor, CSc., primár oddelenia liečby závislostí – muži, Psychiatrická nemocnica Bohnice, Praha

MUDr. Otto Matanelli, ved. psychiater, Bohnice – režimová liečba AT – muži, znalec Krajského súdu v Prahe – odbor psychiatrie, Česká republika

Príklady z praxe

* Mladší muž, závislý od pervitínu, sa intoxikoval drogou, vlámal sa do cudzieho bytu a tam zaspal. Prekvapení majiteľa bytu zavolali políciu a dotyčný bol stíhaný pre vlámanie.

* Patologický hráč svojvoľne ukončil ambulantné liečenie a našiel si prácu v zmenárni. Urobil to napriek tomu, že bol varovaný pred zamestnaniami, v ktorých by prichádzal do styku s peniazmi. Dotyčný sa potom dopustil sprenevery.

* Vysokoškolsky vzdelaný učiteľ pod vplyvom alkoholu sa opakovane telefonicky vyhrožoval bývalej priateľke. Bol stíhaný pre stalking („nebezpečné prenasledovanie“).

Prehľad faktorov, ktoré u jedinca s návykovou chorobou zhoršujú správne rozhodovanie

Intoxikácia látkou

Záleží na charaktere látky a jej hladine v krvi. Rozhodovanie, sústredenie a reakčný čas sa zhoršujú pod vplyvom tlmivých látok. Stimulancia zvyšujú úroveň bdlosti a niekedy sa preto používajú ako doping pri športe alebo v práci. Ľudia si však neuvedomujú ich tri základné riziká. Prvým je preceňovanie schopností, impulzivita, neúčelné konanie a poruchy myslenia. V doprave sa to prejavuje agresivitou pri jazde. Niekedy sa objavuje i paranoidita a snaha ujsť domnelým prenasledovateľom. Istý muž strávil pod vplyvom pervitínu väčšiu časť noci prehrávaním jednej popolnice. Ďalší deň sa čudoval, čo priniesol domov. Druhým problémom je útlm po odznení účinkov povzbudzujúcej látky. To so sebou nesie riziká napríklad opäť v doprave (mikrospánok). Môže k tomu dôjsť i po relatívne slabej droge, akou je kofeín. Tretím problémom býva v prípade pervitínu alebo kokaínu rýchly rozvoj závislosti a súvisiace problémy.

Zvláštnu úlohu tu zaujíma alkohol. Ten pôsobí v mozgu na opiatové receptory, GABA receptory, ale aj na dopamín a glutamát. Môže teda znižovať bdlosť, ale taktiež, podobne ako pervitín, viesť k unáhlenosti a impulzívnemu správaniu. V tejto súvislosti dodávame, že ku dvom z troch prípadov domáceho násillia došlo v Česku, keď boli páchatel' alebo jeho obeť pod vplyvom alkoholu. Alkohol sa podstatným spôsobom podieľa aj na inej násilnej trestnej činnosti.

Možnosti prevencie: Je to abstinencia. To sa týka zvlášť jedincov, ktorí sú pod vplyvom určitej látky agresívni alebo sú od nej závislí.

Stav po intoxikácii alkoholom alebo podobný stav po odznení účinkov drog (slangovo „dojazd“)

Napríklad po alkohole sa objavujú bolesti hlavy, hnačky, nechutenstvo, tras, únava, nevolnosť. Klesá výkonnosť, zhoršuje sa úsudok a je aj vyššie riziko úrazov. Objavujú sa tiež depresie, úzkosti, podráždenosť. Niektorí ľudia sa snažia zmierniť „dojazdy“ zneužitím inej návykovej látky. To potom ešte zvyšuje zdravotné riziká vrátane nebezpečenstva úrazov.

Možnosti prevencie: V prípade alkoholu pomáha doplniť šetrne tekutiny, minerály, glycidy (napríklad ľahko stráviteľná netučná polievka), odpočinok a vitamíny skupiny B. Ešte omnoho dôležitejšie je odložiť vážne rozhodnutia a po opitosti sa vyhnúť rizikovým činnostiam, ako napríklad riadeniu auta alebo práci so strojmi.

Odvykací stav

Odvykacie stavy po psychoaktívnych látkach prebiehajú niekedy dramaticky a objavuje sa pri nich extrémne silné baženie (craving), o ktorom sa zmieňujeme ďalej. Duševná výkonnosť je preto prenikavo zhoršená.

Možnosti prevencie: Odvykacie stavy treba riadne liečiť a na ich zvládnutie by mala nadväzovať komplexná liečba závislosti.

Baženie (craving)

Ide o intenzívne pudenie, často až nutkavého charakteru. V priebehu baženia sa zužuje vedomie a pozornosť sa úzko zameriava na príslušnú látku a na to, čo s ňou súvisí. Pamäť, sústredenie a úsudok sú podstatne oslabené. To možno ilustrovať na príklade z praxe. Mladší muž, závislý od pervitínu, silne bažil po droge. Vybral sa do obchodného domu krátko pred zatváracou hodinou. Bolo tam poloprázdné. Pôsobil nápadne, a preto ho opodiaľ sledovala ochranka. Normálne by mu bolo jasné, že sa krádež nemôže podariť. Napriek tomu sa o ňu pokúsil a okamžite ho chytili.

Možnosti prevencie: Najlepšie komplexná liečba závislosti od príslušnej látky.

Zmeny motivácie

Motivácia pri neliečenej návykovej chorobe prechádza zo štádia odmietania triezvosti do štádia váhania, rozhodnutia pre triezvosť, konania, udržiavania, recidívy a späť to štádia odmietania. Ten istý jedinec sa preto správa v rôznych štádiách odlišne a protireči si.





Možnosti prevencie: Motivačnému štádiu býva vhodné prispôsobiť psychotherapeutický prístup, viacej pozri literatúra na ďalšie štúdium.

Faktory týkajúce sa životného štýlu

Duševnú výkonnosť podstatne zhoršuje rozvrat minerálneho hospodárstva a dehydratácie. Alkohol pôsobí močopudne a tlmí sekreciu antidiuretického hormónu. Rad závislých od alkoholu sa preto dostáva do liečby dehydratovaných a s nízkou hladinou draslíka. K ťažkej dehydratácii dochádza aj pri intoxikáciách MDNA. Nepriaznivo pôsobí aj nepravidelnosť v jedle, preťažovanie alebo naopak nuda a zlá organizácia času. Dalším faktorom je nedostatok spánku. Podotýkame, že alkohol narušuje REM fázu spánku. Človek, ktorý spí pod vplyvom alkoholu, sa nachádza skôr v narkóze než v spánku.

Možnosti prevencie: Opäť najlepšie abstinencia a komplexná liečba závislosti.

Faktory týkajúce sa zdravotného stavu

Psychoaktívne látky vyvolávajú alebo zhoršujú rad ochorení. Napríklad u ľudí liečených antidiabetikami môže dôjsť vplyvom alkoholu k poklesu krvného cukru a stavu bezvedomia. Pri intoxikácii alkoholom a inými drogami často dochádza k úrazom. Zvlášť nebezpečné sú úrazy hlavy. Tie zhoršujú kognitívne funkcie samy osebe. Ľudia závislí od psychoaktívnych látok okrem toho často zanedbajú lekársku starostlivosť, čo zhoršuje rad ochorení a premieta sa aj do ich duševnej výkonnosti.

Možnosti prevencie: Chorých treba pred účinkami alkoholu a iných drog varovať a ponúkať im lepšie alternatívy.

Stres a negatívne emócie súvisiace so záťažovými udalosťami

Návykové choroby vrátane patologického hráčstva spôsobujú rad problémov v oblasti medziľudských vzťahov aj v existenčnej oblasti. Objavujú sa tiež problémy so zákonom, silná zadlženosť, exekúcie, rozvody atď. Stres a s ním súvisiace negatívne emócie znemožňujú závislým komunikáciu a zhoršujú ich schopnosť zvládať spomínané problémy.

Možnosti prevencie: Mnohí závislí by krátko po začatí liečby chceli okamžite vyriešiť všetky nahromadené problémy. To nie je možné. Odporúčame sústrediť sa predovšetkým na liečbu a udržanie triezvosti a problémy riešiť postupne. Stres možno mierniť aj za pomoci relaxačných techník, jogy a psychoterapie.

Zmeny mozgu, ku ktorým dochádza u závislých pri abstinencii

Abstinencia vedie u závislých k zvýšeniu objemu mozgového tkaniva. To je dané vznikom nových spojení medzi mozgovými bunkami (po anglicky rewiring). Navyše dochádza k vzniku nových mozgových buniek. To sa deje aj za normálnych okolností okrem iného v hipokampe, čo je časť mozgu, dôležitá pre pamäť.

Záver

Začali sme príkladmi z praxe a príkladom z praxe naše uvažovanie aj zakončíme. Pred rokmi bola do nášho zariadenia prijatá právnička. Podľa psychologického vyšetrenia pred prijatím sa jej intelekt pohyboval v pásme debilít. Išlo o alkoholovú demenciu. Po nejakom čase liečby sme psychologické vyšetrenia zopakovali. Vyšlo nám, že intelekt má nadpriemerný, čo zodpovedalo jej vzdelaniu. Prečo došlo k takému veľkému zlepšeniu, vyplýva z uvedeného. V priebehu vyšetrenia v ambulancii mohla byť táto žena pod vplyvom alkoholu, po opitosti, mohla silne bažiť po droge, mať odvykacie ťažkosti a mohla byť nevyspatá a dehydratovaná. Triezvosť niekedy robí veľké divy.

NA ĎALŠIE ŠTÚDIUM

Nešpor K. Neurogeneze (vznik nových mozgových buniek) v dospelosti. Volne na www.drnespor.eu

Nešpor K. Návykové chováni a závislosť, 4. aktualizované vydání. Praha: Portál 2011; 176.

Na www.drnespor.eu sú volne na stiahnutie svojpomocné materiály pre ľudí s rôznymi návykovými chorobami.



Delikvencia mládeže a asociálna porucha osobnosti

PhDr. Jiří Němec, Vysoká škola finančná a správná Praha, Česká republika

Problematiku násilia, drog, kriminality či rasizmu je nutné posudzovať v kontexte existujúcej politickej, ekonomickej a sociálno-kultúrnej reality. Širšie spoločenské súvislosti totiž významne ovplyvňujú vývoj človeka od najranejšieho veku, a to ako priamo, tak aj sprostredkovane. Spoločensko-historická situácia a s ňou súvisiaca širšia spoločenská determinácia silno ovplyvňujú hodnoty, postoje, motiváciu a podmienky na rozvoj osobnosti detí a mládeže.

Významným činiteľom pri formovaní osobnosti mladého človeka je rodina. Tá je však závislá od širšieho spoločenského prostredia. Významnú rolu tu zohráva aj príslušnosť k sociálnym skupinám. Niektoré vzbudzujú sympatie, rodina i dieťa dostávajú podporu vplyvných ľudí, iné môžu byť hendikepom. Tento fakt je pre rozvoj osobnosti mladého človeka dôležitý, lebo v reálnom živote spravidla nebýva zvykom, že mladý jedinec je posudzovaný na základe jeho individuálnych vlastností a schopností. Napriek tomu nemožno spochybňovať zásadný vplyv rodiny na formovanie osobnosti dieťaťa. Pokiaľ rodičia vo svojich rolách zlyhávajú, dieťa býva frustrované, dezorientované v medziludských vzťahoch, prežíva nedôveru v seba, vo svoje vlastné schopnosti a možnosti. Nevie čeliť sklamaniam, odmieta prijímať zodpovednosť za svoje rozhodnutia a konanie. Vytvára si svoj vlastný svet s asociálnym systémom hodnôt. Odtiaľ je len krôčik k protispoločenskému a delikventnému správaniu.

Skúmanie osobnosti mladistvých páchatelov trestných činov býva nesmierne ťažké, lebo je podmieňované radom vzájomne pôsobiacich príčin a zároveň aj limitované celistvosťou a systémovosťou psychických funkcií a vlastností. V tejto súvislosti je potrebné hľadať odpovede na otázku, či sa mladiství delikventi vyznačujú určitým

komplexom psychických zvláštností osobnosti, ktorý by bol pre nich charakteristický a zároveň i odlišný od jedincov, ktorí sa nedostávajú do konfliktu so zákonom. Pochopiť správanie mladistvých previnilcov predpokladá objasniť ich motívy, potreby a snahy, v dôsledku ktorých môže dochádzať k porušovaniu zákonných noriem. Aj keď v genéze delikventného správania majú rozhodujúci vplyv faktory sociálnej povahy, nemožno z kriminogénnych komponentov vylučovať faktory biologické. Ich vplyv na správanie a rozhodovanie človeka však možno posudzovať zásadne v kontexte zrenia a individuálneho rozvoja osobnosti každého jedinca.

Pri skúmaní osobnosti mladistvých delikventov sa kriminologická psychológia zaujíma o dve základné oblasti. Prvá je orientovaná na to, ako jedinec dospieva k pripravenosti konať delikventným spôsobom, teda aké duševné pochody a vlastnosti podporujú výskyt trestnej činnosti, udržiujú ju v chode a vtlačujú jej konkrétnu tvár. Druhá sa zameriava na to, či sa páchatelia trestných činov vyznačujú určitými psychickými zvláštnosťami, ktoré ich odlišujú od jedincov nedopúšťajúcich sa trestnej činnosti. Z tohto hľadiska bývajú formulované dva prístupy k štúdiu osobnosti delikventných osôb. Prvý sa zameriava na opis a výklad duševného diania, ktoré prebieha v osobnosti páchatela v súvislosti s trestnou činnosťou, teda pred, v priebehu a po spáchaní trestného činu. Druhý sa zaoberá predovšetkým typologickými koncepciami.

Zdá sa, že predstava o absolútnej, zásadnej a trvalej odlišnosti osobnosti delikventných jedincov od nekriminálnej väčšiny je prekonaným mýtom. Doteraz sa nepodarilo zistiť nápadné zmeny štruktúry a dynamiky osobnosti, ktoré by boli charakteristické výlučne pre osobnosť delikventných jedincov.





V súčasnosti sa skúmanie delikventných osôb zameriava predovšetkým na opis osobnosti páchatelov a ich vnútornú diferenciaciu na určité typy. Teda namiesto otázky, ako sa líši páchatel od nekriminálnej osobnosti, býva v centre pozornosti otázka, ako sa líšia páchatelia medzi sebou navzájom.

Delikventné správanie často súvisí s asociálnou poruchou osobnosti, ktorá vykazuje zreteľnú nerovnováhu medzi správaním jedinca a spoločenskými normami, pričom táto nerovnováha býva často podporovaná výraznými a dlhšie trvajúcimi problémami v interpersonalných vzťahoch. Z tohto pohľadu možno rozlišovať asociálne a antisociálne prejavy správania. Asociálne správanie býva opisované ako nespooločenské, s mravnými prehrškami. Nedosahuje však úroveň ničenia hodnôt. Pre antisociálne správanie je charakteristické porušovanie právnych noriem, sprevádzané prejavmi, ktoré vymedzujú asociálnu poruchu osobnosti. Tu je dôležité pripomenúť, že antisociálne správanie nemôže byť spájané s ťažkou mentálnou retardáciou, schizofréniou ani s manickými epizódami.

Je známe, a mnohé výskumy to potvrdili, že väčšinu detí a mladistvých s asociálnou poruchou osobnosti v dôsledku vrodenej fyziologickej abnormality a najmä v dôsledku zníženej schopnosti anticipovať trest, rodičia odmietajú. Z týchto detí potom nezriedka vyrastajú slabo socializovaní, sociálne nevyzretí jedinci, ktorí zlyhávajú v učení sa vnímať a oceňovať emočnú blízkosť. Za týchto okolností býva spravidla len otázkou času, kedy sa dopustia protispoločenského, delikventného správania.

Správanie, ktorým sa porušujú práva druhých ľudí, býva charakterizované ako asociálna porucha osobnosti. Prejavuje sa v zlyhávaní schopnosti stať sa nezávislým a sebestačným človekom, ktorý má svoj život pod kontrolou. Niektoré teórie v tejto súvislosti poukazujú na zníženú schopnosť hrať roly. Títo jedinci často nerozumejú sami sebe, strácajú schopnosť sebakontroly. Nedokážu adekvátne anticipovať reakcie druhých. Majú problémy s efektívnou orientáciou v medziludských vzťahoch, často nechápu význam morálnych a sociálnych pravidiel, mnohokrát ani právnych noriem. Dôsledkom neraz býva ich nespoľahlivosť a v určitej miere i zvýšená impulzivita.

Ich jedinou nádejou môže byť pravdepodobne škola. Lepšie povedané, osobnostne vyzretý a odborne erudovaný pedagóg či psychológ, motivovaný snahou pomôcť svojim žiakom. Pedagóg, ktorý je ochotný im načúvať, ktorý si dokáže získať ich dôveru. Človek, ktorý ich naučí vážiť si samých seba, uvedomíť si svoju hodnotu,

ktorý ich naučí odolávať rôznym formám závislostí a sebadeštrukcie. Nie je to však vôbec jednoduché. V tomto kontexte považujem za dôležité zmieniť sa o tom, že etiológia asociálnej osobnostnej poruchy predstavuje proces, ktorý sa začína zníženým záujmom o negatívne následky aktuálneho správania. Jedinci s touto poruchou sa takmer výlučne koncentrujú na získanie spevnenia neadekvátnych reakcií, a to bez ohľadu na dôsledky svojho správania. Tieto spevnenia bývajú vyvolané vždy prítomnou potrebou stimulácie. Sú posilňované tým, že naplňajú okamžitú potrebu. Dlhodobejšie ciele a plány jedinci s asociálnou poruchou osobnosti ignorujú. Ich zameranosť je orientovaná predovšetkým na to, ako môže sociálne okolie napomáhať uspokojenie ich potrieb. V centre pozornosti majú len svoje záujmy. Pokiaľ niekomu ublížia, spravidla neprežívajú pocit provinenia. Vinu za svoje zlyhania prenášajú obyčajne na druhých, čím sa subjektívne utvrdzujú v tom, že vplyvy sociálneho okolia sú nepredvídateľné, a teda ich nemôžu ovplyvniť. Zodpovednosť za všetko, čo sa deje, teda i za ich životné neúspechy, nesú podľa nich tí druhí.

Najst' účinný spôsob komunikácie s jedincami s asociálnou poruchou osobnosti je aj pre odborníka dosť náročný. Pre s ploštenú emocionalitu často zlyhávajú postupy kladnej stimulácie, apelácie na morálne hodnoty, svedomie, pocity viny a pod. Z tohto pohľadu je nutné často rozmotávať kľbká najrôznejších konfliktov, výčítiek a iracionálnych motívov. Veď delikventné správanie neraz býva dôsledkom nevyriešených problémov najčastejšie v rodine. Dôsledkom frustrovanej potreby uznania i častého odmietania blízkym sociálnym okolím.

Na záver sa ponúka celý rad otázok. Napríklad:

- Ako reagovať na dieťa správajúce sa neadekvátne v situáciách, v ktorých bývajú uplatňované bežné tresty?
- Ako pristupovať k jedincom, ktorí majú zníženú schopnosť predvídať dôsledky svojho správania?
- Ako pôsobiť na mladistvého jedinca, ktorý odoláva trestu, len aby uspokojil svoju potrebu?

K prípadným formuláciám odpovedí na uvedené otázky si dovoľím ešte jednu poznámku. Reakcia mladistvého delikventa v konkrétnej situácii často nesúvisí len s jeho asociálnymi sklonmi, ale nezriedka i so správaním poškodeného jedinca, ktoré ovplyvňuje intenzitu konfliktu. Táto intenzita veľmi často určuje aj následky delikventného správania v zmysle jeho spoločenskej nebezpečnosti.

Pôsobenie médií na správanie detí a mládeže

Doc. MUDr. Igor Škodáček, PhD., prednosta Kliniky detskej psychiatrie LF UK a DFNSP, Bratislava

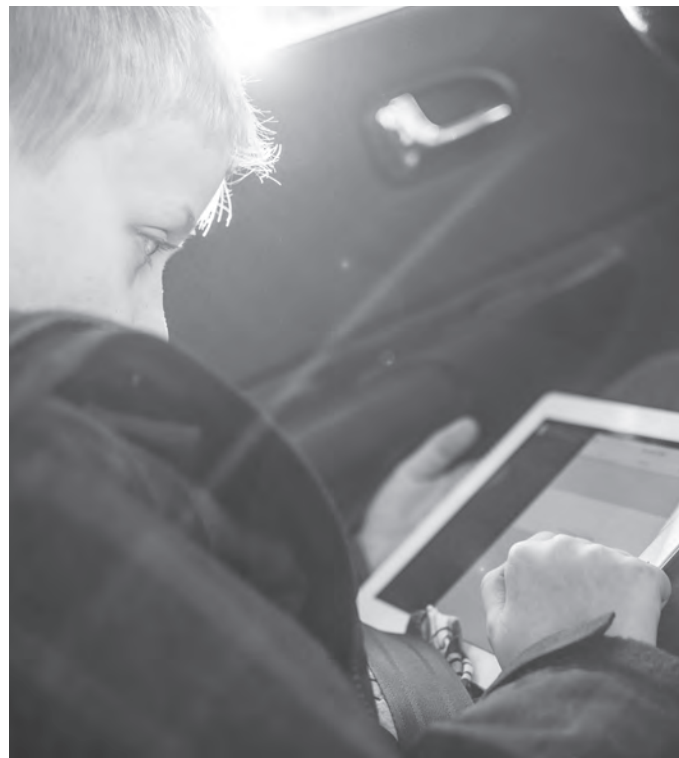
Atmosféru národa vytvára bazálne kultúra, ktorej zásluhou si dané spoločenstvo ľudí udržuje identitu. Ľudské správanie vyplýva z prirodzenosti vývoja kultúry. Cez ňu sa modifikuje úspešnosť a prežitie jedincov, skupín, nielen prirodzenou evolúciou génov. Počas dejín rôzne rozvinuté spoločnosti kultúrou ovplyvňujú, ktoré gény budú uprednostnené prirodzeným výberom.

Podľa Darwina všetky druhy, vrátane človeka, sú populáciami organizmov, ktoré v sebe nesú rôznorodý súbor dedičných informácií (genofond). Každodenné udalosti menia súbor informácií a spôsobujú, že niektoré znaky zostanú a šíria sa, kým iné vymiznú. Ľudské mozgy sa vytvorili prirodzeným výberom, aby sa, okrem iných funkcií, učili a osvojili si kultúru. Od čias pleistocénu evolúcia kultúry z vtedajšej úrovne (napríklad ciele použitia nástrojov) ovplyvnila našu vrodenu psychiku práve tak, ako psychika ovplyvnila kultúru.

Evolúcia uprednostňuje kultúrne spôsoby myslenia, pomocou ktorých ľudia ochotnejšie napodobňujú uznávanjšie osoby, i keď ich to môže viesť k maladaptívnemu správaniu. Na druhej strane psychické mechanizmy umožnia vznik dôležitých vzorcov správania, ako je napríklad symbolické označenie sociálnych skupín (strany, združenia), alebo uplatnenie altruistického konania, ktoré napomáha žitiu a prežitiu, vyjadrené v rôznych religiozitách (Richerson, Boyd, 2012).

V súčasnom svete je po strate viery kultúra najmä kultúrou mladých, ktorá je rozširovaná médiami. Podľa profesora Scrutona ide o celosvetovú moc, tvoriacu lingua franca moderných adolescentov, napríklad na televíznej stanici MTV (Scruton, 2002). Tento typ kultúry vyradil z platnosti estetický objekt. Pri nedostatku zdieľanej kultúry žijeme vo svete divných predstáv, meniacich sa kultov, nezakotvenosti v seba a nepocítovania altruizmu k okoliu.

Vyúsťuje to do prežívania úzkosti. Nepochybne k tomu prispievajú aj masovokomunikačné prostriedky. Masmédiá, popri rodine a škole, sú jedným z najvýznamnejších činiteľov, ktoré formujú morálno-kultúrny systém spoločnosti.



Z prieskumu Vančíkovej a kol. (2012) vyplýva, že každé dieťa vo veku do 15 rokov na Slovensku má prístup k počítaču a využíva ho prevažne na zábavu a komunikáciu s ostatnými. Médiá však v sebe majú aj potenciál negatívneho vplyvu na deti. Medzi najzávažnejšie patrí nelátková návyková závislosť, keď sa nedospelý obsedantne viaže k internetu a sociálnym sieťam, chatu, mobilu, ako aj nadmernému sledovaniu televízie. Patologický vzťah k internetu a počítačom spĺňa diagnostické kritériá látkovej i nelátkovej závislosti (Hupková, 2010). Napriek zjavným škodlivým následkom viac ako tri štvrtiny Európanov využívajú sociálne siete (Velichová, 2012), ktorých počet sa do roku 2012 zdvojnásobil. V komunitnom webe sa spoločné projekty, ako sú Facebook, Skype a podobne, stávajú pre deti a mládež občianskou spoločnosťou. Tento spôsob komunikácie je najjednoduchším spôsobom udržiavania kontaktov, kamarátsstva a slúži ako náhrada sociálnych väzieb. Nevzniká len závislosť, ale dochádza aj k strate súkromia. Najväčšie nebezpečenstvo internetu predstavujú webové stránky s pornografickou tematikou.

Za najúčinnjší spôsob riešenia konfliktov sa považuje násilie. Nedospelý je dezorientovaný v oblasti etických noriem a hodnôt. U súčasnej mládeže sa zo zábavy alebo nudy pod vplyvom vrstovníkov rozvíja záľuba v počítačových hrách, čo často prerastá do patologického hráčstva. Nedospelí tak spĺňajú charakteristiky obsedantne kompulzívneho konania, často depresívneho syndrómu, spojeného s agresiou a klamaním. Kradnú a požičávajú si peniaze a strácajú záujem o štúdium.

Kyberšikanovanie predstavuje zneužívanie mobilných telefónov a internetu (e-mail, blogy) na posielanie agresívnych a dehonestujúcich správ.

Televízne vysielanie a internet nespore rozširujú svet poznania, ale aj svet problémov. Sledovanie agresívnych scén sa nezriedka stáva spúšťačom deviantného správania. Dieťa stráca kontrolu nad agresívnymi pudmi, rozvíja sa hypoprosexia, vzniká mravná otupenosť, neskôr až znaky moral insanity.

Predovšetkým americkí psychológovia, psychiatri, vychovávatelia a sociálni pracovníci považujú za znepokojujúce, že veľa detí strávi pri televízii denne 2 až 3 hodiny aj viac. Nadmerné sledovanie televízie psychicky formuje detský mozog (Juan, 2002). Veria tomu, čo vidia v televízii, nerozlišujú medzi zábavou a reklamou. Pre deti sú zvlášť nebezpečné napínavé a strašidelné filmy. Deti sledujú televíziu so silným citovým prežívaním a môže u nich dôjsť k zníženiu sebakontroly, majú emocionálnu skúsenosť strachu. Môžu spĺňať dokonca kritériá sociálnej úzkostnej poruchy, ak abnormálna úzkosť vzniká pred 6 rokom (Drtilková, 2001). Albert Bandura (1983) tvrdí, že násilie v televíznom vysielaní vnáša agresívne správanie do spoločnosti. Vytvára modely agresívneho správania, ktoré dieťa nemôže mať z vlastnej skúsenosti, a redukuje zábrany proti použitiu agresívneho konania. Televízia neučí agresivite, ale posilňuje existujúce predispozície pre alebo proti agresivite.

Deti absorbujú aj časť dobra, ktoré vidia v televízii. Sledujú však veľa komerčných televízií a malé deti pred 8 rokom nerozlišujú medzi programom a komerčným vysielaním. S pribúdajúcim vekom sa mladiství začínajú pozerat' na relácie v hlavnom vysielacom čase. Posilňuje sa predstavivosť toho, v čo sami veria, unikajú z náročných životných situácií a identifikujú sa s imaginárnym svetom svojich hrdinov.

Internet vytvoril obrovské možnosti komunikácie medzi ľuďmi, ale na druhej strane má preukázateľný potenciál narušiť ich osobné vzťahy. Ešte v roku 1998 pracovníci Carnegie Mellon University (Liebowitz a spol., 2001) zistili, že ľudia, ktorí strávili denne na internete niekoľko hodín, zažívali vo zvýšenej miere pocity smútku, osamelosti a úzkosti. Čím viac úzkosti cítíme, tým viac vyhľadávame zábavu, a čím viac zábavy máme, tým viac cítime úzkosť. Zdá sa, že cestou, ako uniknúť tomuto začarovanému kruhu, je získavanie nových informácií, aby sa veľa ujasnilo. Ale človek zahľtený informáciami nevie, čo si má s nimi počať, a následkom toho je anxieta a depresia.



Vplyv médií na funkcie mozgu a psychiku

Médiá sú prejavom kultúry a najmä od čias Gutenberga vplývajú ako informačné nosiče na jemne prepracovanú sieť mozgových funkcií, ovplyvňujúc plasticitu hlavne vyvíjajúceho sa mozgu. Médiá sa postupne vyvinuli od tlačenej slova až po úroveň internetu a ovplyvňujú psychiku miliónov, nielen najbližšieho okruhu ľudí, ale celé spoločenské vrstvy a štáty. Komplexne v rôznej forme – zvukovej, vizuálnej aj čuchovej na rôznych nosičoch – pôsobia na nedospelú časť spoločnosti v podobe uvedomených a neuvedomených stôp. Čím je niekto mladší, tým má menej rozvinuté spojenia s oblasťami mozgu najmä pre logické myslenie, závery, plánovanie.

Mladí ľudia ľahko podľahnú citovo prifarbeným názorom. Okrem dedičnosti tu zohrávajú úlohu kultúrne faktory, vyjadrené vplyvom rodiny, výchovy, zásadných životných udalostí, čítania kníh, sledovania elektronických médií, ktoré rozhodnú, či sa u jedinca vyvinie úzkosť, alebo depresívny stav. Týmto spôsobom sa ľahko s nimi manipuluje. Úzkosť a depresia vychádzajú pravdepodobne z rovnakého základu. Simplifikovane sa dá vyjadriť, že ich spúšťačom je prefrontálny kortex, ktorý spracováva informácie zo zmyslových vnemov, amygdala (mandľové jadro) je alarm hlásiaci nebezpečenstvo a hippocampus (závit podobný morskému koníkovi) je dôležitý pre pamäť.

Vplyv obsahu médií na správanie nedospelých

Nedospelí sa pod vplyvom médií ľahko odpútajú do denného snenia, uletia do svojich predstáv, v ktorých sa vyžívajú a prekonávajú svoje neistoty, úzkosti. U úzkostných jedincov je vyššie riziko depresii ako vo zvyšku populácie. Depresívni jedinci môžu prežívať úzkostné stavy. Pre obidva stavy je spoločná silná emočná sklúčenosť. Ak podľahnú antisociálnym názorom silnejších alebo starších jedincov

či vnímaniu predpojatých médií, prekonávajú tieto stavy aroganciou, výsmechom, podceňovaním iných alebo agresiou.

Médiá majú možnosť upevňovať primerané správanie, ale aj sklony k agresivite, napríklad u detí s hyperkinetickými poruchami. Médiá však vplyvom, ktorý je veku neprimeraný, môžu vyvolať v nedospelom aj iné patické odchýlky. U detí sa rozvinú reaktívne stavy, napríklad anxiózne, depresívne, alebo dostávajú podnet na impulzívne konanie, napríklad suicídium.

Kotásková (1984) uvádza, že vystavenie dieťaťa agresívnemu, antisociálnemu a inak deviantnému sociálnemu modelu má zákonite značne negatívny vplyv na utváranie sociálnych a morálnych kvalít osobnosti dieťaťa. Pôsobenie hlavne audiovizuálnych diel svojou konštrukciou (ako je napríklad fantasy) môže ešte viac vplyvať na jedincov s nábehom na psychické poruchy. U psychicky tangovaného jedinca môžu vyprovokovať halucinácie, úzkosti, tenzie, bludy. Tým je možné vysvetliť neprimerané prejavy konania dieťaťa, ako sú útek, agresia, plač, krik, strach, poruchy vedomia, nočné desy, pomočenie a podobne, ktoré si vyžadujú okamžitú psychiatrickú pomoc. Inadekvátne obsahy rôznych médií – od optických po auditívne (napríklad hudba Kurta Cobaina) – u predisponovaných nedospelých vyvolávajú anxiétu. V detskom veku sa úzkosť prejavuje v podobe hypochondrických predstáv, obsesiami a kompulziami, poruchami reaktívnej príchylnosti, strachmi z objektov, ako aj stavmi zlosti – temper tantrum, poruchami spánku, posttraumatickou stresovou poruchou, fóbiami a úzkostnými poruchami. Panická porucha sa najčastejšie vyskytuje u adolescentov.

Surové obsahy médií uvoľnia delikventné správanie predovšetkým u rozvíjajúcej sa agresívnej a nesocializovanej osobnosti. U nich sa pravdepodobnejšie prejaví neblahý vplyv čítania hororov, ako aj katastrofických dejov, agresívnych vyobrazení, znásilnení, drzostí prezentovaných niektorými médiami. Technicky to nie je vina médií. Vždy sa budú vyrábať filmy, hrať divadlo, písať knihy, rozprávať deje s hororovým, lascívnym či pornografickým obsahom. Skôr ide o nedostatky vo

vývine svedomia rodičov, ktoré sa prejavia v ich správaní a dieťaťu predstavujú model, s ktorým sa identifikuje. Ide o zrejmy defekt kultúry správania, ktorý pôsobí na psychiku a správanie nedospelého.

Možnosti riešenia

Kultúrne negatívne zážitky sa špecificky fixujú z pohľadu sebazáchovy. Jedinci žijú v strehu, anxiety, čo pri dlhom trvaní prejde do exhauscie, depresívneho stavu či útočnosti. Naše schopnosti napodobniť idey ostatných umožňujú síce rýchle prispôbenie, ale umožňujú aj preberanie patologických kultúrnych maladaptácií. Našťastie sa vytvárajú ďalšie prepojenia neurocytov mozgu s uchovaním provitálnych informácií, zvlášť pri pružnom a rýchlom vývoji mozgu nedospelých. Psychika má množstvo vyvážených mechanizmov odmietania škodlivých ideí a podpory výhodných zámerov na zlepšenie zdatnosti ľudí. Prírodný výber pôsobiaci na kultúru je ultimátnou príčinou ľudského správania, rovnako ako prírodný výber pôsobiaci na gény (Richerson, Boyd, 2012).

Profesionálne zodpovední pracovníci médií vedia, že pracujú s informáciami, ktoré môžu byť nebezpečným materiálom pre psychiku detí. Preto citovo a rozumovo vyrovnaní prevádzkovatelia mediálnych štruktúr, tvorcovia programov a vôbec pracovníci v kultúre naplňujú svoje produkcie, diela pre deti a mládež v intencích dobra, tolerancie, empatie a étosu. Nevyklučuje to multikulturálnosť a rôznorodosť produkovaných výtvorov, ktoré sú neustále chrlené na psychiku konzumentov.

Nekontrolovateľnosť produkcie diel s lascívnymi, morbídnymi obsahmi je možné usmerniť technickými a legislatívnymi úpravami, aby nepôsobili na jemnú psychiku detí. V oblasti primárnej prevencie by rodičia mali kontrolovať, aké stránky deti na internete navštevujú. Majú upozorňovať na nevhodnosť konkrétnych televíznych relácií a webových stránok.

Deťom by nemali dovoliť dohovárať si stretnutia s inými používateľmi cez počítač, najmä ak ich nepoznajú. Dôležité je pôsobiť aj na okolie každého nedospelého. Cesta k spokojnejšiemu životu vedie cez kreativitu, ktorú tvorcovia tzv. zábavných programov médií v pasívnych konzumentoch nevedia podnietiť. Od detstva sa má vedome rozvíjať empatia, tak ako sa deti učia písať, počítať, čítať. Je to záležitosťou rodiny, pedagogiky, práva, medicíny a vôbec celého štátu v úzkej spolupráci s nadnárodnými organizáciami. Zdôraznenie úlohy masmédií by malo byť konečne zakotvené aj v zákone o duševnom zdraví, na ktorého zmysluplnosť autor upozorňoval od roku 1994 (Škodáček, 1994, Škodáček, 1996).

LITERATÚRA:

Bandura, A.: Psychological Mechanisms of Aggressions. S. 2-40. In: Green, R. G., Donnerstein, C. I. /Eds./: Aggression: Theoretical and Empirical Review. Vol. I: Theoretical and Methodological Issues. New York: Academic Press, 1983, 264 s.

Drtílková, I.: Sociální fobie/sociální úzkostná porucha u dětí a adolescentů. Psychiatrie, r. 5, 2001, č. 2, s. 99-106.

Hupková, I.: Sociálnopatologické javy. In: Aktuálne problémy drogovej závislosti v SR a ďalších krajinách EÚ. Zborník príspevkov. Bratislava: Centrum protidrogových a poradenských služieb na EU, Katedra pedagogiky NHF EU, 2010, s. 14-17.

Juan, S.: Lidský mozek – podivuhodný a zábavný. Praha: Ivo Železný, 2000, 215 s.

Kotásková, J.: Zákonitosti utváření mravních složek vědomí v ontogenezi. Čs. psychologie, 28, 1984, s. 211-213.

Liebowitz, M. R. a spol.: Úzkostné poruchy: Nové zistenia v novom tisícročí. International Medical News, 1, 2001, s. 1-6.

Richerson, P. J., Boyd, R.: V genech není všechno, aneb Jak kultura změnila evoluci člověka. Vyd. 1., Praha: Academia, 2012 (Galileo, sv. 51), 407 s.

Scruton, R.: Průvodce inteligentního člověka po moderní kultuře. Praha: Academia, 2002, 210 s.

Škodáček, I.: Etika a psychiatria. Medicínska etika a bioetika – Medical Ethics and Bioethics, 1, 1994, č. 5-6, s. 3-5.

Škodáček, I.: The New Approaches of the Psychosocial Rehabilitation in the Child and Adolescent Psychiatry. In Zb.: Vth Congress World Association for Psychosocial Rehabilitation. Programme and Abstract Book. Rotterdam, 1996, 236 s.

Velichová, L.: Facebook a závislost. In: Aktuálne problémy drogovej závislosti v SR a ďalších krajinách EÚ. Zborník príspevkov. Bratislava: Centrum protidrogových a poradenských služieb na EU, Katedra pedagogiky NHF EU, 2010, s. 65-70.



Liečba pacienta nadmerne hrajúceho PC hry a používajúceho internet

MUDr. Jozef Benkovič, primár, Odborný liečebný ústav psychiatrický, n. o., Predná Hora

Deti a adolescenti sú v súčasnosti najdôležitejšími počítačovými používateľmi. Niektoré štatistiky trávenia ich voľného času pri PC hrách a internete sú varujúce. Tínedžeri trávajú v škole pri PC v priemere 2,9 hodiny týždenne, ale doma až 5,6 hodiny. Chlapci tínedžeri hlavne hrajú PC hry (80 %) a mládež vo veku 8 až 17 rokov uvádza, že internet používa hlavne kvôli sociálnym sieťam /chat, facebook.../ (až 39 %), tiež na sťahovanie filmov, nákupy či inú zábavu. Vzdelávanie či písanie domácich úloh cez internet býva preferované menej, asi u 35 % mladých ľudí (1).

Viaceri odborníci hovoria o tzv. patologickom používaní počítačov (PC hier, internetu). Dr. Ivan Goldberg uvádza, že PCU (Pathological computer USE), t. j. patologické používanie počítačov, je také používanie PC, ktoré u týchto jedincov má značne škodlivé účinky na ich fyzické, psychické, interpersonálne, partnerské, ekonomické alebo sociálne fungovanie. Tento termín sa používa pre všeobecnejšiu kategóriu, týkajúcu sa akéhokolvek aspektu počítačov (3).

Kazuistika mladého pacienta, ústavne liečeného v OLÚP, n. o., Predná Hora, excesívne hrajúceho PC hry a nekontrolovane používajúceho internet, pomocou individuálneho prístupu a kognitívno-behaviorálnej terapie, je príkladom efektívneho riešenia dôsledkov PC hier a PCU na kvalitu jeho života a fungovanie.

Skriningové vyšetrenie pacienta: Pacient mal 6 rokov trvajúce problémy s nadmerným hraním PC hier, ktoré striedal so sociálnymi sieťami na internete, v dôsledku čoho sa vážnym spôsobom narušil jeho životný štýl, vzťahy s rodičmi aj s bývalými nerizikovými priateľmi.

Základné anamnestické údaje

Ľšlo o 21-ročného slobodného muža, žijúceho v spoločnej domácnosti s matkou a otcom. Otec hrával v minulosti na hracích automatoch, matka je na invalidnom dôchodku, sestra je zdravá. Vážnejšie telesné ani psychické choroby pacient neprekonal. Počas povinnej školskej dochádzky mal opakovane zníženú známku zo správania (pre záškoláctvo – túlal sa po meste).

Ako 14-ročný začal mať konflikty so spolužiakmi, ktorí ho šikanovali (nadávali mu a bili ho, kradli mu desiatu), bol nepriebojný, menej fyzicky zdatný, nevedel sa brániť. Preto sa začal izolovať od vrstovníkov, sedával doma a hrával PC hry. Po ukončení ZŠ sa učil na SOU za tesára, učenie ukončil, ale ne bavilo ho. Ani v tom období nezapadol do kolektívu (nefajčil, nepil pivo, nechodil na diskotéky), zaujímal sa len o PC hry. Po ukončení učilišťa krátko pracoval ako tesár, no práca ho nebavila. Neskôr krátko pracoval v sklade, ani tam mu to nešlo. Od 19 rokov je nezamestnaný, evidovaný na úrade práce, žije v spoločnej domácnosti s rodičmi, ktorí ho živia.

Pacient je nefajčiar, abstinent od alkoholu, drogy ani iné návykové látky neužíva, nehraje hazardné hry.

História hrania PC hier a nadmerného používania internetu

Od 15 rokov začal hrať PC hry (najskôr bojové, tzv. strieľačky), vo frekvencii 4 – 9 hodín týždenne.

V 17 rokoch už hrával hlavne bojové a strategické hry, týždenne až 20 – 24 hodín.

Od 18 rokov, keď si kúpil notebook, trávil pri počítači 8 – 10 hodín denne, t. j. 56 – 70 hodín týždenne, hrával bojové a strategické PC hry, on-line, tiež si sťahoval a pozeral filmy z internetu, voľný čas trávil aj na sociálnych sieťach, hlavne na facebooku.

Najčastejšie spúšťače hrania PC hier a nadmerného používania internetu

a) pretrvávajúce negatívne emočné stavy, hlavne podráždenosť, zlosť, hnev, smútok, nuda (v dôsledku konfliktov a šikanovania spolužiakmi,

nedorozumení s rodičmi – neplnenie si povinností, tiež pre nudu, stereotypný život, samotu);

b) výrazne pozitívne emočné stavy (pocity šťastia, radosti a pýchy), pri dosiahnutí vyššieho levelu a splnení úlohy porazením protivníka v PC hre došlo k zvýšeniu kreditu v PC hrách, ale aj jeho sebavedomia, čo upevnilo jeho hráčsku vášeň.

Emócie (pocity)

Počas hrania PC hier pocítoval hlavne **vzrušenie**, pri dosiahnutí úspechu predovšetkým **nadšenie, radosť a pýchu**.

Kognície (myšlienky)

Hranie PC hier sa u pacienta najčastejšie spájalo s myšlienkou typu: „**PC hry ma naplňujú vzrušením a radosťou, lebo som lepší ako súper.**“

Základné **disfunkčné presvedčenie** pacienta pri hraní PC hier: „**V bežnom živote som chudák a babrák, nik si ma nevzái a vysmieávajú sa mi, lebo nemám autoritu a nie som prvý muž.**“

Dôsledky excesívneho hrávania PC hier a nekontrolovaného používania internetu na život pacienta

Nekontrolované hranie PC hier a používanie internetu u pacienta spôsobilo:

- **redukciu až vymiznutie nerizikovej záujmovej sféry** (redukcia záujmov o šport – futbal, bicyklovanie, plávanie, ktoré predtým pravidelne praktizoval);
- **stratu nerizikových priateľov, ich nahradenie priateľmi z virtuálneho sveta**, hľadanie priateľov z virtuálneho sveta PC hier asi o 3-4 roky mladších, mentálne nastavených na bojové hry;
- **zmenu v správaní pacienta** po 18 rokoch, jeho „čudácke správanie“, občasné prechádzky po meste osamote s hokejkou, aby si okolie myslelo, že ide športovať, chodenie po meste v maskáčoch, s loveckým nožom, aby vyzeral ako „skutočný muž a nebojácny chlap“;
- **zmenu v sebahodnotení a zmenu životného štýlu pacienta** – vplyvom intenzívneho hrávania PC hier začal klamať a zavádzať rodičov, kradol im financie, začal byť lenivý, nezodpovedný, nesamostatný, odkázaný na plnú starostlivosť zo strany rodičov;
- **negatívne dôsledky v rodinných vzťahoch**, konflikty hlavne s otcom a matkou pre záhaľčivý spôsob života bez práce;
- **negatívne dôsledky na vzťahy s bývalými priateľmi**, bývalí priatelia ho nazývali „maniakom na PC hry“, ktorému nerozumejú, lebo nemal záujem o bežný život mladého človeka, t. j. o šport, zábavu, dievčatá.

Liečba pacienta excesívne hrajúceho PC hry a nekontrolovane používajúceho internet

Spoločné terapeutické aktivity pacienta

Pacient bol zaradený do skupinovej psychoterapie nelátkových závislostí, s komplexným programom a režimom v edukačných, nácvikových, racionálnych, tematických, asertívnych, anticravingových (zameraných na zmenu túžby po PC hrách), protistresových skupinách, pracovnej rehabilitácii.





Absolvoval pravidelné relaxačné techniky, vo voľnočasových aktivitách sa venoval hlavne športu.

Individuálny terapeutický prístup k pacientovi – KBT (kognitívno-behaviorálna terapia)

Celková dĺžka KB-terapie bola 2 mesiace, t. j. 8 terapeutických sedení po 45 minút, počas jeho dobrovoľnej ústavnej liečby v OLÚP, n. o., Predná Hora. Pacient neužíval žiadnu farmakoterapiu. Podstatou liečby bola kognitívno-behaviorálna terapia so zameraním na zmenu jeho myslenia a správania.

Katamnesticke sledovanie výsledkov terapie: po jednom a troch mesiacoch od ukončenia liečby.

1. Úvodná terapia s pacientom

- v úvode terapie bola realizovaná podrobná analýza **KB modelu hráča PC hier**, jeho spúšťačov, správania a dôsledkov;
- pacient bol oboznámený s kognitívno-behaviorálnymi postupmi v terapii nadmerného hrania PC hier a nadmerného používania internetu;
- boli administrované vstupné dotazníkové merania:
 - Dotazník na IAD podľa Youngovej** (1999), modifikovaný na patologické používanie počítača (PCU)(4): (5 a viac kladných odpovedí = patologické používanie PC). Pacient skóroval kladne v 7 odpovediach, čo svedčí o patologickom používaní PC (hier a internetu).
 - Dotazník sociálneho prispôsobenia.** Na stupnici 0 – 8 skóroval pacient v oblasti **narušených vzťahov** (s priateľmi, rodinou, blízkymi) na hodnote 8 (vážne narušenie) a v oblasti **osobných záľub** (záujmov, koníčkov) skóroval na hodnote 6 (výrazné narušenie).

2. Stanovenie cieľov liečby

1. Dokázať udržať pod časovou kontrolou svoje fungovanie pri PC (internet – sociálne siete) 2x ½ hodinu denne, po premiestnení PC do kuchyne, kde má celá rodina prístup. PC hry definitívne ukončiť.
2. Dokázať fungovať v novom, zmenenom dennom režime abstinenta.
3. Dokázať osobne ukončiť vzťahy s rizikovými kamarátmi z hrania PC hier.
4. Dokázať vo svojom voľnom čase pravidelne športovať (1x týždenne posilňovňa a 1x týždenne plaváreň).
5. Dokázať sa zamestnať v profesii tesár (v priebehu 3 mesiacov) a pracovať v nej až do získania vodičského preukazu na automobil, keď si bude hľadať nové zamestnanie.

Podrobne sa analyzoval aktuálny rizikový životný štýl pacienta a spoločne sa formuloval nový, nerizikový životný štýl „abstinenta od PC hier“ s následnou zásadnou prestavbou denného režimu.

3. Práca s myšlienkami pacienta – tzv. kognitívna reštrukturalizácia a nácvik nových foriem správania

- V individuálnej terapii sme pracovali na **zmene jeho dysfunkčného myslenia** (ktoré udržiavalo jeho návykové správanie na PC) typu „len keď budem najlepši v PC hrách, ľudia si ma budú vážiť“ na **nové, funkčné myslenie** typu „ľudia si ma budú vážiť až potom, keď budem samostatný, nebudem doma príživníkom, budem pracovať, lebo skutočný muž nie je víťaz PC hier, ale zodpovedný jedinec“.
- Pacient pracoval **na spúšťačoch hrania PC hier** aj nadmerného používania internetu redukovaním nahromadených negatívnych emócií, nácvikom zvládania konfliktných situácií s rodičmi, vrstovníkmi, nácvikom sebaapresadenia a nácvikom ďalších sociálnych zručností, pracoval tiež na **eliminácii pozitívnych emočných vzťahov**, ktoré udržiavali jeho návykové správanie k PC hrám, nácvikom odmietania ponúk na PC hry od rizikových priateľov.

4. Riešenie problémov

Pri riešení svojich problémov, pri priamej komunikácii s ľuďmi a hľadaní novej práce sa učil základným prvkom asertívneho správania.

5. Rodinná terapia + ukončenie liečby

V rodinnej terapii (za účasti matky) si pacient nastavil nové pravidlá svojho fungovania v živote, s úplnou abstinenciou od PC hier, prísnou časovou kontrolou v dennom fungovaní na internete, s umiestnením počítača na často navštevované a kontrolované miesto v byte (v kuchyni). Taktiež s kontrolou stanovených cieľov a doliečovaním formou návštev klubov abstinentov od nelátkových závislostí.

6. Katamnéza (sledovanie pacienta) po mesiaci od ukončenia liečby

- Kontrola plnenia stanovených cieľov KB-terapie (ciele boli splnené, potvrdené tiež matkou pacienta).
- Bola realizovaná výstupná dotazníková kontrola:
 1. Dotazník IAD podľa Youngovej (1999): pokles zo 7 kladných odpovedí na 1 kladnú odpoveď (hodnota v norme).
 2. Dotazník sociálneho prispôsobenia: v oblasti narušených sociálnych vzťahov pokles z hodnoty 8 na 1 (mierne narušenie), v oblasti osobných záujmov pokles z hodnoty 6 na hodnotu 1 (mierne narušenie).

7. Katamnéza po troch mesiacoch od ukončenia liečby

Pacient si naďalej plní svoje ciele, úplne abstínuje od hrania PC hier, dodržiava časové limity pri fungovaní na internete a od začiatku mája je zamestnaný a pracuje vo firme spolu s otcom ako pomocný tesár.

Záver

Frekventné a dlhodobé vysedávanie dnešných mladých ľudí pri počítači vo virtuálnom svete PC hier a internetu im spôsobuje často vážne problémy v škole, v práci, vo voľnočasových aktivitách. Pôsobí tiež na ich psychiku a fyzickú kondíciu a zásadným spôsobom mení ich životný štýl a fungovanie. Tieto problémy ich neraz prinúti vyhľadať aj odbornú pomoc. Aj na príklade uvedenej kazuistiky sa zdá, že v liečbe týchto čoraz častejších a aktuálne naliehavých problémov, hlavne mladej generácie, sa kognitívno-behaviorálna terapia môže javiť ako efektívna a spoľahlivá.

POUŽITÁ LITERATÚRA:

1. Altman, D.: Preteens are biggest computer users, new study shows. <http://www.roper.com./news/content/news/06.htm> (1996)
2. Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., Clark, D. M.: Kognitívne behaviorálne terapie u psychiatrických problémů. Praktická príručka. Oxford Medical Publication, 1989, str. 129.
3. King, S. A.: Internet addiction – Is The Internet addictive, or are addicts using the Internet? <http://www.concentric.net/astorm/iad.html>. (December, 1996)
4. Young, K.: Test internetovej závislosti, 1999, [http://www.netaddiction.com./resources/internet addiction test.htm](http://www.netaddiction.com./resources/internet%20addiction%20test.htm)

Najúčinnejší je tlak rodiny

Rodina ako vonkajší motivátor pri rozhodnutí závislého klienta nastúpiť do resocializačného strediska

Doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD., Pedagogická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

Úplná, dobre fungujúca rodina je predpokladom nielen šťastného detstva, ale aj mentálneho, duševného zdravia svojich členov (Orosová, Schnitzerová a kol., 1999). V rodinách, kde je niektorý rodič (alebo aj obaja) závislý od návykovej látky, sa tento predpoklad naplňa ťažko. Štúdie dokazujú, že takáto rodina zlyháva vo všetkých svojich funkciách a na svoju rolu často rezignuje. Napriek tomu existujú aj v týchto rodinách protektívne faktory, ktoré chránia deti závislých rodičov. Windlemu (1996) sa podarilo identifikovať protektívne faktory, ktoré môžu chrániť aj deti alkoholikov. Ide o:

- **rodinné rituály a tradície.** Ak sú rodičia napriek svojmu pitiu schopní udržať v rodine relatívne stabilné pravidlá správania, ktoré sa týkajú tak každodenných aktivít (stravovanie, chod a údržba domácnosti), ako aj zvláštnych udalostí (rodinné oslavy, organizácia prázdnin, dovoleniek a pod.), potom sú ich deti sociálne adaptabilnejšie a majú menej problémov s alkoholom ako deti, ktorých rodičia alkoholici rodinné rituály rozvrátili;
- **komunikačný štýl,** ktorý rodičia voči deťom uplatňujú. Ak pijúci rodičia komunikujú s deťmi slušne, s rešpektom, ak neignorujú pozdravy, domáce oslovenia, ak odpovedajú na otázky, ak s adolescentmi komunikujú otvorene, bez kritiky a podceňovania, prispieva to k tvorbe a udržaniu pozitívneho emočného puta s ich potomstvom. Toto asociuje s nižšou úrovňou pitia alkoholu a s menej častým napojením na deviantnú rovesnícku sieť, než je to u detí, u ktorých rodičia neuplatňujú takýto štýl komunikácie.

V prípade riešenia závislosti niektorého z rodičov sú deti pákami, ktoré tlačia na rodiča a vytvoria dostatočne silný tlak spolu s partnerom a ostatným blízkym okolím v zmysle podpory rozhodnutia závislého ísť na liečbu. Platí to aj naopak. Ak sú rodičia konfrontovaní s nechotou, nekritickosťou a racionalizáciou svojho dieťaťa, zneužívajúceho alkohol alebo návykové látky, alebo závislého od návykových látok a gamblingu, musia tento tlak vytvoriť oni.

Rodinný systém má svoje zaužívané zvyklosti, môže preto svoje fungovanie závislosti v rodine prispôbiť. Včasná pomoc závislému je jednou z možností, ako ho zo závislosti dostatočne rýchlo dostať. Nesporne je rodina najúčinnejším vonkajším motivátorom, ktorý môže vytvárať najsilnejší tlak na svojho závislého člena a podporiť tak jeho motiváciu na riešenie situácie.

Motivácia

Motivácia závislých osôb na zmenu doterajšieho nastavenia spôsobu života býva často diskutovanou témou, nie jednoducho uchopiteľnou. Prečo je to tak, hovoria dostatočne samotné nejasnosti v jej definíciách. Motivácia je súhrnné označenie pre motívy a ich pôsobenie. Slovo motív je prebrané z latinčiny a znamená pohyb (motus). Motivácia ako psychická kvalita predstavuje nie celkom prebádanú oblasť nášho života a teórie rôznych autorov otvárajú viac dimenzií tohto konštraktu.

Ak uvažujeme o komplikovanosti jednotlivých teórií motivácie, Kalina (2008) podotýka, že v otázke motivačnej patológie sa záležitosť ešte ďalej komplikuje. V adiktológii je názorová situácia zložitá. Aj keď považujeme motiváciu za zvlášť významnú pri liečbe závislosti, nie všetci odborníci sa zhodujú v tom, aká je vlastne jej povaha. Už Reber (1985, In Kalina, 2008) poznamenal, že pojem motivácia je mimoriadne dôležitý, ale celkom nejasný. Nie je jednota ani v tom, či je motivácia osobnostným rysom, alebo ide o meniaci sa proces. V liečebnej praxi sú behaviorálne prejavy látkovo závislých často vonkajším výrazom alebo odrazom intrapsychického chaosu a ich primárna motivácia býva pozorovateľovi skrytá. U látkovo závislých je nutné uvažovať o primárnej vývojovej (traumatická anamnéza) a sekundárnej (následkom závislosti) deprivácii potrieb. Stav motivačného systému látkovo závislého bude stažka eufunkčný (schopný činnosti), pokiaľ si jedinec aspoň bazálne neporadí so saturáciou základných vývojových potrieb.

Motiváciu chápeme ako proces usmerňovania, udržiavania a energetizácie správania, proces zvýšenia alebo poklesu aktivít jedinca. Vplyvom psychoaktívnych látok sa táto základná osobnostná dimenzia zásadne mení, jednak výsledným poklesom záujmu o čokoľvek iné než záležitosti týkajúce sa psychoaktívnych látok a jednak stratou energie, ktorú jedinec potrebuje na rast a prosperitu. Je jedným faktorom zo štyroch (ďalšími sú: stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedinca, kvalita jeho okolia vrátane sociálneho), ktorý rozhoduje o úspešnosti liečby (Kalina, 2013). V našom ponímaní nazeráme na motiváciu ako na proces vedúci k zmene, s dôležitými faktormi na vonkajšej i vnútornej úrovni, ktoré môžeme nazývať motivátormi. Ich tlak pripravuje relevantné prostredie na začatie i udržiavanie tohto procesu (In Pavelová a kol., 2014).

V praxi terapeutickkej komunity so závislými De Leon (2000) opisuje motiváciu ako súčasť komplexu Essential Treatment-Related Perceptions – esenciálneho/ nevyhnutného vnímania vzťahujúceho sa k liečbe, ktorého charakteristiky prehľadnosť uvádzame v tabuľke.

Tab. č. 1: Essential Treatment-Related Perceptions (De Leon, 2000)

Okolnosti (vonkajšia motivácia)	Motivačným činiteľom na vyhľadanie liečby môžu byť rôzne životné situácie. Pri závislostiach ide často o problémy so zákonom, peniazmi, zdravím, rodinou, zamestnaním. Tieto sú individuálne a premenlivé v čase. Užívateľ ich vníma ako vonkajší tlak, ktorý liečba musí využiť, aby klienta v procese zmeny udržala.
Motivácia (vnútorná)	Klient je na liečbu motivovaný v prípade, že dôvodom nástupu na liečenie je uvedenie si potreby osobnej zmeny. Dôvody môžu byť tak pozitívne (pranie žiť inak, osobnostný rast, zlepšenie vzťahov), ako aj negatívne (zbavenie pocitu viny, hanby, nenávisť, beznádeje).
Pripravenosť	Užívateľ môže byť na zmenu motivovaný, avšak nemusí akceptovať potrebu liečby. Klienti preferujú iné riešenia svojej situácie než nástup do komunity (zmeny vzťahov, práce, bydliska, konverzia). Užívateľia na liečbu pripravení zavrhlí všetky iné alternatívy a nástup do komunity vnímajú ako jedinú možnú alternatívu.
Vhodnosť	Užívateľia môžu byť na zmenu motivovaní, ale program komunity nemusia vnímať ako reflektujúci ich potreby. Vhodnosť vyjadruje dobré párovanie potrieb užívateľa a ponuky liečby. V konečnom dôsledku znamená, že klient akceptuje prístup, filozofiu, sociálne učenie, záväzok pre dlhodobý proces liečby v terapeutickej komunite.

Výskumné zistenia z oblasti motivácie a rodiny

V rámci konceptu Essential Treatment-Related Perceptions sme v rokoch 2011 – 2013 skúmali práve jednotlivé komponenty motivácie. Našími respondentmi bolo 138 závislých užívateľov návykových látok pri vstupe do 15 resocializačných stredísk SR, snímaných dotazníkmi CMRS a EuropASI.

Naše výskumné dáta naznačujú, že niektoré sledované oblasti spôsobujú vonkajší motivačný tlak v subškále vonkajšej motivácie – teda vonkajšom tlaku na riešenie situácie. Ide konkrétne o tieto vonkajšie motivátory:

- zdravotný stav,
- vzťahové problémy v rodinnom systéme,
- vzťahové problémy s ľuďmi mimo rodiny,
- psychické problémy,
- problémy s alkoholom,
- problémy s drogami.



Identifikovali sme tým vonkajšie motivátory, ktoré ovplyvňujú klienta a nútia ho zotrvať v rozhodnutí ísť sa liečiť a v nastúpenom procese pokračovať. Získané výsledky podporujú náš predpoklad, že rodina hrá kľúčovú rolu v tomto rozhodnutí jej závislého člena. Rodina by mala mať dostatok informácií o tomto procese, tiež podporu na pevné, stabilné rozhodnutia, ktorým často bráni napríklad rodičovská láska a neschopnosť rozpoznať manipulátorské tendencie závislých. Na spracovanie svojich rozhodnutí však potrebuje dostatok času a kvalitné podporné intervencie, napríklad v svojpomocnej skupine. A tu sme pri jadre vecí, ktorým je otázka: Ako na tom v práci s rodinou závislého klienta sme? Naše skúsenosti hovoria, že veľmi zle, napriek tomu, že rozvoj odboru sociálna práca by mohol priniesť zmenu a nové trendy práce s celým rodinným systémom.

Záver

Výsledky naznačujú možnosti využitia tlaku rodinného prostredia v intervenciách sociálnej práce v procese uzdravenia závislého klienta. Opodstatnená je väčšia pozornosť celému jeho rodinnému systému, čo je práve priestor pre sociálnych pracovníkov. V opačnom prípade rodina a blízki nebudú mať dostatok informácií a podpory na účinné stratégie a podľhnú tlaku závislých uniknúť od riešenia svojho problému. Je takmer isté, že závislý mozog má prepracované tendencie

na únik, ktoré ovplyvňujú rozhodnutie klienta. Preto takéto závažné rozhodnutie nemôžeme nechať bez tlaku na závislého klienta.

LITERATÚRA:

KALINA, K. A KOL. 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, K. 2013. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 528 s. ISBN 978-80-247-4361-5.

DE LEON, G. 2000. *Therapeutic community, Theory, Model and Method*. New York: Springer Publishing Company, 2000. 450 p. ISBN 0-8261-1349-4.

OROSOVÁ, O., SCHNITZROVÁ, E. a kol. 2000. *Prevenia drogových závislostí*. Košice: Univerzita P. J. Šafárika, 2000, 216 s. ISBN 80-7097-395-1.

PAVELOVÁ, L. a kol. 2014. *Profil klienta pri vstupe do resocializačného strediska*. Bratislava: Iris, 2014. ISBN 978-80-89238-96-5.

WINDLE, M. (1996). *An alcohol involvement typology for adolescents: Convergent validity and longitudinal stability*. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 627-637.



Obchodovanie s deťmi ako jedna z foriem obchodovania s ľuďmi

PhDr. Magdaléna Ondicová, PhD., Katedra kriminológie Akadémie Policajného zboru v Bratislave

Primárnym cieľom príspevku je poskytnúť informácie súvisiace s fenoménom obchodovania s ľuďmi so zameraním na špecifickú oblasť obchodovania, a to na obchodovanie s deťmi. Sekundárnym cieľom je poskytnúť pohľad na problematiku obchodovania s deťmi a stručne opísať aktuálne formy vykorisťovania detí.

Úvod do problematiky obchodovania s ľuďmi

Obchodovanie s deťmi predstavuje špecifickú oblasť obchodovania s ľuďmi. Deti patria medzi najzraniteľnejšie obeť obchodovania. Za „dieťa“ sa podľa Dohovoru o právach dieťaťa¹ považuje akákoľvek osoba mladšia ako osemnásť rokov. V prípadoch obchodovania s deťmi platí, že aj keď dieťa súhlasí s obchodovaním či vykorisťovaním, takýto súhlas sa považuje za právne irelevantný. Vykorisťovanie detí môže byť vykonávané, ako je uvedené v Palermskom protokole², na účely:

- prostitúcie a iných foriem sexuálneho zneužívania,
- nútenej práce alebo služby,
- otroctva alebo praktík podobných otroctvu, nevoľníctvu,
- odoberania orgánov,

no môže byť vykonávané aj na účely

- nedovoleného medzinárodného osvojenia,
- uzavretia manželstva (nútených sobášov),
- náboru do ozbrojených zložiek za detských vojakov,
- zneužitia detí na žobranie alebo na „šport“ ako „športovcov“ (napríklad detskí ťaží džokeji a futbalisti), prípadne aj formou dobrovoľného prijímania za členov do kultov.³

Obchodovanie s deťmi často zahŕňa využívanie extrémnej chudoby rodičov, ktorí predávajú svoje deti, aby mohli zaplatiť dlhy či získať príjmy, alebo môžu byť oklamaní sľubmi týkajúcimi sa získania vzdelávania a vyhliadky na lepší život pre svoje deti.⁴

Najčastejšie formy obchodovania s deťmi

– Obchodovanie s ľuďmi a komerčné sexuálne zneužívanie detí môže mať mnoho podôb, ktoré predstavujú nútenie dieťaťa na prostitúciu alebo iné formy sexuálnej aktivity, ako napríklad zneužívanie dieťaťa na výrobu detskej pornografie. Podľa Medzinárodnej organizácie práce (ILO) sexuálne zneužívanie detí zahŕňa nasledujúce činnosti:

- Využitie dievčat a chlapcov v sexuálnych aktivitách platených v hotovosti alebo v naturáliách (bežne známych ako detská prostitúcia) na uliciach alebo v interiéri (v takých priestoroch, ako sú nevestince, diskotéky, masážne salóny, bary, hotely, reštaurácie, atď.).
- Obchodovanie s dievčatami a chlapcami a dospievajúcimi v rámci „obchodu so sexom“.

1 Čl. 1 Dohovoru o právach dieťaťa. New York 20. novembra 1989

2 KUBOVIČOVÁ, K. *Základné informácie o problematike obchodovania s ľuďmi*, s. 35.

3 Dostupné na [cit.online 20140802] <http://www.unodc.org/unodc/en/human-trafficking/prevention.html?ref=menuside>

4 The Trafficking Protocol entered into force on 25 December 2003, By June 2010, the The Trafficking Protocol had been ratified by 117 countries and 137 parties. Dostupné na internete [cit.online 20140612] <http://www.urbanministry.org/human-trafficking-definition-prevalence-andcauses&usg...>

- Sexuálna turistika.
- Výroba, propagácia a distribúcia detskej pornografie.
- Využívanie detí v „sex šou“ (verejných alebo súkromných).⁵

– Zneužívanie detí na tzv. detskú prácu, charakterizovanú ako forma práce, ktorá je nebezpečná predovšetkým pre fyzický, duševný, mravný a sociálny vývoj detí a môže výrazne ovplyvniť aj ich vzdelávanie. Ide o prácu v extrémnych podmienkach, keď sú deti často oddelené od svojich rodín a sú vystavené rizikám vážnych chorôb z povolania už vo veľmi skorom veku. Často ide o prácu v továrňach a rodinných manufaktúrach, v nelegálnych dielňach a pod., v ktorých deti pracujú viac ako 12 hodín denne s minimálnym príjmom stravy a vo veľmi nehygienických podmienkach.⁶

– Deti zneužívané v obchodoch s drogami. Deti sú tiež využívané v „drogových obchodoch“ vo všetkých oblastiach sveta. Často sú využívané buď ako kuriéri, alebo dileri drog, a potom sú „vyplatené“ drogami tak, že sa stanú závislými a sú ďalej v pasci. Vzhľadom na nedovolený charakter obchodu s drogami, deti, ktoré sú zadržané, sú často považované za zločincov, aj keď v skutočnosti sú často tými, čo potrebujú právnu pomoc.⁷

– Deti zneužívané na nútené žobranie a pokútny pouličný predaj. Existujú dôkazy o tom, že nútené žobranie je ďalšie odvetvie, v ktorom sú deti obchodované. Nútené detské žobranie je druh žobrania, v ktorom chlapci a dievčatá mladšie ako osemnásť rokov sú nútené žobrať často po použití psychického, ale aj fyzického násillia.⁸ Žobranie a pokútny pouličný predaj sa týka najmä maloletých obetí obchodovania s ľuďmi, no často sa týka aj žien s deťmi. Tieto osoby často obchodníci s ľuďmi využívajú, aby pôsobili na city ľudí v uliciach veľkých miest. Pracujú na frekventovaných miestach, akými sú železničné stanice, zastávky metra, veľké námestia (pešie zóny), pričom za deň musia pre svojho „šéfa“ vyzbierať požadované množstvo peňazí.⁹ Pomáhajúce organizácie v ostatnom období zaznamenali nový trend obchodovania s deťmi, ktoré sa stávajú obeťami spolu so svojimi rodičmi alebo matkami, často zneužívanými na žobranie na ulici. Môže to byť stratégia na odvrátenie pozornosti príslušných orgánov v krajine, prípadne snaha o jednoduchšie získanie azylu alebo jednoducho metóda na získanie väčšej kontroly nad obeťami.¹⁰

– Nezákonné (nelegálne) adopcie detí alebo tzv. čierne adopcie, keď obchodovanie s deťmi zahŕňa predaj detí na „trhu s deťmi“, ktorý je nezákonný. Zúfali budúci rodičia sú často zapojení do procesu nelegálneho získania dieťaťa za určitú nezanedbateľnú sumu peňazí. Niektoré „agentúry“ predávajú na čiernom trhu deti, ktoré odobrali z ich domovov a dali ich na adopciu. Budúci osvojiteľia sú uvedení do omylu a domnievajú sa, že deti v pestúnskej starostlivosti nemajú biologickú rodinu, pričom ale „predávané“ deti boli vlastne ukradnuté z ich rodín. Vzhľadom na to, že tieto „čierne adopcie“ sa najčastejšie vyskytujú v krajinách, kde chudoba a negramotnosť sú na dennom poriadku, rodinám detí umiestňovaných na adopciu obchodníci (sprostredkovatelia obchodu) často hovoria, že ich deti sa budú môcť po

5 Dostupné na [cit.online 20140820] <http://www.ilo.org/ipcc/areas/CSEC/lang--en/index.htm>

6 Dostupné na [cit.online 20140820] <http://www.ilo.org/global/lang--en/index.htm>

7 Kým komplexné globálne štatistiky týkajúce sa výskytu tejto praxe nie sú známe, realizovalo sa niekoľko užitočných regionálnych štúdií. Napríklad Medzinárodná organizácia práce (ILO) nedávno skúmala využívanie afganských detí v obchode s heroínom a zapojenie detí do drogových obchodov v Brazílii. Dostupné na [cit.online 20140820] <http://www.ilo.org/global/lang--en/index.htm>

8 Dostupné na [cit.online 20140820] <http://www.unicef.org/sowc06/>

9 KUBOVIČOVÁ, K. *Základné informácie o problematike obchodovania s ľuďmi*, s. 17.

10 KUBOVIČOVÁ, K. *Základné informácie o problematike obchodovania s ľuďmi*, s. 36.





určitom čase vrátiť späť do svojich biologických rodín. V skutočnosti však tieto deti svoje rodiny už nikdy neuvidia.¹¹

„Nelegálne adopcie sa v súčasnosti stali obchodom, ktorý predáva deti ako tovar s ľahostajnosťou k ľudským právam dieťaťa a bez morálnych zábran. Nedôstojný predaj detí, ktorý uspokojuje potreby niektorých dospelých, je len ľahký spôsob, ako zarobiť peniaze.“ (Kenneth J. Herrmann, Jr.)¹²

Nelegálne adopcie sú trestný čin, najmä vo vzťahu ku krajine pôvodu, kde sa porušujú zákony upravujúce adopciu. Vo vzťahu k obchodovaniu s ľuďmi však nejde o jednoznačné prepojenie. Táto oblasť je pomerne dvojstranná. Adoptované deti totiž nemusia byť vykorisťované v zmysle Palermského protokolu. Na druhej strane obchodníci, ktorí dieťa predávajú, sa nezaujímajú o to, komu alebo na aké účely bolo dieťa adoptované. Môže teda rovnako ísť o adopciu neplodného páru, ktorý nie je schopný iným spôsobom získať dieťa, ale aj o predaj dieťaťa na sexuálne alebo ekonomické vykorisťovanie.¹³

V súčasnosti existuje síce málo prípadov, ktoré by poukazovali na narastajúci počet tohto trestného činu v rámci Európskej únie alebo susediacich štátov. To, že takéto prípady neboli oficiálne zaznamenané, nemusí vôbec znamenať, že k nim nedochádza. Pokiaľ totiž bolo dieťa predané s vedomím príbuzných, alebo dokonca rodičov, nemusí štát o jeho existencii vedieť, a teda nemôže túto oblasť kontrolovať. Informácie o tejto oblasti vykorisťovania sú veľmi kusé.

Aj napriek tomu, že v rámci Slovenskej republiky neboli evidované prípady nelegálnej adopcie, nepotvrdené informácie hovoria o nelegálnych adopciách detí Slovákov do zahraničia. Z uvedeného vyplynulo, že sa táto problematika netýka len krajín tretieho sveta, ale aj vyspelých spoločností, a to v USA i v krajinách EÚ.

Bohužiaľ, boli odhalené nové trendy v obchodovaní s ľuďmi, ktoré si vyžadujú na ich odhalenie ešte väčšiu spoluprácu medzi jednotlivými štátmi. Veľmi dôležitá je aj spolupráca medzi štátom a občianskymi združeniami pôsobiacimi v spoločnosti. Táto spolupráca predstavuje aj jadro Národného referenčného mechanizmu.

11 Dostupné na [cit.online 20140820] http://www.ehow.com/about_7238393_illegal-adoption-children.html

12 KENNETH J. HERRMANN, Jr., docent, Katedra sociálnej práce, SUNY. Dostupné na [cit.online 20140820] <http://fightslaverynow.org/why-fight-there-are-27-million-reasons/otherformsoftrafficking/illegal-adoption/>

13 KUBOVIČOVÁ, K. *Základné informácie o problematike obchodovania s ľuďmi*, s. 17.

LITERATÚRA:

ČEČOT, V., MADLIAK, J., TKÁČ, V. et al. 2014. *Ochrana a pomoc obetiam obchodovania s ľuďmi*. Banská Bystrica: IKŠ Banská Bystrica a PF UMB v Banskej Bystrici, 2014. S. 190. ISBN 978-80-557-0686-3.

KUBOVIČOVÁ, K. *Základné informácie o problematike obchodovania s ľuďmi*. IOM Medzinárodná organizácia pre migráciu. 2009.

ONDICOVÁ, M. – SOUKOP, P. 2013. *Páchanie trestného činu obchodovania s ľuďmi v Slovenskej republike*. Bratislava: Akadémia PZ, 2013. S. 137. ISBN 978-80-8054-559-8.

Dohovor o právach dieťaťa z 20. novembra 1989 New York

Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2011/36/EÚ z 5. apríla 2011 o prevencii obchodovania s ľuďmi a boji proti nemu a o ochrane obetí obchodovania, ktorou sa nahrádza rámcové rozhodnutie Rady 2002/629/SVV [Ú. v. EÚ L 101, 15.4.2011]

The report of the Review Conference on the Human Dimension of the OSCE - Part: Trafficking in human beings, especially with regard to trafficking, Warsaw 07th-08th 10th 2010. Dostupné na [cit.online 20140802] <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1835357&Site=CM>

Metodická pomôcka zameraná na postup všetkých zainteresovaných subjektov v prípadoch poskytovania pomoci obetiam obchodovania s ľuďmi s osobitným zameraním na špecifika postupu v prípade obetí obchodovania s ľuďmi cudzincov, ako aj v prípade maloletých obetí obchodovania s ľuďmi. V Košiciach 15. decembra 2011. Dostupné na [cit.online 20140802] http://infoweb.minv.sk/info/usmernenia/MP-pomoc_obetiam_obchodovania_s_%beu%efmi.pdf

The Trafficking Protocol entered into force on 25 December 2003, By June 2010, the The Trafficking Protocol had been ratified by 117 countries and 137 parties. Dostupné na internete [cit.online 20120410] <http://www.urbanministry.org/human-trafficking-definition-prevalence-andcauses&usg...>

Kenneth J. Herrmann, Jr., docent, Katedra sociálnej práce, SUNY. Dostupné na [cit.online 20140820] <http://fightslaverynow.org/why-fight-there-are-27-million-reasons/otherformsoftrafficking/illegal-adoption/>

Dostupné na [cit.online 20140820] <http://www.ilo.org/global/lang--en/index.htm>

Postavenie rómskych žien v rodinách a spoločnosti – (ne)žiaduci sociálnopatologický jav

PhDr. Ivan Rác, PhD., Ústav romologických štúdií, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Mgr. Ivana Šusterová, Ústav etnológie Slovenskej akadémie vied, Bratislava

Oznevýhodnenom postavení a životných príležitostiach rómskej populácie z neintegrovanej komunity sa toho na Slovensku i v širšom kontexte popísala veľa; vo všeobecnosti sa uvádza, že je horšie, s obmedzenými šancami a ponúka menej možností uplatnenia v živote.

Situácia v týchto komunitách je ešte zložitejšia, ak hovoríme o rómskych ženách. Rómska rodina, ako uvádza Matoušek (1993), je totižto výrazne patriarchálna. Pre rómsku ženu je najväčšou hodnotou mať deti, aj v očiach muža má hodnotu najmä tým, že ich má. Žena rodí hneď, len čo je pohlavne zrelá. Nie je zvykom, aby žena rozhodovala o tom, koľko bude mať detí. Rozhoduje muž. Ten od ženy očakáva plodnosť, a to čo najväčšiu a čo najskoršiu.

V rómskych rodinách ešte stále dominuje rodovo diferencovaný obraz muža a ženy, kde muž je živelom a žena opatrovatelkou. V predstavách o vlastnostiach „správneho muža“ prevažuje tradičný obraz muža – žiteľa rodiny, ktorý je pracovitý a zarobí pre rodinu peniaze, zároveň má rád deti a predstavuje pre ne i celú rodinu základnú autoritu. Dost' dôležité je tiež, aby bol fyzicky silný, dobrý k iným ľuďom a vedel sa prípadne postarať o domácnosť. Menej sa, podľa celkovej mienky, od „správneho muža“ požaduje vzdelanie, úspechy v zamestnaní, krása a záujem o veci verejné. Aj v prípade „správnej ženy“ prevažuje tradičný obraz, vymedzujúci žene úlohu ochrankyne domáceho krbu a zdôrazňujúci tie vlastnosti,



ktoré žena na jej naplnenie potrebuje. Jej základné poslanie sa vidí v starostlivosti o domácnosť a deti, pri ktorej musí byť pracovitá, zodpovedná a racionálna.

Väčšina žien na Slovensku, aj pracujúcich, vykonáva prevažnú časť domácich prác, muži sa s nimi o toto zaťaženie príliš nedelia. Navyše dokonca aj v ideálnych predstavách by, na rozdiel od žien, najradšej zotrvali pri existujúcom stave. Ženy v SR sa viac domáhajú takého modelu, aby boli domáce práce rozložené medzi obidvoch partnerov rovnomerne, muži v ideálnych predstavách uprednostňujú taký model, pri ktorom by viac tzv. každodenných povinností zostalo na ženách, a z domácich povinností si vyberajú tie menej náročné na čas a zodpovednosť.

Mienka rómskej populácie o rodovej delbe domácich prác je ešte tradičnejšia, mužom sa jednoznačne priradujú v podstate iba dve činnosti – opravy v domácnosti a zabezpečenie tepla a svetla. V porovnaní s predstavami celkovej populácie Slovenska je možné konštatovať dve zásadne odlišné veci. V rámci rómskej populácie z neintegrovanej komunity je nepomerne menej predstáv o spoločnej delbe domácich prác a povinností, pri niektorých činnostiach až niekoľkonásobne. Druhý rozdiel je, že názory na participatívny model vykonávania domácich prác sú medzi rómskymi mužmi a ženami navzájom oveľa podobnejšie, než je to medzi nerómskymi mužmi a ženami.

Nahliadnutie do práv, povinností a rozhodovania v rámci rómskych rodín žijúcich v neintegrovanej komunitách v rodovom rozlíšení poukazuje na dosť značné rozdiely. Pretrváva tu pomerne striktné rozdelenie prác na ženské a mužské, a to tak v reálnom živote, ako aj v predstavách ľudí. Rovnako rozhodovanie o záležitostiach rodiny vykazuje dosť veľkú mieru asymetrie. O dôležitých veciach rodiny rozhoduje muž, o peniazoch žena.¹

Status ženy v komunite olašských Rómov²

Tak ako v majoritnom prostredí, aj v komunite *olašských Rómov* sú prítomné isté rodové očakávania a predstavy o „správnej žene“, rovnako ako o „správnom mužovi“. Tento obraz úzko súvisí s danou kultúrou, jej vnútornými zákonmi, predpismi a normami, ktoré zabezpečujú želaný ideál. V spoločenstve *olašských Rómov* nejde o záujmy jednotlivca, tie sú totiž vždy podriadené inštitúcii rodiny, ktorá je pre Róma najdôležitejšou a najväčšou hodnotou (Davidová, 2003, s. 147). Charakter vzťahu medzi mužom a ženou možno považovať za vzťah typický pre patriarchálnu rodinu (Bačová, 1988, s. 27). Tento fakt priamo ovplyvňuje postavenie ženy v danej komunite. Ich právomoci, sloboda v rozhodovaní, v konaní či v samotnom prejavovaní vlastných názorov je značne obmedzená v porovnaní s mužmi, ale i so ženami majoritnej spoločnosti či so ženami iných subetnických skupín Rómov.

Žene z komunity *olašských Rómov* prináleží kompletná starostlivosť o domácnosť. K typickým ženským činnostiam patrí okrem práce v kuchyni upratovanie celej domácnosti, pranie, žehlenie, teda starostlivosť o oblečenie pre všetkých členov rodiny. Doménou žien je práca v domácnosti a muž je živelom rodiny, čím stúpa jeho sociálny status. Nemenej dôležité je pre ženu starať sa o svojho muža. Vždy

1 Dáta o ľudských právach rómskych žien. Kultúrne združenie Rómov na Slovensku. Banská Bystrica, 2009.

2 ŠUSTEROVÁ, I.: *K problematike postavenia žien v spoločenstve olašských Rómov v súčasnosti*: diplomová práca. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, 2014.





musí mať navarené, prichystané čisté a vyžehlené oblečenie a vždy prichádza do čistej, upratanej domácnosti.

Ďalším rodovým očakávaním je, že žena mužovi nič nezakazuje a zároveň mu podľa noriem *olašskej* komunity má byť poslušná a tým mu prejavovať úctu. Ak by to tak nebolo, bola by to hanba pre muža. Aj v *olašskej* komunite poznajú podobne ako v majorite známe prirôvanie „byť pod papučou“. Žiaden muž si nepravie, aby o ňom takto rozprávali iní Rómovia. Z hľadiska autorít sú preferovaní muži, otcovia, synovia, bratia a od ženy sa očakáva, že im bude prejavovať úctu a pokoru. To sa vylučuje v ponímaní *olašských Rómov* s prezentovaním názorov ženy pred inými mužmi ako pred vlastným manželom a s prejavmi, ktoré demonštrujú nesúhlas s mužovým správaním.

S priestorovou diferenciáciou sa žena stretáva od mladého veku. Ženy môžu ísť samotné bez muža iba nakúpiť. Aj to väčšinou nejde žena sama, ale s deťmi, švagrinou, nevestou, svokrou alebo aj s mužom. Týmto sa zamedzuje žene možnosť stretávať sa s inými mužmi, na čo sa v tejto komunite striktné dbá. Následkom by mohla byť strata dôvery a podozrievanie z nevery, čím by sa sociálne postavenie ženy značne znížilo minimálne v očiach jej muža.

Trádia, ktorá sa dodržiava v komunite *olašských Rómov* aj v súčasnosti a ktorá vymedzuje priestor na ženský a mužský, je oddelené sedenie mužov a žien na rodinných oslavách, respektíve pri príležitostiach, keď sa na jednom mieste stretávajú aj iní ako najbližší členovia danej rodiny. Diferenciácia priestoru na základe ženského pohlavia, či obmedzenie, ako by sme ho mohli chápať z pohľadu majority, súvisí s nadradeným postavením muža nad ženou, s faktom, že to, čo je dovolené alebo bežné pre muža, môže byť nepredstaviteľné pre ženu.

Rozdielne postavenie žien a mužov v spoločenstve subetnickej skupiny *olašských Rómov* sa začína prejavovať už v detskom veku. Cieľom rodičov je vychovávať deti tak, aby ďalej dodržiavali nepísané *rómske zákony* a vychovávali podľa nich aj svoje vlastné deti. Na to dozerá celá komunita. Silná sociálna kontrola nedovoľuje alebo veľmi komplikuje iné postupy ako tie, ktoré sú zaužívané a považované za správne.

Ak by sa rómska žena pokúsila stať „emancipovanou“, stratila by ocenenie vlastnej skupiny, čo je veľmi demotivujúce aj pri vzdelávaní dievčat. Deti sa učia najmä

odporovaním od dospelých, a to pri každodennej činnosti v domácnosti, a tým sú pripravované na ďalší život, na ďalšie roly, ktoré budú zastávať. Dievča je vedené a vychovávané k tomu, že po ukončení povinnej školskej dochádzky sa stane manželkou a čo najskôr aj matkou. Preto sa počas poobedných hodín preferuje priučenie školopovinného dievčaťa do domácich prác pred prípravou na vyučovanie. Zároveň si treba uvedomiť, že *olašskí Rómovia* sa riadia svojimi vlastnými vnútornými zákonmi a pravidlami, ktoré nie vždy korešpondujú s výchovnými procesmi v škole. Obdobie adolescencie v takej podobe, ako ho pozná majorita, akoby bolo v tejto komunite vynechané. Hovorí o tom aj jedna „životná múdrosť“ Rómov: „*Posaď svoju dcéru na stoličku, a ak sa jej nohy dotýkajú zeme, je už zrelá na vydaj*“ (Lakatošová, 1994, s. 3).

Zmena sociálnej roly zo slobodného dievčaťa na vydatú ženu sa demonštruje aj navonok, a to vnútorne predpísanými odevnými znakmi, konkrétne nosením dlhých sukní. Zakázané je nosenie nohavíc a krátkych sukní, čiže v dĺžke nad kolená. Ženy tiež nenosievajú tričká na ramienka, bez rukávov a vo všeobecnosti musia dbať na svoj výzor, ale zároveň sa nesmú obliekať vyzývavo.

Postavenie ženy sa mení s viacnásobnými pôrodmi. Aj z toho dôvodu, že sa mladá rodina často osamostatňuje, a teda nevesta už nie je pod každodenným priamym vplyvom manželových rodičov. Tento cyklus sa zavŕši, keď sa najstarší syn dostáva do veku ženy (v súčasnosti približne v 17., 18. roku života) a privádza si do domu ženu. A tým sa z nevesty a matky stáva svokra, ktorej prináležia právomoci uplatňované voči neveste. Čím je žena staršia, tým sa považuje za skúsenejšiu a múdrejšiu. Staršia generácia má vo všeobecnosti v spoločenstve *olašských Rómov* vyšší status a postavenie, týka sa to aj žien.

Záver

Muži i ženy deklarujú nerovnoprávne postavenie oboch pohlaví. Muži sú považovaní za múdrejších, za tých, čo zastupujú svoju rodinu navonok pred komunitou a zároveň zodpovedajú za jej správanie a konanie, ktoré musí v každom prípade podliehať rómskym vnútorným zákonom. Sú nositeľmi prestíže rodiny. Z pohľadu Nerómov by to mohlo vyzeráť, že *olašské* ženy sú diskriminované. O to dôležitejší je pohľad a názor na danú tému samotných žien: „... *vyhovuje mi to, čo by nie. Všetci zle oni, muži, nerobia. Oni nechodia nikde často, ako na tú diskotéku, zábavu. Tak dvakrát za mesiac. Všetci pozrite, aké máme domy postavené. Všetci čo môžeme potom hovoriť. Vedia sa postarať. Keď niečo treba, tak urobia všetko. A môj vie lepšie ako žena nakupovať. Sú aj zlí, ako aj u vás (v majorite), ale ja nemôžem nič povedať. Sú aj takí, čo pijú, žiarlia, bijú ženy. Sú aj u nás takí*“ (žena, 50 rokov)

Treba si uvedomiť, že *olašskí Rómovia* sa riadia vlastnými vnútornými zákonmi, ktoré v mnohých prípadoch nie sú totožné s predstavami majoritnej spoločnosti. Zachovávať si tradičné normy správania. Prejavov rodovej nerovnoprávnosti v subetnickej skupine *olašských Rómov* preto nemožno vytrhnúť z kultúrneho, historického a sociálneho kontextu.

REFERENCIE (LITERATÚRA):

BAČOVÁ, V. 1988. *Spoločenská integrácia cigánskych obyvateľov a cigánska rodina*. In Slovenský národopis. ISSN 1335-1303, 1988, roč. 36, č. 1, s. 22-34.

Dáta o ľudských právach rómskych žien. Kultúrne združenie Rómov na Slovensku. Banská Bystrica, 2009. ISBN 978-80-970224-0-2.

DAVIDOVÁ, E. 2003. *Ke zmenám v tradicionalite a diferenciácii rómskej rodiny a skupiny*. In Fabianová, Matulay (ed.): Empirické poznatky z edukácie rómskych detí. Vplyv rodiny a rola matky vo výchove a vzdelávaní rómskych detí. Zborník príspevkov z vedeckého seminára s medzinárodnou účasťou. Spišská Nová Ves: FSVaZ UKF v Nitre, 2003. ISBN 80-8050-667-1, s. 146-151.

LAKATOŠOVÁ, M. 1994. *Některé zvyklosti olašských Romů*, In Romano Džaniben. ISSN 1210-8545, 1994, č. 1-3, s. 2-13.

MATOUŠEK, O. 1993. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: SLON, 1993. ISBN 80-901424-7-8.

ŠUSTEROVÁ, I.: *K problematike postavenia žien v spoločenstve olašských Rómov v súčasnosti*: diplomová práca. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, 2014.

Negatívne aspekty kultu tela

MUDr. Pavel Malovič, PhD., MPH, telovýchovný lekár, Klinika telovýchovného lekárstva, Univerzitná nemocnica, Bratislava-Staré Mesto

Jednou z novodobých podôb závislostí, vyplývajúcich z moderného životného štýlu a kultu opáleného tela, je tanorexia – chorobná túžba po dokonale „bronzovej“ postave s optimálnymi mierami. Informácie o nej sa začali v odbornej literatúre objavovať okolo roku 2005. Podľa dosiaľ zistených skutočností určite nejde o klasickú závislosť podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb WHO (Svetovej zdravotníckej organizácie), ale ide o jednu z mnohých závažných foriem návykového správania. Prejavuje sa psychickou poruchou, pri ktorej si človek namýšľa, že jeho pokožka je veľmi bledá, a počas slnenia stráca kontrolu nad prehnaným opalovaním. *Jedinci trpiaci tanorexiou sa v chorobnej miere a vysokej frekvencii vystavujú slnečnému žiareniu, či už prirodzenému, alebo v soláriách.* Často sú schopní spôsobiť si až nebezpečné slnečné popáleniny. Symptómy ochorenia ešte neboli úplne a presne opísané, ale medicínski vedci na tom pracujú. Základným prejavom tanorexie je intenzívna úzkosť v blízkosti a pri pohľade na opáleného človeka a neustála starosť o farbu vlastnej kože. Zjednodušene možno povedať, že závislími sa stávame vtedy, ak sme posadnutí predstavou o dokonalosti opáleného tela, naše správanie má povahu rituálov a strácame nad ním kontrolu, prepadáme pocitom zúfalstva, viny a chronickému strachu, že naše „vyblednuté“ telo bude vyzerať neatraktívne.

Ľudia trpiaci tanorexiou si často svoju závislosť neuvedomujú. Vedia, aké riziko je spojené s nadmerným slnením, no túžba po dokonalosti spôsobuje, že tento fakt ignorujú, prípadne majú pocit, že ich konkrétne sa to nedotýka. A pritom nadmerné opalovanie do 30 rokov života zvyšuje riziko vzniku rakoviny kože až o 75 percent.

Tanorexia je zvyčajne záležitosťou mladšej vekovej kategórie, hlavne žien a dievčat, no ani chlapci už nie sú výnimkou. „Pacienti“ väčšinou nemajú viac ako 30 rokov, ale ochorenie sa nevyhýba ani staršej generácii. Jedinou liečbou je psychoterapia, ale porucha je nesmierne úporná a postihnutí neradi spolupracujú.

Túžba po krásnom tele nás môže mnohokrát doviest' aj k ďalším psychickým poruchám. Nie je nič výnimočné, že mnoho tanorektikov trpí anorexiou – chorobným chudnutím, „posadnutosťou štíhlosťou“.

Anorexia je proces, prebiehajúci zvyčajne u dievčat, spojený so silným vplyvom psychickej zložky (psychosomatické ochorenie). Pri anorexii sa za každú cenu premáha pocit hladu. Postihnutí si nepridajú nikdy dostatočne štíhle a postupne prestanú prijímať potravu. Anorexia sa môže skončiť úplným vyhľadovaním organizmu a smrťou (zlyhanie srdca). V priebehu ochorenia sa objavujú depresie, rednutie kostí, poruchy menštruácie a neskôr i plodnosti, pokles fyzickej aj psychickej výkonnosti. Liečba je psychiatrická. Pomôckou na zistenie, či dotyčná osoba poruchou trpí, je aj kontrola tzv. body mass indexu. Pri patologickom chudnutí dochádza k jeho poklesu pod hodnotu 17,5 (normálne je rozpätie 18,6 až 24,9). Body mass index je parameter (číslo), ktorý získame, keď hmotnosť v kilogramoch vydelíme druhou mocninou výšky v metroch.

Pri psychických poruchách sa často stretávame s prípadmi takzvanej dvojitej diagnózy, čo znamená, že jedna porucha nevyklučuje prítomnosť iných závislostí či duševných porúch. Anorexia a tanorexia sa často spájajú. V oboch prípadoch ide





o strach, že pre okolie nebudeme dostatočne atraktívni. Podľa názorov psychiatrov do rovnakej skupiny ochorení patri aj *kakofóbia*, čo je strach zo škaredosti. Postihnutí ľudia vo väčšine prípadov vyhľadávajú soláriá a salóny krásy a neváhajú si lahnúť aj pod skalpel plastických chirurgov, len aby vyzerali dokonalo. Mnohí z nich sa postupne stávajú tiež závislými od nikotínu, alkoholu či drog.

Jedna zo štúdií amerických výskumníkov, na ktorej sa zúčastnilo 421 univerzitných študentov, poukázala na to, že mnoho závislých od opalovania trpelo aj stredne ťažkými formami úzkosti a depresie. Študenti zároveň priznali, že pobyt v soláriu a na slnku im pomáha cítiť sa príjemne. Je to pre nich relax, meditácia a spôsob, ako regulovať emócie či vyrovnať sa so stresom. Môžu za to endorfíny – „hormóny šťastia“, ktoré mozog začne produkovať údajne aj pri opalovaní (podobne ako pri behaní a sexuálnej aktivite). Pri liečbe depresí sa používa ako podporná liečba aj liečba svetlom a odporúča sa fyzická aktivita na slnku – no nie v nadmernej, ale v predpísanej miere. Okrem iného endorfíny ovplyvňujú aj aktivitu neurónov zodpovedných za vnímanie bolesti, čo znamená, že ju potláčajú a tíšia. Seriózni psychiatri však v diskusii zároveň popierajú, že by opalovanie dokázalo navodiť euforický stav dobrej nálady, aj keď spolu s pohybovými aktivitami môže zlepšiť psychickú kondíciu. Na vzniku závislosti sa teda podieľajú viaceré faktory a tak ako pri akýchkoľvek iných ochoreniach spolupôsobia na vznik tejto psychickej poruchy. Jedným z motívov, prečo začínajú mladé dievčatá so soláriom alebo opalovaním príliš skoro, môže byť aj dôvod, že takéto správanie vidia doma. Ak sa matka pravidelne a nadmerne opaluje, či už v soláriu, alebo v prírode, a jej pokožka je permanentne opálená, ťažko bude svojej dcére vysvetľovať, že to je škodlivé.

V súčasnosti však čoraz výraznejšie ovplyvňuje vznik psychických porúch spájaných so životným štýlom presadzovanie kultu tela. Dnes mladé ženy navštevujú salóny krásy a plastické ambulancie pod vplyvom modelingu a kulturistiky. Ak mladí ľudia upadnú do kolotoča týchto závislostí, určite treba vyhľadať odbornú pomoc. V extrémnych prípadoch je skutočne nevyhnutné, aby takéhoto človeka vyšetril odborník – psychológ.

Dost' závažnou otázkou je, či sú tanorektici náchylnejší na vznik rakoviny kože a jej ďalších poškodení. Nekontrolované a hlavne prehnane vystavovanie kože UV

žiareniu, či už na slnku, alebo v soláriu, vedie naozaj ku vzniku nádorov pokožky. Na koži sa môže objaviť spinocelulárny alebo bazocelulárny karcinóm, ale tiež jeden z najzhubnejších nádorov v organizme – melanóm.

V soláriách sa prednostne využíva hlavne UVA žiarenie, pretože spôsobuje rýchle zhnednutie kože. Menej je prítomné UVB žiarenie, ktoré je zodpovedné za začervenanie kože a následne za jej zhnednutie. Ak sú žiarivce staré, môžu produkovať aj UVC žiarenie, ktoré spôsobuje rakovinu kože. Preto by sa mali žiarivce v soláriách pravidelne kontrolovať. Na rozdiel od prirodzeného UV žiarenia zo slnka sa na zemský povrch UVC žiarenie nedostáva, pretože sa zachytáva v stratosfére.

K najjemnejšiemu poškodeniu kože môžeme zaradiť *fotaging*, teda predčasné starnutie kože, ktoré sa prejavuje zošúverením pokožky a tvorbou vrások. Koža je pergamenovo jemná, akoby pokrčená. Na miestach nadmerne vystavených pôsobeniu UV žiarenia môžu vzniknúť solárne keratózy – pupence ružovej a červenej farby, z ktorých sa môžu postupne vyvinúť nádory kože.

Do akej miery je teda opalovanie ešte zdravé? Ak sa opalujeme na dovolenke pri mori, na kúpalisku či pri jazere do jedenástej hodiny dopoludnia a od pätnástej hodiny popoludní, je to primerané. Ak športujeme a musíme byť na slnku aj cez obed, je vhodné použiť ochranné faktory na kožu v podobe opalovacích krémov, dať si na hlavu klobúk alebo šiltovku a na oči slnečné okuliare. Slnko nám pomáha tvoriť vitamín D v organizme, no nesmieme to preháňať a musíme sa pred ním rozumne chrániť.

S tanorexiou sa nezriedka spája ešte jeden druh závislosti a tou je ortorexia – závislosť od zdravej výživy.

Venovať sa kvalite svojej potravy je užitočná vec, ale v ostatnom čase rapídne pribúda množstvo žien a mužov, pre ktorých sa až hysterická kontrola konzumovanej stravy stane doslova „jedným“ zmyslom života. Cítia sa prevínili, ak náhodou skonzumujú „nezdravé“ jedlo, nedôverujú ponúkaným jedlám, strávia obrovské množstvo času pri čítaní obalových etikiet, príbalových letákov a hľadaním informácií na internete. Postupne zužujú svoj jedálny lístok, všetko opakovane kontrolujú, stále sa boja, chudnú a stávajú sa neurotikmi. Problém vrcholí, ak sa zoznam potravín, ktoré sú ochotní zjesť, zredukuje na minimum, a pokiaľ nemajú naporúdzí podľa nich zdravú potravinu, radšej nejedia vôbec. Takéto konanie sa nazýva ortorexia (z gréckeho orthos = správny a orexis = chuť) a má značný vplyv na fyzické aj psychické zdravie. Prvýkrát chorobu opísal a pomenoval americký lekár Steven Bratman v knižke *Health Junkies* (Fanatici zdravej stravy), ktorú napísal podľa osobných skúseností. Vyššie riziko jej vzniku majú ľudia so sklonom k podriadenosti (submisivite) a jedinci s nedostatočným sebavedomím, ktorých ľahko ovplyvňuje okolie. Ortorektici sú v počiatočnom štádiu obdivovaní, ale postupne sa menia na trosky a je potrebné vyhľadať odbornú pomoc. Vhodné je začať s kvalitnou psychoterapiou, ktorá potrebuje svoj čas, ale je zvyčajne úspešná. Hraničné prípady rieši psychiater.



Niekoľko faktov o fajčení tabaku a podnety pre prevenciu

PhDr. Ingrid Hupková, PhD., odborná pracovníčka, manažérka kultúry pre sociálnu prevenciu, Národné osvetové centrum

Zdravie a kvalita života každého z nás je ovplyvnená množstvom faktorov, ktoré pôsobia pozitívne, priaznivo a blahodarne — nazývame ich aj *ochranné či protektívne faktory*.

Na druhej strane na človeka spolupôsobí aj rad faktorov, ktoré majú naopak negatívny vplyv a pôsobia nepriaznivo, nazývame ich *rizikové faktory*. K najvýznamnejším rizikovým faktorom, ktoré ovplyvňujú zdravie a kvalitu života, patrí *fajčenie tabakových výrobkov*. Fajčenie tabakových výrobkov sa zaraďuje medzi rizikové faktory, ktoré ovplyvňujú vznik, rozvoj a priebeh celého radu ochorení fajčiarov v ich produktívnom veku. Navyše tabak je **jediný legálny produkt určený na konzumáciu, ktorý zabíja, pokiaľ sa užíva tak, ako výrobca zamýšľa**.

V príspevku zosumarizujeme niektoré *fakty spojené s fajčením tabakových výrobkov* a v závere poukážeme na **vybrané podnety pre preventívne intervencie, využiteľné v tzv. pomáhajúcich profesiách**.

Pôvodní obyvatelia Ameriky — od juhu až na sever — užívali tabak rôznymi spôsobmi: fajčili ho, žuvali a aj jedli tabakové listy. V Európe sa od 16. storočia tabak stal módnym hitom, lekári a botanici sa snažili o jeho liečebné využitie. Psychoaktívna látka nikotín dostala názov podľa J. Nicotta, ktorý priviezol tabak do Francúzska.

V súvislosti so spomínanými rizikovými faktormi je významné, že približne 60 látok obsiahnutých v tabakových výrobkoch bolo rozpoznaných ako známe či predpokladané karcinogény.

Ako uvádza Psychologický slovník (Hartl, P. — Hartlová, H., 2000, s. 358), *nikotín* (nicotine) je jedovatý alkaloid prítomný v tabakových listoch, v malých dávkach dočasne zlepšuje kognitívne funkcie a tým podporuje psychickú činnosť. Nikotín je návyková psychoaktívna látka, ktorá je silne toxická, ide o jeden z najtoxickejších jedov. Ako dôkaz možno použiť argument, ktorý uvádza Sovinová, H. (2009, s. 9), že už 60 mg predstavuje smrteľnú dávku. Pôsobí ako mierny *stimulans*, *zvyšuje krvný tlak a srdcový tep*. Z hľadiska prežívania navodzuje pocit *uvolnenia, povzbudení, odstránenia nervozity a napätia*.

Nikotín z hľadiska rozvoja závislosti a odvykacieho stavu vyvoláva silnú psychosociálnu závislosť, pri dlhodobom užívaní vzniká aj *fyzická závislosť* od nikotínu.

Odvykací stav je sprevádzaný nervozitou, nepokojom, rozladenosťou, podráždenosťou. K abstinenčným príznakom pri nedostatku nikotínu patria aj neschopnosť sústrediť sa, depresia a vždy pri závislosti prítomné nutkanie (craving) — neodolateľná túžba po droge.

Nikotín a riziká spojené s užívaním

Medzi najznámejšie zdravotné riziká spojené s jeho užívaním patria poškodenia dýchacích ciest — zápaly, ale aj zhubné nádory. U žien je ohrozená plodnosť, tehotenstvo a zdravie novorodenca, vyššie je riziko spontánneho potratu, nižšia je pôrodná váha dieťaťa.

Významnou kontraindikáciou je užívanie hormonálnej antikoncepcie a fajčenie tabakových výrobkov. Táto informácia by sa mala zdôrazňovať v preventívnych intervenciách zameraných najmä na dospelujúce dievčatá a mladé ženy. U mužov fajčenie tabakových výrobkov ovplyvňuje negatívne potenciu.

Niekoľko faktov o fajčení

MUDr. H. Sovinová (Sovinová, H., 2009, s. 9-10), ktorá pôsobí v Štátnom zdravotnom ústave v Prahe, zosumarizovala niekoľko významných faktov o fajčení.

■ Prvý fakt o fajčení

K najvýznamnejším známym rizikovým faktorom ovplyvňujúcim negatívne zdravie, ktoré sa podieľajú na vzniku a rozvoji ochorenia človeka v produktívnom veku, patrí fajčenie. WHO (2002) uvádza týchto päť hlavných rizikových faktorov pre vznik



ochorenia a predčasných úmrtí: **1) tabak, 2) vysoký krvný tlak, 3) alkohol, 4) vysoký cholesterol, 5) nadváha.**

■ Druhý fakt o fajčení

Na následky fajčenia umiera polovica dlhoročných fajčiarov, pričom polovica týchto úmrtí je predčasná, teda v produktívnom veku fajčiarov (35 – 69 rokov), a v priemere fajčiari takto stratia 20 – 25 rokov života.

■ Tretí fakt o fajčení

Vysoké sú aj ekonomické straty – dochádza k nárastu výdavkov na liečbu ochorení vyvolaných fajčením, predĺženiu času práceneschopnosti u fajčiarov a znížená je aj produktivita práce.

■ Štvrtý fakt o fajčení

Nebola stanovená žiadna bezpečná hladina expozície tabakového dymu a ani sa neočakáva, že by ju stanovil budúci výskum. **Tabak je jediný legálny produkt určený na konzumáciu, ktorý zabíja, pokiaľ sa užíva tak, ako výrobca zamýšľa.**

■ Piaty fakt o fajčení

Fajčenie v priebehu tehotenstva prináša vysoké riziká: hrozí nízka pôrodná hmotnosť novorodenca, vyššia detská úmrtnosť, vývojové poruchy plodu a iné.

■ Šiesty fakt o fajčení

Aktívne fajčenie a jeho riziká

Okrem hlavných zdravotných rizík aktívneho fajčenia, akými je rad závažných chronických ochorení – rakovina, ochorenia srdca a ciev, chronické pľúcne ochorenia, ďalšie negatívne následky fajčenia predstavujú sivý zákal, otupenie čuchu a chuti, predčasné starnutie pokožky a tvorba vrások, predčasné šedivenie a vypadávanie vlasov, častejšie úrazy.

■ Siedmy fakt o fajčení

Pasívne fajčenie u dospelých, pasívna expozícia tabakového dymu z „druhej ruky“ (Sovínová, H., 2009, s. 9), je prítomné všade, a preto je toto nedobrovoľné fajčenie veľkým problémom. Medzinárodná organizácia práce odhaduje, že najmenej 200 000 pracujúcich zmrie každý rok z dôvodu expozície tabakového dymu „z druhej ruky“ na pracovisku (Sovínová, H., 2009, s. 10).

Pasívne fajčenie u detí má za následok aj syndróm náhleho úmrtia u dojčiat a malých detí, akútne respiračné ochorenia, chronické respiračné príznaky, zníženie pľúcnych funkcií, vznik astmy a astmatických záchvatov, akútne a chronické zápaly stredného ucha a iné. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) odhaduje, že približne 700 miliónov detí, čiže takmer polovica všetkých detí žijúcich na svete, **dýcha vzduch znečistený tabakom, a to hlavne doma. Vzniká preto otázka: Je rodina naozaj bezpečným prostredím pre dieťa?**

Niekoľko podnetov pre prevenciu

Vychádzajúc z uvedených faktov o fajčení odborníci i laici sa zhodujú v tvrdení, že **prestať fajčiť sa oplatí v každom veku, nikdy nie je neskoro, zdravie sa začne zlepšovať okamžite.**

V závere príspevku uvedieme niekoľko podnetov pre prax preventívnych intervencií zameraných na tabak v pomáhajúcich profesiách.

Adolescenti sú kľúčovou cieľovou skupinou tabakového priemyslu, dospelí takmer nezačínajú fajčiť. Aj štatistické zistenia dokazujú (In Kmeťová, A., Kraliková, E., 2009, s. 11-12), že **90 % fajčiarov si zapálilo prvú cigaretu pred 18. rokom života.**

Význam preventívnych intervencií v puberte a adolescentnom veku je o to väčší, že pri riešení problému závislosti od tabaku (podobne ako aj pri iných závislostiach) platí, že **o to nižší je vek kontaktu s tabakom (psychoaktívnou látkou), o to závažnejšie je poškodenie organizmu, ktorý je nezrelý, a aj silnejšie vzniká a rýchlejšie sa rozvíja závislosť** (Škodáček, I., 2009, s.17).

Nízky vek, teda skorý kontakt človeka s tabakom, predikuje väčšie problémy v snahe zbaviť sa závislosti od tabaku. Zdravotné poškodenia následkom fajčenia sa prejavujú výraznejšie v oblasti telesných aj psychických ochorení.

Adolescenti sú cieľovou skupinou producentov tabaku a primárna prevencia užívania akejkoľvek drogy – psychoaktívnej látky – by mala mať za cieľ



predchádzať prvokontaktu s drogami alebo ho aspoň oddialiť. Preto je potrebné s primárnou prevenciou začať od najútlejšieho veku dieťaťa. **Dieťa v predškolskom veku sa najviac učí napodobňovaním. Dospelí, najmä rodičia, sú pre predškolské deti výrazným vzorom správania.** Preto nie je nič zvláštne, že deti v materskej škole imitujú správanie rodičov v hrách – fajčia fixky, ako ich otec či mama fajčia cigarety. U detí staršieho školského veku a v období adolescencie je dôležitá nielen primárna prevencia (zaberajú napríklad fakty o zhoršení kvality pleti, vysušovaní kože, vypadávaní vlasov, zápachu z úst, atď.), ale aj sekundárna a terciárna prevencia – liečenie a podpora abstinencie.

Kmeťová a Kraliková (2009, s. 11) uvádzajú faktory, ktoré ovplyvňujú fajčenie adolescentov a ktoré sú pre nich typické:

- **silný vplyv vrstovníkov,**
- **stres a nuda,**
- **obavy zo zvyšovania hmotnosti (tzv. kult tela),**
- **vzorové správanie idolov, napríklad fajčenie vo filmoch.**

Mladí ľudia tvoria cieľovú skupinu, ktorej sa musí venovať zvláštna, osobitne významná a permanentná pozornosť v súvislosti s primárnou prevenciou tzv. látkových (drogových) i nelátkových závislostí. **Mladí ľudia vo veku od 13 do 20 rokov sú veľmi rizikovní** a pravdepodobnosť kontaktu či experimentu s drogami či vzniku nelátkových závislostí je práve u nich veľmi vysoká.

Zámerom príspevku bolo poukázať na nebezpečnosť legálnej a veľmi rozšírenej drogy – nikotínu – a poukázať na niektoré fakty, ktoré napomáhajú, ale aj limitujú prevenciu fajčenia tabakových výrobkov.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY:

Hartl, P. – Hartlová, H. 2000. Psychologický slovník. Praha: Portál, 358 s. ISBN 80-7178-303-X.

Kmeťová, A. – Kraliková, E. 2009. Fajčenie adolescentov – prevencia a liečba. In Sociálna prevencia – Legálne drogy – prevencia. ISSN 1336-9679, s. 11-12.

Škodáček, I. 2009. Liečba závislosti od legálnych drog u detí a mládeže. In Sociálna prevencia – Legálne drogy – prevencia. ISSN 1336-9679, s. 16-17.

Sovínová, H. 2009. Fajčenie tabakových výrobkov a jeho nepriaznivý vplyv na ľudské zdravie. In Sociálna prevencia – Legálne drogy – prevencia. ISSN 1336-9679, s. 9-10.

Inkluzívna škola

Rešpektovanie individuality a rôznorodosti žiakov

Prof. PhDr. Eva Gajdošová, PhD.,

psychologička, Fakulta psychológie, Paneurópska vysoká škola, Bratislava

Problematika inkluzívneho vzdelávania v školách nie je v súčasnosti záležitosťou iba niektorých štátov, ale patrí medzi agendy nadnárodných inštitúcií, akými sú OSN a UNESCO. Tieto inštitúcie majú značný podiel na tom, že inkluzívna politika sa stáva súčasťou politik všetkých štátov a súčasná transformácia školských systémov sa postupne ubera smerom k inkluzívnosti.

UNESCO v roku 2009 vydalo usmernenie pre inklúziu vo vzdelávaní s príznačným názvom *Inkluzívne vzdelávanie: cesta do budúcnosti*. Pod inkluzívnym vzdelávaním chápe také vzdelávanie, v ktorom majú všetci žiaci právo na rovnakú kvalitu vzdelávania, ktoré naplňa ich základné vzdelávacie potreby a je pre nich obohacujúce. Pri zameraní na marginalizované a zraniteľné skupiny sa inkluzívne vzdelávanie snaží naplno rozvíjať potenciál každého jednotlivca. Jednoznačným cieľom kvalitného inkluzívneho vzdelávania je skoncovať so všetkými formami diskriminácie a podporovať sociálnu kohéziu.

Vláda SR v novembri 2011 schválila členstvo Slovenskej republiky v Európskej agentúre pre rozvoj špeciálneho vzdelávania, čo umožnilo SR

byť súčasťou medzinárodnej odbornej platformy podporujúcej rozvoj inkluzívneho vzdelávania, pri ktorom škola rešpektuje rôznorodosť a individualitu detí. Problém inklúzie vo vzdelávaní na Slovensku sa začal definovať najmä po januári 2012, keď vláda prijala koncepciu inkluzívneho vzdelávania a následne 20. februára 2012 poukázala na potrebu legislatívneho vymedzenia pojmov segregácia a inklúzia v antidiskriminačnom zákone, v zákone o výchove a vzdelávaní a v ďalšej relevantnej legislatíve. V koncepcii vzdelávania z 11. januára 2012 sa uvádza, že je potrebné vypracovať, konkrétny model školskej inklúzie pre rôzne situácie a cieľové skupiny s ambíciou vytvoriť všeobecný model inkluzívnej školy“. Až začiatkom roku 2014 sa v rámci Projektu inkluzívnej edukácie (PRINED) vypracoval a oponoval prvý model inkluzívnej školy, ktorý sa v súčasnosti overuje v stovke základných škôl na Slovensku. Významnú, ba podstatnú úlohu v projekte inkluzívnej školy zohráva „inkluzívny tím“ na škole, kde okrem pedagogických pracovníkov je aj školský psychológ, špeciálny pedagóg, sociálny pedagóg, asistent učiteľa a v prípade potreby aj ďalší špecialisti.

Odborníci Daniels a Garner (1999), akcentujú pojem inklúzia, upozorňujú: „Posun od ‚integrácie‘ k ‚inklúzii‘ nie je len terminologickým rozdielom, ktorý by bol výsledkom politickej korektnosti, ale zásadnou zmenou perspektívy. Znamená posun od ‚deficitného‘ modelu, ktorý stojí na predpoklade, že ťažkosti, problémy majú svoj pôvod v dieťati, k ‚sociálnemu‘ modelu, ktorý hovorí, že bariéry v učení existujú v samotných školských štruktúrach, a všeobecnejšie povedané, v postojoch a štruktúrach celej spoločnosti. Inkluzívny prístup zdôrazňuje predpoklad, že jednotlivé deti majú právo zúčastňovať sa na všetkom, čo sa ponúka v bežnej triede.“

Dánsky psychológ H. W. Nielsen zdôrazňuje (2014), že na to, aby sa škola mohla označiť za inkluzívnu, musia byť splnené štyri podmienky: účasť, akceptácia, participácia a úspech.

Účasť sa vzťahuje k času, ktorý trávia žiaci so špeciálnymi potrebami na vyučovaní v bežnej škole.

Akceptácia sa vzťahuje k postojom spolužiakov aj učiteľov a k prijatiu detí so špeciálnymi potrebami ako aktívnych členov triednej skupiny v bežnej škole.





Participácia znamená aktívnu účasť detí so špeciálnymi potrebami na všetkých školských aktivitách.

Úspech znamená, že žiakom so špeciálnymi potrebami sa umožňuje zažiť v škole úspech a rozvíjať si pozitívny obraz o sebe.

V škole, ktorá je inkluzívna, nie je žiak len jednoducho prítomný v triede a sedí tam, ale je zakomponovaný do aktivít a činností triedy, akceptovaný svojimi spolužiakmi a učiteľmi, dostáva pochvaly, zažíva úspech, dostáva spätnú väzbu, v čom je dobrý, v čom sú jeho silné stránky.

Už teraz je zrejmé, že na školu, ktorá je inkluzívna, sa budú nevyhnutne klásať vyššie nároky, spojené s veľkou heterogenitou zloženia jej žiakov. Pôjde o nároky na zmenu prostredia, najmä sociálneho prostredia školy a tried, na prácu učiteľov na celistvom rozvoji osobností žiakov, najmä psychického zdravia detí a rozvíjania ich kľúčových kompetencií, na vzájomnú spoluprácu a altruizmus žiakov v triede a kvalitné interpersonálne vzťahy, na kooperáciu pedagogických a odborných zamestnancov školy, pracujúcich v multidisciplinárnych tímoch, zameranú aj na vytváranie dobrej sociálnej klímy a sociálnej atmosféry a dobrých vzťahov medzi učiteľmi a žiakmi, avšak s primeranou náročnosťou a požiadavkami na ich výsledky v učení, na intenzívnejšiu spoluprácu školy a rodiny prostredníctvom netradičných foriem práce s rodičmi žiakov a komunikácie s rešpektom a úctou a i. Dôležitý bude tiež dôraz na kariérové poradenstvo a profesijnú orientáciu žiakov, na adekvátny výber ich ďalšieho štúdia a zamestnania.

Zavádzanie inkluzívneho vzdelávania bude zároveň vyžadovať novú prípravu pedagogických a odborných pracovníkov škôl v oblasti relevantných poznatkov o deťoch so psychickými, telesnými a sociálnymi

hendikepmi, o ich správaní a prežívaní sveta okolo seba, potrebné budú najmä najnovšie poznatky zo psychológie (sociálnej, vývinovej, klinickej, školskej, pedagogickej, poradenskej psychológie), špeciálnej pedagogiky, sociálnej práce či sociológie, ale aj modernej didaktiky a metodiky výchovy a vzdelávania detí, zvlášť detí s hendikepmi.

Prípravenosť učiteľov na vzdelávanie takejto širokej heterogénnej skupiny žiakov počíta tiež s individualizáciou a diferenciaciou, a to najmä v týchto oblastiach:

- obsah – štruktúra, výber, alternatívy, dôraz na nácvik a komunikáciu,
- metódy – alternatívne metódy, peer tutoring support, audiovizuálna a počítačová technika,
- hodnotenie – alternatívne, diskusia, podpora sebavedomia a sebadôvery, reflexia.

V inkluzívnej škole môže každý žiak zažiť úspech, cítiť, že je cennou a hodnotnou bytosťou, je to prostredie maximálnych príležitostí pre všetkých žiakov.

Zavedenie inkluzívneho vzdelávania je dlhodobý proces, ktorého aplikácia do praxe vyžaduje značné úsilie a finančnú podporu štátu, Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR, aktivity škôl a školských zariadení, ale aj intervencie mimovládnych organizácií. Keďže inkluzívne vzdelávanie je zároveň interdisciplinárnym problémom, vyžaduje si vstup celého radu vedných odborov do jeho riešenia – pedagogiky, špeciálnej pedagogiky, psychológie, sociológie, biológie, lekárstva.

Inklúzia v školách je síce o školskej politike, školských zákonoch, finančných dotáciách, materiálnych podmienkach, príprave učiteľov a ďalších odborníkov, ale predovšetkým je o postojoch nás všetkých, o hodnotách, o tolerancii, o akceptácii odlišností, o úprimnosti, o dôvere, o altruizme, o morálke.

A tam má psychológia, psychológ a v škole školský psychológ zelenú. Kvalitná, dobrá, účinná, efektívna inklúzia v školách, nie tá formálna – na papieri, sa nedá robiť bez spolupráce s týmto odborníkom.

Psychológia a psychológ, najmä školský, je pripravený pomôcť inkluzívnej škole na najcitlivejších miestach, a to nielen pri riešení každodenných vývinových a výchovných problémov žiakov, ale aj pri podporovaní duševného zdravia učiteľov a žiakov, pri vytváraní zdravej školskej sociálnej klímy a interpersonálnych vzťahov v školskom prostredí, dobrých vzťahov medzi vedením školy a zamestnancami. Je pripravený participovať pri zabezpečovaní spolupráce školy a rodiny a zapájaní rodičov do diania školy, pri výchovných štýloch učiteľov a rodičov. Psychológ má čo povedať do zavádzania moderných nedirektívnych a heuristických metód edukácie s prihliadnutím na vekové a vývinové osobitosti žiakov, ako aj nových stratégií s deťmi vyžadujúcimi špeciálnu výchovnú starostlivosť. Je pripravený pomáhať prehlbovať učiteľovo psychologické majstrovstvo pri poznávaní osobností žiakov, ako aj pri zavádzaní rozvíjajúcich a intervenčných programov na prevenciu agresie, násilia, šikanovania, intolerancie, rasizmu, programov na rozvíjanie emocionálnej inteligencie, prosociálneho správania, rozvíjania empatie, znášanlivosti, akceptácie odlišností, pomoci iným, súdržnosti a altruizmu. Rovnako je pripravený pomáhať pri rozvoji morálky detí, ich morálneho správania a usudzovania. A to všetko s využitím poznatkov humanistickej psychológie a pozitívnej psychológie, ktoré vie školský psychológ implantovať do školy a do procesu edukácie. V popredí je vyučovanie a výchova k ľudským právam, učenie robiť správne rozhodnutia, tolerovať rozdielne názory, spolupracovať s druhými a rešpektovať práva druhých, meniť kelcovú klímu školy v prospech detí aj učiteľov. Na úrovni jednotlivca zase pôjde o väčší dôraz kladený na pozitívne individuálne vlastnosti a schopnosti, ako sú napríklad: schopnosť mať rád, odvaha, estetická citlivosť, ochota odpúšťať, tvorivosť, radosť, subjektívna spokojnosť, well-being, kvalita života, nádej a optimizmus, reziliencia, múdrosť, prosociálnosť a altruizmus, zodpovednosť, zmysel pre rodinu či spoločenstvo, tolerantnosť, súcitenie, vďačnosť, láska a priateľstvo, empatia, morálna motivácia a pod. Všetko sú to hodnoty tak veľmi potrebné pre súčasnú spoločnosť, našu krajinu, našu školu.

LITERATÚRA:

- Daniels, H., Gardner, P. (Eds.) 1999. Inclusive education: supporting inclusion in education systems. London: Kogan Page Limited.
- Nielsen, H. W. 2014. Inclusion. Challenges and opportunities. In: Gajdošová, E. (Ed.) Psychológia – škola – inklúzia. Zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie, 4. – 5. sept. 2014, 47-51, Nitra: Polymédia. ISBN 978-80-89453-05-4.
- Zelina, M. 2014. Inkluzívna škola. Gajdošová, E. (Ed.) Psychológia – škola – inklúzia. Zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie, 4. – 5. sept. 2014, 207-211, Nitra: Polymédia. ISBN 978-80-89453-05-4.

Program prevencie šikanovania pre žiakov 1. stupňa základnej školy

PhDr. Dana Rosová, PhD., odborná asistentka, Katedra sociálnej práce, FF UPJŠ v Košiciach

V rámci univerzálnej prevencie zacielenej na celú populáciu detí a mládeže, ktorej cieľom je poskytnúť informácie a rozvíjať sociálne spôsobilosti, ktoré pomôžu redukovať pravdepodobnosť negatívneho vývoja, realizujem krátkodobý preventívny program *Čo je šikanovanie? Ako sa môžeš brániť, čo môžeš urobiť?*

V rámci tohto programu poskytujem žiakom nielen informácie o šikanovaní, ale aj rady, ako mu predchádzať, a to prevažne zážitkovou formou, ktorú prijímajú oveľa lepšie ako klasicke prednáškovú formu. Formou zážitku, ako sa potvrdilo v iných, už existujúcich preventívnych programoch, si žiaci dokážu oveľa efektívnejšie osvojiť nové poznatky a informácie, intenzívne na ne reagovať. Skúsenosti zo skupinovej práce nám potvrdili, že na riešenie tohto problému je nevyhnutné vytvoriť atmosféru otvorenej a dôvernej komunikácie, ktorá žiakom umožní o danej problematike diskutovať, vymieňať si postrehy či skúsenosti a zároveň im pomôže vyvinúť vlastné stratégie a nápady, ako sa s týmto nežiaducim javom vyrovnáť.

Žiaci sa aktívne zapájajú do diskusie na tému „Čo je podľa vás šikanovanie?“.

Z ich odpovedí vyberám:

- keď sa spolužiaci druhému opakovanne vysmieávajú za to, z akej rodiny pochádza, ako sa oblieka, že sa dobre učí, že poslúcha učiteľa,
- keď sa spolužiaci druhému vyhrážajú počarbaním zošita, vyspaním vecí z tašky, ak neurobí, čo chcu,
- keď spolužiaci druhému berú desiatu, peniaze alebo osobné veci,
- keď spolužiaci druhému robia veci, ktoré sú mu nepríjemné (napríklad nadávajú mu, strkajú do neho, schovávajú mu veci, opakovanne ho urážlivo prezývajú).

Potom žiaci pracujú v skupinkách a prostredníctvom hovorca odprezentujú ostatným svoje názory na „vlastnosti agresora a obeť“. Ostatní členovia skupiny reagujú na prezentáciu, prípadne ju dopĺňajú o ďalšie pohľady. Žiaci najčastejšie uvádzajú tieto vlastnosti „agresora“:

- v mnohých prípadoch ide o fyzicky zdatných chlapcov (dievčatá nie sú výnimkou), niekedy sa však spojí inteligencia s bezohľadnosťou a krutosťou a vyváži nedostatok telesnej sily,
- šikanovania sa dopúšťajú väčšinou sebaistí jedinci,

- túži ovládať druhých, bezohľadne sa presadzovať,
- drzo sa správa k dospelým aj k rovesníkom,
- má tendenciu prekračovať normy spoločenského správania.

Z vlastností „obete šikanovania“ uvádzam napríklad tieto:

- dieťa tiché, citlivé, slušné, plaché, bojazlivé,
- menej fyzicky zdatné, neschopné pobiť sa,
- odlišuje sa od svojich rovesníkov,
- dieťa osamelé, bez kamarátov,
- dieťa odlišnej rasy, kultúry, jazyka, náboženstva,
- dieťa, ktoré prichádza do sformovaného kolektívu.

Ďalej so žiakmi pracujem formou brainstormingu na tému „Ako sa môžeš brániť, čo môžeš urobiť?“. Uvediem niekoľko príkladov:

- Keď do teba niekto zapára, nedaj sa vyprovokovať.
- Keď máš ísť okolo tých, ktorí ťa bijú, berú ti veci, nechodievaj sám. Počkaj na nejakú skupinku a pridaj sa k nej, aj keď ich vôbec nepoznáš.
- Vyhýbaj sa miestam, kde by ťa mohol niekto zbiť alebo ti niečo zobrať.
- Keď nemáš kamarátov, skús si ich nájsť.
- Povedz o svojich problémoch rodičom a požiadaj ich o radu.
- Keď sa šikanovanie deje v škole, oznám to pedagógovi, ktorému dôveruješ.
- Môžeš zavolať na Linku detskej istoty, Linku dôvery alebo do centra pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie.

Okrem toho je potrebné trénovať žiakov, aby sa naučili riešiť konfliktné situácie a vedeli sa brániť pred agresorom. Na to slúži aktivita, pri ktorej rozdelím žiakov na menšie skupinky a spoločne riešia zadané modelové situácie. Z ponúknutých možností si po vzájomnej diskusii vyberú tú najsprávnejšiu a svoju voľbu vysvetľujú pred celou skupinou (pozri Prevencia šikanovania v základných školách. In: Prevencia, č. 3/2005).

Cieľom mojich skupinových stretnutí so žiakmi je, aby pochopili, že **nie je správne:**

- **nečinne sa prizeráť šikanovaniu,**
- **schvalovať agresívne správanie svojich spolužakov,**
- **odsudzovať niekoho, kto je iný, slabší, má nejaký fyzický hendikep,**
- **mlčať, keď vidia nečestnosť, ponižovanie druhých,**
- **byť ľahostajní, keď sa stanú svedkami šikanovania.**

Žiakom zdôrazňujem, že celý problém sa začne riešiť až vtedy, keď šikanovanie ohlásia a vyhľadajú pomoc.

LITERATÚRA:

Rosová, D. PREVENIA PORÚCH SPRÁVANIA U ŽIAKOV ZÁKLADNEJ ŠKOLY. Pohľad sociálneho pracovníka Centra výchovnej a psychologickéj prevencie. In: Učiteľské noviny, roč. LIV, 2004, č. 4.

Rosová, D. VÝZNAM SKUPINOVEJ PRÁCE S DEŤMI S PORUCHAMI SPRÁVANIA. In: Prevencia. Informačný bulletin zameraný na prevenciu sociálno-patologických javov v rezorte školstva, roč. III. 2004, č. 1.

Rosová, D. PORUCHY SPRÁVANIA V PREVENTÍVNOU PROGRAME PRE ŽIAKOV 1. STUPŇA ZÁKLADNEJ ŠKOLY. MOŽNOSTI A OBMEDZENIA SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA. Rigorózna práca. Prešov, 2004.

Rosová, D. PREVENIA ŠIKANOVANIA V ZÁKLADNÝCH ŠKOLÁCH. In: Prevencia. Informačný bulletin zameraný na prevenciu sociálno-patologických javov v rezorte školstva, roč. IV. 2005, č. 3.



Ergoterapeut – laik či odborník

Ing. Slavomír Gál,

zástupca riaditeľa, ReSocia – resocializačné zariadenie pre závislých od psychoaktívnych látok, Petrovce, okr. Sobrance

Ked sme pred časom pri rozvoji nášho resocializačného strediska zvažovali ďalšie smerovanie rozvoja ergoterapie, resp. pracovnej terapie, zamerali sme sa najmä na praktickosť. Ako veľká terapeutická komunita sme začali zisťovať, že už nestačí na riadenie a vedenie praktických typov terapií len jeden človek, a začali sme sa zamýšľať nad potrebou človeka, ktorý by sa venoval výhradne tomuto typu terapií.

Tu sme narazili na dilemu: Aký typ človeka by to mal byť? Má to byť vzdelaný sociálny pracovník, začiatočník v tejto odbornosti, ale s vysokou školou? Tomu podobné teórie do nás hustili mladí pedagógovia pri štúdiu sociálnej práce. Alebo to má byť odborník, napríklad majster odborného výcviku s odbornými znalosťami, možno so skúsenosťami

z riadiacej práce, ale neznalý problematiky závislosti? Priam hamletovská otázka!

Najlepším variantom by bol človek s odbornými znalosťami z vybraných typov pracovnej terapie, s prirodzenou autoritou a, samozrejme, znalý aj problematiky závislosti od psychoaktívnych látok. Krásna všeobecná myšlienka.

Takého človeka je však veľmi ťažko nájsť, a nie to ešte zaplatiť. Vtedy nám napadla priam furiantská myšlienka. Urobiť čapa záhradníkom. Preložené do normálnej reči: Urobiť z klienta laického ergoterapeuta! Veľmi odvážna myšlienka! Mali sme šikovného klienta, stavbára (kedysi majstra na stavbách), ktorý končil resocializačný program a nemal ešte jasné svoje ďalšie smerovanie po

ukončení programu. Tak prečo to neskúsiť? Ako klient bol vzorný, s prirodzenou autoritou, a dobrý odborník pri opravách a údržbe nášho areálu. Skúsili sme to... Výsledok sa dostavil pomerne rýchlo a bol priam prekvapujúci. Ako človek, ktorý závislosť prežil na vlastnej koži, bol nielen odborníkom v oblasti závislosti, ale navyše poznal dobré aj zlé vlastnosti svojich bývalých spoluklientov a dokázal to využiť v prospech strediska. Takže sme získali dvakrát. Nielen dobrého terapeuta, ale aj dobrého majstra. Podarilo sa mu vytvoriť malú skupinu klientov, využiť ich odborné znalosti a schopnosti – a mikroprojekt malej stavebnej partie bol na svete. Dnes naše strediská nemajú problém s malými stavebnými opravami či úpravami, ktoré si dokážeme vďaka tomuto „riziku“ urobiť sami, svojpomocne, a odborne.



Závislosť na druhú

Klientka X, OZ Anabell

Kedy sa to začalo? Presne ani neviem.
Ako sa to začalo? Pomaly, nenápadne.

Niekedy pred dvadsiatimi ôsmimi rokmi, to som mala asi pätnásť. Obdobie puberty... Spomínam si, že som v tom čase nejakú viac pribrala. Normálne by to bolo normálne. Ale ja som to tak necítila... Pohľady a pripomienky z okolia ma v tom utvrdzovali.

Začala som si naschvál zabúdať desiaty, prestala som chodiť na obedy v školskej jedálni, veľa som športovala. Horšie to bolo cez víkend, pretože som musela obedovať doma, čo som nechcela, a hľadala som spôsob, ako sa tomu vyhnúť. Po jedle som sa cítila preplnená, nenávidela som plný žalúdok jedla...

A tu niekde bol začiatok. Diéty a hladovanie doma neprešli...

Snád' z novín alebo z rozprávania, z televízie či odkiaľ som započula o bulímii.

„Čo keby som to skúsila? Ten jeden raz sa nemôže nič stať.“

Ale stalo sa.

Keď som si prvýkrát strčila prsty do krku, cítila som úľavu. Šlo to preč, TO niečo šlo zo mňa preč... Mylne som sa vtedy domnievala, že ide len o jedlo.



Predsa však mi táto „úľava“ nejaký čas vydržala, veď z takého občasa ešte nie som bulimička!

Nahovárala som si.

Nahovárala mi bulímia.

A potom sa to začalo...

Nejedenie, prejedanie, vracanie... šialená potreba znovu a znovu...

Čiastočná strata mojej slobody, hľadanie priestoru byť sama so svojím jedlom a svojou bulímiou.

Z jednoduchého občasa sa stávalo častejšie.

Iba myšlienky na jedlo, mať ho dosť a dosť a potom slasť a pôžitok z jeho konzumácie. Áno, slasť, pretože už dopredu som vedela, že všetko skončí v záchodovej mise. Zatiaľ bez výčitiek. Užívanie si falošného pocitu, že mám situáciu pod kontrolou, že to zvládam.

Potom prišlo ukončenie strednej školy, maturita, odchod z domu a vysnivaná sloboda!!!

Ale pre koho? Pre mňa? Nie, to bulímia splietala svoju sieť!

Voľné pole.

Priestor pre bulímiu.

Nie pre mňa! Ja som už bola utlačovaná niekde v pozadí. Môj život ovládla bulímia.

Dokázala ospravedlniť každé zlo.

Zneužívanie preháňadiel, diuretik, krádeže jedla, krádeže peňazí...

Vo chvíľach, keď bulímia spala, som vnímala zlo, ktoré robím, hanbila som sa, nenávidela sa, sľubovala si, že to bolo naposledy, že už to nikdy neurobím.

Ale bulímia ma vždy porazila. Argumenty môjho malého zdravého ja boli ničím proti sile a nadvláde bulímie.

Občas som mávala pocit rozdvojenia.

To už som však skočila o niekoľko rokov ďalej.

Asi o štyri až päť rokov.

Toto obdobie so sebou prinieslo snád' všetky zdravotné problémy spojené s poruchou príjmu potravy. Amenorea, kŕčové stavy spôsobené zníženou hladinou draslíka, elektrolytové a vodné hospodárstvo môjho tela bolo úplne rozbúrané, prvé kolapsové stavy, hospitalizácia... ale stále dobre utajená MOJA bulímia.

Naučila som sa všetko dobre rozpoznať, vycítiť... draslík som užívala v tabletách, navštevovala som nefrologickú ambulanciu, menzes som mala vyvolávaný hormonálne a pod.

Všetko preto, aby nikto nič nepoznal, nevedel, neodhalil.

Schovaná a schúlená vo svojej ulite, nikto ku mne nemohol, nikoho som nechcela k sebe pustiť.

A pritom som zúfalo chcela a potrebovala pomoc, niekde v tom maličkom zdravom ja som túžila po malom zázraku, ktorý ma vyslobodí...

V tom čase som si vyskúšala otupujúce, uvoľňujúce a „zázračné“ účinky alkoholu.

Keď som sa niekde na oslave napila, mohla som sa najesť, bez toho, aby som musela vracať... ale možno pravdivejšie bolo, že vracať chľasť bolo hnusné.

Moje nezdravé myšlienky ma presvedčali, že takto si môžem občas „opraviť“ svoje telo. Dať mu, čo potrebuje, a ešte si otupiť myslenie...

Výsledkom bolo, že k jednej závislosti pribudla ďalšia.

A spomienky na toto obdobie?

S hlavou v záchodovej mise, opitá v posteli alebo hladujúca...

Do môjho šialeného kolotoča prejedania, vracania, hladovania a predovšetkým

maximálnej snahy o utajenie všetkého, čo s tým súvisí, pribudlo ďalšie utrpenie...

Opíjanie, vytriezvievanie, zahladzovanie a napravovanie všetkého, čo som v opitosti napáchala.

Všetku energiu a slobodu, ktoré som mala, pohltili moje závislosti.

Na nič iného som už nemala silu.



Bola som ešte viac sama.

Nikto nič nevedel.

Moja škrupina, v ktorej som sa ukrývala, zosilnela.

Všetku a všetkých som odmietala. Moje závislosti odmietali, pretože tak by prišli o všetku moju energiu, ktorú som im venovala.

Súčasťou tohto môjho života, bez slobody, bez schopnosti urobiť čokoľvek, čo by som ja sama chcela, boli aj moje úteky. Z domu, z manželstva, z práce, myšlienky na útek zo života...

Dnes viem, že som podvedome utekala od závislostí. Alebo lepšie povedané, pred nimi.

Nikdy to nepomohlo.

Vždy boli krok predo mnou.

Nasledovali roky blúdenia, hľadania, výčítiek, sklamaní, znechutenia zo seba...

Mala som svoju ulitu, pod ktorú som nikoho nepustila.

Napriek tomu som vnútorne túžila po pomoci, opore, pochopení...

Bulímiu som po rokoch „skúseností“ ďalej zdarne skrývala. Manžel ani po piatich rokoch nášho spolužitia nič netušil. S mojím alkoholizmom to však nešlo. Po šnúre recidív som v 26 rokoch nastúpila na protialkoholické liečenie. Mojm motívom bolo zachrániť manželstvo...

Nastupovala som s tým, že tie tri mesiace to tam vydržím, možno sa i niečo dozviem...

A ďalej sa uvidí...

Na povrch všetkého vyplával alkohol. Brala som ho ako jediný problém. Bulímia „akoby“ ustúpila do pozadia. Bola to predsa MOJA bulímia, problémy boli iba kvôli pitiu. Vytvorila som si z nej také zadné vrátka. Vlastne ona sama si ich vytvorila. V tom čase bolo moje myslenie úplne narušené. Hovorila som si, že keď mi vezmú alkohol, nenechám si vziať zvyšok.

Dva mesiace po liečení som sa znova napila. Už som nemohla iba vracat'. Chcela som aspoň na chvíľu prestať.

A to mi dovolil zase iba alkohol.

Takže sa všetko začalo znova a znova...

Keď som po nejakom čase opäť nastúpila na liečenie, mala som dvadsaťosem a pol. Vtedy už doma nezostal iba manžel, ale aj môj rok a pol starý syn. Pred odchodom som bola presvedčená, že je proti prírode, aby takto odtrhli matku od dieťaťa...

Moje myslenie bolo nereálne, neschopné uvažovať normálne.

To ja som bola proti prírode, moje správanie pod vplyvom MOJICH chorôb. Boli mojou súčasťou.

Môj život bol číre zúfalstvo, ktoré malo vplyv aj na mojich blízkych.

Nemohla som už žiť ani s alkoholom, ani bez neho.

Nemohla som už žiť ani s bulímiou, ani bez nej.

Počas liečenia som pochopila, že musím chcieť hlavne kvôli sebe.

Nie kvôli manželovi, nie kvôli synovi.

Nakoniec som sa o tom presvedčila.

Povedala som si, že do tých pár mesiacov liečby alkoholovej závislosti vložím zo seba maximum.

Bulímiu som opäť tajila.

Dost' na tom, čo zo mňa urobil alkohol, ešte si dať na čelo pečiatku BULIMICKA!

Opäť som o bulímii uvažovala ako o zadných dvierkach.

Tá je moja, na tú mi nikto nesiahne.

Úplne som sa s ňou zžila.

Než som však liečbu dokončila, uvedomila som si, že sa musím za každú cenu bulimického života VZDAŤ!

Pochopila som, a chápem už pätnásť rokov.

Ako som sa stal opilcom

Miroslav X

Narodil som sa v západných Čechách a svoj život som prežil na východnom Slovensku. Mám 50 rokov, som rozvedený, otec troch detí a dedko jednej krásnej vnučky. Boh mi dal to šťastie, že som sa narodil dvom skvelým ľuďom ako šieste dieťa v poradí. Otec tvrdo pracoval v uránových baniach a mama sa o nás šiestich vzorne starala. Ja som bol najmladší, a teda miláčik rodiny. Čo mojím súrodencom neprešlo, mne bolo už od malička tolerované. Otec si vedel vypiť a posedieť s kamarátmi v krčme, ale stále dbal na to, aby bolo dosť peňazí na domácnosť, čiže pil s rozumom. Mama bola domáca, a tak celé vedenie domácnosti bolo na jej pleciach. Nikdy nepila.

Môj prvý kontakt s alkoholom bol ešte v úplne mladom veku. Viem to len z rozprávania. Keď odišla návšteva a nechali niečo v pohárikoch, tak ja som to dopil. Po tejto skúsenosti už na mňa dávali pozor. Svoj prvý ozajstný kontakt s alkoholom som mal asi v trinástich rokoch. Bola Veľká noc a chodili sme oblievať dievčatá. Keď ma ponúkli alkoholom, neodmietol som. Domov som prišiel tackajúc sa. Videli ma aj susedia a mali z toho veľkú srandu. Opäť mi to prešlo. Tak ako aj fajčenie či iné neplechy. Bolo to však len občasná a až tak zle to nevyzeralo. Hrával som futbal za našu dedinu. Po zápase človek vysmädne a najlepšie je dať si pivo. To mi poradili starší, údajne od smädu nepomáha nič lepšie. Moje prvé pivo bol veľký pollitrák a bol strašne horký. Fuj!!!

Ani neviem, kedy som tomu prišiel na chuť. A už sa to so mnou viezlo. Keď som chodil na učilište, tak som bol na počudovanie s pitím trochu opatrný. Po vyučení to vypuklo naplno. Namiesto domov som z práce šiel rovno do našej dedinskej krčmy. A aj keď som bol veľmi hladný, po pár pivách a nejakom poldecáku hlad prešiel. A výdrž bola dosť veľká. O peniaze som strach nemal, na dedine sa dalo cez kamarátov stále niečo zarobiť.

Počas výkonu vojenskej základnej služby som mal pokoj. Mal som prísnu vojenčinu, a tak veľa príležitostí na pitie nebolo. Ani keď sme už boli „mazáci“. Hurá do civilu!!! Rýchlo dohnať to, čo som za dva roky vojny zameškal. Doma som sa ani neohrial, a už som bol preč. Nie kvôli zárobku, ale aby som mohol nekontrolovane piť. A bol som dobrý! V noci piť a zabávať sa, a cez deň pracovať. Výdrž bola fantastická! Žiadne bolesti hlavy ani žalúdka. V práci som si svoje odpracoval a mal som pokoj. Po čase toho ale bolo dosť a tak som začal pracovať v neďalekom mestečku. Rodičia ma už mali vtedy vyše hlavy. Tak som ich chcel potešiť a vyrovnáť sa súrodencom, ktorí sa na rozdiel odo mňa „vydarili“.

Chcel som sa oženiť a žiť pre rodinu. Mal som krásne dievča a do smrti budem ľutovať poslednú vetu, čo som povedal: „Alkoholu sa nikdy nevzdám, radšej sa



vzdám teba.“ Teraz to veľmi ľutujem a ten jej pohľad mám stále pred očami.

Pre mňa bol prvoradá chlast, krčmy, bary a všelijaké party, kde sa dalo opiť. Nepomáhali ani výhražné slová mojich rodičov. V pamäti otca, kým zomrel, ostalo, že som ožran prvej triedy. Chcel som spraviť radosť aspoň mame, ktorá už bola beztak zo mňa psychicky na dne. Oženil som sa. Chvilu, asi tak šesť rokov, som sekal dobrotu. Síce som pravidelne pil, aj som chodil domov opitý, ale nikdy som zarobené peniaze neprepil. Vedel som, že mám veľkú zodpovednosť. Ale na to, aby som si finančne priliepil, som nepomyslel. Manželke som dával aj peniaze, ktoré som zarobil na fuškách. Ja som ich nepotreboval, dosť som si vypil na fuške a u kamarátov, ktorým som pomáhal. Takže som nemusel mať ani halier, a dennodenne som bol opitý. Manželka sa chcela rozvieť a ja som jej v tom nebránil. Šiel som bývať k mame, tam som chodil

do práce a opíjal sa deň čo deň. Bol som si vedomý toho, že ma mama z domu nevyženie a najesť mi dá tak či tak. Takže som všetko statočne prepíjal až do posledného haliera. Po čase mama ochorela a ja som sa stal aspoň na chvíľu človekom a opatroval som ju s láskou a zo všetkých síl. Ale aj vtedy som potajomky pil. Zomrela mi v rukách doma, a tak som splnil jej posledné želanie.

Pri návšteve hrobov rodičov na cintoríne som si nezabudol zobrat aspoň pol litra tvrdého alkoholu. **VO VŠETKOM STE MALI PRAVDU.** To sú moje slová, keď od nich odchádzam a idem do krčmy.

Stáva sa zo mňa bezdomovec. Je mi to jedno, len nech mám čo piť. Ešte šťastie, že čučo (ovocné víno) je za euro a je ho liter a pol. Mňam.

Je nás tu na ulici viac a po čase jeden za druhým umiera. Všetko má na svedomí chlast. Z ľudí, ktorí niečo znamenali, sú trosky, čo už nevládu pre

opuchy a bolesť ani chodiť. Ale hlavne, že im chutí piť. Potom zrazu jeden na železničnej stanici sa už nezobudí, druhého nájdu mŕtveho v kanáli, ďalší zomrie v meste na lavičke, inému už nepomôžu ani lekári v nemocnici, niekto sa predávkuje liekmi, ďalší sa úspešne obesí, iného zrazí vlak. A to všetko len za jeden rok. HLÚPY ROK.

Poučenie žiadne. Pijem ďalej až dovtedy, kým ma ani nohy nevládzu. To už ma nechcú hospitalizovať ani na neurológii, ani na internom. Zo svojich normálnych 78 kíl mám 58 a nič ma nevie zastaviť.

Posledným pokusom je dať sa liečiť a po dlhom čase získať možnosť spať v teplé a v posteli.

Posledný raz mi pomohla rodina. Bol som na protialkoholickom liečení. V liečebni som si raz po raňajkách do denníka zapísal: „Aj kakao má dobrú chuť.“ Dlho sa zo mňa smiali. Ale ja som bol rád, že som bol v teplé, čistý a sýty. To, že nepijem, prináša viditeľné zmeny. Tie duševné, chvalabohu, nevidieť.

Končil som liečbu a nevedel, kam ďalej. Našťastie som sa dozvedel, že existuje čosi ako resocializačné stredisko. Sociálna pracovníčka mi sprostredkovala

kontakt. Prišli ma pozrieť, porozprávať sa a vzali ma. Som rád, že sa nedostanem znovu k pijatike. Zatiaľ som tu a chuť nemám. Uvidím, čo bude, keď tu skončím. Na mňa chytré školované myšlienky typu „prečo nepiť“ a „vidíš, kde si skončil“ a „začni odznova“ už neplatia.

Som tu len ja a alkohol.

Kto vyhrá???



Z recenzného posudku

Informačno-vzdelávací bulletin Sociálna prevencia 2/2014 prináša najnovšie teoretické, ako aj praktické poznatky a informácie o novodobých sociálnopatologických a nežiaducich sociálnych javoch, akými sú delikvencia mladistvých, závislosť od internetu, fajčenie, alkoholizmus, obchodovanie s deťmi a i.

V jednotlivých častiach dostáva čitateľ výsostne aktuálne poznatky z vybraných oblastí sociálnej patológie a zároveň o možnostiach efektívnych preventívnych a intervenčných postupov na eliminovanie vybraných nežiaducich javov. Cenné sú tiež príklady dobrej praxe a sebakúsenostné príspevky, ktorými sa čitatelia – odborníci či vysokoškolskí študenti – môžu inšpirovať v konkrétnej praktickej práci v boji proti negatívnym javom dneška.

Príspevky sú napísané na vysokej odbornej úrovni s využitím najnovšej našej aj zahraničnej knižnej i časopiseckej literatúry a internetových zdrojov a prinášajú skutočne veľké množstvo konkrétnych a špecifických poznatkov zo sociálnej patológie a sociálnej prevencie či intervencie. Takáto vysoká odborná úroveň príspevkov bulletinu potvrdzuje, že ich písali špičkoví profesionáli z kliník, liečebných či sociálnych zariadení, ústavov a vysokých škôl.

Oceňujem, že informačno-vzdelávací bulletin Sociálna prevencia prináša vo svojich príspevkoch cenné poznatky určené nielen sociálnym pracovníkom fungujúcim v praxi, ale aj psychológom, sociológom, pedagógom, koordinátorom prevencie a mnohým ďalším profesionálom, ktorí sa vo svojej práci stretávajú a riešia obdobné problémy s deťmi, dospievajúcimi či dospelými v sociálnej, školskej alebo zdravotníckej praxi.

Bulletin spĺňa kritériá stanovené na tento druh odborných časopisov, ba ich aj prekračuje.

Prof. PhDr. Eva Gajdošová, PhD.

Fakulta psychológie PEVŠ



Informačno-vzdelávací bulletin

Sociálna prevencia

– Vybrané sociálnopatologické a nežiaduce sociálne javy

ISSN 1336-9679

EV 4957/14

2/2014

Vydavateľia:

Národné osvetové centrum

Nám. SNP12, 812 34 Bratislava

Prečo som na svete rad/rada, o. z.

Nábrežie I. Krasku 1, 921 01 Piešťany

Kor. adresa: Nám. SNP 12, 812 34 Bratislava

Periodicita: 2 x ročne

Korešpondenčná adresa redakcie:

Námestie SNP 12, 812 34 Bratislava

Zostavovateľka a odborná redaktorka:

PhDr. Ingrid Hupková, PhD.

Recenzentka: Prof. PhDr. Eva Gajdošová, PhD.

Jazyková redakcia: PhDr. Katarína Vrablicová

Za obsahovú stránku publikovaných príspevkov zodpovedajú autori.
Zdroj ilustračných fotografií použitých v bulletine – Shutterstock.com.
Ročník IX.

Dátum vydania: december 2014

Náklad: 300 ks

Nepredajné.

