

SOCIÁLNA PREVENČIA 01 2014



INFORMAČNO-VZDELÁVACÍ BULLETIN

PREVENČIA VYBRANÝCH SOCIÁLNOPATOLOGICKÝCH A NEŽIADUCICH SOCIÁLNYCH JAVOV



Prístupy spoločnosti k sociálnym deviáciám

Ako zastaviť epidémiu šikanovania

**Šikanovanie v prostredí školy
a jeho vzťah k alkoholu a drogám**

Sebapoškodzovanie – automutilácia

Mobbing na pracovisku

Patologická hráčska vášeň

Interpretácie extrémizmu

Na ceste k životnej spokojnosti



Príhovor

- 3 **PhDr. Ingrid Hupková, PhD.**
*odborná pracovníčka, manažérka kultúry v oblasti sociálnej prevencie
Národné osvetové centrum, Bratislava*

Príspevky zo zahraničia

- 4 **Prístupy spoločnosti k sociálnym deviáciám**
Prof. PhDr. Bohuslav Kraus, PhD.
*Katedra sociálnej patológie a sociológie, Univerzita Hradec Králové, Hradec Králové,
Česká republika*
- 5 **Ako zastaviť epidémiu šikanovania**
*(Návrh koncepcie vzdelávania odborníkov na riešenie
šikanovania v Českej republike)*
PaedDr. Michal Kolář
*etopéd, psychoterapeut, Pedagogicko-psychologická poradňa SŠt,
Společenství proti šikaně, o. z., Praha, Česká republika*

Štatistické príspevky

- 8 **Šikanovanie v prostredí školy a jeho vzťah
k alkoholu a drogám**
Doc. PhDr. Alojz Nociar, CSc.
*Katedra psychológie, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety,
pracovisko Bratislava*

Teoreticko-informačné príspevky

- 10 **Patologická hráčska vášeň**
MUDr. Ľubomír Okruhlica, CSc.
*riaditeľ Centra pre liečbu drogových závislostí v Bratislave,
hlavný odborník MZ SR pre liečbu drogových závislostí*
- 12 **Niektoré klady a zápory virtuálneho sveta
počítačových hier a internetu**
MUDr. Jozef Benkovič
primár 2. MDZ, Odborný liečebný ústav psychiatrický, n. o., Predná Hora
- 14 **Syndróm CAN – syndróm týraného, sexuálne
zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa**
Mgr. Mariana Kováčová
Centrum Slniečko, n. o., Nitra; Asociácia krízových stredísk
- 16 **Mobbing na pracovisku**
Prof. PhDr. Eva Gajdošová, PhD.
Fakulta psychológie, Paneurópska vysoká škola, Bratislava

- 18 **Interpretácie extrémizmu**
Mgr. Lucia Grešková, PhD.
Ministerstvo kultúry SR, cirkevný odbor

- 19 **Xenofóbia v živote spoločnosti**
PhDr. Michal Vašečka, PhD.
Katedra sociológie, Fakulta sociálnych štúdií, Masarykova univerzita, Brno

- 21 **Na ceste k životnej spokojnosti**
Doc. PhDr. Judita Stempelová, CSc.
*Katedra psychológie, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety,
pracovisko Bratislava*

- 22 **Sebapoškodzovanie – automutilácia**
PhDr. Henrieta Rol'ková, PhD.
Fakulta psychológie, Paneurópska vysoká škola, Bratislava

- 24 **Niektoré poruchy príjmu potravy
ako rizikové správanie**
PhDr. Ingrid Hupková, PhD.
*odborná pracovníčka, manažérka kultúry v oblasti sociálnej prevencie
Národné osvetové centrum, Bratislava*

Príklady dobrej praxe

- 26 **Nenávistné prejavy na internete
ako nástroj radikalizácie a ich prevencia**
JUDr. Daniel Milo
odbor prevencie kriminality Kancelárie ministra vnútra SR

- 27 **Inšpirácie z Pinelky**
Mgr. Zuzana Šipošová
projektová referentka, Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela, Pezinok

- 28 **Dážd', alebo hasiči? – Etická výchova
pre základné školy**
PhDr. Oľga Križová
*Katedra sociálnej práce s deťmi a mládežou, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej
práce sv. Alžbety, Žilina*

Sebaskúsenostné príspevky

- 29 **Môj život s poruchami príjmu potravy**
Miška X.

Vážení čitatelia,

dostáva sa Vám do rúk prvé tohtoročné číslo informačno-vzdelávacieho bulletinu Sociálna prevencia, ktorý v roku 2014 vychádza už ako 9. ročník.

Ako šéfredaktorka tohto periodika s potešením konštatujem, že za roky svojej existencie si bulletin vybudoval a stále si rozširuje kvalitné zázemie renomovaných autorov, odborníkov zo Slovenska i z Českej republiky. Spolu s nápaditým grafickým vyhotovením a tlačou trvale zabezpečuje atraktivnosť bulletinu pre čitateľov. Som rada, že vydavateľom periodika – Národnému osvetovému centru a občianskemu združeniu Prečo som na svete rád/rada – sa spoločnými silami darí zabezpečovať udržateľnosť tohto projektu, a to v nezmenenej, ba progredujúcej kvalite. Osobitne ma teší, že časopis, tentoraz vďaka Národnému osvetovému centru, stále vychádza okrem elektronickej podoby (na internete) aj v printovej verzii.

Toto číslo Sociálnej prevencie s podtitulom Prevencia vybraných sociálnopatologických a nežiaducich sociálnych javov sa snaží v súlade s tradíciou priniesť opäť nové uhly pohľadu na už publikované témy, ale rovnako priniesť aj témy, ktoré neboli dosiaľ publikované.

Sociálne deviácie a prístup spoločnosti k nim, systémová príprava (vzdelávanie) pedagógov a ďalších odborníkov na riešenie šikanovania v školách, patologická hráčska vášeň, klady a záporny virtuálneho sveta počítačových hier a internetu, syndróm CAN, mobbing na pracovisku, interpretácie extrémizmu, xenofóbia, sebapoškodzovanie či poruchy príjmu potravy predstavujú témy, ktoré dozaista zaujmú čitateľov.

Popri spomínaných príspevkoch riešiacich problematiku rôznych foriem sociálnej patológie a nežiaducich sociálnych javov v spoločnosti zaraďujeme podnetný príspevok navigujúci na cestu k životnej spokojnosti. Inšpiráciu môžu byť aj príklady dobrej praxe. Mimoriadne pôsobivá a silná je aj osobná výpoveď, ktorú nájdete v rubrike sebaskúsenostných príspevkov.

Na záver mi dovoľte vysloviť presvedčenie, že projekt informačno-vzdelávacieho bulletinu Sociálna prevencia, ojedinelého periodika pre sociálnu prevenciu v Slovenskej republike, bude aj naďalej podnetným a hodnotným čítaním nielen pre svojich stálych čitateľov, ale že aj v tomto roku rozšíri svoje čitateľské zázemie.



PhDr. Ingrid Hupková, PhD.
odborná pracovníčka,
manažérka pre sociálnu prevenciu

Z recenzného posudku

Informačno-vzdelávací bulletin Sociálna prevencia (č. 1/2014) vychádza tentoraz s podtitulom *Prevencia vybraných sociálnopatologických a nežiaducich sociálnych javov*. Náročná príprava i vydanie bulletinu je záslužný čin, vzhľadom na aktuálnosť problematiky množiacich sa spoločensky nežiaducich javov. Bulletin tak úspešne nadväzuje nielen na svoju tradíciu, ale obsahovo i na predchádzajúce príspevky venované prevencii. Editorka čísla PhDr. Ingrid Hupková, PhD., sa úspešne zhostila zhromažďovania i selekcie príspevkov.

Významný odborník a známa osobnosť spoločenských vied profesor PhDr. Bohuslav Kraus, PhD., sa vo svojom príspevku venuje prístupom spoločnosti k sociálnym deviáciám. Návrhu koncepcie vzdelávania odborníkov na riešenie šikanovania v Českej republike sa venuje PaedDr. Michal Kolář, etopéd a psychoterapeut. Pozoruhodný je aj príspevok doc. PhDr. Alojza Nociara, CSc., o problematike šikanovania a o jeho vzťahu k alkoholu a drogám v prostredí škôl. Príspevok obsahuje aj grafické znázornenia odhadu množstva pitia alkoholu u chlapcov a dievčat (z roku 2011) a vnímania šikanovania a agresivity. MUDr. Ľubomír Okruhlica, CSc., sa vo svojom príspevku venuje patologickej hráčskej vášni a otázkam jej terapie. Syndróm CAN je predmetom príspevku Mgr. Mariany Kováčovej. K aktuálnym témam patrí aj mobbing na pracovisku, ktorému sa u nás nevenuje dostatočná pozornosť. Otázky extrémizmu, xenofóbie a životnej spokojnosti riešia s dobrým prehľadom a na odbornej úrovni napísané ďalšie príspevky. Cenné je i to, že čas na príspevky si našli aj pracovníci decíznej sféry (dvoch ministerstiev). V tomto čísle časopisu čitateľ nájde aj príklady dobrej praxe a príspevok inšpirovaný vlastnou skúsenosťou autorky. Príspevky týkajúce sa jednotlivých spoločensky nežiaducich javov akoby dopĺňali súčasný obraz každodennosti ich výskytu.

Vydavateľom a osobitne editorke treba vysloviť uznanie i poďakovanie za profesionalitu vo vykonanej práci a už iba zaželať, aby sa bulletin dostal k čo najväčšiemu počtu čitateľov.



Prof. PhDr. Peter Ondrejko, DrSc.

Prístupy spoločnosti k sociálnym deviáciám

Prof. PhDr. Blahoslav Kraus, PhD.

Univerzita Hradec Králové, Katedra sociálnej pedagogiky a sociológie

Takmer vo všetkých krajinách sme svedkami celkového nárastu sociálnych deviácií, aj keď nie vo všetkých rovnakou mierou. V etiologickom prístupe budeme rešpektovať bio-psycho-sociálny model, no je zrejme, že na vine sú predovšetkým makrosociálne zmeny. Súčasná postmoderná spoločnosť nemá výraznú orientáciu ani morálnu, ani duchovnú a rozbila (či aspoň spochybnila) hranice ešte v minulom storočí platného mravného poriadku. Ako uvádza D. Riesman, osamelý jedinec v osamelom dave blúdi, hľadajúc svoju identitu (Riesman et al., 2007, 97). Ako môže spoločnosť na tento stav reagovať, to sa pokúsime naznačiť v nasledujúcich riadkoch.

1. Represívny (retributívny) prístup – cieľom je trestať, za previnenie nasleduje odplata. V tomto prípade sa spoločnosť snaží eliminovať sociálne deviácie tým, že previnilcov prísne postihuje. Zmyslom tohto prístupu zostáva striktne zakázať a tvrdo potierať výskyt rôznych deviácií (napríklad v niektorých krajinách zakázaný rozvod či prostitúcia), prijímať radikálne opatrenia na zamedzenie ich výskytu (zákaz výroby alkoholu – prohibícia, zákaz výroby cigariet a pod.). Tento prístup však, ako ukazujú skúsenosti z histórie, nepriahľa očakávaným výsledkom. Typickým príkladom bola prohibícia v USA v rokoch 1920 – 1933. Dodatok k Ústave USA stanovil zákaz výroby, distribúcie a predaja destilátov, vína a piva. Napriek asi 300 000 súdnym rozsudkom požívanie alkoholu v krajine pokračovalo. Rozšírili sa ilegálne bary a výrobné destilátov a nakoniec bol spomenutý dodatok ústavy zrušený. Podobné skúsenosti boli zaznamenané aj v Rusku. Alkohol vyrábaný ilegálne, podomácky, navyše viedol k otravám a následným úmrtiam.

Tzv. retributívny (trestajúci) prístup v súdnictve je dnes nahrádzaný restoratívnym (chápajúcim, pomáhajúcim) prístupom. Výsledkom je vo zvýšenej miere používanie alternatívnych trestov, mediácie a pod. Treba však, samozrejme, posudzovať deviantov individuálne a podľa toho voliť určitý prístup.

2. Reglementačný prístup – vymedzuje pravidlá, za ktorých je možné deviáciu tolerovať. Tento prístup je možný za istých okolností a pri niektorých sociálnych deviáciách. Takto sa napríklad prístupuje v niektorých krajinách k prostitúcii. Je to tak napríklad v Rakúsku aj v Nemecku. Výsledkom je, že danú deviáciu má spoločnosť pod istou kontrolou jednak z hľadiska zdravotného (pravidelné prehliadky a pod.), jednak právneho, pretože vykonávanie sa vníma ako podnikanie a musí byť riadne zdaňované. Je prepočítané, že u nás štát takto prichádza na daniach približne o 4,5 miliardy.

Svojím spôsobom je tento prístup aplikovaný aj v prípadoch, keď sa určitá norma posúva. Napríklad

v prípade homosexuality alebo aj rozvodovosti, keď spoločnosť reflektuje zmeny spoločenskej klímy a dané javy toleruje za istých okolností. Čerstvým príkladom takého prístupu je legalizácia predaja marihuany v Ekvádore a najnovšie aj v USA v štáte Colorado.

3. Abolicionistický prístup – kládne dôraz na profylaxiu, prevenciu. Tento prístup je niekedy výrazom istých rozpakov v spoločnosti, keď si s daným javom nevie rady (pozri prístup k prostitúcii u nás). V zásade sa však dá tento prístup chápať ako žiaduci za predpokladu, že prevencia (teda snaha predchádzať a zamedziť) sociálnych deviácií skutočne vedie k ich minimalizácii. To ale predpokladá, že prevencia je účinná a efektívna. To sa, bohužiaľ, o súčasnej situácii u nás veľmi povedať nedá. Problém je v tom, že sa nerešpektujú základné princípy účinnosti.

Z nášho hľadiska za najdôležitejšie pokladáme nasledujúce tri princípy:

Princíp systémovosti, ktorým rozumieme to, že všetky činnosti a snahy musia tvoriť systém. Teda nielen súlad pôsobenia školy, rodiny a ďalších výchovných (poradenských) zariadení, občianskych zariadení, tomu musí pomáhať tiež legislatíva, médiá, celková spoločenská atmosféra (o. i. regulácia dostupnosti alkoholu, hracích automatov a pod.). To všetko by malo byť na určitých úrovniach (školy, obce) koordinované. Málo platné bude snaženie školy, prípadne rodičov, ak celková spoločenská klíma, pôsobenie médií je „naladené“ inak.

Princíp systematickosti je druhý, ktorý nebyva rešpektovaný. Znamená, že všetko pôsobenie musí byť priebežné, sociálno-výchovná činnosť trvalá, nepretržitá. Veľmi často sme stále svedkami rôznych jednorazových, epizodických akcií, ktoré byvajú už vopred odsúdené na neúspech.

Princíp komplexnosti vidíme predovšetkým v pôsobení na osobnosť vo všetkých jej zložkách. Prevažná časť primárnej prevencie má charakter informovania, poučovania (pôsobenia na kognitívnu zložku) a to máva často kontraproduktívny charakter. Na poučenie musí nevyhnutne nadviazať vytváranie presvedčenia (pôsobenie na emotívnu zložku) o nebezpečnosti, škodlivosti, a to aktivizačnými, názornými metódami. V neposlednom rade vyvrcholením by malo byť utváranie potrebných návykov zdravého životného spôsobu, správnej životosprávy atď. (pôsobenie na konatívnu zložku).

4. Terapeutický prístup – orientuje sa na pomoc deviantom. Terapia znamená liečbu porúch, chorôb (fyziologických i psychických)

biologickými (medikamentmi) a psychologickými prostriedkami (psychoterapie). V širšom poňatí potom „liečbu“, nápravu porúch a chýb v správaní, a to aj pedagogickými prostriedkami, prípadne v širšom sociálnom kontexte (socioterapie). V rámci takto chápanej terapie dochádza k uplatňovaniu ďalších procesov. Terapiou teda rozumieme proces komplexnej nápravy deviantne sa správajúcej osobnosti.

Východiskom charakteristiky procesu terapie je zákonitosť, ktorá hovorí, že každé naprávanie, pretváranie návykov, stereotypov, modelov správania je zložitejší, náročnejší a dlhodobější proces než vlastné utváranie osobnosti, proces výchovy. Súčasne je to aj nákladnejší proces, jeho efektívnosť je relatívne nízka. Takto široko chápaný pojem terapie má rad variantov.

Najfrekvencovanejší pojem **psychoterapia** znamená liečenie duševných porúch, psychosomatických a duševných chorôb psychologickými prostriedkami, t. j. slovom, gestom, mimikou, ale napríklad aj úpravou prostredia. Je jedným z účinných spôsobov plánovanej a premyslenej pomoci.

Čoraz častejšie sa objavuje pojem **socioterapia**. Svetová zdravotnícka organizácia vymedzuje poslanie socioterapie ako poskytnutie možnosti vytvorenia sociálnych kontaktov priaznivých pre udržanie alebo znovuvytvorenie primeraného sociálneho správania.

S danou oblasťou nápravy deviantného správania súvisí aj pojem **resocializácie**. Väčšinou sa chápe širšie ako akási spätná socializácia, s cieľom vrátiť človeka do normálneho života spoločnosti, k spoločensky prijateľnému spôsobu správania. Neobíde sa bez zmien postojev a bez zmien hodnotovej orientácie.

Reedukácia je v istom zmysle špecifickým prípadom resocializácie. Reedukáciou (prevýchovou) sa rozumie nielen blokovanie určitých reakcií, odstraňovanie nežiaducich prejavov, ale aj vytváranie návykovej štruktúry, nových modelov správania, zvýšenie aktivity. Prevýchova na jednej strane ruší staré a zlé, na druhej strane rozvíja a upevňuje nové. Termínom náprava sa potom často rozumie výsledok prevýchovy (pokiaľ je kladný).

LITERATÚRA

RIESMAN, D., GLAZER, N., DENNEY, R. 2007. Osamelý dav. Praha: Kalich

Ako zastaviť epidémiu šikanovania

(Návrh koncepcie vzdelávania odborníkov na riešenie šikanovania v Českej republike)

PaedDr. Michal Kolář, etopéd a psychoterapeut

Šikanovanie v školách je epidemicky rozšírený fenomén, ktorý spôsobuje mnoho utrpenia a bolesti (podrobnejšie informácie o výskyte šikanovania na českých školách pozri Kolář, 2011).

Základným kameňom pre obrat v boji proti školskému šikanovaniu je účinné vzdelávanie pedagógov a ďalších odborníkov na rôznych úrovniach. Vzdelávanie všetkých tých, ktorí sa stretávajú so šikanovaním tvárou v tvár (aj keď často o tom ani nevedia), ale aj tých, ktorí sa v rámci svojho povolania dotýkajú následkov u obetí aj u ďalších priamych a nepriamych účastníkov šikanovania. Ak budú títo ľudia pripravení, môžu šikanovaniu predchádzať a významnejšie ho obmedzovať, môžu ho zachytiť v počiatočných štádiách a účinne a bezpečne ho liečiť. A pokiaľ sa už šikanovanie rozvinie do pokročilej podoby, budú niektorí z nich – špecialisti – schopní deštruktívne škody zastaviť (podrobnejšie pozri Kolář, 2013).

Doterajšie vzdelávanie odborníkov na riešenie šikanovania možno charakterizovať v Českej republike ako náhodné, „záplatové“ a nesystémové. Vysoké školy, ktoré sú kľúčové a nezastupiteľné v príprave učiteľov a odborníkov v pomáhajúcich profesiách, túto tému zanedbávajú alebo sa nachádzajú celom na začiatku. Ale aj ďalšie vzdelávacie inštitúcie sú na tom podobne. K tomu však treba dodať, prečo je to tak. Donedávna, ešte v roku 1984, šikanovanie oficiálne neexistovalo. Prvé dva historické semináre k školskému šikanovaniu sa uskutočnili v Kladne v roku 1996 pod záštitou Bieleho kruhu bezpečia. Tam som spolupracoval s priekopníkmi v liečbe šikanovania Pavlom Řičanom, Janou Drtilovou, Petrou Vitoušovou a ďalšími. Až od roku 2003 som začal uskutočňovať prvé modulové kurzy na Pedagogickej fakulte Karlovej univerzity (Ústav profesijného rozvoja pracovníkov školstva) a v tom čase som tam vytvoril nepovinný predmet prevencia školského násillia a šikanovania (Katedra školskej a sociálnej pedagogiky).

Odvtedy rad obetavých nadšencov urobil obrovský kus práce, väčšinou ako jednotlivci venovali vzdelávaniu učiteľov kus seba, kus svojho života. Avšak v súčasnosti treba túto prácu zúročiť a posunúť ju ďalej. Treba vzdelávanie postaviť na pevný základ, nestavať ho na piesku. Nenechať ho v podobe čistej náhodnosti. Musíme vypracovať základy koncepcie vzdelávania odborníkov na riešenie šikanovania a spresniť požiadavky na vzdelávateľov týchto odborníkov. Je zrejme, že rôzne typy profesionálov vyžadujú odlišný rozsah, hĺbku a typ vzdelania. Rovnako je pochopiteľné, že vzdelávatelia týchto odborníkov musia mať zodpovedajúcu kvalifikáciu.

Prvým krokom v naplňaní predstavenej náročnej úlohy je publikácia Výcvik odborníkov v liečbe šikanovania¹. V prvej časti je spracovaný návrh koncepčného vzdelávania a v druhej časti sú opísané skúsenosti z komunitného vzdelávania odborníkov základnej úrovne na súkromnej Pražskej vysokej škole psychosociálnych štúdií (PVŠPS). Návrh koncepcie vzdelávania je úzko previazaný s novým metodickým pokynom MŠMT na riešenie šikanovania v školách a školských zariadeniach a bol predstavený na konferencii MŠMT ČR 4. 12. 2013. Po predbežných konzultáciách s pracovníkmi MŠMT sa uvažuje o jej overovaní a následnej implementácii spoločne s výstupmi VYNSPI². Vzdelávanie odborníkov základnej úrovne v odbore šikanológia na pôde PVŠPS bude pokračovať a malo by sa otvoriť v rámci kreditného systému aj pre záujemcov z iných vysokých škôl. Odvážna vízia nášho tímu je, aby v budúcnosti bolo možné získať kvalifikáciu 2. úrovne štandardne na pedagogických fakultách. Vzhľadom na limitovaný rozsah článku priblížim iba niektoré myšlienky pripravovaných zmien. Spomeniem

1 Skriptá vznikli ako súčasť projektu Pražskej vysokej školy psychosociálnych štúdií č. CZ.2.17/3.1.00/34085. Projekt bol podporený v rámci 4. výzvy operačného programu Praha Adaptabilita.

2 Celý názov projektu: Tvorba systému modulárneho vzdelávania v oblasti prevencie sociálnopatologických javov pre pedagogických a poradenských pracovníkov škôl a školských zariadení na celoštátnej úrovni.

východisko návrhu koncepcie, načrtnem päťúrovňový model vzdelávania a osvetlím, podľa čoho boli úrovne vzdelania definované. Nemôžem sa podrobnejšie zastaviť pri obsahu jednotlivých úrovní a ani nemôžem písať o ďalších dôležitých veciach – význame vysokých škôl vo vzdelávaní, overovaní a uznávaní kvalifikácie odborníkov atď. Na záver sa dotknem aspoň jedného závažného problému – kompetencie na vzdelávanie odborníkov rôznych úrovní.

Niektoré myšlienky navrhnutého koncepčného vzdelávania odborníkov na riešenie šikanovania

1. Východisko

Pri vytváraní požiadaviek na profesionálov rôznych úrovní som sa opieral o českú školu šikanológie (Philippová, Janošová, 2010; Kolář, 2011), kde sa nepracuje so všeobecnými zjednodušenými návodmi v podobe kuchárok a receptov. Základom tejto novej cesty k liečbe šikanovania sú metódy vnútornej diagnostiky a alternatívnej nápravy, ktoré rešpektujú vývojové štádiá a rôzne formy šikanovania. Prihliada sa taktiež na ďalšie indikačné kritériá, napríklad na prítomnosť závislosti medzi agresormi a obetami, silu a typ zakrývajúceho a protiuzdravujúceho systému, spúšťacie mechanizmy, vplyvy šikanovania na obeť. Príprava profesionálov je preto náročná a vyžaduje svoj čas. Nie je možné robiť skratky takého typu, v ktorom sa nedostatok odborníkov, ktorí majú skúsenosť s riešením šikanovania a vedia odovzdávať svoje skúsenosti, obide vyškolením „rýchlovakiek“. Existujú totiž ľudia, ktorí nikdy žiadne šikanovanie neriešili a ani riešiť nevedia, ale v rámci kurzov sa naučili o šikanovaní hovoriť (podrobnejšie pozri ďalej kaskádovité vzdelávanie).

Na hrubú orientáciu v nárokoch na rôzne typy odborníkov na riešenie školského šikanovania nám poslúži tabuľka 1:

Tabuľka 1: Klasifikácia scenárov pomoci podľa cieľa liečby, štádia a formy šikanovania (Kolář, 2011)

Situácie, ktoré by mala škola zvládnuť sama

1. Prvá pomoc pri obyčajnom počiatočnom šikanovaní.
2. Celková liečba pri riešení prvých dvoch štádií šikanovania, RTP – Rámcový triedny program.

Scenáre, keď škola potrebuje pomoc zvonku

3. Prvá pomoc pri komplikovanom počiatočnom šikanovaní.
4. Prvá pomoc (krízové scenáre) pri obyčajnom pokročilom šikanovaní.
5. Prvá pomoc (krízové scenáre) pri komplikovanom pokročilom šikanovaní, patrí sem napríklad výbuch skupinového násillia, tzv. školské lynčovanie.
6. Celková liečba pri treťom štádiu šikanovania s bežnou aj komplikovanou formou, ZIP – Základný intervenčný program (pri organizovanom šikanovaní, od tretieho štádia vždy v kombinácii s prvou pomocou).

Z klasifikácie scenárov v tabuľke je zrejme, čo by mala pri riešení šikanovania zvládnuť dobre pripravená škola a čo by už mala prenechať odborníkovi – špecialistovi. Z hierarchického usporiadania šiestich skupín scenárov vyčítame odbornú náročnosť na ich zvládnutie. Na jednej strane spektra sú scenáre prvej pomoci pri obyčajnom počiatočnom šikanovaní a programy celkovej liečby pri



prvých dvoch tzv. difúzných štádiách šikanovania. Tieto dve skupiny metód môžu zvládnuť dobre vycvičení odborníci prvého kontaktu v škole – metodici školskej prevencie, triedni učitelia atď. Na druhej strane je skupina krízových scenárov pri pokročilom a neobvyklom šikanovaní a základný intervenčný program (ZIP) na celkovú liečbu tretieho štádia šikanovania. Tu je na zvládnutie týchto metód úplne nevyhnutná vysoká profesionalita a špecializácia odborníkov.

Pri definovaní náročnosti prípravy pre rôzne úrovne odborníkov sme pracovali nielen s náročnosťou liečby konkrétnych prípadov (podľa štádií a foriem šikanovania), ale aj s ďalšími dôležitými kritériami, napríklad:

- pripravenosť na zavádzanie školského programu proti šikanovaniu,
- zvládnutie poradenskej práce s rodičmi,
- skúsenosti s lektorovaním a garantovaním vzdelávacích programov,
- vedenie intervíznych a supervíznych skupín,
- vytváranie metodických materiálov a publikovanie odborných textov a kníh atď.

Tabuľka 1 smeruje k podstate odbornosti – vlastnému riešeniu konkrétnych prípadov – a dovoľuje rýchlu orientáciu v nárokoch na rôzne typy odborníkov na riešenie šikanovania.

2. Náčrt päťúrovňového modelu vzdelávania odborníkov v liečbe šikanovania

Predložený náčrt koncepcie vzdelávania reaguje na potrebu nájsť spôsob, ako čo najrýchlejšie, ale zároveň aj čo najpocitvejšie pripraviť kvalifikovaných odborníkov na riešenie šikanovania. Rešpektuje komplikovanosť fenoménu šikanovania a rovnako pracuje s faktom, že rôzne typy odborníkov vyžadujú odlišný rozsah, hĺbku a typ vzdelania.

Navrhovaný model zahŕňa päť úrovní vzdelania, pričom niektoré z nich sú vnútorne diferencované – žlenené podľa špecializácie (podrobnejšiu predstavu získate preštudovaním tabuľky 2, kde sa stupne vzdelania vzťahujú na kompetencie riešiť rôzne štádiá a formy šikanovania). Každá vyššia úroveň zahŕňa požiadavky aj možnosti uplatnenia nižších úrovní. Konkrétne požiadavky pre úroveň 1, 2, 3, 4 a 5 by mali mať charakter jednotnej porovnávacej skúšky.



Tabuľka 2: Päťúrovňový model vzdelávania odborníkov na riešenie šikanovania (kompetencie absolventa sú odstupňované podľa náročnosti liečby)

Úroveň – hĺbka a rozsah vzdelania	Kompetencie (spôsobilosti) absolventa na riešenie šikanovania
1. Prípravná úroveň (minimálna pripravenosť)	a) Prvý kvalifikačný stupeň Úvod do problematiky šikanovania a pripravenosť rozpoznať signály šikanovania, vyvarovanie chýb pri prvých krokoch pomoci. b) Druhý kvalifikačný stupeň Pripravenosť odhadnúť štádium a formu šikanovania. Účinná prvá pomoc pri riešení prvých dvoch štádií šikanovania s bežnou formou.
2. Základná úroveň (odborník na základnej úrovni)	Bezpečná prvá pomoc pre šikanovanie do tretieho štádia s obvyklou formou. Orientácia v problematike celkovej liečby pri prvých dvoch, tzv. rozptýlených štádiách šikanovania. Pripravenosť na účasť pri vytváraní školského programu proti šikanovaniu. Orientácia v metódach supervízie.
3. Stredne pokročilá úroveň (špecialista na stredne pokročilej úrovni)	Odbornosť A – prvá pomoc pri prvých troch štádiách šikanovania s obvyklou i neobvyklou formou. Odbornosť B – praktikovanie celkovej liečby šikanovania do druhého štádia.
	Odbornosť C – samostatné vytváranie školského programu proti šikanovaniu. Odbornosť D – supervízia prípadov počiatočného šikanovania.
4. Pokročilá úroveň (špecialista na pokročilej úrovni)	Odbornosť A – riešenie pokročilých štádií šikanovania s neobvyklou formou a liečba všetkých základných foriem šikanovania. Odbornosť B – pripravenosť na prácu s celou skupinou, ktorá ochorela na šikanovanie v treťom štádiu. Odbornosť C – supervízna podpora pri zavádzaní školského programu proti šikanovaniu. Odbornosť D – supervízia pokročilého šikanovania.
5. Expertná úroveň (expert praktickej šikanológie)	Špičkoví špecialisti na riešenie šikanovania, znalci problematiky šikanovania, garanti vzdelávania pracovníkov – garanti projektov v oblasti liečby šikanovania, supervízori. Skúšajúci – autorizované osoby. Autori významných odborných publikácií.

Z tabuľky sa dá vyvodiť, že odborníci v škole (napríklad metodici školskej prevencie, výchovný poradca) a mimo školy (napríklad etopéd v PPP) by mali riešiť šikanovanie iba na takej úrovni náročnosti, na ktorú získali kompetencie pregraduálnym vzdelávaním a absolvovaním príslušných výcvikov alebo iných programov DVPP a pod. Celkom na škodu veci je, keď sa nepripravený učiteľ snaží šikanovanie riešiť bežnými tradičnými metódami.

Jednotlivé vzdelávacie úrovne sú opísané z piatich hľadísk:

- a) Je definovaná základná charakteristika úrovne. To znamená, že je vysvetlené, aký má zmysel a o čo v nej ide.
- b) Je povedané, komu je určená.
- c) Sú osvetlené kompetencie (spôsobilosti), ktoré frekventant získa po absolvovaní konkrétnej úrovne.



- d) Je ponúknutý vhodný program pre danú úroveň.
- e) Sú stanovené požiadavky na úspešné absolvovanie konkrétnej úrovne.

Ako som už konštatoval, nemôžem sa podrobnejšie venovať jednotlivým úrovňam. Na záver sa aspoň v skratke dotknem vážneho problému. Je to otázka, kto môže vzdelávať odborníkov na riešenie šikanovania.

3. Kompetencie na vzdelávanie odborníkov na riešenie šikanovania

Kvalitných vzdelávateľov odborníkov, teda tých, čo majú skúsenosti s teoretickým a praktickým riešením šikanovania a vedia odovzdať svoju skúsenosť ďalej, je veľmi málo. Čo sa s tým dá robiť? V prvom rade si musíme tento fakt pripustiť. Problém sa nedá obísť tzv. kaskádovým vzdelávaním, keď absolventi kurzu X začnú ten istý kurz X následne vyučovať. Absolventi tohto typu vzdelávania sa síce naučia o šikanovaní hovoriť, ale prakticky pomôcť nevedia. Je potrebné nájsť spôsob, ako čo najrýchlejšie, ale zároveň aj čo najpochvejšie pripraviť vzdelávateľov budúcich odborníkov.

Pre riadnu kvalifikáciu vzdelávateľa – lektora, vysokoškolského učiteľa a pod. – musí byť zachovaná rigorózna postupnosť: kvalitný a systematický výcvik zameraný na prevenciu, diagnostiku a liečbu šikanovania – prax pod supervíziou – samostatná prax – výber najlepších praktikov do špeciálnej prípravy na lektorskú činnosť – vzdelávacia činnosť v spolupráci so skúseným vzdelávateľom – samostatná vzdelávacia činnosť.

Je to náročná cesta, no predsa len možná. V každom prípade to však nejde tak rýchlo, ako si rôzni laici v manažérskych pozíciách predstavujú. V súčasnosti je potrebné nastoliť aspoň minimálne pravidlá, kto môže odborníkov na riešenie šikanovania vzdelávať. Východiskom môže byť náš návrh požiadaviek na päť kvalifikačných úrovní vzdelania. Užitočné sa javia napríklad tieto pravidlá:

Absolventi základnej úrovne by mohli vyučovať úvod do problematiky šikanovania, teda zoznámiť poslucháčov s témou a jej naliehavosťou. Metodiku – vlastné riešenie šikanovania – by mali však vzdelávať odborníci minimálne na tretej úrovni vlastnej spôsobilosti. Teda profesionáli, ktorí už sami majú výcvik a prax v riešení

šikanovania. Faktom je, že súčasní akademickí vzdelávatelia nedokážu relevantne posúdiť, či je konkrétny postup bezpečný a účinný alebo či je rizikový, nedotiahnutý, či dokonca chybný. Užitočným vodidlom môže byť požiadavka, aby vzdelávateľ mal minimálne o jednu úroveň vyššiu kvalifikáciu než ten, koho vzdeláva.

Požiadavky na kvalifikáciu vzdelávateľov sú celkom nevyhnutné a nie sú samoučelné. Ide predovšetkým o zabránenie diletantského vzdelávania, ktoré má za následok vážne škody na zdraví protagonistov šikanovania, najmä obetí. Pomoc pri šikanovaní je odborne náročná a stačí jedna vážnejšia chyba a situácia sa už nedá napraviť. Ten, kto má skúsenosti s riešením šikanovania, to vie veľmi dobre.

Nakoniec by som rád zdôraznil zásadnú požiadavku na osobnosť vzdelávateľa odborníkov – mal by to byť človek vľúdny a láskavý, mierotvorný, ktorý vo svojom živote nepraktikuje šikanovanie.

LITERATÚRA

- KOLÁŘ, M. 2011. Nová cesta k léčbě šikany. Praha: Portál.
- KOLÁŘ, M. 2013. Výcvik odborníků v léčbě šikany. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.
- Metodický pokyn k řešení šikanování na školách a školských zařízeních, č. j. MSMT-22294/2013-1.
- PHILIPPOVÁ, L., JANOŠOVÁ, P. (Eds.) 2009. Šikana jako etický, psychologický a pedagogický problém. Sborník příspěvků z konference konané 19. 3. 2009 v Praze. Brno: Tribun EU.

Poznámka:

Dr. Michal Kolář – vytvoril pôvodnú teóriu, diagnostiku a liečbu školského šikanovania. Je autorom kníh a publikácií *Skrytý svet šikanování ve školách*, *Bolest šikanování*, *Nová cesta k léčbě šikany* a *Výcvik odborníků v léčbě šikany*. Vedie kurzy prevencie šikanovania, poskytuje konzultácie a supervízie.



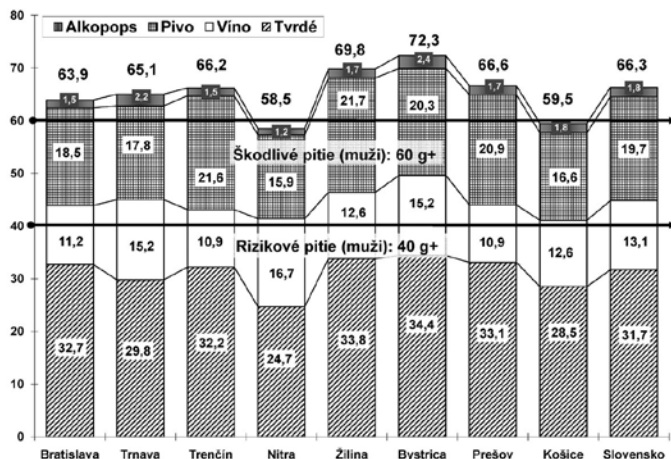
Šikanovanie v prostredí školy a jeho vzťah k alkoholu a drogám

Doc. PhDr. Alojz Nociar, CSc.

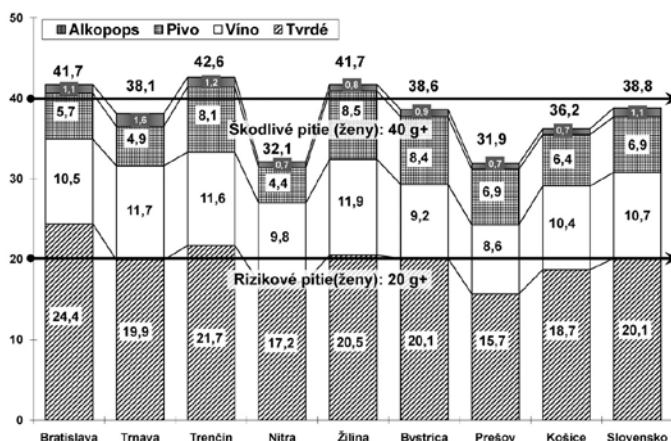
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, pracovisko Bratislava, Katedra psychológie

Štúdia sa zaoberá agresivitou, asociálnym správaním a šikanovaním vzhľadom na rozdiely v nadmernom pití alkoholu a v užívaní drog. Prieskumy ESPAD¹ v priebehu 16 rokov ukázali rast užívania nelegálnych drog, najmä marihuany, ale taktiež nárast vo fajčení tabaku a v pití alkoholu u stredoškôľakov vo veku od 15-16 do 18-19 rokov. Tento trend platil aj pre alkohol: pitie alkoholu, čo sa týka množstva aj frekvencie, rástlo počas života, za predošlých 12 mesiacov aj za 30 dní. Platilo to u chlapcov aj dievčat, kde bol nárast ešte markantnejší.

Významný ukazovateľ je objem vypitého alkoholu v prepočte na gramy. Dotazník ESPAD taký odhad umožňuje a dajú sa porovnať trendy aj podľa druhu alkoholu samostatne i v kombinácii, aj podľa pohlavia. U chlapcov v roku 2011 bol priemer 66,3 gramov, čo je ekvivalent vyše 4,1 píva, viac ako 7 dcl vína či viac ako 2 dcl tvrdého; u dievčat pri priemere 38,8 gramov to je asi 2,5 piva alebo 4,5 dcl vína, či okolo 1,2 dcl tvrdého, vypitých pri ostatnom pití.



Obr. 1: Odhad množstva vypitého alkoholu pri poslednom pití u chlapcov v roku 2011 (v prepočte na gramy čistého alkoholu)



Obr. 2: Odhad množstva vypitého alkoholu pri poslednom pití u dievčat v roku 2011 (v prepočte na gramy čistého alkoholu)

1 Európsky školský prieskum o alkohole, tabaku a drogách. V piatich vlnách tohto prieskumu sa v rokoch 1995 – 2011 zúčastnilo 49 468 stredoškôľakov, z toho 24 489 chlapcov a 24 979 dievčat.

Pokiaľ ide o výskyt pitia, u chlapcov to bolo 5 334 prípadov (92,0 %) zo vzorky, zatiaľ čo u dievčat to bolo 4 804 prípadov (92,8 %) zo vzorky z roku 2011. Vôbec nikdy nepilo alkohol iba 7,6 % vzorky. Čo sa týka času, rozhodujúca časť vzorky – 73,1 % chlapcov a 68,2 % dievčat – pila alkohol za minulý mesiac, z toho najviac za minulých 7 dní, malá časť uviedla posledný deň pitia v minulom roku (17,4 %) a len nepatrný zvyšok niekedy ešte dávnejšie (4,2 %).

Znamená to, že odhad rizikového a zdravie poškodzujúceho pitia sa asi z troch štvrtín týka pitia v relatívne súčasnom období 1 až 30 dní. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie je hranica rizikového pitia u žien 20, u mužov 40 gramov alkoholu denne a hranica pitia poškodzujúceho zdravie je u žien 40, u mužov 60 gramov. To sú hodnoty, ktoré naši dospievajúci v prípade oboch spôsobov pitia buď presahujú, alebo sa k nim blížia – pričom ich organizmus, najmä vrátane CNS, je ešte vo vývoji.

Keďže od roku 2003 sa sledovala aj agresivita a asociálne správanie u študentov stredných škôl a v roku 2011 k tomu pribudlo aj sledovanie šikanovania, preskúmali sme tieto negatívne javy aj vo vzťahu k pitiu alkoholu, aj vo vzťahu k užívaniu nelegálnych drog.

Šikanovanie je častý jav zvlášť na základných školách, ale vyskytuje sa tiež aj na strednej škole. Keď sme porovnali vnímanie jeho výskytu na škole u žiakov a ich učiteľov, dostali sme tieto výsledky (podľa záverečných správ z prieskumu TAD² a ESPAD v rokoch 2010 a 2011):

Tab. 1. Vnímanie šikanovania a agresivity žiakmi ZŠ, študentmi SŠ a ich učiteľmi (v %)*

Otázky	Respondenti			
	Žiaci ZŠ	Učitelia ZŠ	Študenti SŠ	Učitelia SŠ
1. Počul/-a, že na škole niekoho šikanovali	68,0	76,9	47,9	60,3
2. Bol/-a svedkom, že niekoho šikanovali	51,7	45,6	51,7	24,8
3. Fyzické napadnutie učiteľa žiakom ZŠ či študentom SŠ	2,5	19,3	2,3	5,7
4. Verbálne napadnutie učiteľa žiakom ZŠ či študentom SŠ	12,6	59,9	15,9	45,5

* Ide o ZŠ a SŠ z prieskumu TAD v roku 2010

Porovnanie žiakov a študentov s ich učiteľmi ukázalo, že učitelia síce o čosi viac počuli o šikanovaní na svojej škole, ako počuli ich žiaci alebo študenti, podstatne menej však bývajú jeho priamymi svedkami: skoro dvakrát častejšie na základnej než na strednej škole. Na druhej strane, učitelia omnoho častejšie uvádzajú fyzickú a predovšetkým verbálnu agresiu zo strany žiakov, a to častejšie na základnej škole.

2 Tabak – Alkohol – Drog (TAD1 pre žiakov ZŠ, TAD2 pre študentov SŠ, TAD3 pre učiteľov na ZŠ a SŠ). V piatich vlnách tohto prieskumu (1994 – 2010) sa zúčastnilo 52 477 žiakov ZŠ a SŠ, z toho 25 076 chlapcov a 27 401 dievčat (a spolu 8 339 učiteľov, z toho 20,3 % mužov a 79,7 % žien).

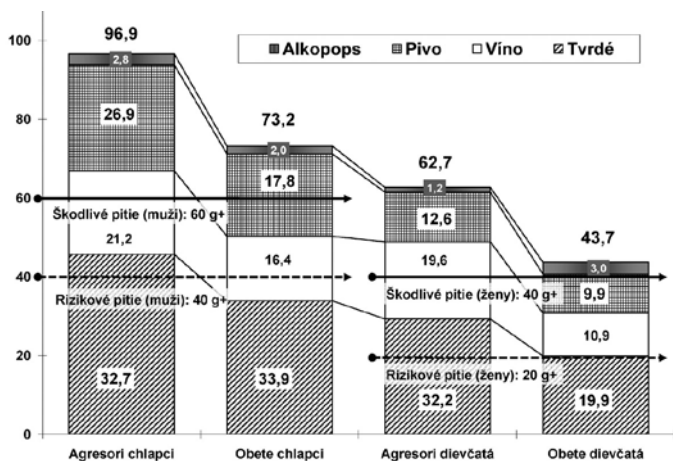


Tab. 2. Šikanovanie a agresivita u žiakov ZŠ a študentov SŠ v roku 2010 a 2011 (v %)

Otázka na šikanovanie	ZŠ – TAD 2010	SŠ – TAD 2010	SŠ – ESPAD 2011
1. Stalo sa, že ho/ju niekto šikanoval*	27,2	22,6	16,3
2. Stalo sa, že ho/ju zbila opakovane nejaká skupina	9,7	10,4	9,3
3. Stalo sa, že sa mu/jej vysmievala nejaká skupina	33,3	33,7	24,7
4. Stalo sa, že on/ona niekoho šikanoval/-a	16,8	15,7	13,3
5. Bol/-a v skupine, ktorá niekoho zbila	17,0	21,2	20,1
6. Bol/-a v skupine, ktorá sa z niekoho vysmievala	48,6	60,7	52,5

* Z troch kladných odpovedí na trojicu otázok 1, 2, 3 sa odvodila premenná obeť; z troch kladných odpovedí na trojicu otázok 4, 5, 6 zase premenná agresori.

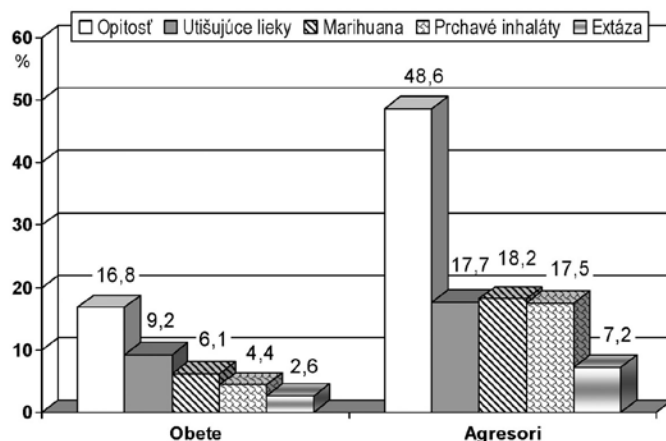
Kritérium definovania agresorov a obeť bolo striktné: respondent/-ka šikanoval/-a osobne, ale aj v skupine tak fyzicky, ako aj verbálne, resp. respondent/-ka bol/-a obeťou šikanovania inej osoby, ale aj skupiny šikanujúcej tak fyzicky, ako aj verbálne. Celkovo bolo 411 takto definovaných agresorov z celej vzorky (4,7 %), z toho 300 chlapcov a 111 dievčat – a 155 takto definovaných obeť z celej vzorky (1,8 %), z toho 116 chlapcov a 39 dievčat.



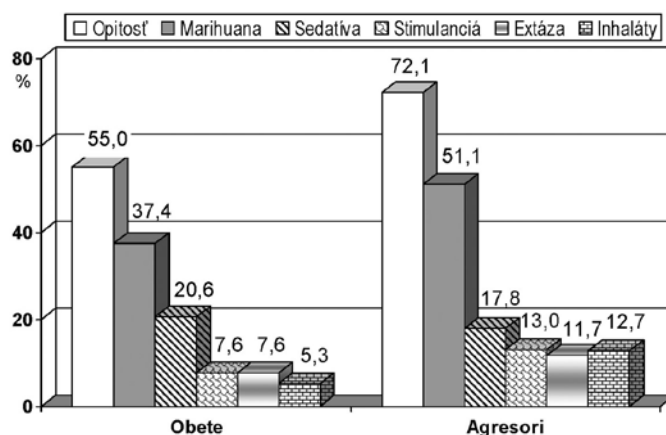
Obr. 3: Odhad množstva vypitého alkoholu pri poslednom pití u agresorov a obeť (v prepočte na gramy čistého alkoholu)

Porovnanie agresorov a obeť ukázalo, že agresori pri poslednom pití vypili podstatne viac alkoholu ako obeť a v oboch skupinách, ako sa dalo očakávať, vypili podstatne viac chlapci.

Pri užívaní nelegálnych drog u agresorov a u obeť v prieskumoch TAD v roku 2010 sme zistili, že napriek predpokladu o vyššom užívaní drog u obeť bolo na základných aj na stredných školách celkovo vyššie užívanie nelegálnych drog u agresorov, azda s výnimkou sedatív u stredoškôľakov (pozri obr. 4 a 5):

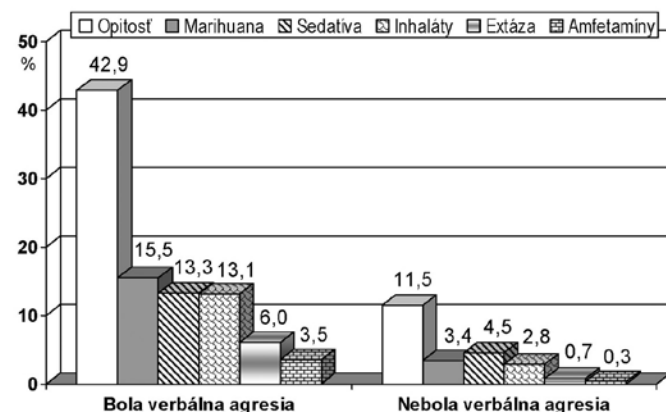


Obr. 4: Výsledky u 11- – 15-ročných: Užívanie drog obeťmi šikanovania alebo agresormi (Raz a viackrát počas života: Opitost', „do okna“ – Sedatíva – Marihuana – Prchavé látky – Extáza)

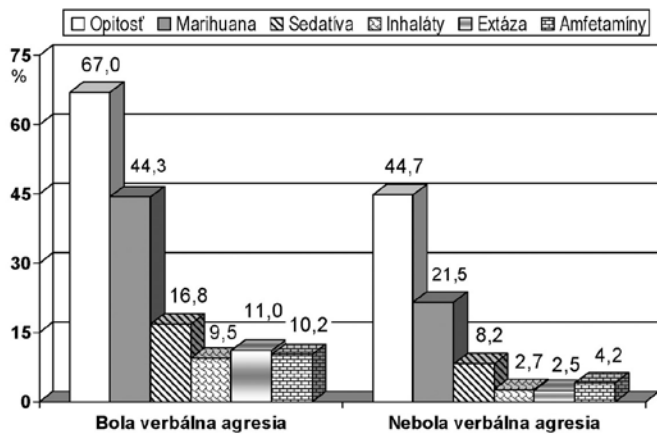


Obr. 5: Výsledky u 15- – 19-ročných: Užívanie drog obeťmi šikanovania alebo agresormi (Počas života: Opitost', „do okna“ – Marihuana – Sedatíva – Stimulanciá – Inhaláty – Extáza)

Pomerne závažná otázka, ktorej relatívne častý výskyt nás dosť prekvapil, bola fyzická a verbálna agresia voči učiteľovi, kde sa v oboch prípadoch ukázala súvislosť medzi jej výskytom a zvýšeným užívaním legálnej alebo nelegálnej drogy (obr. 6 a 7).



Obr. 6: Verbálna agresia versus bez agresie voči učiteľom u 11- – 15-ročných žiakov ZŠ (Počas života: Opitost', „do okna“ – Marihuana – Sedatíva – Amfetamíny – Inhaláty – Extáza)



Obr. 7: Verbálna agresia versus bez agresie voči učiteľom u 16–19-ročných študentov SŠ (Počas života: Opiat – „do okna“ – Marihuana – Sedatíva – Amfetamíny – Inhaláty – Extáza)

Záver

Reprezentatívne prieskumy o legálnych a nelegálnych drogách u žiakov základných škôl a študentov stredných škôl na Slovensku ukázali zreteľnú spojitosť medzi javmi sociálnej patológie, ako sú agresivita a šikanovanie v prostredí školy, a užívaním drog. Obidve skupiny týchto javov vykazujú buď vzostupnú tendenciu, tak ako šikanovanie a agresivita, alebo pretrvávajú, tak ako užívanie drog, na neakceptovateľne vysokej úrovni.

Aj to je dôvod, prečo by sa ich prevencia nemala sústreďovať na dané javy osve, ale treba skúsiť vypracovať také nové modely a hlavne praktické spôsoby ich predchádzania, ktoré sa dotknú čo najúčinnejšie ich celku. To však, samozrejme, nie je výlučná úloha školy, aj keď jej úloha je pri ich prevencii nezastupiteľná.

Žiaľ, situácia zatiaľ nedáva dôvody na optimizmus, a keď sa pozrieme len na výskum či na početné deklaratívne plány rôznych nadnárodných inštitúcií, vidíme ich vždy osobitne ako plány pre alkohol, tabak, drogy a aj pre šikanovanie – všetko vo vleku zaužívaných predstáv.

Je zbytočné moralizovať a strašiť, či ako sa často vravieva „alarmovať“, čo je pojem, ktorý verejnosti na pozadí akčných filmov a filmy prekonávajúcej reality už zovšednel, nie aby ňou otriasal. Veď mladí ľudia sa pohybujú v prostrediach, kde je ponuka drog bežná vec, a určitá časť z rôznych príčin drogy napokon vyskúša. Ak nie tie klasické, tak nové, syntetické typu „Legal highs“ či iné. Po odpadnutí experimentátorov a zvedavcov sa postupom času vyčlenia podskupiny rekreačných, problémových užívateľov a nakoniec malá podskupina závislých.

Čo je však možné a bolo by potrebné urobiť, je podpora všetkého toho, čo ich na takéto experimentovanie nepodnecuje. Nie strašením či zbytočne prísnyimi trestami a zákazmi, ale vlastným príkladom a faktickými informáciami o drogách a ich následkoch, no najmä reálnym, a nie iba deklarativným umožňovaním spôsobu života a trávenia voľného času, ktorý pôsobí proti vzniku potreby umelého úniku z neprijateľnej reality a hľadaniu náhradných spôsobov života namiesto ich skutočného života.

Zdroj údajov pri obrázkoch 1 až 7: ÚVZ SR. Spracovanie a grafika: A. Nociar

Patologická hráčska vášeň

MUDr. Ľubomír Okruhlica, CSc.

riaditeľ Centra pre liečbu drogových závislostí, Bratislava
hlavný odborník MZ SR pre liečbu závislostí

Evolučne, historicky je známe, že ľudia hrávali hazardné hry už od nepamäti. Inak hra je prirodzená detská aktivita. Má svoj význam vo vývine jednotlivca. Hrajú sa aj dospievajúci, ba aj dospelí. S vekom sa čas trávený pri hraní stále znižuje. Je nahradený a vyplnený prácou, povinnosťami v domácnosti, v rodine. Deti, ktoré sa nemôžu hrať, sú nešťastné. A naopak, ak dospelý trávi veľa času hraním, väčšinou má problém. V minulosti sa takíto vášniví hráči považovali za čudákov a neraz nemorálnych ľudí. Medicína ich neriešila. S rozvojom spoločnosti, pribúdajúcim voľným časom a rozvojom hráčskeho priemyslu sa problematika nadmerného hrania dostala v modernej dobe viac do povedomia verejnosti. Hráči a ich rodiny začali hľadať pomoc, chceli dostať svoj „zlozvyk“ pod kontrolu. Mnohí, inak slušní ľudia si v zúfalstve siahli na život. Keď prípadov samovrážd pribúdalo, musela sa tejto téme začať vo zvýšenej miere venovať aj medicína.

V prvej fáze odborné prieskumy zistili, že chorobná hráčska vášeň zasahuje ľudí bez rozdielu charakteru či spoločenského postavenia a bohatstva. Vtedy sa preradilo chorobné hranie (po anglicky pathological gambling) z jednoduchých porúch správania, zlozvykov, do kategórie duševných porúch,

charakterizovaných poruchou ovládania impulzov, známych z medzinárodnej klasifikácie duševných porúch Svetovej zdravotníckej organizácie pod kódom F63. Napriek tomu, že gambling má pri vystupňovaní stereotypné prejavy v konaní, tak ako to vidíme u ľudí so závislosťami od alkoholu, tabaku alebo iných drog, nebol dlho zaradený medzi závislosti. Medzi odborníkmi sa napríklad viedla diskusia o tom, či ide len o jeden z prejavov inej duševnej choroby, ktorá je príčinou patologického hrania, alebo je to samostatná diagnóza.

Situácia sa však v posledných rokoch začala meniť. Rozsiahle výskumy, rozširujúce sa vedecké poznatky posúvajú náš pohľad ďalej. Klinické, epidemiologické a neurovedecké skúmania zistili, že patologické hráčstvo v dospelosti môže byť a často je samostatný fenomén, ale veľmi často sa vyskytuje spolu s inou, látkovou závislosťou. Tieto dve poruchy byvajú navzájom prepojené a ovplyvňujú sa. Nové zistenia viedli k zmene diagnostiky. Napríklad v americkom zdravotníctve je už patologický gambling zaradený medzi závislosti a na to isté sa pripravuje aj Svetová zdravotnícka organizácia. Nejde pritom len o nejaké technické terminologické preskupovanie, „slovičkarenie“, ale ide o posun s dôležitými

praktickými, liečebnými vplyvmi. Znamená to, že podľa moderných štandardov je ľudom s chorobnou hráčskou vášňou k dispozícii komplexná možnosť liečebných postupov, ako to poznáme pri ostatných závislostiach.

Hráči sú však rôzni a dá sa povedať, že každý z nás v živote hrá, resp. musí hrať. Súvisí to s potrebou rozhodovania v neistých situáciách, ale aj odhadovania, predvídania rôznych situácií. A tých má človek v každodennom živote veľa. Už len to, ako sa mám ráno obliecť. Zoberiem si teplý kabát alebo mám ísť len naľahko? Bude pršať alebo nebudem potrebovať dáždnik? Mám uvariť na večeru mäsité alebo sladké jedlo? Na aké budú mať naši chut? S akými známami príde syn, dcéra dnes zo školy? Bude dnes veľa alebo málo zákazníkov? Kto vyhrá voľby? Dnes sa dá staviť skoro na všetko. Aj na vlastnú smrť. Samotné hranie je o istej prítomnosti, ale rozhodnutie, voľba je o neistej budúcnosti.

To, čo sýti a udržuje hráčsku vášeň, je vzrušujúce očakávanie. Ak sa objavia na displeji hracieho automatu tri zo štyroch mrkvičiek potrebných na výhru, čo je skoro výhra, má človek s chorobnou závislosťou temer také neurofyziologické prejavy vzrušenia na snímkach mozgu ako pri výhre. (To hráč bez závislosti nemá.) Vtedy sa mení celé jeho telesné

fungovanie. Vzrušenie sprevádza zrýchlený dych, pulz, mierne mu stúpne telesná teplota a pozornosť všetkých duševných pochodov sa zameriava a sústreďuje len na hranie. Potreba jesť a piť je potlačená a stráca pojem o čase. Hrajúca gamblerka sa zabudne postarať o svoje malé dieťa a gambler nevníma, že jeho hroziaca manželka vošla do herne a blíži sa k nemu. Taká je to väšeň.

Hoci dnes už vieme vo väčšej miere opísať procesy v mozgu a psychiku hráča ako pred dvadsiatimi rokmi, stále máme len obmedzené vedomosti o tom, prečo sa z niekoho stane hazardný hráč a iní ľudia môžu dokonca hrať ruletu či stávkovať celý život, ale nikdy nad tým nestratia kontrolu a neovplyvní im to celý život. Opäť sa vedie debata o tom, či a do akej miery je chorobné hranie vrodené, teda je na príčine genetika, a do akej miery ide o vplyv prostredia. Dnes nevieme, či a ktoré gény, ich kombinácia, robí ľudí náchylnými na vznik tejto poruchy. Nepriamo, z našej liečebnej praxe vieme, že sú medzi hráčmi takí, kde veľmi výrazne vidieť, že u nich mohlo ísť o vrodennú dispozíciu. Napadá mi prípad pána v starších stredných rokoch, ktorý sa prvý raz pre rodinné nezhody a finančné straty v stávkovaní prišiel poradiť, čo s tým. Pritom ekonomicky ešte nebol „na dne“. Hovoril, že od detstva vždy stavil na všetko, na čo sa dalo, na to, kto nájde skôr a väčší dubák, kedy príde električka, či bude v škole písomka, keď hrali s chlapcami karty, kto vyhrá v tenise, keď hral s priateľmi. Neskôr sa dal na stávkovanie a tu sa u neho už naplno prejavila chorobná hráčska väšeň. Síce viac strácal, ako vyhrával, to sa však dalo zniesť. Stereotyp hráča mu však začal narušovať osobný a rodinný život. Pri stávkovaní trávil čoraz dlhší čas. Okruh jeho známych sa presunul do stávkových kancelárií. Doma začal stávkovať na internete. Iným príkladom, kde, naopak, vo veľkej miere zohralo podstatnú rolu pri rozvinutí závislosti prostredie, je osud mladého tridsaťročného muža, ktorý pracoval ako čašník v pohostinstve. Ten sa dostal pre osobnú debaklovú situáciu do veľkých dlhov, nechala ho priateľka i priatelia, pretože všetkým bol dlžný a nedokázal už dlhy splácať. Jeho hranie sa začalo, ale hlavne rozbehlo v podniku, kde pracoval a boli tam automaty. V noci po záverečnej bolo zvykom, že on aj ostatní kolegovia si sadli k automatom a hrali. Sprvu hádzal do automatu len prepitné, čo v ten deň zarobil, väčšinu však prehral. Neskôr to bola aj výplata a potom prišla na rad denná tržba. Majiteľ ho z práce vyhodil. Je síce fakt, že väčšina ľudí, ktorí v živote tipovali či hrali hazardné hry, sa nestala od hazardu závislou. No je tiež pravda, že so zvýšenou ponukou herní, herných automatov, kasín, stávkových kancelárií, možností hazardu na internete, ponukami výhier v televízii, rozhlase, na telefónoch narástol aj počet ľudí, ktorí zápasia s takto vyvolanou duševnou poruchou. Kým v minulom tisícročí sme patologických hráčov v našom zdravotníctve, na psychiatriách mali zriedkakedy, dnes nám prakticky denne pribúdajú noví pacienti s diagnózou F63. Liečilo sa ich alebo sa liečia stovky. A to je len časť povestného ladovca. Veľa je takých, čo nevyhľadajú odbornú pomoc a ďalej trpia oni aj ich rodiny. Zvýšená ponuka možností hazardného hrania, zvýšená expozícia bežného človeka reklame na hranie a s tým spojený zvýšený nárast ľudí žiadajúcich o pomoc pre problémy s hraním je dokladom toho, že vplyv prostredia na vznik chorobného gamblingu je vysoko významný. Nakoniec obdobne je to v prípade látkových závislostí či už od tabaku, alkoholu, alebo drog. Preto ak sa nám na celospoločenskej úrovni podarilo znížiť škodlivé vplyvy fajčenia na zdravie,

bolo to hlavne vďaka obmedzeniu reklamy a ponuky cigariet a možností fajčenia na verejných miestach. A naopak, čím viac alkoholu, navyše lacného, či dokonca zadarmo, je v ponuke, tým viac ľudí má zdravotné následky z nadmerného pitia. Mnohé drogy, ktoré majú vysoké riziko smrteľného predávkovania, typicky heroín, spôsobujú u nás oveľa menej úmrtí ako alkohol, a to najmä preto, že pre bežných ľudí sú veľmi ťažko dostupné. Málo sa ich v porovnaní s alkoholom užíva. Aj na týchto zisteniach týkajúcich sa dostupnosti vidieť spoločné znaky závislosti od patologického hrania s inými, takzvanými látkovými závislosťami.

Pokrok v rozšírení pomoci pre tých, čo ju chcú a potrebujú, predstavuje zriadenie celoslovenskej anonymnej bezplatnej telefonickej linky pomoci v CPLDZ v Bratislave pre ľudí, ktorí majú problémy s hraním. Linka funguje od februára 2013 a za rok sa cez ňu s odborníkmi psychoterapeutmi kontaktovali stovky ľudí. Z nich takmer polovicu tvorili príbuzní a blízki a druhú časť samotní hráči. Štatistika ukázala, že najčastejšie išlo o hru na automatoch (až 63 % telefonátov), na druhom mieste, skoro 25 % volajúcich riešilo problémy vyvolané tipovaním alebo stávkovaním, tretie miesto (13 % volajúcich) patrí hazardným hráčom rulety. Javí sa, že volania celkom dobre odrážajú stav hrania v našej spoločnosti. Lebo k rulete sa dostáva len menšia, bohatšia časť klientely, kým automaty a tipovanie je prístupné prakticky každému.

Spomenuli sme možné prepojenie užívania alkoholu a iných drog s patologickým hraním. V našej klientele v Centre pre liečbu drogových závislostí v Bratislave sme zistili problémy s alkoholom alebo drogami u každého štvrtého gamblera. Najčastejšie sa hranie, ktoré nedokázali zastaviť, spájalo s pitím. Neprekvapuje to. Veď alkohol je aj najrozšírenejšia látka, ktorá uvoľňuje rozumovú kontrolu nad pokušením hrať, a tým dochádza k uvoľneniu konania pod vplyvom týchto impulzov. Vo zvýšenej miere

sme zistili spustenie neovládateľnej túžby hrať aj po užití drog – pervitínu, teda metamfetamínov, a nezriedka aj marihuany, kanabisu. Keďže závislosti, či už látkové, alebo nelátkové, akou je napríklad patologický gambling, sú duševné ochorenia, venujeme sa pri psychiatrickom vyšetrení komplexne celému stavu pacienta. Okrem častých látkových závislostí sa u hráčov objavujú aj iné duševné poruchy. Na poprednom mieste sú to poruchy nálad, depresie. Veľmi často ako následok debaklového hrania a často aj ako spúšťač moment hrania. Viacerí ľudia v depresívnej nálahe hľadajú únik, relaxáciu od depresívnych myšlienok v pokračujúcom hraní.

Z opísaných vedomostí a skúseností vyplýva, že chorobné hranie je zložitý fenomén. Nie je to jednoduchá, uniformná diagnóza, ktorej prejavy sú u každého rovnaké. Sú rôzni hráči. Dôkladné vyšetrenie duševného stavu psychiatrom je predpokladom úspešného individuálneho liečebného plánu. Súbežná liečba inej duševnej poruchy, inej závislosti, ktorá sa vyskytuje spolu s hraním, býva viac pravidlom ako výnimkou. Preto odborne vedená farmakoterapia na zníženie túžby po alkohole, drogách alebo liečba antidepresívami je u veľkej časti hráčov podmienkou úspešného zvládnutia gamblingu.

Osou, nosníkom liečebného plánu je však psychoterapia, a to kognitívno-behaviorálna psychoterapia. Liečba sa môže vykonať ústavnou a následne ambulantnou formou alebo celá môže prebiehať len ambulantne. Iný ojedinelý projekt svojho druhu, realizovaný u nás, ukázal prekvapivo vysokú mieru úspešnosti. Po troch rokoch od vstupu do liečby dlhodobobne abstínuje okolo 90 % pacientov. Je to najviac zo všetkých typov závislostí. Že pravdepodobne nejde o výrazné skreslenie reality, nasvedčujú aj výsledky podobných špecializovaných programov zo zahraničia. Je to dobrá správa pre tých, čo majú problém s hraním. Účinná pomoc spočíva v odbornej diagnostike ich problému a v komplexnom, individuálne prispôbenom liečebnom pláne.



Niektoré klady a zápory virtuálneho sveta počítačových hier a internetu

MUDr. Jozef Benkovič, primár 2. MDZ,
Odborný liečebný ústav psychiatrický n. o., Predná Hora

Zábava a hry nás sprevádzajú už od raného detstva a sú dôležitou súčasťou nášho života. Napriek stáročiam nestratili na svojej príťažlivosti a v dôsledku výrazného technického pokroku v súčasnom období virtuálny svet PC hier a internetu poskytuje čoraz novšie možnosti animácie, zvuku a umelej inteligencie. Žiaľ, dôsledkami týchto činností, hlavne u mladých ľudí, sa začínajú čoraz častejšie zaoberať psychológovia a psychiatri nielen vo vyspelých krajinách sveta, ale už aj na Slovensku.

História počítačových hier

Prvé primitívne počítače koncom 80. rokov 20. storočia poskytovali veľmi jednoduchý textový režim a primitívnu grafiku. Súčasný priemysel počítačových hier a zábavy poskytuje čoraz novšie technické vymoženosti. Počítačové hry sú produktom nových technológií, dosahujú čoraz vyššie výkony, sú hravé, tvorivé, s množstvom fantázie a technicky čoraz dokonalejšie.

Hráč počítačových hier sa v nich tvorivo a technicky zdokonaľuje, cvičí, poznáva, rozvíja svoju fantáziu aj oddychuje. Pomocou počítačových hier sa môže jedinec aj liečiť.

História internetu

Vzniku internetu sa datujú od roku 1969, keď v USA začal pracovať jeho predchodca tzv. ARPA-NET. Išlo o spojenie 4 univerzitných počítačových a výskumných stredísk v USA s počítačovým systémom Ministerstva obrany USA, s úzko obmedzeným prístupom malého počtu vedcov, inžinierov a matematikov (10).

V 90. rokoch minulého storočia sme zaznamenali veľký rozmach internetu v dôsledku väčšej dostupnosti počítačov pre jednotlivca. V roku 1995 používalo internet už viac ako 16 miliónov ľudí (0,39 % celkovej populácie) a koncom roku 2000 on-line internet už používalo 407,1 miliónov ľudí (6,7 % celkovej populácie). V súčasnosti internet pokrýva prakticky celý svet vrátane Antarktídy.

Charakteristika a najčastejšie typy počítačových (PC) hier (podľa obsahu a náplne)

- **akčné** (ich obsahom je hlavne násilie) – hráč cez postavičku plní bojové úlohy,
- **strategické** (sú viac taktické ako akčné) – cieľom je dosiahnuť prevahu, napríklad vojenskú, ekonomickú atď.,
- **športové** (zamerané na rôzne typy športu) – napríklad hokej, kriket a pod.,
- **dungeony** (z angl. väzenie) – hromadná hra na hrdinov, hráč hráva sám a plní úlohy (questy),
- **adventury** (dobrodružné) – v PC hre sa rieši nejaká záhada, príbeh,
- **simulátory** (realistická simulácia skutočnosti) – napríklad letecké, automobilové, lodné atď.

Hráč sa v PC hrách stretáva s aspektom poznávacím, pohybovým, emocionálnym, motivačným, cvičným, fantazijným, sociálnym, rekreačným, tvorivým, ale aj diagnostickým či terapeutickým. Väčšina hier má podobu s explicitne formulovanými pravidlami a v priebehu hry sa spolupracuje či súťaží. Počítačové hry sú takto produktom nových technických postupov so snahou o dosahovanie vyšších výkonov oproti spoluhráčom.

Štúdia o používaní PC hier v Portugalsku uvádza, že u detí, ktoré trávajú zvýšený čas pri PC hrách, sa registrovala nadváha či vzostup obezity (4).

V štúdiu realizovanej na Slovensku na súbore 679 respondentov – gymnazistov, hráčov PC hier – sa uvádza, že až 95,5 % chlapcov a 67,7 % dievčat hrávalo PC hry. Z nich až 23,5 % študentov hrávalo PC hry 7 – 21 hodín týždenne a 4 % študentov hrávalo PC hry dokonca viac ako 6 hodín denne, v tomto prípade ide už o tzv. excesívne hranie. Až 33 % študentov malo pre hranie PC hier závažné vzťahové problémy, problémy v škole, zdravotné problémy a psychické problémy. U 64 študentov (12 %) sa už vyskytovali niektoré symptómy návykového správania, ako je ponocovanie a premýšľanie o PC hrách, klamstvá o hraní svojim najbližším, ale aj abstinenčné príznaky v prípade nedobrovoľného odstavenia od PC hier, najmä napätie, zlosť a nervozita. Až 18 % hráčov PC hier v tomto súbore hrávalo akčné a strategické hry s túžbou po víťazstve, odvahe, ale aj sile a agresivitou. Z dlhodobého hľadiska môžu práve násilné a agresívne hry desenzitizovať týchto jedincov vo vzťahu k násiliu, znižovať ich empatiu a zvyšovať hostilné vnímanie okolia (2).

Charakteristika najčastejšie používaných internetových aktivít

Internet („sieť sietí“) je obrovská infraštruktúra, ktorá prepája do jedného celku počítačové a dátové siete komerčných, nekomerčných, vládnych či armádnych inštitúcií, škôl, akademických organizácií aj jednotlivcov (10).

K najčastejšie používaným aktivitám na internete patria sociálne siete (pre nové virtuálne priateľstvá a vzťahy), virtuálne chat rooms (konverzácie na rôzne témy šport, burza, cestovanie atď.), sieťové hry, internetový gambling, shopping, cybersex a mnoho ďalších.

U mladých ľudí, detí a tínedžerov, ktorí sú najčastejší používatelia virtuálneho sveta počítačov, sú to najmä PC hry, sociálne siete a iné formy zábavy či vzdelávania, napríklad domáce úlohy (1).

Cyberspace (virtuálne komunikácie), facebook, diskusné skupiny, chaty, rooms a ďalšie ponúkajú ich účastníkom príležitosť zažívať novú formu sociálneho kontaktu bez skutočnej, reálnej prítomnosti tvárou v tvár.

Významná odlišnosť medzi cyberspace vzťahmi a tými, ktoré sú udržiavané inými existujúcimi technológiami, spočíva v tom, že tieto nové internetové spoločenstvá už fungujú v takých sociálnych normách, ktoré umožňujú, a dokonca povzbudzujú vytvárať kontakty s pomerne neznámymi ľuďmi (7).

Tento spôsob komunikácie je málo rizikový vďaka nevyhnutnej neformálnosti on-line konverzácie. Účastníci takejto konverzácie sa síce kontaktujú frekventne, ale ich stretnutia majú skôr krátke trvanie.

Sociálne siete vytvárajú priestor na únik pred realitou, naplňujú neuspokojené sociálne a psychologické potreby. Jedincovi je tu umožnená sloboda slova, prejavu, myšlienok, názorov, identity (možnosť uviesť fiktívny vek, pohlavie...), môže slobodne vyjadrovať svoje intímne pocity, túžby a potreby, čo je psychologicky silne odmeňujúce a posilňujúce, je to však aj častý únik pred riešením vlastných problémov.

Štúdia o používaní internetu zistili, že adolescenti sa na internete hlavne odreaģujú a zbavujú svojich frustrácií, experimentujú so svojou identitou, získavajú sociálne zručnosti a pocit začlenenenia, hľadajú informácie, ale sa aj separujú od rodičov a rodiny.

Výsledky štúdie iOmibus Internet z mája 2005, zameranej na využívanie internetu na Slovensku, uvádzajú, že 1/3 populácie (34,6 %) staršej ako 15 rokov využíva

internet bez výraznejších rozdielov používania u mužov (36,3 %) a u žien (33 %). Najčastejšie sa využíval v práci, potom doma a nakoniec v škole (6).

Virtuálny svet PC hier, najčastejšie klady a zápory

Ovládanie počítača je súčasťou základnej gramotnosti dnešného mladého človeka, no hranie PC hier má svoje klady i zápory.

- PC hry cvičia zručnosť a logiku myslenia, priestorovej orientácie a pod.;
- PC hry môžu poskytovať do istej miery aj relax a odpočinok;
- svet PC hier zdokonaľuje mladého jedinca v cudzom jazyku;
- PC hry pomáhajú pri niektorých zdravotných problémoch (napríklad ADHD, dyslexia);
- pri víťazstvách sa v mozgu hráčov PC hier vyplavuje vo zvýšenej miere neurotransmitter odmeny dopamín a takéto správanie má zvýšené riziko návykového správania (11);
- pri PC hrách je možné bez zábran robiť veľa vecí, o ktorých v reálnom svete len snívame, napríklad podmaňovať si územia, víťaziť nad virtuálnym nepriateľom, prestupovať stenami a pod.;
- hráč PC hier môže svoje nedostatky a chyby opravovať, korigovať a pokračovať ďalej, čo mu pomáha zabúdať na jeho skutočné neúspechy v živote;
- svoje negatívne emócie si môže vybiť ľahšie ako v reálnom živote a bez zábran;
- dlhodobé vysedávanie pri PC hrách (hlavne on-line) zhoršuje schopnosť sústredenia na povinnosti v škole, v práci, domáce povinnosti, ktoré bývajú často zanedbávané;
- zanedbávané sú aj voľnočasové aktivity – koničky a záujmy (šport, kultúra, aktívne trávenie voľného času) /problém časového faktora/ (12);
- sedavý spôsob života (vysedávanie pri PC hrách) vyvoláva časté zdravotné problémy, napríklad zrakové, bolesti chrbtice, hlavy, problémy so spánkom, stravovacími návykmi (3, 5, 8);
- dochádza k zhoršeniu interpersonálnych vzťahov, objavujú sa úzkosti, tenzie a konflikty hlavne s najbližšou rodinou (9,13);
- PC hry, hlavne akčné a bojové, propagujúce násilie, u detí a mladistvých znižujú empatiu a desenzitizujú vo vzťahu k násiliu a agresii, tzv. flaming pri PC hrách (14, 15).

Virtuálny svet internetu, najčastejšie klady a zápory

- internet ovplyvňuje a mení vzdelávacie procesy (učenie mimo školy, samovzdelávanie, vyhľadávanie nových informácií atď.),
- internet zdokonaľuje mladého jedinca v cudzom jazyku,
- je to častá voľnočasová aktivita (10),
- časovo aj finančne pomáha pri nákupoch (internetový shopping),
- zjednodušuje platby jedincov rôznym inštitúciám (internet banking),
- nežiaduci obsah správ (pornografia, rasová nenávisť) predstavuje komunikačné, bezpečnostné riziká internetu,
- riziko internetového gamblingu, shopoholizmu,
- riziko anonymity v spojení s agresivitou (zábava na úkor iných, obťažovanie a agresívne prejavy na základe pocitu anonymity a nepostihnuteľnosti),
- riziko ohrozenia bezpečnosti majetku, bankových účtov,
- riziká zanedbávania povinností, nerizikovej záujmovej sféry, zdravotné riziká, podobne ako pri PC hrách,
- riziká zhoršenia interpersonálnych vzťahov v dôsledku nadmerného používania internetu, podobne ako pri PC hrách (10, 15)

Závislosť od internetu (Internet Addiction Disorder, IAD)

Termín použil Dr. Ivan Goldberg, neskôr ho však revidoval a navrhol zmeniť na termín **patologické používanie počítača** (Pathological Computer Use, PCU), čo je také používanie počítača, ktoré jedincom spôsobuje vážne problémy v jeho fungovaní, problémy v oblastiach psychiky, fyzické problémy a tiež interpersonálne, partnerské, ekonomické či sociálne problémy. Tento termín sa týka hlavne akéhokoľvek problému súvisiaceho s nekontrolovaným používaním počítača (7).

K najčastejším **príznakom PCU** patrí hlavne neschopnosť zastaviť používanie počítača, silná potreba tráviť čoraz viac času pri počítači, zanedbávanie svojich

povinností (pracovných, osobných), zanedbávanie rodiny, priateľov, klamstvá rodine o množstve času tráveného pri počítači a ďalšie (4).

Samotné počítače nevyvolávajú závislosť v pravom zmysle slova, ale silnú túžbu alebo pocit nutkania pracovať s počítačom, problémy so sebaovládaním, odvykací stav, podobný abstinenčným príznakom. Dochádza k postupnému zanedbávaniu pracovných a iných povinností, záujmov, čo sa môže závislosti v mnohých znakoch podobáť (12). Taktiež zatiaľ neexistuje závislosť od počítačových hier ako diagnostická jednotka a odborníci o tomto probléme stále vedú diskusie.

Nové technológie virtuálneho sveta PC hier a internetu ponúkajú pravidelným používateľom množstvo nových podnetov, vzrušenia a zábavy. Skrývajú však aj veľa dosiaľ neodhalených psychologických zvláštností, špecifik a rizík. S niektorými negatívnymi dôsledkami virtuálneho sveta PC hier a internetu na životný štýl a fungovanie najmä našej mladšej generácie sa už zaoberajú aj psychológovia a psychiatri na Slovensku. Tí najproblémovejší jedinici v tomto smere už absolvovali aj liečbu v špecializovaných zariadeniach pre tzv. nelátkovú závislosť.

LITERATÚRA

1. ALTMAN, D.: Preteens are biggest computer users, new study shows. <http://www.roper.com./news/content/news/06.htm> (1996)
2. BENKOVIČ, J., HIL'OVSKÁ, Z., DUBOVCOVÁ, Z.: Počítačové hry, dôsledky na život a fungovanie mladého jedinca. *Psychiatria pre prax*, 2011, 12(2) 76-80.
3. BLEHM, C., VISHNU, S., KHATTAK, A., MITRA, S., YEE, R. W.: Computer vision syndrome: a review. *Surv. Ophthalmol.* 2005, 50(34):253-262.
4. CARVAHAL, M. M., PADEZ, M. C., MORIERA, P. A., ROSADO, V. M.: Overweight and obesity related to activities in Portuguese children, 7-9 years. *Eur. Journ. Public. Health.* 2007, 17(1) 42-46.
5. HAKALA, P. T., RIMPELA, A. H., SAARNI, L. A., SALMINEN, J. J.: Frequent computer-related activities increase the risk of neck-shoulder and low back pain in adolescents. *Eur. J. Public Health.* 2006, 16(5) 536-541.
6. iOmnibus-internet v SR 1/2005, dostupné na: <http://www.vyskumy.sk/docs/Ponuka-iomnibus-2-2005.pdf>.
7. KING, S. A.: Internet addiction – Is the Internet addictive, or are addicts using the Internet? <http://www.concentric.net/astorm/iad.html>. (December, 1996)
8. KRATENOVA, J., ZEJGLICOVA, K., MALY, M., FILIPOVA, V.: Prevalence and risk factors of poor posture in school children in the Czech Republic. *Journ. Sch. Health.* 2007, 77(3):131-137.
9. LO, S. K., WANG, C. C., FANG, W.: Physical interpersonal relationship and social anxiety among online game players. *Cyberpsychol. Behav.* 2005, 8(1):15-20.
10. MAKULOVÁ, S.: Sprievodca po internete, alebo internet od A po Z. 2. skr. vyd., Bratislava, 1997, s. 209. ISBN 80-88812-04-6.
11. MITCHELL, P.: Internet addiction: Genuine diagnosis or not? *Lancet.* 2000 Feb.19, 355(9204) 632-634.
12. NEŠPOR, K.: Počítače, Internet a ochrana zdravia užívateľa, 2000. <http://www.plbohnice.cz/nespor/pcmin2.doc>.
13. SHARIF, I., SARGENT, J. D.: Association between television, movie, and video game exposure and school performance. *Pediatrics.* 2006, 118(4):e 1061-70.
14. ŠMAHEL, D., 2003. *Psychologie a internet.* Praha, Triton.
15. YOUNG, K.: Test internetovej závislosti, 1999. <http://netaddiction.com/internet-addiction-test/>



Syndróm CAN – syndróm týraného, sexuálne zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa

Mgr. Mariana Kováčová

Centrum Slniečko, n. o., Nitra; Asociácia krízových stredísk

Syndróm CAN a CSA

Syndróm CAN je odvodený zo začiatkových písmen anglického slovného spojenia Child Abuse and Neglect, ktorým sa začalo označovať zlé zaobchádzanie s dieťaťom, ako aj zanedbanie starostlivosti a neskôr aj sexuálne zneužívanie dieťaťa. V tomto kontexte **syndróm** znamená **súbor** príznakov, charakterizujúci stav dieťaťa vplyvom úmyselného ubližovania, **abuse** znamená týranie a zneužívanie a **neglect** znamená zanedbávanie, nedostatok. Vývoj tohto pojmu spadá do obdobia 50. rokov minulého storočia a súvisí predovšetkým s diferencovaním medzi zložitými poraneniami detí a následkami spôsobenými úrazom. Tretia európska konferencia o zneužívaných a zanedbávaných deťoch, ktorá sa konala v roku 1991 v Prahe, prvýkrát definovala syndróm týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa – Child Abuse and Neglect (CAN). Zdravotnícka komisia Rady Európy túto definíciu v roku 1992 prijala. „Syndróm týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa (CAN) je súbor nepriaznivých príznakov v najrôznejších oblastiach stavu a vývoja dieťaťa a jeho postavenia v spoločnosti, v rodine predovšetkým. Je výsledkom prevažne úmyselného ubližovania dieťaťa, spôsobeného najčastejšie jeho najbližšími vychovávateľmi, hlavne rodičmi. Jeho najvyhranenejšou podobou je úplné zahubenie dieťaťa“ (Dunovský – Dytrych – Matějček, 1995, s. 15).

Syndróm CAN je v súčasnom chápaní vzájomne prepojený multidimenzionálny jav, ktorý sa dotýka najrôznejších oblastí života dieťaťa, rodiny a celej spoločnosti. Aj napriek tomu, že sexuálne zneužívanie bolo v rámci syndrómu CAN formulované ako posledné, je jeho dôležitou súčasťou. V anglosaskej literatúre sa označuje syndróm CSA (child sexual abuse) v rámci syndrómu CAN (Dunovský – Dytrych – Matějček, 1995).

V priebehu minulých desaťročí vzniklo veľké množstvo definícií, ktoré sa snažili čo najpresnejšie vyjadriť podstatu sexuálneho zneužívania. Zatiaľ najširšia je definícia zdravotnej komisie Rady Európy z roku 1992 (Štrasburg), ktorá „považuje sexuálne zneužívanie dieťaťa za nepatričné vystavenie dieťaťa sexuálnemu kontaktu, činnosti alebo správaniu. Zahŕňa akékoľvek sexuálne dotýkanie, styk či vykorisťovanie kýmkoľvek, komu bolo dieťa zverené do starostlivosti, alebo kýmkoľvek, kto sa s dieťaťom dostal do nejakého styku. Takou osobou môže byť rodič, príbuzný, priateľ, odborný či dobrovoľný pracovník,

alebo cudzia osoba“ (Dunovský – Dytrych – Matějček, 1995, s. 72).

I. Formy syndrómu CAN

Syndróm CAN v sebe zahŕňa formy fyzického týrania, psychického týrania, zanedbávania, sexuálneho zneužívania a zvláštne formy.

I.1 Fyzické týranie

Ide o telesné ublíženie dieťaťa alebo nezabránenie ublíženiu či utrpeniu dieťaťa víťane úmyselného otrávenia alebo udusenia dieťaťa, a to tam, kde je určitá znalosť či dôvodné podozrenie, že zranenie bolo spôsobené úmyselne alebo že sa mu vedome nezabránilo (Vaničková, Hajd-Mousová, Provazníková, 1995).

Prejavy fyzického týrania môžu mať rôznu podobu, napríklad: nezabránenie ubližovaniu či utrpeniu dieťaťa, fyzický útok voči dieťaťu s následkom modrín, zatvorených poranení, otvorených poranení, mnohopočetných zranení, tržných rán, zlomenín alebo krvácania, dusenie, otrávenie, popálenie až smrť.

Prejavy fyzického týrania v správaní dieťaťa: dieťa nechce hovoriť o svojich zraneniach, vymýšľa si nepravdepodobné historicky o zraneniach, nechce, aby sa kontaktovali rodičia, nie je ochotné sa prezliekať, má strach z dotykov, má sklon k sebatrýzneniu, sebaopoškodovaniu (búchanie hlavy o stenu, rezanie na rôznych skrytých miestach, pohryznutie, štipanie), má strach ísť domov, časté sú úteky z domu a agresívne správanie. Aktuálne po napadnutí dieťa prežíva *strach, utrpenie, smútok, citové napätie* či *pocity viny, krivdy a beznádeje*. Fyzické násilie spolu s prežitou *traumou* zanecháva aj *dlhodobé následky* (ohrozený emocionálny vývin, nižšie sebavedomie dieťaťa, problémy v správaní, ako aj slabé sociálne vzťahy). Týrané dieťa často preberá ako vzorec správania voči blízkym osobám agresívne prejavy správania a je vysoko pravdepodobné, že bude nadväzovať vzťahy typu „*kto ma má rád, ubližuje mi*“ alebo sa môže vo vzťahoch *správať násilne, agresívne*.

I.2 Psychické týranie

Psychické týranie detí zahŕňa také správanie osôb, ktoré nepriaznivo pôsobí na psychický, citový vývoj a správanie dieťaťa. Psychickým týraním rozumieme

opakované ubližovanie dieťaťa zo strany rodičov alebo iných osôb opakovaným odmietaním dieťaťa, ponižovaním, zastrášaním, obmedzovaním jeho slobody pohybu a kontaktov s okolím, zneužívaním vo svoj prospech, učením názorov a spôsobov správania, ktoré odporujú morálke spoločnosti. Pre psychické týranie je charakteristické opakovanie deja, napríklad opakované nadávanie, ponižovanie, vyhrážanie, vyčítanie (Vicianová a spol., 2002).

Prejavy psychického týrania: nadávky, ponižovanie, vyhrážanie, strašenie, vyvolávanie stresu, šikanovanie, verbálna agresia, izolovanie dieťaťa, dieťa ako svedok násilia páchaného na inej blízkej osobe.

Prejavy psychicky týraného dieťaťa v správaní: sebaopodceňovanie, sebaobviňovanie za všetko, obavy z nových situácií, znížená seba dôvera, neurotické prejavy (pomocovanie, rytmické pohyby hlavou, rukami, hojdanie na stoličke, obhrýzanie nechtov, cucanie prstov, vytrhávanie vlasov), nadmerne pasívne alebo agresívne správanie, nedôvera k ľuďom alebo, naopak, prílišná závislosť, nadmerná vďačnosť za prejavenu pozornosť, potreba neustáleho uznania, pozornosti, prípadne neschopnosť vyrovnáť sa s pochvalou, známky fyzického, mentálneho alebo emocionálneho oneskorenia vo vývine. Psychické týranie má za následok citovú depriváciu (neuspokojenie základných psychických potrieb, akými sú napríklad potreba citového prijatia, lásky a bezpečia). Následkom citovej deprivácie je narušenie kognitívneho a motorického vývinu dieťaťa, ako aj narušenie vývinu osobnosti. Trvalé následky sú prítomné v citovej a sociálnej oblasti, v dospelosti majú problémy s nadväzovaním medziludských vzťahov, môžu sa stať citovo chladnými.

I.3 Zanedbávané dieťa (child neglect)

V rámci CAN syndrómu charakterizuje akútne a vážne ohrozené dieťa nedostatkom starostlivosti a podnetov dôležitých pre jeho zdravý fyzický a psychický vývoj, opustenie dieťaťa alebo neschopnosť rodiča alebo fyzickej osoby, ktorej je dieťa zverené do starostlivosti alebo nahrádzajúcej starostlivosti rodičov, chrániť ho pred akýmkoľvek nebezpečenstvom.

Prejavy zanedbávania: nedostatok podnetov, telesné, duševné i citové zanedbávanie, zanedbávanie vzdelania, nedostatočná výživa, nedostatočné ošatenie alebo bývanie, nedostatočná zdravotná a výchovná starostlivosť, často hladné deti, strata na váhe, prípadne trvalá podváha, neupravené,

zapáchajúce deti (slabá telesná hygiena), pomalý rast, neošetrené poranenia, časté absencie v škole, zanedbanie zdravotnej starostlivosti.

Prejavy zanedbávaného dieťaťa v správaní: sociálna izolácia, hyperaktivita, sociálna provokácia, apatia, nutkavé krádeže jedla a desiat deťom v škole, poruchy správania, absencia základných hygienických návykov, životosprávy, kultúrnych znalostí a sociálnych noriem, základných ľudských zručností.

1.4 Sexuálne zneužívanie

Je to nevhodné vystavenie dieťaťa sexuálnemu kontaktu, činnosti či správaniu. Zahŕňa akékoľvek pohlavné dotýkanie, styk či vykorisťovanie kýmkoľvek, komu bolo dieťa zverené do starostlivosti, alebo kýmkoľvek, kto dieťa zneužíva (Vaničková, Hajd-Moussová a Provozničková, 1995, s. 34).

Prejavy sexuálneho zneužívania

a) sexuálne zneužívanie nekontaktné – exhibicionizmus pred dieťaťom, vystavenie dieťaťa pornografickým videonahrávkam alebo časopisom, nútenie dieťaťa vyzliekať sa a jeho fotografovanie, obscénne telefonáty, harašment, voyeurizmus;

b) sexuálne zneužívanie kontaktné – sexuálne hry, ohmatávanie a manipulácia v oblasti erotogénnych zón, pohlavné zneužitie, sexuálny útok, orálny sex, análny sex, incest, sexuálna turistika, sexuálne obťažovanie.

Prejavy sexuálne zneužívaného dieťaťa v správaní: dieťa nekomunikuje, má rôzne tajomstvá, o ktorých nemôže hovoriť, problémy s chôdzou pre bolesť v análnej, genitálnej oblasti, psychosomatické problémy (bolesti žalúdka, hlavy atď.), nevysvetliteľné zmeny v správaní, zjavný strach z konkrétnej osoby, užívanie drog, návykových látok (potreba zabudnúť a pod.), poruchy príjmu potravy (anorexia, bulímia a i.), promiskuitné správanie, prípadne odmietanie prezliecť sa, sexuálne správanie neúmerné veku (sexuálne podnety ich pohoršujú alebo nevyvolávajú prirodzenú zvedavosť), neprítomný pohľad, smútok, utiahnutosť, klamstvá, krádeže (s cieľom upútať pozornosť), nevysvetliteľne vysoké sumy peňazí, negatívny sebaobraz, dieťa prejavuje strach, úzkosť, nízku sebaúctu, pocit viny, hanby a oslabenú dôveru k dospelým, neprimerané sexuálne správanie, sebapoškodzujúce a samovražedné správanie, u dieťaťa možno pozorovať aj rôzne somatické prejavy od bolesti hlavy až po poruchy príjmu potravy, depresiu a regresné správanie, možné poškodenie vývinu sexuálnej roly, osobnej identity a schopnosti nadväzovať intímne väzby.

Sexuálne zneužívanie zahŕňa všetky podoby správania so sexuálnym podtextom. Dieťa môže niektoré formy sexuálneho zneužívania prežívať s pozitívkou, avšak aj v tomto prípade môžu negatívne ovplyvniť jeho budúci vývoj.

1.5 Zvláštne formy syndrómu CAN a CSA

Viacerí autori zavádzajú samostatnú skupinu, do ktorej môžeme zaradiť takzvané zvláštne formy syndrómu CAN, CSA. Patria medzi ne:

Münchhausenov syndróm by proxy, rituálne zneužívanie detí, systémové týranie, organizované zneužívanie detí a sexuálny turizmus, sexuálne obťažovanie medzi vrstovníkmi, komerčné sexuálne zneužívanie detí.

Súčasne s internetom a facebookom prichádzajú aj nové formy násilia páchaného na deťoch (rituálne samovraždy cez internet, zverejňovanie obscénnych fotografií, prístup maloletých detí na nevhodné stránky, uverejnenie detských videí na internete, kyberšikanovanie a pod.).

II. Ako je to na Slovensku s problematikou týraných, sexuálne zneužívaných detí?

Problematiku týraných, sexuálne zneužívaných detí postupne odtabuizovali po nežnej revolúcii predovšetkým neziskové organizácie. Postupne vytvárali špecializované zariadenia, poradenské centrá, vychovávali odborníkov vo všetkých profesiách, borili sa s vážnymi problémami, ktoré prinášali prípady detí so syndrómom CAN, a upozorňovali na problémy v systéme ochrany a pomoci deťom. Fenomén týraných a sexuálne zneužívaných detí je v posledných mesiacoch jednou z najdiskutovanejších tém. Verejnosťou „otriasol“ pred viac ako rokom prípad 5-ročného utýraného dievčatka, ktoré tri roky nikomu nechýbalo. Práve tento prípad ukázal na fatálne zlyhanie systému ochrany detí na Slovensku a stal sa spúšťačom na prijatie opatrení na vládnej úrovni, ktoré by účinnejšie ochraňovali bezbranné deti.

Výskum pod názvom Prevalencia násilia páchaného na deťoch, realizovaný v roku 2013 MPSVR SR na vzorke 1 560 detí z ôsmich a deviatich ročníkov základných škôl, poukázal na vysoký výskyt násilia páchaného na deťoch (20,6 % detí zo vzorky potvrdilo psychické týranie, 23 % fyzické násilie, 9,4 % zanedbávanie a 7,1 % sexuálne zneužívanie).

Kazuistika

Katarína bola umiestnená do krízového strediska Slniečko vo veku 13 rokov z dôvodu zanedbávania zo strany otca (emočné zanedbávanie, zanedbávanie školskej dochádzky, zdravotnej starostlivosti). U malolety bola diagnostikovaná citová deprivácia (smrť matky, zanedbanie starostlivosti otcom). Matka jej zomrela, keď mala Katarína 12 rokov. Ostatní súrodenci boli umiestnení k tete a strýkovi, ona zostala s otcom. Otec začal požívať alkohol



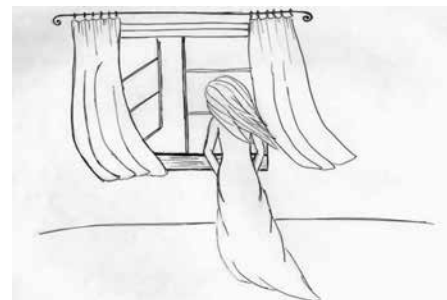
Obrázok 1 „Tajomstvo“

a o Katarínu sa nestaral. Prestala chodiť do školy, túlala sa. Pár mesiacov po smrti matky bývala Katarína u tety a strýka so svojimi mladšími súrodencami. Jedného dňa sa vrátila k otcovi a zostala u neho s tým, že už sa nechce k tete a strýkovi vrátiť aj napriek tomu, že podali návrh na náhradnú starostlivosť. Otec po smrti matky požíval alkohol, mnohokrát aj na pár dní odišiel a Katarínu nechal samotnú. Pre zanedbanie starostlivosti a preto, že odmietla ísť do starostlivosti k tete a strýkovi, bola Katarína zaradená do programu krízového strediska. Asi po troch mesiacoch nakresila pre terapeutku obrázok (č. 1). Pri otázkach, ako sa cíti, „dievča“ na obrázku, Katarína odpovedala, že je smutná, má strach a má jedno veľké tajomstvo. Pri rozhovore o kresbe Katarína vyjadrila, že aj ona je smutná a má strach. Strach o súrodencov. Priznala, že má tajomstvo, ktoré ju ťaží. Práve táto kresba uvoľnila nahromadené emócie strachu a tenzie a Katarína začala rozprávať o sexuálnom zneužívaní, ktoré prežívala po smrti svojej mamy, keď asi tri mesiace žila u strýka a tety. Konkrétne opisovala, ako k nej strýko v noci chodieval a ako dochádzalo k sexuálnemu zneužívaniu. Po niekoľkých dňoch vznikla spontánne druhá kresba (č. 2). Katarína pri rozhovoroch potvrdila, že sa jej uľavilo. A to aj preto, že nemusí byť s týmto tajomstvom sama.

Na strýka bolo podané trestné oznámenie. K činu sa priznal a bol riadne odsúdený. Katarína z krízového strediska odišla do pestúnskej rodiny k rodinným známym. Po pol roku pestúnska starostlivosť zlyhala. V súčasnosti je u starej matky.

Detská kresba v depistáži, terapii a skriningu syndrómu CAN

Poznatky z praxe poukazujú na to, že dieťa, ktoré prechádza alebo prešlo „peklo“ týrania či sexuálneho zneužívania, na jednej strane o tom, čo sa s ním deje alebo dialo, nehovorí, nevie alebo nemôže hovoriť, alebo na druhej strane o tom hovorí úplne bez emócií, ako keby opisovalo „nudnú cestu do školy“. Buď všetko, čo sa mu stalo, „vytesňuje“ alebo „uchováva tajomstvo“. Mnohé prípady týraných, sexuálne zneužívaných detí potvrdzujú, že jednoducho o tom, čo sa s nimi dialo, často dlhé roky nedokážu hovoriť. Pritom vyjadrenie pocitov, prežívania a jeho akceptácie sú základnou ľudskou potrebou. Svoje pocity, túžby, obavy môžu najmä deti vyjadriť aj inak ako verbálne, a to kresbou. Pre mnohé deti, ktoré prežili traumy z týrania, sexuálneho zneužívania, je táto forma najprirodzenejšia. Kreslenie umožňuje dieťaťu vypovedať svoj zážitok, cez kresbu si môže traumy



Obrázok 2 „A je to vonku“

nanovo prehrať v inej (bezpečnejšej) forme – umeleckej, môže sa na ňu pozrieť z inej perspektívy, môže nahliadať do svojich pocitov, prežívania, pričom kresba na dieťa pôsobí terapeuticky a relaxačne (Peterson, L. W., Hardin, M. A., 2002). Kreslenie umožňuje deťom postupne vypovedať zážitok tak, ako im to vyhovuje, čo je pre dieťa jednoduchšie ako rozhovor s dospelým.

Znalosť detskej kresby, jej vývojových stupňov, symboliky môže rodiča, pedagóga, lekára, sociálneho pracovníka, okolie dieťaťa upozorniť na to, že sa s ním niečo deje, že sa necíti dobre, že je zúfalé, že mu ubližujú, že nie sú naplnované jeho základné potreby, ale aj na to, že je šťastné a cíti sa v bezpečí. V tejto oblasti môžu pomôcť niektoré indikátory, ktoré sa vyskytujú v detských kresbách.

Hardin (2002) uvádza 28 indikátorov v kresbe postavy, ktoré by mohli naznačovať rizikovosť v oblasti sexuálneho zneužívania. Medzi 7 najvýraznejších patria tieto: explicitne vyvedené genitálie, zakryté genitálie, vynechanie genitálnych partií, vynechanie strednej časti postavy, opuzdrenie a dokreslenie ovocné stromy.

Šicková (2006) uvádza nasledujúce varovné znaky, objavujúce sa v kresbách týraných, sexuálne

zneužívaných detí: kresba postavy s nohami od seba (pocit zraniteľnosti), telá bez rúk a ramien, postavy oblečené v sexi šatách, tváre s dlhými mihalnicami, hlavy bez tiel, disorganizácia častí tela, obkolesenie postavy, použitie červenej a zelenej a iných komplementárnych farieb, srdcovité a kopijovité tvary, kruhy, klíny (kruh – psyché, klín – rozráža a spôsobuje bolesť), dážd, slzy a nápadný umelecký regres.

Ku konečnému záveru, že ide o syndróm CAN, nestačí jeden obrázok ani jeden test. V problematike týraných, sexuálne zneužívaných detí je nutné pracovať tímovo, multidisciplinárne a dieťa, ako aj jeho kresby treba posudzovať z hľadiska sociálnych a kultúrnych súvislostí. Je dôležité, aby každý, kto pracuje s deťmi, detskou populáciou, poznal prejavy a varovné signály syndrómu CAN a CSA v správaní dieťaťa, v detských kresbách a v prejavoch jednotlivých zlyhávajúcich funkcií rodiny. Je vždy lepšie opýtať sa dieťaťa, samozrejme, že primerane jeho veku, tak aby sme otázkami viac neubližili, neobviňovali, ako sa cíti a či mu niekto neubližuje, prípadne či mu môžeme pomôcť, ako čakať alebo dúfať, že sa nájde niekto iný, kto mu pomôže.

Potom už môže byť neskoro...

LITERATÚRA

1. DAVIDO, R. 2008. Kresba ako nástroj poznání dítěte. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-415-1.
2. DAVIS, L. 1990. The Courage to Heal Workbook. New York: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. 1990. ISBN 0-06-096437-5, s. 463.
3. DUNOVSKÝ, J. – DYTRYCH, Z. – MATĚJČEK, Z. a kol. 1995. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada, 1995. ISBN 7169-192-5. 245 s.
4. PETERSON, L. W., HARDIN, M. A. 2002. Děti v tísni. Triton, 2002.
5. POGÁDY, J. – NOCIAR, A. – MEČÍŘ, J. – JANOTOVÁ, D. 1993. Detská kresba v diagnostike a v liečbe. Bratislava, SAP. 1993. ISBN 80-85665-07-7. 200 s.
6. ŠICKOVÁ-FABRICI, J. 2006. Arteterapia ako úžitkové umenie. Petrus, 2006.
7. VANÍČKOVÁ, E., HAJD-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNIČKOVÁ, H. 1995. Násilí v rodině. Praha, 1995.

Mobbing na pracovisku

Prof. PhDr. Eva Gajdošová, PhD.

Fakulta psychológie, Paneurópska vysoká škola

Na každom pracovisku a v každom pracovnom kolektíve sa z časom na čas vyskytujú nedorozumenia medzi spolupracovníkmi a kolegami, ktoré môžu vyústiť do hádok, kríz a konfliktov. Najzávažnejšie pracovné krízy sú tie, ktoré sú dlhotrvajúce a ktoré majú vážne negatívne dôsledky na fyzické a psychické zdravie pracovníkov. Medzi takéto krízy na pracovisku sa zaraďuje aj mobbing.

Mobbing je názov pre skupinové správanie pracovníkov, ktorého cieľom je zneprijať pracovnú situáciu vybranému zamestnancovi dlhodobými neoprávnenými obvineniami, ponižovaním, posmešovaním, vysmievaním, ohováraním, klebetením, emočným týraním, kričaním, nadávaním, verejným ponižovaním, odmietaním, nepríjemnými pracovnými požiadavkami, zadržívaním informácií, fyzickou agresiou či terorom s cieľom znížiť jeho pracovnú výkonnosť a úspešnosť, resp. ho vyštváť z pracoviska.

Mobbing na svoj vznik nepotrebuje žiadne výnimočné podmienky, ako napríklad prítomnosť patologického sadistu. Najčastejšie vzniká v normálnej pracovnej skupine, kde sa agresori môžu javiť ako celkom bežní ľudia, často v skupine obľúbení. Najmä v zárodku sa nedá jednoznačne určiť, kedy ide o nevinný žart a kedy už ide o mobbing.

Pri mobbingu, ako sa potvrdzuje, ide vždy o poruchu sociálnych vzťahov, keď sú buď narušené vzťahy medzi spolupracovníkmi alebo je narušený vzťah medzi nadriadeným a jeho podriadenými.

Medzi možné príčiny mobbingu patria: tlak kolektívu, pokus o odplatu (osoba, ktorá sama bola obeťou týrania), túžba po moci, snaha získať postavenie, dominanciu či členstvo v určitej skupine, potešenie z manipulácie s ľuďmi, potreba pútania pozornosti, potešenie z utrpenia druhých, krutosť, agresivita, žiarlivosť, hrubosť, pocit menejcennosti a iné. Medzi používané mobbingové stratégie na pracoviskách patrí šírenie klebiet o spolupracovníkovi, jeho izolovanie a sabotovanie práce, znevažovanie schopností a výkonov kolegu či poškodenie jeho súkromia a osobnosti.

K častým mobbingovým stratégiám nadriadeného pracovníka voči podriadenému patria:

- sizyfovská taktika – nadriadený prideliuje podriadenému náročné, zložité a namáhavé práce, o ktorých zmysle nemá jasno alebo sú zbytočné;
- malé požiadavky – obeť dostáva od svojho nadriadeného úlohy, ktoré nezodpovedajú jej kvalifikácii a schopnostiam;
- prehnane požiadavky – nadriadený dá obeti úlohy, na ktorých musí zákonite stroskotať, pretože sú nad jej schopnosti a odborné vedomosti;
- trvalá kontrola – nadriadený kontroluje úlohy nad rámec štandardnej pracovnej kontroly, od obeti vyžaduje, aby mu podávala všetky, aj najjednoduchšie výsledky, resp. nadriadený sa musí ku všetkým jej rozhodnutiam vyjadriť;
- okliešťovanie kompetencií – nadriadený zadá úlohy, ktoré doteraz vybovavala obeť, iným pracovníkom;
- prekvapujúce útoky – rozhodnutia, ktoré sa obeť týkajú, sa prijímajú za jej chrbtom, napríklad keď je práceneschopná alebo na dovolenke;
- izolácia – obeť sa už neinformuje o dôležitých problémoch a zmenách, na jej názor sa neprihliada a izoluje sa aj priestorovo (napríklad odlahlou pracovňou);
- metóda Achillovej päty – obeť dostane od nadriadeného riešiť alebo vykonávať úlohy, v ktorých je najzraniteľnejšia;
- narážky na psychický stav – obeť sa podsúvajú psychické choroby a každá jej reakcia sa považuje za ďalší symptóm ochorenia.

Mobbing na pracovisku spôsobuje obrovské psychické utrpenie nielen obeť, ale trpia ním aj ostatní pracovníci či celá pracovná skupina ako celok. Mobbing však môže zasiahnuť kohokoľvek, predovšetkým rodinu obeť, ktorá trpí tragédiou samotnej obeť a často aj rôznymi traumatickými okolnosťami.

Viacerí odborníci, napríklad aj Kolář (2001) a Verbovská (2000), považujú šikanovanie a psychický teror na pracovisku

- za choré správanie – keď jedna alebo viac osôb úmyselne a väčšinou opakovane týra, ponižuje a zotročuje iného človeka, pričom používa agresiu a manipuláciu. Súčasťou je slovná agresia a zastrašovanie, fyzická agresia a ponižovanie, ničenie a manipulácia s vecami, násilie a manipulatívne príkazy, vymáhanie peňazí a iných vecí pod hrozbou násilia;
- za závislosť – hlavnou stratégiou je skryť vlastný strach a zároveň využiť strach z iného. Tento princíp sa prejavuje rozdelením skupiny na silných a slabých, pričom silní svoj strach skrývajú tým, že ho vyvolávajú u slabých. Od počiatkovej diferenciácie na silných a slabých sa vytvára medzi nimi obojstranná a trvalá väzba. Vzájomne sa potrebujú. Závislosť prináša agresorovi pocit nadradenosti, pocit absolútnej moci nad obeťou. Agresor čoraz viac obeť potrebuje, je od nej závislý. U obeť sa stupňovaním brutality môže vytvoriť až extrémna forma závislosti – identifikácia s agresorom;
- za poruchu vzťahov v skupine – je vždy ťažkou poruchou skupinového organizmu, ktorý podľahol „infekcii“ násilia. Cesta prevencie a nápravy musí mať v tomto prípade systémovú povahu a terapia musí smerovať k liečbe celej skupiny a jej vzťahov vo vnútri i k okolitému svetu.

Vedenie pracoviska si musí pozorne a systematicky všímať vzťahy na pracovisku a hneď v zárodku zachytiť všetky možné náznaky agresie medzi pracovníkmi. Predovšetkým by malo dbať na prevenciu mobbingu na pracovisku a usilovať sa z podriadených vytvoriť efektívnu skupinu, v ktorej platí právo a spravodlivosť, vládne dôvera k autorite a vzájomná solidarita.

Intervencie a stratégie boja proti mobbingu na pracovisku

Pri vzniku mobbingu na pracovisku sa vedeniu pracoviska či organizácie odporúča čo najrýchlejšie začať konať. Akým spôsobom, to závisí od konkrétnej situácie, od osobnej kondície a typu riaditeľa a od toho, ako dlho mobbing trvá a ako ďaleko už šikanovanie pokročilo.

Predovšetkým treba vedieť, v ktorom štádiu sa mobbing nachádza. Ich poznanie umožňuje diagnostikovať a zachytiť negatívny proces, ktorý narúša vzťahy medzi členmi. V procese psychického týrania na pracovisku môžeme vymedziť 5 štádií vývoja:

1. Vznik mobbingu: V každom pracovnom kolektíve sa nájde pracovník, ktorý je menej obľúbený, koho ostatní viac či menej odmietajú, ohovárajú a robia si na jeho účet žarty a posmešky. Ak sa obeť nebráni a nik sa jej nezastane, tlak sa postupne zosilňuje a agresia voči nej narastá.
2. Pritvrdzovanie: V pracovnom kolektíve rastie napätie, napríklad z náročnejších pracovných úloh alebo z únavy a preťaženia pracovníkov (napríklad vplyvom časovo náročných úloh na konci kalendárneho roku). Pri napätí, strese a frustrácii slúžia zvyčajne práve obeť ako ventil na uvoľnenie napätia. Sú permanentne ohovárané a roznášajú sa o nich nové klebety.
3. Vytvorenie jadra: K hlavnému aktérovi mobbingu na pracovisku sa postupne pridávajú aj ďalší kolegovia, takže sa postupne vytvára skupina agresorov, ktorí sa usilujú systematicky pôsobiť na obeť a šikanovať ju.
4. Prijatie: Pracovníci zvyčajne zo strachu prijímajú nepísané normy agresorov a pridávajú sa k šikanovaniu obeť rôznymi formami.
5. Totalita: Mobbing sa stáva na pracovisku normálnym správaním.

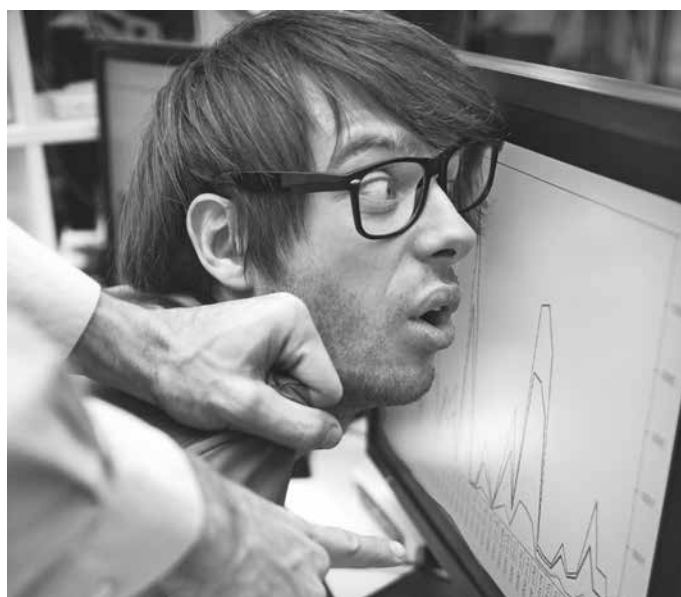
Medzi možné prostriedky boja proti mobbingu na pracovisku patria:

1. Postoj, presvedčenie: pre vedenie organizácie a jej riaditeľa je úplne prvým nevyhnutným krokom brať mobbing ako veľmi vážny problém, ktorý spôsobuje jednak narušenie osobnosti všetkých aktérov a jednak deštruuje ich vzťahovú štruktúru.
2. Diagnostika: potvrdzuje sa, že potenciálnych agresorov a obeť je možné typovo „odhadnúť“. Druhým krokom pre riaditeľa preto je naučiť sa lepšie orientovať v sociálnych vzťahoch na pracovisku, v sociálnych statusoch pracovníkov, vo vzťahovej štruktúre pracovného kolektívu.

3. Kultivovanie vzťahov: tretí krok znamená sústavne kultivovať vzájomné vzťahy pracovníkov. Patrí sem aj tzv. nulová tolerancia k vzájomnej verbálnej agresii (zosmiešňovanie, ignorovanie, klebetenie). Riaditeľ by mal uplatňovať a podporovať otvorenú diskusiu o medziľudských vzťahoch na pracovisku a vstupovať do riešenia konfliktov medzi pracovníkmi.
4. Vyšetrovanie a sociálne ozdravný proces: hneď ako riaditeľ zistí na pracovisku mobbing, musí ho začať cielene riešiť a promptne eliminovať.
5. Sociálna kompetencia: sám riaditeľ musí rozvíjať svoje sociálne zručnosti, prosociálne správanie a empatiu, rozvíjať pozitívnu sociálnu klímu na pracovisku, spolupracovať so psychológmi pri prevencii sociálnopatologických javov na pracovisku.
6. Eliminácia mobbingu: riaditeľ si musí pripraviť komplexný program na elimináciu mobbingu na pracovisku. V programe by nemali chýbať tieto kľúčové aktivity:
 - spoločné vzdelávanie, výcviky, tréningy pracovníkov, zamerané na rozvíjanie sociálnej a emocionálnej inteligencie, tolerancie a efektívneho riešenia konfliktov na pracovisku,
 - pravidelné a systematické sledovanie a mapovanie situácie mobbingu na pracovisku,
 - motivovanie pracovníkov k pozitívnej zmene vzťahov na pracovisku,
 - dohoda o spoločnom postupe pri riešení mobbingu na pracovisku,
 - príprava a realizácia preventívnych opatrení,
 - zabezpečenie psychologických, poradenských a terapeutických služieb pre pracovníkov,
 - každoročná evalvácia aktivít boja proti mobbingu na pracovisku.

LITERATÚRA

1. GAJDOŠOVÁ, E. 2001. Problémy žiakov v správaní, spojené s agresivitou a šikanovaním v školách. Bratislava: Metodické centrum mesta Bratislavy. ISBN 80-7164-309-2.
2. GAJDOŠOVÁ, E. 2013. Mobbing na pracovisku. Nitra: Polymédia.
3. HUBBEROVÁ, B. 1995. Psychický teror na pracovisku. Martin: Neografia. ISBN 80-85186-61-6.
4. KOLÁŘ, M. 2001. Bolest šikanování. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-513-X.
5. VERBOVSKÁ, J. 2000. Šikanovanie v škole. Prešov: Metodické centrum. ISBN 80-80450194.



Interpretácie extrémizmu

Mgr. Lucia Grešková, PhD.

Ministerstvo kultúry SR, cirkevný odbor

Pri vysvetľovaní jednotlivých extrémistických činov sa vedci zriedka uspokojujú s chýbajúcimi etiologickými interpretáciami, radšej pracujú s porovnaniami a zovšeobecneniami. Avšak takéto všeobecné definície sa nedajú vytvoriť z niekoľkých dôvodov, najmä preto, že sa sústreďujú na rozdielne úrovne analýzy a reflektujú alternatívy a neprimerané metodologické prístupy. Nie je možné odstrániť tieto nezlučiteľnosti, ale je možné ich opísať a usporiadať. Podľa Sederberga rozlišujeme štyri hlavné interpretácie extrémistických činov, či už ide o jednotlivcov, alebo skupiny, a to psychopatologickú, sociálnopsychologickú, sociálnopolitickú a strategickú interpretáciu.

Psychopatologické interpretácie extrémizmu

Extrémistické činy, vykonané v mene zmeny alebo zachovania pôvodného, sa určite odkláňajú od toho, čo spoločnosť považuje za normálne sociálne správanie. Predovšetkým tendencia prejavovať sa ničivo voči bezmocným volá po psychologickom vysvetlení. Fromm vo svojej štúdii o ľudskej deštruktivite rozlišuje medzi defenzívnou a nenávisťou agresiou.¹ Prvá sa objavuje ako reakcia na strach a obavu o životné záujmy, ale neskôr sa jednoducho mení na deštrukciu. S druhou sú spojené dva fenomény, a to sadizmus a nekrofilia. Fromm na ilustráciu použil troch vykonávateľov nenávistej agresie: Hitlera (považuje ho za nekrofila), Himmlera a Stalina (označil ich za sadistov). Podobne Anthony Storr rozvinul zoznam skúseností, ktorými podložil svoj príspevok o rozvoji sadistických a paranoidných osobností.² Znovu predpokladá, že tieto typy osobností majú predpoklady zapojiť sa do terorizmu. Billig vo svojej štúdii o vodcovi Červenej armády v Západnom Nemecku predpokladá, že neschopnosť identifikovať sa s adekvátnym vzorom otca produkuje oboje, autoritárstvo i tendenciu nadhodnocovať vlastnú krutosť silou.³

Ľudia, ktorí sa dopúšťajú extrémizmu, sa nemusia nutne prejavovať ako šialené monštra mimo kontextu, v ktorom tieto činy vykonávajú. „Extrémistom“ a „vrahom“, parafrázujúc Rubensteina⁴, môže byť pokojne človek od vedľa, teda náš sused. Lifton rozvinul koncept dvojtvárnosti (dvojníka), aby objasnil, ako sa ľudia môžu dopúšťať v jednej rovine svojho života nevypovedateľných zverstiev a v druhej byť obdivuhodnými občanmi.⁵

Hoci psychopatológia môže ponúknuť niektoré zaujímavé pohľady, predsa nás vedie k tomu, aby sa sociálne a politické prostredie bralo s rezervou. Jednako sa môžu za daných okolností, podobne ako tábory smrti, aj extrémistické činy stať normou a deviantná osobnosť môže byť jediná, ktorá sa pokúša zabrániť extrémistickému činu. Freedman v reakcii na tieto komplikácie zistil, že „psychologický profil teroristického modelu sa nedá načrtnúť, pretože osobnosti sú rozdielne. Kontext a okolnosti, ktoré podnecujú extrémizmus, sú rozdielne v chronológii a motívoch.“ Na jednej strane, isté kontexty môžu podporovať isté prejavy osobnostných deštruktívnych tendencií.⁶ Na druhej strane, tlaky a napätia konkrétnych sociálnych podmienok môžu viesť k rozdielnym formám deštruktívneho správania. Preto plnšie pochopenie extrémizmu musí v sebe zahŕňať sociálny aj politický aspekt.

1 FROMM, E. 1973. *The Anatomy of Human Destructiveness*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1973

2 STORR, A. 1972. *The Dynamics of Creation*. New York: Atheneum, 1972

3 BILLIG, M. 1985. Prejudice, categorization and particularization: from a perceptual to a rhetorical approach. In *The European Journal of Social Psychology* (January-March 1985), Volume 15, Issue 1, s. 79 – 103

4 RUBENSTEIN, R. E. 1987. *Alchemists of revolution – Terrorism in the modern world*. New York: Basic Books, 1987

5 LIFTON, R. J. 1986. *The Nazi doctors: Medical killing and the psychology of genocide*. New York: Basic Books, 1986

6 FREEDMAN, L. Z., ALEXANDER, Y. eds. 1983. *Perspectives on Terrorism*. Wilmington, Delaware: Scholarly Resources, 1983

Sociálnopsychologické interpretácie terorizmu

S výnimkou osamelých psychopátov, extrémizmus musí byť zasadený do širokého politického a sociálneho kontextu, ktorého je súčasťou. Extrémizmus predstavuje jednu z foriem tvrdého nátlaku, vybraného spomedzi alternatívnych nátlakových prostriedkov, vhodných na vytvorenie útlaku alebo opozičného odporu. Nátlaková represia alebo odpor sú samostatné aspekty sociálnej kontroly alebo protestu, z ktorých každý postupne odráža niektoré druhy strachu alebo nespokojnosti. Z tohto pohľadu extrémizmus nevyrastá vo vákuu, ale je jednou z mnohých odpovedí na nespokojnosť. Sociálnopsychologické interpretácie extrémizmu sa zamerali na povahu tejto nespokojnosti.

Nespokojnosť sa vo všeobecnosti vníma ako stav mysle súvisiaci so zážitkom, ale nie automaticky determinovaný samotným zážitkom. Nespokojnosť vychádza z interpretácie, ktorú my priradujeme našim zážitkom. Takto to chápu niektoré klasické diela Daviesa, Feierabenda, Gurra a Schwartza. Koncepty „relatívneho nedostatku“ alebo „odcudzenia“ naznačujú, prečo členovia relatívne privilegované strednej vrstvy v Európe a Amerike môžu byť rovnako frustrovaní, aby sa uchýlili k radikálnemu odporu, ktorý môže zahŕňať aj extrémizmus.⁷

Sociopolitické a taktické interpretácie terorizmu

Nedostatok, frustrácia či samotné odcudzenie nemôžu vysvetliť, prečo si ľudia pri reakcii na ne vyberajú niektoré nátlakové činy. Preto analytici rozlišujú niekoľko sociopolitických faktorov, ktoré zrejme podporujú pravdepodobnosť nátlakovej reakcie, extrémizmus nevytvárajú.

Analýzy ukazujú, že frustrácia samotná nevysvetľuje výber násilia. Müller naznačuje, že viera v účinnosť násilia, vytváranie noriem uznávajúcich násilie a odcudzenie politickému systému sú oveľa pevnejšie späté s predispozíciou k opozičnému násiliu.⁸ Oddanosť ideológii, či už sekulárnej, alebo posvätnéj, podporuje použitie extrémneho násilia.⁹ Niektorí autori tvrdia, že identifikovanie s ideológiou môže byť veľmi dôležitým faktorom pri interpretácii extrémizmu.

Politická ideológia môže ospravedlňovať násilie. Teórie kolektívneho činu hovoria, že radikálny protest vyžaduje, aby opozícia mala adekvátne zdroje a niečo, čo oslabí prostriedky sociálnej kontroly režimu.¹⁰ Predpokladajú, že demokracie sú v podstate bezbranné vo vzťahu k terorizmu, pretože zachovávanie právnych a politických pravidiel otvára súčasne priestor na ich extrémistické zneužívanie. Iní predpokladajú, že oboje, opozičný extrémizmus i extrémizmus vládnucej triedy, sú omnoho bežnejšie v relatívne rozštiepených a nestabilných štátoch než v demokratických alebo autoritatívnych.¹¹ Zdá sa, že zmeny politického kontextu zohrávajú svoju rolu pri náraste extrémizmu. Podľa M. Strmisku extrémne pravicové a fundamentalistické náboženské teroristické organizácie inklinujú k neselektívnemu extrémizmu, zatiaľ čo k selektívnemu extrémizmu skôr skupiny extrémne ľavicového pôvodu.¹²

7 STOHL, M., ed. 1988. *The Politics of Terrorism*. New York: Marcel Dekker, 1988

8 MULLER, E. N. 1979. *Aggressive political participation*. Princeton: Princeton University Press, 1979

9 RAPOPORT, D. C. 1971. *Assassination and Terrorism*. Toronto: CBS Merchandising, 1971

10 Teoretici politických procesov ako Charles Tilly (1978), Doug McAdam (1982) a Sidney Tarrow (1983), ktorí stanovili spojitost medzi inštitucionalizovanou politikou a sociálnymi hnutiami/revolúciami

11 TARG, H. R. 1979. Societal Structure and Revolutionary Terrorism: A Preliminary Investigation. In: STOHL, M. [ed.]. *The Politics of Terrorism*. New York, N.Y., U.S.A.: Marcel Dekker, 1979

DUVALL, R. D., STOHL, M. 1988. Governance by Terror. In *The Politics of Terrorism*, 3rd edition, by Michael Stohl (ed). New York: Marcel Dekker, Inc, 1988

12 STRMISKA, M. 2001. *Terorismus a demokracie*. Brno: MU, 2001, s. 46-47

Xenofóbia v živote spoločnosti

PhDr. Michal Vašečka, PhD.

Katedra sociológie, Fakulta sociálnych štúdií, Masarykova univerzita, Brno

Pojem xenofóbia sa pri hodnotení vzťahov medzi „My“ a „Oni“ používa často bez hlbšej reflexie a býva uvádzaný v odbornej i aktivistickej literatúre takmer automaticky spolu s rasizmom, antisemitizmom a ostatnými druhmi netolerancie. Na rozdiel od takých termínov ako etnocentrizmus, rasizmus či antisemitizmus je však xenofóbia hlbšie výskumne analyzovaná iba zriedka. Jedným z hlavných dôvodov sú nejasné hranice tohto sociálneho javu a celkovo obmedzené možnosti operacionalizácie xenofóbie. Sociálne vedy preto xenofóbiu analyzujú v menšej miere ako spomínané sprievodné javy a na rozdiel od praktickej verejnej politiky sa tomuto pojmu skôr vyhýbajú.

Toto konštatovanie nevytvára iba o súčasnom prístupe ku xenofóbii. Väčšina autorov z oblasti sociológie a sociálnej antropológie sa termínu xenofóbia vyhýbala už v minulosti – Hannah Arendt vo svojej slávnej analýze rasizmu¹ termín xenofóbia prakticky nespomína. Je zrejme, že ide o termín, ktorý prežil v diskurze z minulosti a z nejakého dôvodu ho stále uvádzame, aj keď sú problémy s jeho definovaním.

Termín xenofóbia pochádza zo starogréckeho slova xénos (cudzinec či hosť) a phóbos (strach).² Pôvodne teda termín znamená strach z cudzincov, z cudzieho vo svete, kde cudzie nie je poznané a často ani poznané byť nemôže. V časoch starých Grékov mal tak tento termín svoje opodstatnenie – Aristoteles opisuje Peržanov ako necivilizovaných v silne xenofóbnom a rasistickom duchu. Hannah Arendt dokonca naznačuje, že Aristoteles je v tomto zmysle prvým rasistom v dejinách.³

Odmietanie či, naopak, preferovanie cudzieho sa snažia sociálni vedci súčasnosti posunúť od archaického termínu xenofóbia k lepšie operacionalizovateľným termínom ako exofóbia, exofília, endofóbia a endofília.⁴ Takéto rozdelenie už umožňuje vyslovovať sa k miere preferovania/odmietania „cudzieho“ alebo „svojho“ a merať rozsah potenciálnej diskriminácie alebo favoritizmu vo vzťahu k cudzím.

Xenofóbia sa ako všeobecný sentiment prejavuje rozdielne podľa toho, kto je xenofóbny a kto je objektom tejto xenofóbie (a väčšinou žiaden konkrétny objekt nie je). Pozoruhodné na xenofóbii však je, že nemusí nevyhnutne viesť k nejakej násilnej akcii, no v benígnej podobe môže znamenať rozbušku násilia voči iným. Kultúrny fundamentalizmus môže viesť ku xenofóbii a následne k exklúzii a násilii a podobne nacionalizmus môže prebúdzat xenofóbiu a následne etnickú diskrimináciu.

Sociobiologická perspektíva hovorí o tom, že xenofóbia je evolučne výhodná – xenofóbni ľudia, opatrní vo vzťahoch s inými, v duchu tohto prístupu vždy prežili.⁵ V kontraste k tomuto prístupu, ktorý považuje xenofóbiu za univerzálny fenomén, sociálni vedci operacionalizujú tento pojem ako reakciu na anomickú situáciu vyvolanú zmenami modernej spoločnosti a xenofóbne správanie operacionalizujú ako správanie založené na existujúcich rasových, etnických, náboženských, národných a kultúrnych predsudkoch.

Termín xenofóbia vypovedá o strachu, o fóbii. No fóbia je choroba, pričom xenofóbiu v sociálnych vedách ako chorobu nevnímame. Diskurz, ktorý posúva xenofóbiu do oblasti medicíny, vytvára z nej chorobu, je zavádzajúci a stigmatizujúci – v aktivistickom duchu sa xenofóbni ľudia považujú za chorých ľudí, ktorí by sa mali liečiť. Ak by aj xenofóbia bola choroba, tak predovšetkým by to bola choroba spoločnosti ako systému, ako vybočenie z rovnovážneho stavu.

Xenofóbia sa konvenčne uvádza ako neprirodzený a nežiaduci jav. V spoločnosti neskorej moderny to tak vzhľadom na funkčnú prepojenosť globalizovaného sveta je, no v tradičnej spoločnosti bola xenofóbia prirodzený jav, či dokonca veľmi často žiaduci. Historicky možno xenofóbiu hodnotiť ako snahu o udržanie kohézie vlastnej skupiny, ako snahu o zabezpečenie prežitia kmeňovej spoločnosti.⁶

V čase moderny xenofóbiu ešte posilňovali nacionalizmus a javy, ktoré spôsobili nacionálnu revolúciu – procesy sekularizácie, urbanizácie, špecializácie a globalizácie spoločnosti. Tieto štrukturálne premeny spoločnosti rozbíjali sociálnu kohéziu modernej spoločnosti, a tak sa xenofóbia zo svojej kmeňovej podoby menila do podoby udržiavania sociálnej kohézie imaginárnej komunity, ktorú predstavoval národ a národný štát. Udržiavanie sociálnej kohézie v spoločnosti čoraz viac sekularizovanej a roztrieštenej sa ukazovalo ako jedna z najväčších výziev pre politických aktérov.⁷ Práve preto nebola xenofóbia považovaná za problém, skôr naopak, za tichého spojenca, pretože utužovala sociálnu kohéziu modernej nacionalizovanej spoločnosti.

Spoločnosť neskorej moderny je však štrukturálne odlišná a v dôsledku globalizácie a pluralizácie identít obyvateľov sa xenofóbne postoje a nálady stávajú problematickými pri budovaní sociálnej kohézie multikultúrnych spoločností. Súčasné konflikty v rôznych kultúrach a na rôznych kontinentoch súvisia s prejavmi nacionalizmu, masovou chudobou, náboženským fundamentalizmom, ekonomickou krízou, ekologickou krízou, vojnami a revolúciami a s neočakávanými udalosťami spôsobujúcimi rozsiahle katastrofy a nehody. Xenofóbia v spoločnosti neskorej moderny tak už neslúži, na rozdiel od modernej spoločnosti, na ospravedlnenie zlyhání vlastnej skupiny a nie je a ani nemôže byť základom fungovania spoločnosti neskorej moderny. Beck⁸ zdôrazňuje nutnosť rizikovej spoločnosti stať sa spoločnosťou reflexívnou, teda takou, ktorá sama seba identifikuje ako problém a tento problém začne určitým spôsobom riešiť.

Xenofóbne predstavy vznikajú a reprodukovávajú sa v procese typizácie a stereotypizácie. Proces typizácie je spojený s fenomenologickou sociológiou Alfreda Schutza, ktorý týmto pojmom označoval sedimentované, ustálené štruktúry skúseností, zľahčujúce orientáciu jedinca v sociálnej realite. Tendencie k typizovaniu sa chápu ako spôsob, akým sa jedinca snažia zorientovať v zložitej štruktúre sociálneho systému. Typizácia je väčšinou spojená s nadradeným pojmom jazyka a ľudskou snahou o vytvorenie poriadku, organizáciu prostredia, jeho jednotlivých položiek sociálnej reality. Podľa Bergera a Luckmanna sa sociálna realita každodenného života vníma ako nepretržitý sled typizácií. Sociálna štruktúra je súhrnom týchto typizácií a opakovane sa objavujúcich vzorov interakcie, ktoré na podklade týchto typizácií vznikajú.⁹

Typizáciu od stereotypu rozlíšil prvýkrát Richard Dreyer¹⁰, ktorý tvrdí, že bez istého používania stereotypu by bolo ťažké alebo skôr nemožné rozumieť okolitému svetu. Realite, ktorá nás obklopuje a v ktorej sa každému z nás zrkadlia objekty, ľudia a situácie, dávame vo vedomí zmysel tak, že tieto objekty zaraďujeme do klasifikačných schém ovplyvnených našou kultúrou – do typov. Typ je jednoduchá, jasná, zapamätateľná, ľahko uchopiteľná a široko rozpoznateľná schéma, v ktorej sa vyzdvihujú tie určité charakteristiky objektu, ktoré najmenej podliehajú zmene

1 ARENDT, H. 1996. *Původ totalitarizmu I – III*. Praha: OIKOYMENH, 1996.

2 TODOROV, T. 1993. *On human diversity. Nationalism, racism and exoticism in French thought*. Cambridge: Harvard University Press, 1993.

3 ARENDT, H. 1996. *Původ totalitarizmu I – III*. Praha: OIKOYMENH, 1996.

4 PRICE, J. – WOLFERS, J. 2010. *Racial discrimination among NBA referees*. In *The Quarterly Journal of Economics*. Vol. 125 (4), November 2010. MIT Press, s. 1859 - 1887.

5 BERGHE van den, P. 1978. *Race and ethnicity: A socio-biological perspective*. In *Ethnic and racial studies*. 1978, 1/4, s. 402 - 409.

6 BAUMGARTL, B. – FAVELL, A. 1995. (eds.). *New xenophobia in Europe*. The Hague: Kluwer Law International, 1995.

7 Rozpadávajúcou sa sociálnou kohéziou súčasných spoločností sa zaoberali mnohí autori – okrem Becka aj Baumann, Touraine, Huntington, Putnam, Schlesinger či Brubaker.

8 BECK, U. 1992. *Risk society. Towards a new society*. London: Sage, 1992.

9 BERGER, P. – LUCKMANN, T. 1999. *Sociální konstrukce reality*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999.

10 In HALL, S. 1997. *Representation: cultural representation and signifying practices*. Alton Hall, The Open University, 1997.



a „vývoju“. Stereotypizácia má na rozdiel od typu zjednodušujúce, skresľujúce vlastnosti – redukuje, esencionalizuje a fixuje „rozdiely“.¹¹

Pri šírení predsudkov sa ich xenofóbni predstavitelia snažia zasiahnuť čo najväčšie percento potenciálnych prijímateľov, a preto využívajú vzory správania, ktorým rozumie značná časť príjemcov a môže sa s nimi stotožniť. Xenofóbne posolstvá, ktoré sa objavujú každý deň vo verejnom priestore, v sebe často kombinujú niekoľko znakových systémov – vizuálne i verbálne.

Testovanie miery xenofóbie je metodologicky problematické, a to práve vzhľadom na neujasnenú definíciu a mnohoznačnú operacionalizáciu pojmu. Viaceré výskumy, ktoré testujú xenofóbne postoje kvantitatívnymi metódami, možno označiť za nepresné, a to vrátane komparatívnych výskumov vykonávaných na celoeurópskej úrovni. Ukazuje sa, že výskumníci majú problém operacionalizovať pojem xenofóbie, resp. nevedia ho vôbec zadefinovať. Príkladom možno uviesť viaceré – výskumy ESF, ISSP, Eurobarometer, New Democracies Barometer. ISSP výskum opakovanne (1995, 1998, 2001, 2005, 2007) operacionalizuje xenofóbiu prostredníctvom otázok „Cudzinci zvyšujú mieru kriminality“ a „Cudzinci berú obyvateľom prácu“. Bez hlbšej analýzy je zrejme, že takéto otázky nepokrývajú všetky dimenzie sociálneho javu xenofóbia. Pri analýze xenofóbie je preto vhodné sústrediť sa na výskumy testujúce predsudky voči rôznym skupinám „iných“ a testujúce otvorenosť dominantnej skupiny.¹²

Dlhodobá sa ukazuje, že vzhľadom na operacionálnu neujasnenosť termínu xenofóbia, prepojenosť na termíny rasizmus, intolerancia, etnocentrizmus a antisemitizmus a minimálny počet výskumov či aspoň častí výskumov venujúcich sa xenofóbii je vhodné používať výskumy testujúce mieru rasizmu či antisemitizmu. Jedným z príkladov môže byť parciálna časť výskumu antisemitizmu – výskum testujúci tradičný náboženský antisemitizmus. Je pravda, že tradičné obvinenia židov z rituálnej vraždy či zo zabitia Krista nemajú v modernom antisemitizme najdôležitejšiu úlohu, no v rurálnom prostredí málo vzdelaných ľudí tieto tradičné predsudky voči židom tvoria podhubie, na ktoré sa ukladá xenofóbna viera v celosvetové židovské sprisahanie. Je zrejme, že vieru v existenciu stredovekých protizidovských konštrukcií, ako je zodpovednosť za smrť Krista, rituálna vražda, plán otravy kresťanov či obvinenia zo znesvätenia hostie, nemožno v dnešných podmienkach chápať jednoznačne ako prejav antisemitizmu – skôr ako ideový a xenofóbny základ, na ktorom sa vďaka médiám a procesu socializácie konštruujú stereotypy o židoch.¹³

V podmienkach Slovenskej republiky výskum IOM z roku 2009¹⁴ poukazuje na to, že významná časť populácie Slovenska nie je pripravená akceptovať cudzincov a má problémy akceptovať inakosť a vnímať diverzitu Slovenska tým, čím je – prirodzeným javom. Sebapercepcia majority tak nevytvára veľký priestor na akceptáciu plurality identít, aj keď väčšina majoritnej populácie na Slovensku považuje informácie o iných kultúrach za podnetné a nevyučuje úspešné a bezkonfliktné spoložitie ľudí z rôznych kultúr. Výsledky výskumu IOM naznačujú, že kontakty s cudzincami žijúcimi na Slovensku sú zo strany občanov Slovenska sporadické a nemožnosť poznať kultúru a hodnoty „iných“ tak generuje stereotypné uvažovanie o cudzincoch, ako aj presvedčenie, že postavenie cudzincov je na Slovensku bezproblémové. Obyvatelia Slovenska zároveň cudzincov vnímajú priaznivejšie ako Rómov, vo všeobecnosti podobne ako Maďarov a menej pozitívne ako napríklad židov. Miera akceptácie široko chápanej skupiny cudzincov na Slovensku teda nevykazuje extrémne postoje. Ukazuje sa však, že faktor rasy, predsudkové nastavenie respondentov, že cudzinci sú nositeľmi chorôb, prispieva k vyššej miere odmietania cudzincov na Slovensku. Pri hodnotení budúcich možných vzťahov medzi slovenskou majoritou a cudzincami sú respondenti silne ovplyvnení stereotypnými negatívnymi predstavami o cudzincoch. Vo všeobecnosti možno konštatovať, že respondenti na Slovensku deklarujú pozitívne postoje vo vzťahu k cudzincom žijúcim na Slovensku a sebakriticky vidia príčinu nízkeho počtu cudzincov v strachu obyvateľov z nich a v tom, že Slovensko je pre cudzincov nezaujímavou krajinou. Ľudia so skúsenosťou cudzinca žijúceho v zahraničí sú

11 HALL, S. 1997. Representation: cultural representation and signifying practices, s. 257. Aalton Hall, The Open University, 1997.

12 Príkladom takéhoto metodologického prístupu môžu byť práve výskumy Ireneusza Krzemińskiego (KRZEMIŃSKI, I. *Czy Polacy są antysemitami?* Warszawa: Oficyna naukowa, 1996, s. 146 – 198).

13 VAŠEČKA, M. Sociologický výskum antisemitizmu na Slovensku po roku 1989 v kritickej perspektíve. In *Sociológia*. 2006, 38, vol. 4, s. 306.

14 VAŠEČKA, M. 2009. *Postoje verejnosti k cudzincom a zahraničnej migrácii v SR*. Bratislava: IOM – Medzinárodná organizácia pre migráciu, 2009.

vo vzťahu k cudzincom žijúcim na Slovensku nadštandardne ústretoví. Zrejme najzásadnejším výsledkom výskumu IOM je zistenie, že postoje k cudzincom žijúcim na Slovensku sú štrukturálne ovplyvňované etnáciou verejného priestoru a ochranou etnizovanej „jadrovej“ skupiny. Namiesto delenia na občanov a neobčanov je z dáť a fókusových skupín zrejme delenie na Slovákov, Neslovákov a neobčanov.

Z výskumov, ktoré na Slovensku po roku 1989 testovali mieru rozšírenosti xenofóbnych postojov, možno zostaviť profil respondentov, u ktorých sa najčastejšie vyskytujú xenofóbne postoje a ich hodnotové orientácie. Voči „iným“ vo všeobecnosti pociťujú na Slovensku vo vyššej miere predsudky, averziu a sociálny distanc najstarší ľudia, manuálni pracovníci, ľudia s nižším vzdelaním, pochádzajúci z menej vzdelaných rodín, obyvatelia menších sídel, veriaci ľudia a spomedzi nich viac rímski katolíci, viac osoby slovenskej národnosti ako maďarskej. Xenofóbne obavy z cudzincov a menšín sú dlhodobo najnižšie v Bratislave a Západoslovenskom kraji a najvyššie na strednom Slovensku. Proti obavám z priveľkého vplyvu „iných“ na ekonomický a politický život sú odolnejší študenti, a to najmä v kontraste s dôchodcami.¹⁵ V postojoch ľudí so xenofóbnymi postojmi sa vo všeobecnosti na Slovensku stelesnila antiliberalná orientácia, v ktorej pozadí je sociálne a politické zneistenie, frustrácia, kultúrna uzavretosť, ako aj týmito okolnosťami umocnená celková intolerancia k inakosti.

Výzvou pri snahe minimalizovať vplyv xenofóbie na život modernej spoločnosti je konceptualizácia spôsobu začleňovania všetkých obyvateľov do funkčnej štruktúry, kde bude možné otvárať jadrovú skupinu spoločnosti pre všetkých tých „iných“, ktorí ostávajú vo vonkajšej skupine. Spôsobom začleňovania celej občianskej sféry je „napojovanie“¹⁶. Napojovanie možno chápať predovšetkým ako diskurz, v ktorom sa manifestujú vlastnosti jadrovej skupiny a okrajových skupín a ich „etnická príslušnosť sa napája na primordiálne identity jadrovej skupiny“¹⁷. Napojovanie tak nevyhnutne prehlbuje vzájomnú toleranciu a solidaritu medzi skupinami. Proces napojovania však prebieha v spoločnosti neustále sa diverzifikujúcej neskorej moderny. Etnické a kultúrne rozdiely zohrávajú čoraz významnejšiu úlohu a súdržnosť spoločnosti je ohrozená. Etnickej diverzifikácii sa však vzhľadom na primordiálne sentimenty súčasných spoločností nedá jednoducho zbaviť, a tak sa ukazuje dôležité hľadať nové procedurálne zdroje sociálnej kohézie, ktoré by zaistili vzájomnú koexistenciu skupín s protichodnými záujmami. Sociálni vedci aj tvorcovia verejných politik hľadajú spôsoby, mechanizmy a inštitúcie, ktoré by vytvorili rovnováhu medzi spravodlivosťou a súdržnosťou a zaistili kohéziu spoločnosti neskorej moderny.¹⁸

V etnicky i kultúrne diverzifikovanej spoločnosti neskorej moderny by podľa Habermasa¹⁹ mal primárnu integračnú úlohu zohrať ústavný patriotizmus, teda spoločná lojalita vo vzťahu k jednotnej politickej kultúre. Etnické rozdiely a povedomie o odlišnosti nezmišujú a s nimi pretrvávajú aj základy videnia v kategóriách „My“ a „Oni“. Politická kultúra liberálno-demokratického režimu má tak priestor na prehlbovanie integrácie spoločnosti a vzájomnej solidarity a problematizovanie xenofóbnych predstáv o svete. Kľúčovým sa javí odmietnutie etnického a kultúrneho fundamentalizmu, ktorý požaduje, aby sa určitá forma života považovala za lepšiu a jedinou možnú.

15 Bližšie pozri výskum AISA, január 1991; výskum ÚVVM, október 1995; výskum GfK, máj 1995; výskum Inštitútu pre verejné otázky, marec 2000; výskum Inštitútu pre verejné otázky, jún 2001; výskum Inštitútu pre verejné otázky, september 2001 a výskum Markantu, november 2002.

16 ALEXANDER, J. C. 2006. Ústredná solidarita, etnická okrajová skupina a sociálni diferencie. In MARADA, Radim. (ed.). *Etnická rôznosť a občianska jednota*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury (CDK), 2006. s. 64.

17 ALEXANDER, J. C. 2006. Ústredná solidarita, etnická okrajová skupina a sociálni diferencie. In MARADA, Radim. (ed.). *Etnická rôznosť a občianska jednota*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury (CDK), 2006. s. 64.

18 VAŠEČKA, M. 2011. Indikátory úspešnosti integračných politik – výzvy a možnosti budúcnosti. In VAŠEČKA, Michal. *Indikátory integrácie pre 21. storočie. Vieme, ako merať úspešnosť integrácie migrantov?* Bratislava: Inštitút pre dobre spravovanú spoločnosť, 2011.

19 HABERMAS, J. 2001. Boje o uznaní v demokratickom právnom štáte. In Guttmanová, Amy (ed.). *Multikulturalismus: zkoumání politiky uznání*. Praha: Filosofia, 2001, s. 123 – 162.

Na ceste k životnej spokojnosti

Doc. PhDr. Judita Stempelová, PhD.

Katedra psychológie, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

Azda niet človeka, ktorý by nechcel prežiť svoj život spokojne a šťastne. Veď o šťastí hovoríme od detstva, hoci jeho náplňou nie je len vlastnenie dobrých vecí, ale aj poznanie sveta a múdrosť, ktorou sa človek v živote riadi. Ciele a motivácia osobnosti k činnosti je stálym vedeckým záujmom psychológov, ktorí sa snažia prostredníctvom nich nájsť dôvod, čo dáva zmysel životu.

Mnohé významné osobnosti modernej psychológie odpovedali svojimi teóriami. Sigmund Freud objavil, že redukcia vnútorného napätia sa deje cez zážitky libida, ktorými sa dosahuje rovnováha v organizme. K. G. Jung zdôraznil význam archetypu „ja“, cez ktoré človek dosahuje jednotu. Humanistickí psychológovia ako K. Rogers a A. Maslow upriamili pozornosť na vlastnú sebarealizáciu, ktorá človeku dáva zmysel života. V. E. Frankl hovorí, „že samotný život kladie človeku otázky a jeho zmysel treba odhaliť. Nezáleží na tom, čo my očakávame od života, ale čo život očakáva od nás – teda človek je aktívnym tvorcom svojho zmyslu v každodennej činnosti“ (Frankl 1994, Tavel 2007).

Podobné odporúčania nachádzame aj publikácii J. Křivohlavého (2006), kde autor odporúča ľuďom, aby sa zamysleli, kam ich život sa ubera, ako, na čo je zameraný. Ak sa necháme unášať iba prúdom každodenného bytia bez osobnej sebareflexie, potom môžeme v neskoré dospelosti či starobe zistiť, že sme mnoho zanedbali, stratili, lebo nášmu životu chýbalo smerovanie (Křivohlavý, 2006, s. 188).

Najčastejším zdrojom ľudského naplnenia života podľa výskumných sledovaní E. Lukasovej (2012), R. F. Baumeistera (1991) je oblasť práce a sebarealizácie pri dosahovaní výsledkov, oblasť lásky, rodinných vzťahov a priateľstva (týka sa najviac citového prežívania v rodine), oblasť naplnenia túžby po šťastí a oblasť ľudskej identity a jej schopnosti naplňovať sociálne vzťahy. V súčasných psychologických štúdiách (Komárik, 2009, Popielski, 2008, Lukasová, 2012) pohľad na podstatu a štruktúru fungovania človeka je rozšírený o spirituálnu rovinu – teda celistvosť človeka možno chápať ako biologický jazyk tela a kultúrny jazyk ducha (Komárik, 2009).

Napriek množstvu poznatkov, ktoré doliehajú na človeka cez ľudí, techniku a životné tempo, stáva sa paradoxne bezmocným či opusteným. Zaisť k tomu prispieva slabá citová výchova, strata empatie, chýbajúca vlastná hodnotová orientácia či rýchle zmeny spoločnosti, keď človek stráca schopnosť premyslenej orientácie a pravdivej spokojnosti, vnútornej radosti. Aj prirodzené spoločenstvo muža a ženy v zakladaní novej bunky – rodiny – je ohrozené novými ideológiami a názormi niektorých spoločenských prúdov.

Prax lekárov nielen z psychiatrických ambulancií hovorí o narastajúcom počte ľudí s prežívaným pocitom prázdnoty, čo je pocit bytia bez cieľa a bez obsahu. Straty, prežívané utrpenie, krízy či zlyhania motivujú ľudí k úteku, k samovraždam či iným patologickým reakciám, namiesto aby sa postavili tvárou v tvár problému s ochotou ho riešiť. Spoločenský konzum sa vkráda do intímneho života, do osobnosti každého človeka, ktorý chce čoraz viac „mať“, čím stráca podstatu svojej slobody.

Pre budúci život každého človeka je dôležitá motivácia, vychádzajúca z potrieb, záujmov, hodnôt a cieľov človeka. Psychicky zdraví ľudia prevažne majú svoj život zacielený na blízke či ďaleké ciele, ktoré postupnými krokmi dosahujú. Správne sebahodnotenie a poznanie samého seba napomáha k efektívnejšiemu konaniu. Ak niekto nepozná či neodhadne reálne svoje schopnosti a možnosti, môže sa skoro vyčerpať a zlyhať. Podobne aj nízke ciele môžu človeka znechutiť, nudiť, vytvárať voľný priestor na nereálne plány. Nuda sa objavuje v puberte a adolescencii ako deštruktívny prvok sebauvoja mladého človeka. Stretávame sa s ňou u mladých so slabým rodinným zázemím alebo v rodine, kde ašpirácie rodičov nekorešponujú s predstavami dorastajúcich detí, žijúcich vo „virtuálnom svete predstáv“. Absencia životného zamerania v tomto období neraz vedie k úteku do rovesníckych skupín, hľadaniu náhradných zdrojov spokojnosti v rôznych závislostiach. Počiatočné fázy nepokojného prežívania puberty či adolescencie nebadane sklznú do patologickej závislosti (fajčenie, alkohol, drogy, internet, počítačové a iné hry),

nevynímajúci závislosť od osôb, vzorov určujúcich ich správanie, čo sa prejavuje najmä v obliekaní, v životnom štýle, hudbe, v spôsobe trávenia voľného času. Tieto prejavy nekonvenčného správania môžu čiastočne naplňať spokojnosť mladých – sú medzi rovesníkmi zaujímaví, nebojácni, novátorskí, avšak ich zážitky nemajú hlbšie korene, zvyčajne po opustení spoločnosti sa cítia ešte viac osamotení. Hľadanie vnútornej spokojnosti je fenomén zrelosti ľudskej osobnosti, ktorú nachádzame v mladšom dospelom veku. To však neznamená, že mladým vo vývine musí vždy chýbať. Sú jediní či skupiny, ktoré okrem zabezpečovania vlastných osobných potrieb dokážu pomáhať iným, viac energie venujú na sebarozvoj a zdokonalenie fyzickej i psychickej zdatnosti. Venujú sa športom, skautingu, dobrovoľníckym činnostiam, súťaženiu vo vedomostiach. Iní majú kultúrne záujmy, venujú sa aktivitám ako hra na hudobnom nástroji, rozvíjanie rečových schopností, zdokonaľovanie komunikácie, rozvíjanie dramatických a výtvarných zručností, návštevy kultúrnych podujatí, prípadne realizovanie vlastných nápadov so zapojením väčšej skupiny v mimoškolskej činnosti. Tieto tvorivé iniciatívy rozvíjajú osobnosť aj v duchovnej sfére, mladí si uvedomujú, že sú užitoční pre iných, ale aj pre seba. Podpora vlastného sebavedomia je dôležitým faktorom aktuálnej aj budúcej spokojnosti človeka. Spokojný človek má stabilný postoj k vlastnej hodnote, ktorá sa skladá z jasných postojov a svetonázoru, zo vnútorného hodnot, ideálov a noriem, zo súhry prianí a činov, z reálneho obrazu o sebe aj o vlastnom tele, s dobre vnútorným svedomím (Ahkarta, 1992). Jeho identita sa ukazuje v pravosti (nemusí predstierať, predvádzať sa, klamať) a v autentických prejavoch života, má svoju vnútornú stabilitu a je dobre identifikovaný so svojou pohlavnou rolou (správa sa ako zrelý muž, zrelá žena). Spokojnosť sa ďalej prejavuje aj navonok – organizáciou svojho života, zmysluplnými aktivitami, autonómnym uskutočnením správneho rozhodovania v náročných situáciách a v neposlednom rade aj v riešení konfliktných, záťažových situácií.

Harmonické prežívanie života a subjektívna spokojnosť koreluje aj s telesným a duševným zdravím a ďalšími faktormi, ako sú krása, estetickosť, nekonfliktné vzťahy, zmysel pre poriadok, pre vyššie hodnoty.

Formovanie osobnosti u každého je jedinečné, determinované nielen biologickými, ale aj kultúrnymi a socio-psychologickými faktormi – zázemím rodiny, ranou citovou väzbou, usporiadaním vzťahov v širšej rodine, spôsobmi vzdelávania a dosahovaním výsledkov. U ľudí nachádzame bloky, ktoré prekážajú v raste osobnosti. Prejavujú sa v rozhovore s iným človekom, aj s odborníkom, ktorý ich musí dešifrovať, postupne pomenovať, aby ich pomohol odblokovať a tak vedome pokračovať v budovaní zdravých stránok osobnosti.



Patria sem tieto bariéry:

Infantilný syndróm, v ktorom je konflikt medzi túžbami a ambíciami osoby a radami iných ľudí. Obyčajne sa prejavuje žiarlivosťou, závisťou, je znakom nezrelosti osobnosti. Osoba stráca veľa energie neefektívnym správaním a negatívnym prežívaním.

Adolescentný syndróm sa prejavuje moralizovaním a perfekcionizmom, kde základný konflikt u osoby je konflikt medzi „ideálnym ja“ a skutočným stavom.

Rôzne zranenia z detstva, neuspokojenie očakávaní vedie k frustrácii a u osoby sa to prejavuje negativizmom voči iným, kritizovaním. Ide o **odpor voči ľuďom aj k životu**.

Meravosť a úzkostné prejavy prežívania sú konfliktom nevyriešených situácií medzi túžbami a impulzmi. Osoby majú tendenciu dramatizovať situácie, zveličovať bežné skúsenosti, niekedy sa utápajú v nereálnych scenároch života.

Správanie, ktoré vyvoláva ľútosť poslucháčov – osoba hľadá súhlas ospravedlnením svojich chýb,

pretože sa bojí trestu či odmietnutia, nechce stratiť „dôležitú osobu“ či post.

Postoj „**psychickej hluchoty a slepoty**“, prejavujúci sa necitlivosťou voči druhým, môže prejsť až do apatie.

Negatívne vnímanie seba alebo prílišné **zveličovanie svojich kladných stránok** – ide tu o pocit menejcennosti alebo potrebu byť videný a vnímaný ako schopný človek.

Samozrejme, takýchto bariér je oveľa viac. Niektorých sa človek dokáže zbaviť v priebehu života, iné, naopak, môžu byť ešte zvýraznené práve tým, že človek popiera realitu života.

Hľadanie zmyslu života predstavuje hľadanie pravdy za pomoci nášho svedomia. Zmyslom logoterapeutického prístupu je pochopiť človeka, pomôcť mu ujasniť, čo v sebe skrýva, ako by mal opustiť zaužívané spôsoby správania vedúce k patologickým prejavom, ako rozvíjať svoje kladné potencie a hodnoty na sebarozvoj. Nie je to ľahká cesta, ale úsilie na ceste k zmene, ktoré človek vyvinie v ktoromkoľvek vekovom období, neskôr nájde ako ovocie vlastnej obety.

LITERATÚRA

BAUMEISTER, R. F. 1991. *Meanings of Life*, New York, The Guilford Press, 1991.

FRANKL, V. E. 1994. *Die Sinnfrage der Psychotherapie. Mit einem Vortwort von Franz Kreuzer*. 5. Aufl. München-Zürich: R. Piper Verlag, 1994.

FRANKL, V. E. 2007. *Vôľa k zmyslu. Myšlienky Viktora Frankla*. Bratislava: Lúč, 2007.

KOMÁRIK, E. 2009. *Psychológia iná paradigma*. Prešov: Vydavateľstvo M. Vaška, 2009.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2006. *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada, 2006.

LUKASOVÁ, E. 2012. *Kľúč k zmysluplnému životu*. Bratislava: Lúč, 2012.

SLANINKA, L. 2014. *Človek ako priesečník ľudskosti a duchovnosti*. Trnava: AD TEAM, s. r. o., 2014.

TAVEL, P. 2007. *Smysl života podle V. E. Frankla. Potreba smyslu života*. Praha: Triton, 2007.

Sebapoškodzovanie – automutilácia

PhDr. Henrieta Rolková, PhD.

Fakulta psychológie, Paneurópska vysoká škola, Bratislava

Sebapoškodzovanie

Téma sebapoškodzovania je aktuálna vo všetkých spoločenských kruhoch, týka sa každého veku a oboch pohlaví. Favazza (1999) definuje zámerné poškodzovanie ako priamu a zámernú deštrukciu alebo poškodenie vlastných telesných tkanív bez vedomého suicidálneho (samovražedného) zámeru. Favazza (1999) tvrdí, že zámerné sebapoškodzovanie je odlišné od samovraždy. Základným poznávacím znakom je, že jednotlivec, ktorý sa naozaj pokúsi o samovraždu, chce svoj život skončiť. Oproti tomu sebapoškodzovanie sa vyznačuje tým, že jednotlivec sa chce len cítiť lepšie. Neskôr (2001) prijal Favazza pre sebapoškodzovacie správanie termín „self-injurious behavior“ a rozdelil ho na štyri kategórie: **stereotypné, závažné, kompulzívne a impulzívne**.

Kocourková (2003) člení sebapoškodzovanie na päť základných druhov:

1. **Automutilácia („self-mutilation“)** – ide o sebapoškodzovanie vychádzajúce najčastejšie z psychotickych poruchy. Môže mať symbolický význam. Vyskytuje sa u pacientov so schizofrenickým typom poruchy, so sadomasochistickými praktikami a u osôb s poruchou osobnosti.
2. **Sebapoškodzovanie („self-harm“, „self-injury“ a „self-wounding“)** – ide o vedomé, zámerné a často sa opakujúce sebapoškodenie bez vedomej suicidálnej motivácie. Vyskytuje sa u narušených osobností, najčastejšie hraničného charakteru.
3. **Syndróm zámerného sebapoškodzovania („deliberate self harm“)** – predstavuje širšie poňatie sebapoškodzujúceho správania, vylúčeného z kategórie suicidálnych pokusov. Vyskytuje sa pri poruchách osobnosti, pri poruchách príjmu potravy a pri závislostiach od návykových látok.
4. **Syndróm dorezávanie si zápästia („wrist-cutting“ a „slashing“)** – dominuje tu rezanie hlavne zápästia a predlaktia. V tomto prípade nejde o vedomý suicidálny prejav.

5. **Predávkovanie liekmi („self-poisoning“, „overdosing“)** – neindikované, nadmerné užitie dávky lieku bez zrejmeho suicidálneho úmyslu. Často ide o opakované správanie.

Diagnostika sebapoškodzovania

Zámerné sebapoškodzovanie netvorí samostatnú diagnostickú kategóriu v žiadnom klasifikačnom systéme. Najčastejšie duševné poruchy, diagnostikované u jednotlivcov, ktorí sa zámerné sebapoškodzovali, sú **hraničné typy emočnej nestability osobnosti, posttraumatická stresová porucha a porucha kontroly impulzov v rámci iných návykových a impulzívnych porúch**. „Hraničné typy emočnej nestability osobnosti často všeobecne nazývame hraničná porucha osobnosti a je charakterizovaná emočnou nestálosťou, narušenými predstavami o sebe a svojich preferenciách, intenzívnymi a nestálymi vzťahmi, strachom z odmietnutia, pocitmi prázdnoty a sebapoškodzujúcim správaním. Oproti iným duševným chorobám v tomto prípade nebola potvrdená genetická predispozícia. Hraničná porucha je častejšia u žien na základe pozitívnej korelácie so zneužívaním v detstve“ (Kriegelová, 2008, s. 34-35). Názory autorov sa v tejto problematike rozchádzajú. Prvá skupina autorov v zastúpení Aledemanovou (1997) tvrdí, že zámerné sebapoškodzovanie jednotlivcov je často chápané ako spôsob upozorňovania na seba a zároveň ako manipulácia druhých ľudí. Druhá skupina autorov má paradoxne opačný názor. Pacienti, ktorí sa sebapoškodzujú, používajú vysoko sebaoprotektívnu metódu na udržanie ostatných v dostatočnej vzdialenosti od seba (Sutton, 1999). V rámci tejto poruchy je preto potrebné opísať problémy hraničnej osobnosti s interpersonálnymi vzťahmi. Kreisman a Straus (1989) ich opisujú vo svojej knihe *Nenávidím ťa, neopúšťaj ma*, kde bližšie vysvetľujú, že spomínaní jednotlivci majú iba útržkovitú mapu interpersonálnych vzťahov. Považujú za extrémne ťažké udržať si ten správny odstup od ostatných, zvlášť od významných jednotlivcov vo svojom okolí. V snahe kompenzovať nedostatok

zmietajú sa v extrémoch. Snažia sa druhého odstrániť, potom zas k nemu tesne prilnúť. Najprv sú vďační druhým, že pri nich sú, a následne ich iracionálne nenávidia. Majú neustále obavy z opustenia, preto na vzťah napríklad s rodičom extrémne prilnú, avšak potom nasleduje pocit, že ich takýto vzťah pohlcuje a oni nemôžu dýchať, preto sa ho snažia odstrániť. Dychtia po intimitate a zároveň z nej majú hrôzu. Ďalšou poruchou je **posttraumatická stresová porucha**, ktorá bola najprv diagnostikovaná u vojnových veteránov alebo u ľudí, ktorí prežili prírodnú katastrofu či kriminálny čin. Súčasné poňatie zahŕňa aj traumy z detstva ako týranie, zneužívanie alebo zanedbávanie (Kriegelová, 2008). Táto porucha predstavuje závažné psychické poruchy, ktoré vychádzajú z extrémnych udalostí. Ide o skupinu symptómov, ktoré sú oneskorenou reakciou na prežitú vážnu traumu z minulosti. Jednotlivci s touto diagnózou, ktorí sa súčasne zámerne sebaopoškodzujú, väčšinou zažili traumu v detstve a tak prežívajú momentálnu traumu z vlastného sebaopoškodzovania (Miller, 1994). Poslednou najčastejšou duševnou poruchou je **porucha kontroly impulzov**. „Kritériá spomínanej choroby sú: neschopnosť čeliť impulzom alebo nutkanie ublížiť sebe alebo okoliu, keď kontrola impulzov môže a nemusí byť vedomá, zvýšená tenzia tesne pred aktom a príjemné pocity a pocity uvoľnenia počas aktu. Vykonanie aktu sebaopoškodenia môže byť okamžitou reakciou na vedomú potrebu alebo pranie jednotlivca. Počas aktu prichádza uvoľnenie tenzie a po ňom môžu, ale nemusia nastúpiť pocity viny a ľútosti“ (Kriegelová, 2008, s. 39). Zámerne sebaopoškodzujúce správanie pôsobí ako rýchly a ľahko dosiahnuteľný prostriedok na uvoľnenie a utíšenie (bolesti), odvrátenie od neznesiteľných myšlienok a zároveň dokazuje kontrolu jednotlivca aspoň nad vlastným telom.

Príčiny vzniku

Faktory, ktoré podmieňujú vznik sebaopoškodzujúceho správania, delíme na tri kategórie, a to krátkodobé, dlhodobé a precipitujúce (stresové). Medzi **dlhodobé faktory** patrí skorá strata osoby starajúcej sa o jednotlivca (rodič). Ďalej sem patria: hyperprotektívny alebo odmietavý prístup osoby starajúcej sa o ňo, sexuálne, fyzické a psychické zneužívanie v detstve, trvalé osobnostné charakteristiky a duševné choroby. V rámci **krátkodobých faktorov** ide o momentálne problémy vo vzťahu s blízkou osobou, nedostatok sociálnej podpory, pracovné alebo študentské problémy, momentálne zneužívanie návykových látok a zhoršenie symptómov duševnej choroby. **Stresujúce faktory** sú prítomné bezprostredne niekoľko dní pred epizódou zámerného sebaopoškodenia. Patrí sem aktuálny problém vo vzťahu k blízkej osobe, finančné problémy, úmrtie alebo iná trvalá strata blízkej osoby, obdobie voľna a štátnych sviatkov. Medzi kauzálne faktory podľa Suttonovej (2005) patria: dlhodobé zneužívanie v detstve, znovu obnovené spomienky na zneužívanie, znásilnenie, popretie zneužívania matkou alebo inou významnou osobou, zneužívanie udržiavané v tajnosti, odlúčenie od primárnej osoby, ktorá sa o jednotlivca stará (napríklad rodič), alebo jej strata, týranie (v detstve alebo v manželstve), rozvod rodičov alebo vlastný rozvod, zneužívanie dieťaťa ako prostredníka pri riešení manželských problémov, dlhodobá nezamestnanosť, nenávisť k vlastnej osobe, pocity viny, prázdnoty, neistoty, vlastnej neschopnosti, nízka sebaúcta, sebahodnotenie a sebavedomie, opakované zranenie významnou osobou, problémy s pohlavnou identitou a iné. Tento proces je uzavretý nekonečný kruh pre sebaopoškodzujúceho sa, ktorý z neho nevidí cestu von. Preto je potrebné, aby prostredníctvom rozhovorov (v ľahších prípadoch) dospela obeť k presvedčeniu, že potrebuje pomoc.

Prvá epizóda a opakujúca sa povaha

Vychádzajúc zo svojej praxe, Aldermanová (1997) tvrdí, že prvé sebaopoškodenie je „najzaujímavejší“ fenomén celého sebaopoškodzovania. Veľká časť jednotlivcov v skutočnosti nie je schopná spomenúť si na okamih, kedy začali. Nepamätajú si dokonca ani to, ako sa o sebaopoškodzovaní dozvedeli, tvrdia, že sa to „prосто stalo“. Ďalej uznáva, že veľkú rolu v tom hrá učenie, vtedy, keď sa poškodzoval niekto v blízkosti budúcej obeť sebaopoškodzovania. Veľká väčšina epizód ostane dlho v tajnosti hlavne zo strachu z reakcií najbližších osôb. Jednotlivci sa väčšinou rýchlo naučia výsledky svojho správania maskovať a na vysvetlenie používajú celé spektrum výhovoriek a fiktívnych príhod. Vznik zámerného sebaopoškodzovania v dospelosti Miller (1994) spája s traumou z minulosti alebo aktuálnou chorobou či závislosťou. Spúšťačom znovuobjavenia alebo znovuprežitia môže byť emocionálne náročná situácia ako pôrod, rozvod, úmrtie blízkej osoby, choroba vlastného dieťaťa, náhla finančná kríza a podobne. Jednou zo základných charakteristík sebaopoškodzovania je opakujúca sa povaha činu. Množstvo epizód nie je fixne dané, ale je priemerne v rozpätí od 5 do 100. Frekvencia zámerného sebaopoškodenia je rôzna. Môže ísť o 3 epizódy denne, ale aj 3 epizódy za pol roka. V priemere to

však sú 2 až 3 epizódy za týždeň (Sutton, 2005). Množstvo opakujúcich sa činov je dôležitým faktorom pri riziku neúmyselnej vraždy. Frekvencia a intenzita môže narastať do takej miery, že jednotlivec stratí kontrolu nad mierou svojho zranenia, čo môže byť v konečnom dôsledku fatálne (Hawton, 2005).

Priebeh aktu zámerného sebaopoškodenia je veľmi svojský. Záleží na danej obeť, ale v priemere je na začiatku silná tenzia, ohromujúca psychická bolesť alebo silné pocity nereálnosti, na konci aktu potom prichádza uvoľnenie a opätovné pocitovanie reality. Akt zámerného poškodenia tak krátkodobou uvoľňuje tenziu a zlepšuje náladu, ktorá opäť rýchlo klesá pri nastávajúcich pocitoch viny z existencie nových poranení (Kriegelová, 2008, s. 123). Kocourková (2003) opisuje priebeh aktu sebaopoškodenia takto: Dôležitú úlohu zohráva precipitujúci faktor (najčastejšie strata významnej osoby, vzťahu), po čom nasleduje zosilnenie pocitu dysforie, napätie a úzkosť. Nato si jednotlivec navodí myšlienku na sebaopoškodenie, s čím súvisí nasledujúci bod, a to najprv pokus jednotlivca sebaopoškodenie odvrátiť, ale vzhľadom na neúspech pokračuje ďalej proces samotným činom, po ktorom prichádza uvoľnenie.

Liečba

Ultimátum ani rýchle riešenia neexistujú. Skoncovanie so zámerným sebaopoškodzovaním je dlhodobý proces a rozhodnutie musí prísť od samotného jednotlivca (Sutton, 2005). Predstava ukončenia zámerného poškodzovania je pre väčšinu týchto obeť desivá, zvlášť pokiaľ je toto správanie jediným spôsobom, ako prežiť vo svete, kde sa cítia izolovaní, odcudzení od reality, nepochopení a zaplavení hanbou a strachom. Vzhľadom na veľké rozdiely v zámere a motivácii k sebaopoškodeniu majú jednotlivci rovnako veľmi rozdielne očakávanie a predstavy o odbornej pomoci. Pri liečbe, ktorá musí byť komplexná a starostlivo naplánovaná, musí pomáhajúca profesia pochopiť nielen samotný problém, ale súčasne aj celý kontext životnej situácie obeť. Odborná intervencia by mala pomôcť rozpoznať vzorce sebaopoškodzujúceho správania, precipitujúce faktory a príčinné súvislosti. Mala by pomôcť nájsť alternatívne copingové stratégie a spôsoby autoregulácie emócií. Zároveň má odborná intervencia pomôcť zlepšiť komunikačné a interpersonálne zručnosti na obnovenie každodenného fungovania, fyzickú a psychickú pohodu (Kriegelová, 2008). Sociálna intervencia je zameraná na posilnenie kontaktu obeť s odborníkom, upevnenie sociálnej podpory a zaistenie bezpečného zázemia jednotlivca. Ak je podozrenie na sociálnopatologické javy v rodine, je možnosť poskytnutia sociálneho kurátora (Kriegelová, 2008). Na to, aby bola liečba účinná, je často nevyhnutná komplexná intervencia, ktorá zahŕňa psychologickú, farmakologickú, sociálnu intervenciu, a ak sú prítomné suicidálne myšlienky, alebo sebaopoškodzovanie ohrozuje zdravie a život jedinca, tak aj hospitalizáciu.

LITERATÚRA

ALDERMAN, T. 1997. *The Scared Soul: Understanding and Ending Self-inflicted Violence*. Oakland, CA: New Harbinger Publications. 1997. 432 s. ISBN 978-0679744344.

FAVAZZA, A. R. 1999. Self-mutilation. In JACOBS, D. G.: *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. San Francisco: Jossey – Bass, s. 125-145. ISBN 0-9728875-0-4.

HAWTON, K. (Ed.) 2005. *Prevention and treatment of suicidal behaviour: From science to practice*. Oxford, New York: Oxford University Press.

KOUTEK, J. – KOCOURKOVÁ, J. 2007. *Sebevražedné chováni. Současné poznatky o suicidalite a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007. 128 s. ISBN 978-80-7367-349-9.

KRIEĽOVÁ, M. 2008. *Zámerné sebaopoškodzování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2333-4.

MILLER, D. 1994. *Women Who Hurt Themselves: A Book of Hope and Understanding*. New York: Basic Books. ISBN 04-15093627. Národné centrum zdravotníckych informácií. Samovraždy a samovražedné pokusy v SR 2012. Dostupné na internete: <http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/2012/zs1305.pdf>

SUTTON, J. 2005. *Healing the Hurt Within: Understand Self-injury and Self-harm, and Heal the Emotional Wounds*. Oxford: How to Books. 2005. ISBN 1-84589-218-6111.



Niektoré poruchy príjmu potravy ako rizikové správanie

PhDr. Ingrid Hupková, PhD.

psychologička, projektová manažérka sociálnej prevencie
Národné osvetové centrum, Bratislava

Hoci sú mnohé z porúch príjmu potravy staré takmer ako ľudstvo samo, v súčasnosti, v dnešnej konzumnej, na výkon orientovanej spoločnosti a v súvislosti s diktátom a podriadenosťou kultu tela sa dostávajú do opät' popredia. Vzhľadom na závažnosť, ale aj rozšírenie sú poruchy príjmu potravy /PPP/ (ktoré odborná literatúra pomenováva aj ako poruchy stravovania) predmetom záujmu viacerých vedných disciplín, nielen psychiatrie, psychopatológie, ale aj sociálnej patológie, psychológie, sociálnej práce a ďalších pomáhajúcich profesií. Poruchy príjmu potravy patria medzi formy rizikového správania s jasným závislostným aspektom. Podobne ako pri iných typoch návykového správania a závislosti ide o vedomú (aj keď nie vždy uvedomovanú) formu sebadeštrukcie – sebapoškodzovania človeka, ktorá je o to nebezpečnejšia, že sa prejavuje vo vzťahu k jedlu a jedeniu, teda primárnej potrebe človeka.

O tom, že ide o problém nanajvyš významný, svedčí fakt, že poruchy príjmu potravy predstavujú chorobu, **ktorá má jednu z najvyšších úmrtností v psychiatrickej praxi**. Podobne ako pri iných typoch návykového správania a závislosti platí, že u pacientov s poruchami príjmu potravy v priebehu života často dochádza aj k niekoľkonásobne sa opakujúcim recidívam a relapsom, navyše formy PPP sa môžu striedať a zamieňať. Mimoriadne varovné sú v súvislosti s PPP práve markantné **interpohlavné rozdiely vo výskyte ochorenia**. Ako v tejto súvislosti uvádzajú autori P. Hartl a H. Hartlová (2000 s. 432), „*PPP trpia predovšetkým dievčatá a ženy, pričom zhruba 90 % postihnutých je v skupine 15 – 55 rokov*“. Oproti tomu mužská populácia má zastúpenie v tejto chorobe iba 5 %. Aj to je dosť veľký počet, ak si uvedomíme, že ide o chorobu, ktorá postihuje človeka nielen v zdravotnej, psychickej (vrátane emocionálnej) a sociálnej oblasti, ale deštruktívny vplyv má aj v duchovnej či spirituálnej sfére jednotlivca. Podobne ako pri iných formách návykového správania a závislosti, aj v prípade PPP ide o problém nielen jednotlivca, ale aj jeho užšieho a širšieho sociálneho prostredia.

V príspevku sa zameriame na vymedzenie pojmu a niektoré formy PPP, ako sú bigorexia, ortorexia a chorobné diétovanie.

Poruchy príjmu potravy vymedzuje aj Psychologický slovník (In Hartl, P. – Hartlová, H. 2000, s. 432) v zmysle medzinárodnej klasifikácie chorôb – MKCH-10 – **o poruche príjmu potravy**, presnejšie **poruche príjmu jedla** alebo tiež **závislosti od jedla** hovoríme vtedy, „ak jedlo používame na riešenie emocionálnych problémov – myšlienky spojené s jedlom, poprípade

diétou a telesnou hmotnosťou sa stávajú dôležitejšími než všetko ostatné – ide o pravé návykové správanie sprevádzané chorobnými vlastnosťami, ktoré vyžadujú liečbu“.

Poruchy príjmu potravy patria medzi typické bio-psycho-sociálne poruchy, ktoré vznikajú súhrou viacerých faktorov. Patria medzi ne emocionálne a osobnostné faktory, sociálne faktory, medzi ktorými majú osobitné miesto rodinné požiadavky a nároky, ale aj vplyv dedičnosti, ďalej biologické činitele a kultúrne vplyvy.

Medzi poruchy príjmu jedla zaraďujeme:

- **mentálnu anorexiu (MA),**
- **mentálnu bulímiu (MB),**
- **záchvatovité prejedanie (Binge Eating Disorder, BED),**
- **iné poruchy príjmu potravy (bigorexia, ortorexia, diétovanie, akvahalizmus, drunkorexia, pregorexia a ďalšie).**

V ďalšej časti príspevku sa výberovo zameriame na niektoré PPP.

Bigorexia je termín, ktorý sa zaužíval na označenie poruchy, pri ktorej postihnutí telom i dušou prepadnú nadmernému, neprimeranému a často až zdravotne škodlivému fyzickému cvičeniu. Osoby posadnuté fyzickým cvičením sú schopné tráviť celé hodiny v telocvični či vo fitness centre, na bežiacom páse, pri činkách, na bicykli alebo skákaním v rámci aerobiku.

Nech už je ich zameranie na akékoľvek cvičenie, spoločným znakom je extrémnosť – v záťaži, dĺžke a frekvencii cvičenia.

Toto extrémne zameranie na telesnú stránku je rozšírené najmä v mužskej populácii a je zacielené na nárast svalovej hmoty, ktorú okrem cvičenia a posilňovania sprevádza neraz aj užívanie až nadužívanie rôznych prostriedkov na zväčšenie svalovej hmoty. Úprava stravy, podporujúca nárast svalovej hmoty, je typickým znakom bigorexie.

MUDr. Pavel Malovič (In Hupková, et al. 2007, s. 24), športový lekár, v tejto súvislosti uvádza: „*Bigorektici sú muži, ktorí prepadli opačnej posadnutosti ako ich anorektické polovičky. Zatiaľ čo mnohé dievčatá sú presvedčené, že ich telo nie je dostatočne chudé, bigorektickí muži veria, že ich telesná schránka a predovšetkým svaly sú nedostatočne vyvinuté, že sú až podvyživené. A rovnako ako u anorektičiek, snaha o zmenu fyzickej vizáže podstatne mení ich spôsob života. Bigorektici trávajú značný čas vo fitnesscentrách nadmerným cvičením, rozmýšľajú o cvičení a o svojom svalstve. Rovnako je pre nich príznačné, že sa vyznačujú náhlými zmenami nálad, poruchami stravovania a zneužívaním anabolických steroidov.*“

Najvýraznejšou charakteristikou bigorexie je potreba cvičiť neprimerane dlho a intenzívne. Jednotlivec cíti nutkanie, resp. potrebu vytrvať v cvičení taký čas, aký si sám stanoví (vždy býva prehnane dlhý), a nedokáže svoju aktivitu prerušiť ani o minútu skôr. Nezastavia ho ani bolesti, ani zranenie. Je zrejmé, že v dôsledku takéhoto konania dochádza k ohrozeniu fyzického,





emocionálneho aj psychického zdravia postihnutého. Cieľom takéhoto konania je snaha dosiahnuť pocit kontroly nad svojím životom aspoň v tejto oblasti.

Ortorexia nervosa je „chorobná posadnutosť zdravou výživou a zdravým stravovaním. Takto postihnutí jedinci kontrolujú v potravinách obsah živín, zisťujú, či boli plodiny vypestované na biofarme a jedia výlučne biopotraviny“ (Sejčová, 2007, s. 92-93). Nutkanie zdravo sa stravovať podporujú spoločenské trendy, lebo niektoré potraviny sú propagované ako nezdravé. Jediniec si (podobne ako pri mentálnej anorexii) dôsledne vyberá, čo zje a čo nezje. Konzumuje výlučne jedlo bez farbív, konzervačných látok, rôzne biopotraviny a podobne. Za príznaky ortorexie sa považuje to, keď takto postihnuté osoby premýšľajú viac hodín o zdravom jedle, jedia osamote len „kvalitné“ veci, mimo ostatných, a opovrhujú tými, čo sa stravujú normálne a jedia všetko (Sejčová, 2007).

Diétovanie môžeme chápať ako *závislosť od diét*. Pojem diéty sa často používa v súvislosti s racionálnou výživou, avšak pod racionalitou sa môže ukrývať akákoľvek absurdita. Zo zdravia sa stal argument potravinárskeho priemyslu, ktorý vyrába to, čo je práve v móde. Z mnohých reklám v médiách človek ľahko nadobudne dojem, že je normálne, resp. dokonca vhodné držať diétu. Veď rôzne prípravky na chudnutie možno zakúpiť v mnohých obchodoch a lekárňach. Výrobcovia sa predhávajú v tom, že práve oni vyrábajú najzdravšie a najmenej energeticky hodnotné výrobky, takže si ich môžeme kúpiť a zjesť najviac – obsahujú napríklad menej tuku alebo menej cukru.

F. J. Krch (2005) zo svojich skúseností uvádza, že veľa žien kontroluje svoju váhu, hneď ako sa im zdá, že zjedli o trochu viac, než sú zvyknuté, a namiesto príjemných pocitov sýtosti a plnosti vnímajú nasýtenie negatívne. Aj konzumáciu normálneho jedla po období hladu vnímajú ako prejedenie. Po takomto „prejedení“ nastáva úzkosť, ubúda aktivita a klesá sebadomie. Vlastné telo sa im javí ako

škaredé a bezhlavo sa vrhajú na diéty alebo sa nejako obmedzujú v jedle, pritom však často ani nevedia, koľko by vlastne mali vážiť.

Diétne prostriedky sú vďaka diétam dnes v móde a stali sa dobrým a predovšetkým výnosným obchodom. Avšak diéty okrem dobrého pocitu zo schudnutia (krátkodobého výsledku) prinášajú so sebou dlhodobé problémy – po diétach sa najlepšie priberá, a tak si diétny priemysel sám vyrába budúcich zákazníkov. Ani v tomto smere hranice ľudskej podnikavosti a dôveryčnosti nemajú žiadne medze, ide predovšetkým o peniaze.

Redukčná diéta sa zamieňa za zdravú výživu a vychudnutosť sa spája s krásou. Svedčí o tom i rastúce množstvo ľudí vydesených z namýšľanej nadváhy a mladých dievčat s poruchami príjmu potravy, ktoré patria medzi „najúspešnejšie bojovníčky proti obezite“ (Krch, Málková, 2001, s. 12).

Z uvedených charakteristík je zrejme, že pri všetkých poruchách je „predmetom“ človek a jeho telesná hmotnosť a najvýraznejším spoločným znakom všetkých porúch príjmu potravy je predovšetkým odpor človeka k svojmu vlastnému telu. Tak anorektičky, ako aj bulimičky (pozn. autorky: platí to pre všetky formy porúch príjmu potravy rovnako) majú podľa Krcha (2005) *skreslené vnímanie svojho tela, čo vedie k nespokojnosti s vlastným telom, a za prvoradý cieľ považujú zmenu telesných proporcií* predovšetkým v oblasti brucha, bokov a stehien. O svoju telesnú hmotnosť a proporcie prejavujú omnoho väčší záujem ako normálne dievčatá. Z povahových vlastností prevláda úzkostná starostlivosť a pedantnosť.

Osoby trpiace bulímiou, anorexiou či kompulzívnym prejedaním – ako v tejto súvislosti dodáva Ladishová – pripustia, že sa s nimi niečo deje, zvyčajne až keď je choroba v pokročilom štádiu. Ich reakciu pri poukázaní na možný problém je neprijatie skutočnosti z dôvodu hanby alebo strachu. Najviac sa však obávajú odmietnutia alebo nepochopenia okolia, ale aj straty kontroly nad jedlom a strachu z pribratia.

Prežívajú nešťastie, strácajú radosť zo života, život pre nich prestáva existovať, strácajú svoje záľuby, stráňa sa priateľov i vlastnej rodiny, hoci práve pozornosť a starostlivosť, láska a bezpodmienečne pozitívne prijímanie sú presne to, čo potrebujú.

Na jednej strane sa potvrdzuje, že počet osôb trpiacich PPP vzrastá v dôsledku zvyšujúcej sa posadnutosti našej spoločnosti *štíhlou líniou*. Naša konzumná, na výkon orientovaná spoločnosť jednoznačne vyznáva tzv. *kult tela*.

Na druhej strane, ako uzatvára L. C. Ladishová (2006), je ľahšie pripustiť si, že trpíte takouto poruchou, keď máte k dispozícii viac informácií o poruche samotnej alebo viaceru prostriedkov na jej liečenie. Preto sa ukazuje ako nevyhnutné v spoločnosti o tomto probléme viac informovať, otvorene hovoriť a v prípade potreby poskytnúť kvalifikovanú odbornú pomoc a podporu.

LITERATÚRA

HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

HUPKOVÁ, I. 2007. Kult tela a konzumná spoločnosť. In *Sociálna prevencia*. Bratislava, Národné osvetové centrum, s. 24. ISSN 1336-9679.

KRCH, F. D. 2005. *Poruchy príjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 255 s. ISBN 80-247-0840-X.

LADISHOVÁ, L. C. 2006. *Strach z jedla*. Ružomberok: EPOS, 158 s. ISBN80-89191-44-4.

MÁLKOVÁ, I. – KRCH, F. D. 2001. *SOS nadváha*. Praha: Portál, 226 s. ISBN 8071785210.

SEJČOVÁ, I. 2008. Nespokojnosť so svojím telom u vysokoškôlkov. *Psychiatria – psychoterapia – psychosomatika*. Roč. 15, 2008, č. 2, ISSN 1335 4221.



Nenávistné prejavy na internete ako nástroj radikalizácie a ich prevencia

JUDr. Daniel Milo

odbor prevencie kriminality Kancelárie ministra vnútra SR

Niet pochýb o tom, že internet hrá dnes čoraz významnejšiu úlohu pri formovaní životných názorov, postojov, spájani ľudí a vytváraní virtuálnych komunit, ktoré často presahujú aj do reálneho sveta. Obzvlášť to platí pre mladých ľudí, pre ktorých sa podľa niektorých prieskumov stal internet najdôležitejším médiom pri získavaní informácií o okolitom svete.¹ Zároveň sa z rovnakého dôvodu práve mládež stáva najčastejším terčom propagandy extrémistických hnutí s využitím všetkých možností, ktoré ponúka.

Okrem nesporných benefitov, ktoré internet prináša, v podobe jednoduchosti dostupnosti obrovského množstva informácií, však prináša so sebou aj niektoré riziká v podobe rýchleho šírenia a preberania neoverených informácií, úmyselne skreslených informácií a propagandy. Takisto vysoká miera anonymity, ktorú internet ponúka, podnecuje prejavy, ktoré by ľudia v osobnom kontakte nikdy nevyjadrili. V súvislosti s internetom sa často hovorí o tzv. efekte ozvenovej miestnosti (echo chamber), čo znamená, že prostredie internetu a sociálnych sietí zvlášť zosilňuje a potvrdzuje názory, ktoré človek má, tým, že vidí reakcie, ktoré jeho názor podporujú, a filtruje tie, ktoré sú s ním v protiklade.

Všetky tieto výhody internetu – jednoduchosť šírenia informácií, dostupnosť, široký dosah pri minimálnych nákladoch, anonymita – od jeho počiatkov využívajú aj skupiny a organizácie, ktorých ciele a smerovanie sú v priamom rozpore so základmi demokratického právneho štátu, postaveného na vláde práva a systéme základných práv a slobôd. Takéto skupiny – extrémistické, teroristické, radikálne – už v samotných počiatkoch masového rozšírenia internetu objavili a naplno využili jeho potenciál a dodnes tak robia s vysokou mierou efektivity a profesionality.

Mladí ľudia sú v určitých fázach svojho osobnostného vývoja prirodzene náchylní odmietať hodnoty platné v spoločnosti a všetky oficiálne autority (od učiteľov cez rodičov až po zložky štátnej moci), hľadajú alternatívne hodnoty, zdroje informácií a v tomto procese hľadania vlastnej identity sa často stávajú obeť extrémistických skupín a ich ideológií. Tieto skupiny im ponúkajú na prvý pohľad jednoduché riešenia problémov, ktoré v spoločnosti rezonujú, ponúkajú im možnosť socializácie, vytvárajú pocit skupinovej identity, podporujú dojem, že sa stávajú súčasťou niečoho väčšieho, že sú súčasťou kritickej masy, ktorá je nositeľom zmeny v spoločnosti.

Pri všetkých týchto procesoch zohráva internet kľúčovú úlohu. Existujúce výskumy² zamerané na význam internetu pri indoktrinácii mladých ľudí a ich zapojení do extrémistických hnutí tieto fakty potvrdzujú. Podľa bývalého správcu a pravicoextrémistického online portálu, 70 % až 80 % kontaktov medzi budúci a súčasnými extrémistami/radikálmi sa vykonáva cez internet.

Nenávistné prejavy, podnecujúce, propagujúce, ospravedlňujúce nenávisť voči jednotlivcom alebo skupinám osôb pre ich pohlavie, národnosť, jazyk, náboženstvo, rasu, etnickú príslušnosť, farbu pleti, pôvod, sexuálnu orientáciu, telesné postihnutie či inú obdobnú charakteristiku alebo hanobiace takéto osoby či skupiny osôb, sa stávajú prvým krokom v celom procese radikalizácie. Mladí ľudia si pritom neuvedomujú dôsledky šírenia takéhoto obsahu na internete, ako ani to, že vo väčšine prípadov je takéto konanie protiprávne v zmysle príslušných ustanovení



Trestného zákona³. Predbežné prieskumy vykonané na Slovensku ukazujú, že mladí ľudia nepovažujú takéto správanie za trestné a často si nie sú vedomí tenkej línie medzi vyjadreniami vlastného názoru a podnecovaním k nenávisti a hanobením rasy, národa a presvedčenia. V prípade, že títo mladí používatelia internetu sú si vedomí celospoločenského vplyvu nenávistných prejavov v kyberpriestore a radi by s tým niečo urobili, nemajú dostatok presných informácií o možnostiach a dostupných nástrojoch, ako tak urobiť.

Práve z týchto dôvodov sa Ministerstvo vnútra SR aktívne zapája do viacerých projektov zameraných na prevenciu a riešenie nenávistných prejavov na internete – v minulom roku to bola najmä kampaň BEZTENAVISTI.SK⁴. Tento rok to je projekt NEHEJTUJ.SK⁵, ktorý poskytuje učiteľom, pracovníkom s mládežou, ale aj širokej verejnosti nástroje na prácu s témami, ktoré sú zdrojmi nenávistných postojov, a zároveň jednoduchou a prístupnou formou vysvetľuje základné ústavné a zákonné rámce slobody prejavu vo vzťahu k nenávistným prejavom i nástrojmi, ako takéto obsah ohlasovať a odstraňovať. Verím, že aj takýmito preventívnymi aktivitami sa podarí znížiť vplyv a spoločenskú nebezpečnosť nenávistných prejavov na internete.

3 Ide najmä o § 423 Hanobenie národa, rasy a presvedčenia a § 424 Podnecovanie k národnostnej, rasovej a etnickej nenávisti.

§423 Hanobenie národa, rasy a presvedčenia

(1) Kto verejne hanobí

a) niektorý národ, jeho jazyk, niektorú rasu alebo etnickú skupinu, alebo b) jednotlivca, alebo skupinu osôb pre ich príslušnosť k niektorej rase, národu, národnosti, farbe pleti, etnickej skupine, pôvodu rodu, pre ich náboženské vyznanie alebo preto, že sú bez vyznania, potrestá sa odňatím slobody na jeden rok až tri roky.

§ 424 Podnecovanie k národnostnej, rasovej a etnickej nenávisti

(1) Kto sa vyhráza jednotlivcovi alebo skupine osôb pre ich príslušnosť k niektorej rase, národu, národnosti, farbe pleti, etnickej skupine, pôvodu rodu alebo pre ich náboženské vyznanie, ak je zámerom pre vyhrážanie sa z predchádzajúcich dôvodov, spáchaním zločinu, obmedzovaním ich práv a slobôd alebo kto také obmedzenie vykonal, alebo kto podnecuje k obmedzovaniu práv a slobôd niektorého národa, národnosti, rasy alebo etnickej skupiny, potrestá sa odňatím slobody až na tri roky.

4 Je to slovenská verzia celoeurópskej kampane organizovanej Radou Európy, ktorá bola spustená v marci 2013 a pokračuje aj v tomto roku. Slovenská stránka kampane je www.beznenavisti.sk.

5 Projekt nehejtuj.sk a rovnomenú webovú stránku www.nehejtuj.sk realizuje eSlovensko, o. z., v spolupráci s viacerými partnermi vrátane Ministerstva vnútra SR.

1 Napríklad prieskum Pew research Centre <http://mashable.com/2011/01/04/internet-surpasses-television-as-main-news-source-for-young-adults-study/>

2 Kohler, Daniel. 2012. Internet and Radicalization. Connecting the Dots - the Role of the Internet in the Individual Radicalization Processes of Right-Wing Extremists. Berlin: Institute for the study of radical movements. (http://www.istramo.com/images/ISR_M_K%C3%B6hler_Internet_and_Radicalization.pdf)

Inšpirácie z Pinelky

Mgr. Zuzana Šipošová

projektová referentka, Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela, Pezinok

Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela v Pezinku, širšou verejnosťou familiárne nazývaná Pinelka, sa v rámci nefarmakologickej podpory liečby usiluje o motiváciu a aktivizáciu svojich pacientov prostredníctvom rozmanitej kultúrno-pohybovo-umeleckoremeselnej činnosti. Počas hospitalizácie majú okrem psychoterapie možnosť zažiť koncert harfistu s popovým repertoárom, vystúpenie sokoliarov alebo bábkového divadla, priučiť sa drotárstvu aj výrobe papierového košíka či usporiadať myšlienky počas cvičenia jogy.

Najväčšia slovenská psychiatrická nemocnica s už 90-ročnou históriou neustále rozvíja okrem poslstva svojho patróna Philippa Pinela aj odkaz ďalšej významnej osobnosti psychiatrie, profesora Karola Matulaya, ktorý od roku 1939 v snahe účinne zaujať pacientov, postupne zavádzal rôzne druhy rehabilitačných aktivít. V súčasnosti sa v Pinelke z pôvodných záhradníckych a samoobslužných prác ponuka ustálila na kultúrnych podujatiach, športovo-pohybových a ergoterapeutických aktivitách tak, aby bola podnetná pre vekovo a záujmovo heterogénnu skupinu, ktorou pacienti zo šiestich kliník rozhodne sú. Aj vďaka podpore firemných nadácií sa do nemocničného prostredia darí prinášať **pestrosť kultúrneho života**, ktorej spoločným menovateľom je povzbudenie a aktívne zapojenie. Ročne sa organizuje približne 10 celonemocničných,

žánrovo rôznorodých podujatí, predstavilo sa tu aj niekoľko zvučných mien, napríklad Maroš Bango, Divadlo Piki, Prešburger Klezmer Band, Martin Geišberg, Túlavé divadlo, Braňo Jobus, tanečná skupina Avalon. Okrem toho sa nemocnica pravidelne zapája do česko-slovenskej literárnej súťaže pacientov a zamestnancov v psychiatrii Kouzelný kľúč, v roku 2013 zaznamenala historicky najlepšie umiestnenie v kategórii Pacienti (3. miesto).

Ergoterapeutická dielňa je miesto, kde pacienti môžu v sebe objaviť skryté nadanie, osvojiť si tradičné i moderné výtvarno-remeselné techniky, popracovať na ich zdokonalení, popustiť uzdu fantázii. Za asistencie ergoterapeutiek a príležitostne aj regionálnych umelcov vznikajú najmä úžitkové predmety z drôtu, korálikov, dreva, hliny, textilu, servítkov a vosku. Ukážky zručnosti pacientov

môže verejnosť vidieť na predajných vianočných trhoch, výstavách, napríklad aj na vernisáži výstavy národného protidrogového projektu Prečo som na svete rád/rada.

Nemenej dôležitým a zdravým spôsobom načerpania energie je **pohybová aktivita**. Ponuka je skutočne bohatá: popri športových hrách, medzi ktorými nechýba florbal či petanque, sú to aj ďalšie skupinové cvičenia – ranné cvičenie zamerané na chrbticu, joga, fitlopty, cvičenie kalanetiky, programu zumba, turistické vychádzky do okolia.

Všetky uvedené aktivity si kladú za cieľ rozšíriť oblasť záujmov, zoznámiť pacientov s činnosťami, v ktorých sa môžu „nájsť“; prinášajú vnútornú radosť a odhodlanie, sú použiteľné aj po ukončení hospitalizácie. Každé vyklíčené semienko poteší...



Dážď, alebo hasiči? – Etická výchova pre základné školy

PhDr. Olga Krížová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, Žilina, Katedra sociálnej práce s deťmi a mládežou

Etická výchova na našich školách má za sebou prvých dvadsať rokov. Ak ju vedú kvalifikovaní učitelia, ktorí majú aj osobnostné predpoklady viesť takýto predmet, môže prinášať deťom a mladým veľký úžitok a prispievať tak k stabilite formujúcej sa osobnosti a tým aj k predchádzaniu sociálnopatologických javov. Ide o predmet, ktorý nemá u nás dlhú históriu, a preto je potrebná trvalá inštitucionálna, ale i metodická podpora. Keďže oficiálne metodické materiály, vzhľadom na meniacu sa klímu, v ktorej deti a mladí vyrastajú, neprinášajú dostatočne očakávané ovocie, rozhodli sme sa prispieť k ich oživeniu viacerými novými metodickými ponukami. Jednou z nich je metodická príručka **Dážď, alebo hasiči?**

Názov tejto malej publikácie je dostatočne výrečný. Nemusíme ho veľmi komentovať, aby sme zistili, čo toto prirovnanie môže znamenať vo výchove. Preventívny systém vo výchove prináša ovocie už stáročia, no keď sa z neho nepočujeme, naozaj nám neostane nič iné ako stavať „hasičské zbrojnice“ na hasenie toho, čo sme zanedbali alebo úmyselne ignorovali.

Ide o metodickú príručku, ktorá je určená najmä učiteľom etickej výchovy, ale aj všetkým, čo pracujú s deťmi a mládežníckymi skupinami spadajúcimi do vekového obdobia základnej školy. Jej štruktúra je postavená na požiadavkách štátneho vzdelávacieho programu pre predmet etická výchova ISCED I. a ISCED II. Formou tabuľky podáva prehľad tematických celkov a ich vnútorné členenie na obsahový štandard a výkonový štandard. Po tejto orientačnej schéme nájde učiteľ (moderátor) ku každému tematickému celku najmenej dve aktivity – cvičenia, ktoré napomáhajú rozvíjanie danej sociálnej zručnosti. Sú istým návodom, ako orientovať cvičenia. Zdôrazňujú nielen obsahovú časť, ale aj metodický postup cvičení, nácvik požadovaného správania, reflexiu a transfer.

Publikácia takto sprevádza učiteľa všetkými ročníkmi základnej školy. Každý ročník má podľa ŠVP päť tematických celkov, ktoré sa členia na podtémy a základné pojmy. Tematické celky vychádzajú z obsahu etickej výchovy, čo je vlastne výchova k prosociálnosti. Základné atribúty etickej výchovy sa cyklicky, podľa vývinových predpokladov objavujú v jednotlivých ročníkoch. Sú to: otvorená komunikácia, dôstojnosť ľudskej osoby – pozitívne hodnotenie seba, pozitívne hodnotenie druhých, tvorivosť a iniciatíva, vyjadrovanie citov, empatia, asertivita, reálne a zobrazené vzory, prosociálne správanie, komplexná prosociálnosť. V súvislosti s nimi sa očakáva na konci každého ročníka od žiakov nielen racionálna hodnotová orientácia, ale hlavne sociálne zručnosti, ktoré odzrkadľujú hodnotu (napríklad hodnota úcty k inému prostredníctvom počúvania, empatie, ktorá vie prejavit' spoluúčasť, a pod.). V tematických celkoch sa nachádzajú aj oblasti, ktoré v etickej výchove majú názov *aplikačné témy*. Do týchto oblastí je najviac smerovaný transfer realizovania sociálnych zručností a veľakrát skúsenosť z týchto oblastí slúži ako podnet na spoločné reflektovanie hodnôt. Aplikačných tém je šesť: Etika, Rodina, v ktorej žijem, Ekonomické hodnoty, Náboženstvá, Výchova k manželstvu a rodičovstvu, Ochrana života a životného prostredia.

Viacero aktivít má dlhodobý charakter, preto je potrebné venovať im dostatočný priestor a priebežnú motiváciu formou záujmu učiteľa a aktivizovania diskusie k predmetnej práci. V každej aktivite je naznačený aj transfer prostredníctvom domácej úlohy. Niektoré domáce úlohy nesú v sebe aj všeobecný prvok. Je žiaduce, aby ich učiteľ pomohol deťom modifikovať podľa situácie, v ktorej sa práve nachádzajú.

Publikované aktivity sú pre učiteľa iba pomôckou. Väčšinu aktivít si pripravuje sám, avšak sme presvedčení, že vždy je dobré podeliť sa o skúsenosť, ktorá vnáša do našej práce nové podnety. Tie potom môžu byť keď nie výdatnou búrku, tak aspoň tichým dažďom, ktorý dáva rásť, a nie požiar zo sucha.

Ukážka jedného tematického celku z 8. ročníka.

Dobré meno a pravda ako etické hodnoty

Výkonový štandard	Obsahový štandard
Žiaci na konci 8. ročníka ZŠ:	
<ul style="list-style-type: none">✓ zdôvodnia potrebu pravdy v živote človeka✓ vysvetlia význam tajomstva a utajovaných skutočností✓ pomenujú význam poznania a poznávania v živote človeka✓ zdôvodnia význam rešpektovania cti a dobrého mena✓ diskutujú o dôležitosti vzdelávania✓ zostavia si konkrétny plán efektívneho zvládnutia školských úloh	poznanie pravda ako etická hodnota kritické myslenie, argumentácia pravda a lož, etické dilemy tajomstvo dobré meno jednotlivca i spoločenstva poznanie a úsilie poznávať

Za tabuľkou nasledujú rozpracované aktivity: 1. Ohováranie, 2. Etické dilemy, 3. Pravda pri hodnotení iných.

LITERATÚRA:

KRÍŽOVÁ, O.: *Dážď, alebo hasiči? – Etická výchova pre základné školy*, AT PUBLISHING, Bratislava 2013. Dostupné na: www.atpublishing.sk



Môj život s poruchami príjmu potravy

Miška X.

Na konci 7. triedy ZŠ som si uvedomila, že sa cítim nepekná a odporná. Na školských fotkách som vždy vytrčala svojou neforemnou buclatou postavou. Vždy, keď som sa na tie fotky pozrela a všimla si ten rozdiel medzi mnou a mojimi štíhlymi spolužiačkami, začalo vo mne niečo vriieť. A moja túžba po útlej a večne detskej postave sa pomaly prehľbovala. Povedala som si: „Dost!!! S tou mojou tučnosťou musím niečo urobiť!!!“

Čo čert nechcel, práve v tom čase sa mi do rúk dostal časopis, kde písali o poruchách príjmu potravy. A o pár dní nato išla v televízii reportáž o mentálnej anorexii a mentálnej bulimii. Ako som sledovala príbehy dievčat, v hlave mi skrsol smrtonosný nápad: „A prečo to neskúsiť?“

Takto nevinne a pomerne klasicky sa začalo moje prvé chudnutie. Najskôr to boli nevinné diéty, konzumovala som potraviny s nižším počtom kalórií, nejedla po 17. hodine či nadmerne cvičila. Vytvorila som si zoznam zakázaných potravín. A keď som nejakú z nich zjedla, pokúsila som sa to vyvracať do nádobky, ktorú som ukrývala vo svojej izbe. Lenže vracanie mi nikdy poriadne nešlo, preto som v trinástich rokoch skúsila prvé laxatíva.

V tomto veku boli pre mňa dôležité tri veci: zapáčiť sa, usilovať sa a niečo dokázať. Domnievala som sa, že ak sa zapáčim ľuďom, urobí ma to šťastnou. Chcela som sa páčiť rodine, priateľom, učiteľom, ba aj ľuďom, ktorých som nemala veľmi v láske. Jednoducho všetkým. Ich názor, ich hodnotenie mojej osoby boli zdrojom môjho sebavedomia. Ustavične som očakávala komplimenty, pretože boli pre mňa meradlom toho, ako ma hodnotí okolie. Takéto zmýšľanie nielen ovplyvnilo môj život, ale zmenilo mňa samotnú.

Je to presne šesťnásť rokov, čo nado mnou prevzala vládu porucha príjmu potravy. Tá nenápadná vrahyňa, ktorá zabíja nielen mňa, ale aj mojich najbližších. Dlhých šesťnásť rokov, čo ubližujem sebe i svojim blízkym.

Je to choroba, ktorá sa tvári ako tvoj najlepší priateľ. No v skutočnosti ti ukradne všetkých, na ktorých ti záleží. U mňa to nebolo inak. Opustilo ma veľa priateľov. Stratila som všetko, čo ma poháňalo dopredu, naplňalo, tešilo a čo dávalo môjmu životu zmysel. Robila som deväť rokov súťažne atletiku, tancovala hip-hop a disco tance. Rodičia v tom čase boli na mňa veľmi pyšní. A mňa to nesmierne naplňalo pohodou. Vyhrávala som každé atletické preteky a s tanečnou skupinou, do ktorej som chodila, sme viackrát vystupovali aj v televízii... A to ešte umocňovalo spokojnosť a pýchu mojich rodičov, ktorú, samozrejme, prenášali aj na mňa. A tým posilňovali moje chorobné zmýšľanie a presvedčenie o tom, že len ľudia sú správnym meradlom môjho sebahodnotenia.

Ako sa moja choroba rozvíjala, oberala ma o silu, energiu i optimizmus. Začala som byť negatívna,



nepríjemná a vyšťavená... Vzdala som sa atletiky, lebo som už nepodávala také výkony ako inokedy, čo ma veľmi trápilo. A, samozrejme, rodina mi to neprestávala pripomínať. Oberalo ma to o posledné zvyšky sebaúcty, sebavedomia a odhodlania. Postupne som všetko vzdala. Boj s rodičmi, s chorobou a okolím. Poddala som sa svojmu jedinému priateľovi, ktorý ma nikdy nesklamal, nikdy ma neponižoval, nikdy mi nenadával, nikdy mi nepredostieral, že som neschopná... PPP. Choroba sa stala plnohodnotnou súčasťou môjho života, neustále mi bola v päťach. Prenikala mi až do morku kostí. Mala som ju už všade. V tele, v mozgu, pred očami, na tanieri, v zrkadle.

Jedlo sa mi úplne vymklo spod kontroly. Aby som ho nemusela jesť, ale zároveň, aby som zostala nenápadná, splachovala som ho do záchoda alebo ho tajne vyhadzovala do kontajnera. Vedela som, že to nie je správne, že by som nemala, lebo sme nemali veľa peňazí a ja som jedlom len tak plytvala pre svoje malicherné dôvody. Ale naozaj som si nemohla pomôcť. Bolo pre mňa dôležitejšie zostať štíhla ako fakt, že zbytočne vyhadzujem peniaze do povetria. Bolo to silnejšie ako ja. Ovládalo ma to. Točila som sa v bludnom kruhu, nebolo z neho cesty von, nevidela som ju. Hlavou sa mi stále prehánalo jedlo. Cítila som sa bezmocná, keď som mu nedokázala odolať, keď som nedokázala jesť či chudnúť podľa svojich predstáv. Nenávidela som ho za to!!! A seba ešte viac. Jedlo nado mnou ustavične vyhrávalo a pripomínalo mi moju slabosť. Môj najlepší priateľ sa stal mojím úhlavným nepriateľom.

Vtedy sa začali objavovať depresívne stavy, stavy úzkosti a myšlienky na samovraždu. Bola som egoistická, pretože jedinú, čo ma zaujímal, bolo moje vlastné telo, vzhľad. Bola som uzavretá do seba, vyhovovala mi samota. Vyhybala som sa sociálnym kontaktom i partnerským či iným vzťahom. Stratila som racionálne uvažovanie, a aj jednoduché situácie boli pre mňa neriešiteľné.

Do svojich sedemnástich rokov som o svojom probléme s jedlom nikomu nehovorila. Tajila som to a všetkými možnými spôsobmi sa to snažila zakryvať. Hanbila som sa. V tom čase váhový úbytok nebol taký výrazný. Robilo to nejakých mínus 7 kg. Ale s váhou som na tom bola ako na hojdačke. Nastúpil jojo-efekt. Síce si rodina nič nevšimla, zato v škole moja premena nezostala bez povšimnutia. Učiteľia mi často hovorievali, že som ako sivá myška. Všimli si, že sa so mnou niečo deje. Už som nebola veselá kôпка, ktorá sa smiala na každej hlúposti ako kedysi. Mnohokrát som cez hodinu len tak ležala s hlavou položenou na lavici, alebo som pozerala von oknom a myšlienkami bola niekde inde. Aj napriek tomu som vždy bola v škole vyznamenaná. Možno aj preto rodina nič nepostrehla. Pretože vždy odo mňa vyžadovali dokonalé výsledky, ktoré som aj podávala.

V maturitnom ročníku som nastúpila na prvú liečbu. Bolo ťažké oznámiť rodičom, že som objednaná na hospitalizáciu pre poruchu príjmu potravy. Za tie roky si nič nevšimli, takže mali dôvod byť prekvapení. Z ich strany som však necítila žiadnu podporu. Jasne mi

dávali najavo svoje nepochopenie a hanbu za to, že nezvládam ani takú jednoduchú vec, ako je obyčajné jedenie, mali pocit, že je to len rozmar. Doteraz denne počúvam, že by radšej chodili kanálom, ako by sa mali ku mne priznať. Pochopili, že ich dokonalá dcéra nie je taká dokonalá, ako si pôvodne mysleli.

Napriek odhodlaniu liečiť sa som po siedmich dňoch podpísala reverz. Dodnes neviem, či to bolo skôr preto, že som nebola na 100 % presvedčená o tom, že sa chcem liečiť, či pre každodenné mamine telefonáty, keď mi neustále pripomínala, že škola je teraz na prvom mieste a že ma čaká maturita. Prebiehali vo mne dva sústavné boje. Prvým bola túžba liečiť sa vs. túžba po chudnutí. Pretože práve to bolo v kútiku duše mojím najväčším želaním. A tým druhým bola zatajovaná túžba vzdorovať mame.

Zmaturovala som. Podala som si niekoľko prihlášok na vysokú školu. Tak ako sa odo mňa očakávalo. No čo rodina neočakávala, bolo moje ďalšie liečenie. Na prijímacie skúšky som z nemocnice nakoniec nešla. Namiesto toho som radšej dokončila dvojmesačné liečenie. Po návrate domov som si našla prácu na mikrobiológii. Urobila som si tam absolventskú prax a po jej skončení ma prijali aj do trvalého pracovného pomeru. Vystriedala som viacero pracovných profesií. Popri práci som začala študovať na vysokej škole sociálnu prácu. No ani to mojej rodine nestálo za to, aby si ma aspoň trochu začala vážiť.

V dvadsiatich rokoch prišli prvé zdravotné problémy: zlyhanie obličiek, pravdepodobne spôsobené nadmerným užívaním laxatív. Nasledovali ďalšie a ďalšie liečenia. Niektoré som absolvovala celé,

t. j. dva a pol až tri mesiace, z iných som zutekala a podpísala reverz. Po prepustení z nemocnice som sa vždy snažila udržať si stravovací režim, ale stačilo, ak som pribrala čo i len 2 kg, a kolobeh chudnutia sa spustil znovu. Predpokladala som, že už som naozaj rozhodnutá liečiť sa, že chcem nadobro skončiť s PPP. Ale mylila som sa. Stále to bola len FÁZA ROZHODOVANIA.

Chorobu som dotiahla až do štádia, keď mi priznali plný invalidný dôchodok pre opakované hospitalizácie, depresie, úzkosti, pokus o samovraždu, poruchu osobnosti, tzv. borderline poruchu. Po priznaní invalidného dôchodku som sa cítila ponížená, hanbila som sa sama pred sebou. Skončila som v práci a musela som sa vrátiť späť domov k mame, lebo by som z invalidného dôchodku nebola schopná platiť nájomné, stravu, lieky, električku.

Už dvakrát som bola nútená prerušiť štúdium na vysokej škole. Dokonca po ukončení 3. ročníka som musela trikrát požiadať o náhradný termín štátnych záverečných skúšok.

Z môjho života sa vytratilo nadšenie, zmysel pre humor, tvorivosť a spontánnosť. Teda veci, ktoré patria k ozajstnému a obyčajnému životu. Stále prežívam nekonečný zápas medzi vôľou žiť, a teda normálne sa stravovať, a psychickou neschopnosťou k tomu dospieť.

Poruchy príjmu potravy negatívnym spôsobom ovplyvnili môj osobný, pracovný a spoločenský život a celkovú psychickú pohodu. Stále som plačlivá, depresívne naladená, mávam negatívne myšlienky o budúcnosti a samovražedné myšlienky.

Trpím nespavosťou, už desať rokov užívam lieky na spanie, mám nepravidelnú menštruáciu, riedke, lámavé a suché vlasy, trpím anémiou, zápchou, odvápnujú sa mi kosti, mám úlomok na krčnej chrbtici, ktorý tlačí na miechu, mám pomalý pulz, štiepia sa mi nechty.

Váha pri poruche príjmu potravy mi stále kolíše. Najmenej som mala 43 kg, najviac 69 kg pri výške 169 cm.

Chcela by som zase naplno prežívať každý okamih, aby mohla nastať tak dlho očakávaná premena v mojom živote, aby som objavila v sebe tú skrytú múdrosť, ktorá ma bude viesť životom. Túžim vyplniť každú chvíľu smiechom a láskou, túžim, aby sa moje telo cítilo šťastne a spokojne, nie ako sa cíti v tomto období zúfalstva, nepokoja a strachu.

Moja cesta je cestou dopredu, cestou k cieľu. Nedá sa na ňu vykročiť inak, ako urobiť KONEČNE ten prvý krok k sebe samej. Nie je to ľahká cesta. Ani rozhodné vykročenie nemusí viesť do cieľa. Je na nej veľa lákadiel a klúčiek, ktoré ma zvädzajú zísť do priekopy. Keď sa mi zdá, že je neschodná, že nemá perspektívu, najjednoduchším riešením je práve to lákadlo, ktoré sa mi vždy zdá ružové, krásne a jedinečné... a ako jediné možné riešenie.

Chcem bojovať a budem bojovať... a vyhrám. Nikdy to nevzdám. Síce často prichádza obdobie, keď mám chuť všetko hodiť za hlavu. No to by znamenalo iba jedno, že už nemám nárok na normálny život. A to nechcem. Túžim po bežnom bezstarostnom živote, kde jedlo hrá iba podružnú úlohu a nie je majestátnym krutovládcom. Život je na to, aby sme si ho užívali, a nie, aby ho neduhy ovládali. Síce aj tie patria k životu. Teraz to už viem. No keď mi blysla hlavou tá spásonosná myšlienka „A prečo to neskúsiť?“, o živote som nevedela nič. Myslela som, že jedlo dokáže všetko. Aj dokázalo. Ale nie tak, ako som si pôvodne predstavovala. A vybralo si aj svoju krutú daň... život. Ten život, ktorý som hľadala, no ktorý som stratila.

Budem sa snažiť, aby som sa stala silnejšou, hoci mi ubúdajú sily. Nie je to jednoduché, no nevyhnutné. Môj boj sa nikdy neskončí, vždy tu bude tá neuveriteľne zaujímavá manipulácia s jedlom, ktorá sa podľa mňa volá tak banálne a nezaujímavo: porucha príjmu potravy. No tá v sebe skrýva toľko utrpenia, bolesti a zúfalstva. Choroba, ktorá ťa pripraví o všetko, ktorá bráni v návrate k normálnemu životu, ktorá ti neustále bude opakovať, aké to bez nej budeš mať ťažké, ktorá ti bude našepkávať, že ona jediná je tvoja kamarátka, že ona jediná sa ti snaží pomôcť... Musím sa naučiť nepočúvať jej sladké a vábivé slová. Pretože len vtedy dosiahnem svoj cieľ, pretože jedine vtedy vezmem svoj život do vlastných rúk a budem mať dostatok síl povedať jej: „Si nepotrebná!!!“

■ ■ ■

Porucha príjmu potravy je ako živý organizmus parazitujúci na oslabenom podvedomí. Nevinne príde, tváriac sa ako neškodný záchranca. Využije každú nájdenú slabinu, každú štrbinu, aby sa mohla spokojne usalašiť a už nikdy nepustiť. Nik ju nechce, no ona aj tak príde! A keď zistíme jej prítomnosť a chceme sa jej zbaviť, vehementne namieta. Len tak ľahko sa nemieni pustiť svojej ľahko ulovenej koristi. Už si predsa našla príjemne vyhriate miesto.





Informačno-vzdelávací bulletin

Sociálna prevencia – Prevencia vybraných sociálnopatologických a nežiaducich sociálnych javov

ISSN 1336-9679

EV 4957/14

1/2014

Vydavatia:

Národné osvetové centrum

Prečo som na svete rad/rada, o. z.

Korešpondenčná adresa redakcie:

Námestie SNP 12, 812 34 Bratislava 1

hupkova@nocka.sk

Zostavovateľka a odborná redaktorka:

PhDr. Ingrid Hupková, PhD

Recenzoval: prof. PhDr. Peter Ondrejko, PhD

Jazyková redaktorka: PhDr. Katarína Vrablicová

Za obsahovú stránku publikovaných príspevkov zodpovedajú autori.

Ročník IX.

Rok vydania: 2014

Náklad: 300 ks

Nepredajné.

