

Sociálna prevencia

ODBORNÝ ČASOPIS

www.nocka.sk



NÁRODNÉ
OSVETOVÉ
CENTRUM

číslo 2/2022



Financované
Európskou úniou
NextGenerationEU

PLÁN [OBNOVY]



MINISTERSTVO
ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY



RADA VLÁDY
SLOVENSKEJ REPUBLIKY
PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

KOMPONENT 12

Manažment psychiatrického pacienta s rizikovým správaním

LUBOMÍRA IZÁKOVÁ

Vývinová
jazyková porucha
a duševné
zdravie

SVETLANA
KAPALKOVÁ

NEPRIAZNIVÉ ZÁŽITKY V DETSTVE A UŽÍVANIE ALKOHOLU V DOSPELOSTI

NATÁLIA KAŠČÁKOVÁ

Riziká užívania
niektorých liečiv
vo vyššom veku

MIROSLAVA SNOPOKOVÁ

Prevencia v oblasti
duchovného
života

JITKA SCHLICHTSOVÁ

Os spájajúca mozog a črevo.
Črevný mikrobióm
a psychika

LADISLAV KUŽELA

Rizikové správanie – duševné zdravie

Duševné zdravie neznamena iba neprítomnosť choroby.

Hovorí sa, že najlepším poradcom človeka je on sám. Každý z nás je v určitej miere zodpovedný za svoje duševné zdravie. Každý z nás najlepšie pozná sám seba, svoje možnosti, svoje limity a na základe toho potom lepšie pozná aj druhých. Každý z nás môže naštartovať zmenu u seba v ktorejkoľvek oblasti a tým môže dosiahnuť zmenu aj u druhých. Každý z nás môže upozorniť druhých, aby sa tiež starali o svoje duševné zdravie. Len sa nesmieme uzavrieť do svojho sveta, zostaťme otvorení aj pre druhých.

Špeciálne číslo časopisu Sociálna prevencia prináša veľa odborných článkov, ktoré poukazujú na rôzne rizikové faktory, momenty v živote človeka, spôsobujúce stav duševnej nepohody, respektíve psychické ochorenie. Je veľmi cenné, že sa

v tomto čísle o nich dozvedáme, ešte cennejšie sú odborné rady a odporúčania, ako im predísť, ako sa s nimi vyrovnáť, čo spraviť pre udržanie duševného zdravia.

V praxi absentuje jednotný prehľad o dostupnej starostlivosti v oblasti duševného zdravia od momentu výskytu prvých príznakov duševnej nepohody až po ich odstránenie.

S cieľom vytvoriť platformu nadrežortnej a multidisciplinárnej spolupráce odborníkov a tvorcov politik v oblasti duševného zdravia bola 24. 2. 2021 zriadená Rada vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie, ktorá plní úlohu poradného orgánu vlády Slovenskej republiky.

Strategickým programom rozvoja systému starostlivosti o duševné zdravie je Národný program duševného zdravia a akčné plány Národného programu duševného zdravia. Prebiehajúce reformy a investície

v oblasti duševného zdravia sa realizujú v rámci Plánu obnovy a odolnosti SR. Bez spolupráce a súčinnosti odborníkov poskytujúcich starostlivosť v oblasti duševného zdravia by sme reformy nevedeli ani nemohli realizovať. Ste pre nás veľmi dôležití! Oslovujem všetkých odborníkov, aby sa podelili o svoje skúsenosti, poskytl informácie a stali sa súčasťou tímov vytvárajúcich politiky v oblasti duševného zdravia. Potrebujeme sa navzájom spoznať a spolupracovať.

Úspešná a kvalitná starostlivosť o človeka je výsledkom vzájomne sa dopĺňajúcej spolupráce.

PhDr. Desanka Kanderová, PhD.
tajomníčka Rady vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie

Doc. MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.
Psychiatrická klinika LF UK a UN, Bratislava,
hlavná odborníčka MZ SR pre odbor psychiatria a prezidentka SPsS a SLS

Manažment psychiatrického pacienta s rizikovým správaním

O AUTORKE

Doc. MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.

je prednostkou Psychiatrickej kliniky LF UK a UN v Bratislave. Pracuje aj ako súdna znalkyňa v odvetví psychiatrie, je hlavnou odborníčkou MZ SR pre psychiatriu, členkou Prezídia Slovenskej lekárskej spoločnosti a dve funkčné obdobia bola prezidentkou Slovenskej psychiatrickej spoločnosti SLS. Aktuálne sa aktívne venuje témam komunitnej psychiatrickej starostlivosti, multidisciplinárnych tímov a humanizácie psychiatrie s cieľom implementovať ich na Slovensku a zmodernizovať starostlivosť o ľudí s duševnými poruchami.

členoch terapeutického tímu – o ich vzdelaní, pracovnom zameraní a zaradení, skúsenostiach či záujmoch.

Pri prijímaní pacienta na hospitalizáciu, keď vytvárame pre pacienta diagnostický a terapeutický plán, je dôležité, aby sme o ňom pacienta informovali, prediskutovali ho s ním a vyjasnili si vzájomné očakávania od pobytu v nemocnici. Dôležité je pacienta oboznámiť aj s režimom oddelenia a vysvetliť mu dôvody, prečo ho treba dodržiavať. Vzájomná informovanosť je dôležitou súčasťou liečebného procesu, vedie k porozumeniu a znižuje úzkosť.

Súčasťou každej komunikácie, aj komunikácie s pacientom či kolegom, má byť pozitívne hodnotenie a ocenenie. Profesor Bowers vyzýva, aby sme boli pre pacientov príkladom, aby sme sa vyjadrovali zdvorilo a s rešpektom, ovládali svoje emócie, aby sme boli chápaní, vysvetľovali, nesľubovali, čo nemôžeme splniť, zapájali pacientov do aktivít, ponúkali im alternatívy, prípadne si priznali chybu. Dôležitá je pravidelná komunikácia medzi personálom a pacientmi, ktorá má mať formálne miesto v harmonograme práce na oddelení.

Snaha porozumieť prejavom agresie, manipulatívneho správania či odmietaniu liečby zo strany pacienta má potenciál predchádzať im alebo ich minimalizovať. Dôležité je naučiť sa zvládať napäté situácie na oddelení, vhodným spôsobom ich upokojiť, pomôcť ich spracovať a následne sa z nich poučiť.

Počas hospitalizácie sa stáva, že niektoré z vyšetrovaní dopadne nepriaznivo, prípadne odpoveď na

charakter práce a pracovná záťaž či pracovné prostredie. Ak prebieha v pokojnej atmosfére, pacient je spokojnejší, liečba je úspešnejšia, hospitalizácia býva kratšia, na pracovisku je väčšia pohoda.

Na zlepšenie terapeutických vzťahov s pacientmi, minimalizáciu konfliktov a maximalizáciu bezpečnej starostlivosti sme sa na Slovensku rozhodli implementovať model Safewards. Autorom modelu, ktorý je už v niektorých krajinách zavedený, je britský profesor Len Bowers. Upozorňuje na to, že na vytvorenie terapeutického vzťahu je dôležité vzájomné poznanie. Zdravotnícky pracovník sa o pacientovi počas svojej práce dozvedá mnoho intímnych informácií. Opačný proces je však insuficientný, preto je dôležité pacienta informovať o jednotlivých

Rizikové správanie pacienta s psychickou poruchou sa považuje za obligatórnu súčasť psychiatrickej klinickej praxe. Výskumy, ktoré sa realizujú na Slovensku, preukazujú, že heteroagresívne správanie sa u hospitalizovaných psychiatrických pacientov vyskytuje približne v 5 %, z toho brachiálna agresivita v 3 % (1). Súčasne je potrebné doplniť, že s prejavmi agresie sa stretávajú aj zdravotníci v iných odboroch medicíny. Je pravidlom, že v ťažko zvládnuteľných situáciách je riziko neprimeranej reakcie veľké.

V odbore psychiatrie sa stretávame s agresívnymi prejavmi a poruchami správania, preto je dôležité, aby sme sa ich naučili správne manažovať. Aj v tejto oblasti je veľmi dôležitá prevencia. Správnu komunikáciu s pacientom, ktorý často nepripúšťa, že má zdravotný problém a nesúhlasí s hospitalizáciou, môžeme predísť konfliktom. V prípade prejavov agresie je zase potrebné ovládať deeskalčné techniky, aby sme takéto prejavy zvládli bezpečne pre pacienta, jeho spolupacientov i personál.

Základom zdravotnej starostlivosti je kvalitný terapeutický vzťah s pacientom, ktorý – ak je založený na vzájomnej dôvere, rešpekte, dôstojnosti a spolupráci medzi pacientom a zdravotníckym personálom – je predpokladom úspešnej liečby. To platí pre každého člena terapeutického tímu.

Priebeh ústavnej psychiatrickej starostlivosti nie je jednoduchý proces, ovplyvňuje ho mnoho faktorov, ako sú samotné ochorenie pacienta, jeho povaha, životná situácia, povaha členov terapeutického tímu a ich vzájomné vzťahy, vzdelanie,

OBSAH RIZIKOVÉ SPRÁVANIE – DUŠEVNÉ ZDRAVIE

3	Manažment psychiatrického pacienta s rizikovým správaním Ľubomíra Izáková	11	Vývinová jazyková porucha a duševné zdravie Svetlana Kapalková	21	Terminológia, klasifikácia a základné charakteristiky workoholizmu Jozef Benkovič	28	Prevencia v oblasti duchovného života Jitka Schlichtsová
5	Pobyt v inštitúcii ako odľahčovací služba Albín Škoviera	13	Pozitívne a negatívne dôsledky roľového stresu na človeka v súčasnosti Andrea Baranovská, Eva Klimová	23	Poruchy príjmu potravy – možnosti liečby a rizikové faktory František David Krch	30	Ochrana detí pred nebezpečnými Spoločenstvami Katarína Bartal
7	Nepriaznivé zážitky v detstve a užívanie alkoholu v dospelosti Natalia Kaščáková	15	Mladí ľudia a extrémizmus na Slovensku Elena Gallová Kriglerová, Alena Holka Chudžíková	25	Riziká užívania niektorých liečiv vo vyššom veku Miroslava Snopková	32	Školský psycholog a duševné zdravie Marta Valihorová, Lucia Košťálová, Mária Palová
10	Ako sa menia schopnosti viesť motorové vozidlo pri intoxikácii alkoholom a pod vplyvom alkoholu Karel Nešpor	17	Os spájajúca mozog a črevo. Črevný mikrobióm a psychika Ladislav Kužela	27	Bezplatné dlhové poradenstvo ako sociálna služba štátu Peter Daniel, Eva Klimová	33	Duševné zdravie a závislosti Ingrid Hupková

Sociálna prevencia

ODBORNÝ
ČASOPIS



Sociálna prevencia – špeciálne číslo – Rizikové správanie – duševné zdravie | ročník 17 | č. 2/2022 | ISSN 1336 9679 | EV 4957/14

Vydavateľ: Národné osvetové centrum, Nám. SNP 12, 812 34 Bratislava, IČO: 00164615 | Periodicita: 2× ročne | Zostavovateľka a odborná redaktorka: doc. PhDr. Ingrid Hupková, PhD. | Recenzoval: doc. PhDr. Ivan Rác, PhD. | Jazyková redaktorka: PhDr. Katarína Vrablicová | Vedúca vydania: Mgr. Alexandra Žilavá | Za obsahovú stránku publikovaných príspevkov zodpovedajú autori. | Dátum vydania: december 2022 | Náklad: 1 320 ks

Časopis je indexovaný v Bibliographiamedica Slovaca a zaradený do citačnej databázy CiBaMed.

www.nocka.sk

liečbu nie je dostatočná, je potrebné zmeniť terapeutický postup, čo zaťažuje pacienta či predlži hospitalizáciu, alebo sa pacient dozvie negatívnu informáciu od blízkych. Nemali by sme byť k nepriaznivým správam nevšímaví a ponechať ich na samotného pacienta. Dôležité je pomôcť pacientovi nepriaznivú správu spracovať a ponúknuť alternatívy na upokojenie.

Pacienti prichádzajú na hospitalizáciu v akútnom stave, ktorý si vyžaduje diagnostiku a intenzívnu liečbu, mnohí z nich pociťujú obavy, nevedia, čo očakávať, majú pocity beznádeje, odmietajú ponúkanú pomoc. Uvedené postupy im môžu adaptáciu uľahčiť.

Avšak vysoký potenciál pomôcť majú aj vlastné skúsenosti z hospitalizácie, o ktoré sa pacient podelí s druhými. Priebeh tejto intervencie sa začína požiadanim pacienta v deň prepustenia, aby na kartičku napísal odkaz, ktorý bude vystavený na oddelení a prístupný pre všetkých. Nemá ísť o anonymný odkaz, ak má konkrétneho autora, jeho hodnota sa zvyšuje. Tieto správy sú príkladom pre nových pacientov, ktorí adaptáciu iba prekonávajú, a tiež spätnou väzbou pre personál. Dozvedieť sa od pacienta, ktorý je z hospitalizácie prepúšťaný, správu „začiatky boli ťažké, ale pomohli mi“, alebo iný povzbudzujúci odkaz, môže byť kľúčovým momentom v zmene postoja k hospitalizácii a liečbe.

Na Slovensku sme sa rozhodli, že model Safewards začneme implementovať práve od tejto intervencie. Psychiatrické kliniky lekárske fakulty v Bratislave, Martine a Košiciach, ktoré sa do projektu zapojili, si v priebehu mesiacov september až október 2022 dali na stenu kliniky nakresliť strom, na ktorom sa umiestňujú odkazy pacientov. Aktivita je podporená seminármi pre multidisciplinárne tímy na pracoviskách, aby si osvojili súčasti a fungovanie modelu Safewards. Svoje aktivity zverejnili na tlačovej konferencii 10. októbra na Svetový deň duševného zdravia a vyzvali ďalšie psychiatrické oddelenia a kliniky na Slovensku, aby sa k nim pridali. Týmto spôsobom sa naštartovala implementácia modelu Safewards aj na Slovensku, aby sme eliminovali výskyt agresívne-

Správnou komunikáciou s pacientom, ktorý často nepripúšťa, že má zdravotný problém a nesúhlasí s hospitalizáciou, môžeme predísť konfliktom.

ho správania počas psychiatrickej hospitalizácie.

NEDOBROVOLNÁ HOSPITALIZÁCIA

V prípade agresívneho správania pacienta, ak sa neuplatnia preventívne postupy, resp. nie je možnosť ich uplatniť, a pacient v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jeho zdravotného stavu, je možné zrealizovať nedobrovoľnú hospitalizáciu (bez podpisania informovaného súhlasu). Táto možnosť existuje nielen na psychiatrických oddeleniach, ale zákon ju pripúšťa v ktoromkoľvek zdravotníckom zariadení. V praxi sa však využíva spravidla iba v odbore psychiatrie. Nedobrovoľná hospitalizácia je významným zásahom do ľudských práv a slobôd a mala by sa uplatňovať iba ako posledná možnosť, keď zlyhali menej obmedzujúce možnosti. A to len v situáciách, keď je medzi chorobou a nebezpečným konaním vzťah príčiny a následku.

Dôležité je dodržať pravidlá určené legislatívou. Konanie o prípustnosti prevzatia a držania v zdravotníckom zariadení je upravené v ustanoveniach § 252 a nasledujúcich Civilného mimosporového poriadku (CMP) (2) s poukazom na ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti (3). Zdravotnícke zariadenie má na zaslanie oznámenia súdu o prevzatí pacienta 24-hodinovú lehotu, ktorú je možné využiť na upokojenie pacienta, vysvetlenie potreby hospitalizácie a získanie jeho súhlasu. Ak zdravotnícke zariadenie súhlas pacienta nezíska, oznámi miestnemu príslušnému súdu umiestnenie pacienta. Podľa CMP súd vydá uznesenie a doručí ho pacientovi najneskôr

do 5 dní od obmedzenia osobnej slobody. Po právoplatnosti uznesenia, ktorým súd vyslovil, že prevzatie umiestneného do zdravotníckeho zariadenia bolo prípustné, pokračuje súd automaticky v konaní o prípustnosti držania v zdravotníckom zariadení. Uznesenie o jeho prípustnosti musí byť vydané do 3 mesiacov od právoplatnosti uznesenia o prípustnosti prevzatia do zdravotníckeho zariadenia. V tejto veci súd nariadi pojednávanie a priberie znalca – psychiatra, ktorý v zdravotníckom zariadení nepracuje. Najneskôr do uplynutia lehoty 1 roka od právoplatnosti uznesenia, ktorým súd vyslovil, že držanie v zdravotníckom zariadení je prípustné, súd rozhodne o začatí konania o prípustnosti ďalšieho držania v zdravotníckom zariadení rovnako z úradnej povinnosti. Takýto postup je zákonný a má zákonom určené pravidlá. Napriek tomu je vhodné po tejto možnosti siahnuť skutočne ako po poslednom z možných riešení.

Nie je zriedkavosťou, že pacienti prichádzajú na psychiatrické oddelenie pre poruchy správania RZP s asistenciou polície, sú nekritickí k ochoreniu a potrebe liečby. Pre personál psychiatrických oddelení je výzvou, vedieť k nim pristupovať tak, aby sa upokojili a diagnostika a liečba ochorenia prebiehali v pokojnej atmosfére. Je potešujúce, že na Slovensku je snaha rozšíriť si vzdelanie v tejto oblasti a dbať o blaho pacientov.

LITERATÚRA

Zelman M, Das ACh, Hudec J et al. Agresívne prejavy u psychiatrických pacientov hospitalizovaných v PN Hronovce v rokoch 2006 – 2008 – analýza výskytu. Psychiatr. prax 2010; 11 (4): 127–130.

Zákon č. 161/2015 Z. z. Civilný mimosporový poriadok [online]. Dostupné z: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2015-161>.

Zákon č. 576/2004 Z. z. Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov [online]. Dostupné z: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-576>.

Doc. PhDr. Albín Škoviera, PhD.

Univerzita Pardubice, Fakulta filozofická, Katedra vied o výchove

Pobyť v inštitúcii ako odľahčovacia služba

O AUTOROVI

Doc. PhDr. Albín Škoviera, PhD.

absolvoval štúdium liečebnej pedagogiky na Filozofickej fakulte UK v Bratislave. Do roku 2002 pracoval v špeciálnych výchovných zariadeniach, posledných dvanásť rokov na pozícii riaditeľa. V deväťdesiatych rokoch spolu s doc. MUDr. Lehotskou založil nepretržitú Linku detskej istoty. Od roku 2002 pôsobil na viacerých univerzitách na Slovensku. Od roku 2013 je na Univerzite Pardubice, kde garantuje magisterský študijný program resocializačná pedagogika.

POZITÍVA ODBORNÝCH ZARIADENÍ

Connely a Milligan (2012) sa kriticky vyjadrujú k súčasnej praxi, keď sociálna práca (nielen v Anglicku a Škótsku) až dogmaticky vychádza z teórie trvalosti vzťahov a prostredia, pričom ako jediné riešenie vidí ich zabezpečenie v biologickej alebo adoptívnej rodine, resp. v dlhodobom (a dokonca i krátkodobom) pestúnstve. Dieťa v tomto systéme vystrieda v priemere až 4,4 pestúnskej rodiny. „Putovanie dieťaťa“ v systéme náhradnej starostlivosti nie je problémom len západných štátov, hoci sa o ňom nehovorí, je to reálny problém, ktorý sa dnes dotýka Slovenska aj Česka.

Paradigmou „detský domov alebo prevýchovné zariadenie je posledné riešenie“ považujú obaja autori za neudržateľnú. Tvrdia, že tieto zariadenia môžu byť pre dieťa a mladého človeka voľbou, ktorá mu poskytuje nielen oveľa väčšiu istotu ako striedanie pobytov v biologickej a pestúnskych rodinách, ale vďaka profesionálnej skupinovej terapeutickej prá-

ci v bezpečnom prostredí lepšie pochopenie svojho správania a konania i posilnenie reziliencie. Dodávame – aj veľmi silnú zážitkovú skúsenosť.

„Niekedy sa ukáže ako nevyhnutné oddeliť dve infikované rany a vyliečiť každú zvlášť, skôr ako opäť zdravo zrastú. Podobným spôsobom môže byť osožné oddeliť deti od rodičov, aby neskôr mohli žiť spolu v harmonickej rodine. Na také účely sú detské domovy ideálne za predpokladu, že ponúkajú aj rodinnú liečbu“ (Lasson, 1992, s. 5). Podobne aj Algate, J. (podľa Ven, 1991), práve v USA, teda v krajine s mimoriadne rozšíreným pestúnstvom, upozorňuje na výhody náhradnej inštitucionálnej výchovnej a terapeutickej starostlivosti a ukazuje, ako môže taká pomoc zapadať do modelu opätovného spojenia rodiny. Je zrejmé, že predovšetkým krátkodobý a strednodobý inštitucionálny pobyt môže byť v špecifických prípadoch pre mnohých

adolescentov i dospelých skutočne optimálnym riešením. Potvrdením overeným praxou je nielen inštitucionálna liečba závislostí, ale sú nimi napríklad i súdom uložené výchovné opatrenia a dobrovoľné diagnostické pobyty určené pre deti a mládež s problémovým správaním a poruchami správania.

KONCEPT RESPITNEJ STAROSTLIVOSTI

Respitná starostlivosť ako odľahčujúca sociálna služba je v Českej republike súčasťou legislatívy od roku 2006, na Slovensku od roku 2008. Ide o sociálnu službu, ktorá má terénnu, ambulantnú a pobytovú formu. Hoci je viazaná predovšetkým na klientelu s ťažkým zdravotným postihnutím, aj u nás sa v rámci neziskových organizácií objavujú ponuky pre pestúnov, ktorí sa starajú o dieťa s problémovým správaním – vtedy dieťa môže byť na krátkodobom pobyte u „respitných pestúnov“.

Napriek tomu, že sa u nás zdôrazňuje deinštitucionalizovaná forma respitnej starostlivosti, Novosad (2002) upozorňuje na oveľa väčšiu rôznorodosť odľahčovacej služby a nesnaží sa ju redukovat ani len na sociálnu službu. Uvádza, že vo vyspelom svete fungujú štyri základné modely: v prvom vybraný „asistent“ chodí priamo do rodiny, v druhom ide o odborné pripravených „respitných pestúnov“ a pomoc sa realizuje v ich domove, v treťom ide o formu denného stacionára s odborným zameraním, vo štvrtom o odborné rezidenčné zariadenie.

Hoci sa predpokladá, že inštitucionálna respitná starostlivosť je skutočne odľahčovacou predovšetkým pre blízke opatrovateľské osoby (od rodičov, pestúnov až

po dospelé deti, ktoré sa starajú o svojich rodičov – seniorov), výrazne zainteresovanými stranami môžu byť aj inštitúcie, ktoré sa na starostlivosti a edukácii podieľajú, aj jej samotní priami adresáti. Prednostovia a primári na psychiatriách vedia, koľkým ľuďom poskytnutím takého „azylu“ už pomohli preklenúť kritické obdobie.

POZNATKY Z PRAXE

V minulosti sme sa stretli so situáciou, keď jedna riaditeľka opakovane prijatím dieťaťa na prechodný čas do inštitúcie umožnila profesionálnym rodičom, aby zregenerovali svoje sily a s dieťaťom mohli fungovať ďalej. Napriek pochybnostiam v zmysle úzkoprsej legislatívy sme si istí, že to bolo celkom isto v súlade s najlepším záujmom dieťaťa.

Aj v praxi bratislavského Diagnostického centra (pre deti) sa pri časti dobrovoľných diagnostických a radiagnostických pobytov stáva, že **ide predovšetkým o pobyty odľahčovacie**. Spoločným znakom musí byť vždy to, že žiadateľia

- zariadeniu a jeho pracovníkom dôverujú,
- považujú zariadenie za dostatočne bezpečný priestor pre dieťa i pre seba,
- sa nechcú dieťaťa „zbaviť“, ale potrebujú si „len“ oddýchnuť,
- sú ochotní spolupracovať na riešení problému, pretože problémom nie je (len) dieťa, je to spoločný problém.

Odľahčovacie pobyty sú dôležitou prevenciou opatrovateľských osôb pred vyhorením, ale aj reálnou „krízovou“ pomocou pre viaceré deti i dospelých.

To, že aj u dieťaťa počas pobytu dochádza k pozitívnym zmenám v správaní, je pridaná hodnota pobytu. Odľahčovací pobyt je vlastne spoločným priestorom na riešenie problému rodiny (resp. sociálnej inštitúcie, pre dieťa s nariadenou ústavnou starostlivosťou) a dieťaťa. Sú tri základné skupiny, s ktorými sa často stretávame:

- deti z pestúnstva (často príbuzenského – starorodičovského), deti z profesionálnych rodín a osvojiteľských rodín,
- deti z bývalých detských domovov, ktoré potrebujú mať skúsenosť s jasným výchovným vedením a pravidlami,
- deti s ADHD, pre ktoré je dobre nastavený režim súčasťou ich optimálneho fungovania.

Odľahčovací pobyt môže mať aj netypickú podobu. Príkladom môže byť chlapec – drogový diler –, ktorý sa oprávnenne cítil ohrozený skupinou vydieračov a diagnostické centrum bolo pre neho „najbezpečnejším miestom na svete“, alebo, ešte v roku 2002, štyri palestínske deti (bez sprievodu rodičov), ktoré nechali prevádzači pred budovou Červeného kríža.

Sme presvedčení o tom, že odľahčovacie pobyty sú nielen dôležitou prevenciou opatrovateľských osôb pred vyhorením, ale aj reálnou „krízovou“ pomocou pre viaceré deti i dospelých. Vnímame ich ako jasne cieleňú a efektívnu sekundárnu a terciárnu prevenciu. Sú však aj vážnou výzvou pre legislatívu, aby boli ponímané širšie, a nie iba ako sociálna služba, ale najmä, aby sme pri naplňaní litery zákona nezabúdali na samotného ducha zákona.

LITERATÚRA

CONNELLY G., MILLIGAN, I. (2012). *Residential Child Care: Between Home and Family*. Edinburgh: Dunedin Academic. ISBN 978-17-804-6000-0.

LASSON, S. M. (1992). Dětské domovy – kdo koho vychovává? In: Sborník referátů z mezinárodního kongresu v Praze (20-25.8.1990), FICE, ČSFR, s. 3-8 bez ISBN

NOVOSAD, L. (2000). *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-197-5.

VEN, K. V. (1991). Residential Care, Education and Treatment in the United States, In: GOTTESMAN, M. *Residential Child Care an Intenational Reader*, London, s. 275-299. ISBN 1-87-1177-17-0.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálních službách

Nepriaznivé zážitky v detstve a užívanie alkoholu v dospelosti

MUDr. Natália Kaščáková, PhD.

Institut sociálního zdraví Univerzity Palackého v Olomouci (OUSHI UPOL); Psychiatricko-psychoterapeutická ambulancia, Pro mente sana, Bratislava

O AUTORKE

MUDr. Natália Kaščáková, PhD.

pracuje ako psychiatrická a psychoterapeutka v súkromnej praxi, kde sa venuje prevažne dospelým pacientom s depresívnymi, úzkostnými, psychosomatickými a vzťahovými ťažkosťami. Skúma súvislosti medzi traumatizáciou v detstve a neskoršom živote, vzťahovou väzbou, odolnosťou a zdravím. Je odbornou asistentkou na Inštitúte sociálneho zdravia na Univerzite Palackého v Olomouci a autorkou knihy *Obranné mechanizmy z psychoanalytického, etologického a evolučno-biologického aspektu*.

Súvislosti medzi nepriaznivými zážitkami v detstve (ACE) a poruchou užívania alkoholu v dospelosti potvrdzujú viaceré metaanalýzy (Hughes a kol., 2017) a prospektívne štúdie (Kisely a kol., 2020; Kisely, Strathearn, & Najman, 2021). Nepriaznivé zážitky so vzťahovými osobami môžu viesť k vytvoreniu nejstej vzťahovej väzby, ktorá sa spolu so zvýšenou genetickou vulnérabilitou môže podieľať na vzniku a rozvoji závislosti od alkoholu a iných látok (Gerra et al., 2021). Naším cieľom bolo preskúmať súvislosti medzi nepriaznivými zážitkami v detstve, vzťahovou úzkostnosťou a vyhýbavosťou a poruchami užívania alkoholu v dospelosti.

METÓDY A VÝSKUMNÝ SÚBOR

Dotazník **Trauma z detstva** posudzuje retrospektívne všetky formy zlého zaobchádzania s dieťaťom, zahrnujúce emočné týranie, fyzické týranie, sexuálne zneužívanie, emočné zanedbávanie a fyzické zanedbávanie (Petrikova a kol., 2021; Kaščáková, 2022).

Nepriaznivé zážitky z detstva boli zisťované dotazníkom ACE-IQ (WHO, 2018), ktorý sleduje 13 oblastí nepriaznivých skúseností z detstva: 1) telesné týranie; 2) emočné týranie; 3) kontaktné sexuálne zneužívanie; 4) abúzer alkoholu a/alebo drog v domácnosti; 5) väznenie člena domácnosti; 6) niekto v domácnosti, kto bol depresívny, duševne chorý, inštitucionalizovaný alebo suicidálny; 7) matka a/alebo niekto v domácnosti bol vystavený násiliu; 8) jeden alebo žiadni rodičia, odlúčenie alebo rozvod rodičov; 9) emočné zanedbávanie; 10) telesné zanedbávanie; 11) šikanovanie; 12) násilie v spoločenstve; 13) kolektívne násilie.

Vzťahová väzba v dospelosti bola posudzovaná dotazníkom **Prežívanie blízkych vzťahov (ECR-R-14)** (Švecová a kol., 2021). Tvrdenia sú rozdelené do dvoch dimenzií mapujúcich vzťahovú úzkostnosť a vzťahovú vyhýbavosť.

Porucha užívania alkoholu bola zisťovaná otázkami na užívanie alkoholu v dotazníku CAGE (Ewing, 1984). Otázky sa zameriavajú na 1. pocit potreby obmedziť pitie alkoholu, 2. podráždenie okolia z pitia alkoholu, 3. pocit viny v súvislosti s pitím alkoholu a 4. pitie alkoholu ráno s cieľom upokojiť sa alebo zbaviť sa „kocoviny“. Skóre 2-3 indikuje vysoké riziko a skóre 4 indikuje poruchu užívania alkoholu. Zber údajov sa uskutočnil v apríli 2019 formou osobných rozhovorov zaznamenávaných do elektronického dotazníka. Výskumný súbor 1 018 respondentov reprezentuje dospelú populáciu SR z hľadiska kvótnych znakov (pohlavie, vek, vzdelanie, národnosť, veľkosť mies-

ta bydliska a kraj bydliska). Priemerný vek bol 46,24 rokov, 48,7 % tvorili muži.

Klinické vzorky zbierali psychológovia a psychiatri na KDZ SZU PNPP v Pezinku a v OLÚP na Prednej Hore od decembra 2020 do februára 2021 a od októbra 2021 do marca 2022. Na účely výskumu bola vybraná vzorka pacientov závislých od alkoholu (n=58; priemerný vek: 44,6±9,9; 69 % mužov). Skupinu závislých od alkoholu sme porovnávali s neproblémovými konzumentmi alkoholu z reprezentatívnej vzorky, ktorí subjektívne udávali, že sú zdraví (teda netrpia žiadnym ochorením) (n=78; priemerný vek: 35,6±12,2; 78,2 % mužov).

PROBLÉM S UŽÍVANÍM ALKOHOLU V REPREZENTATÍVNEJ VZORKE

Z celej reprezentatívnej vzorky 1 018 respondentov 45,3 % udávalo, že v súčasnosti konzumujú alkohol. 6,7 % celkovej populácie podľa dotazníka CAGE spĺňalo kritériá pravdepodobnej poruchy užívania alkoholu (skóre 2 a viac) a 38,5 % podľa kritérií CAGE konzumovalo alkohol neproblémovo (skóre 0 a 1).

SKÓRE V DOTAZNÍKU CTQ A ECRR

Respondenti z reprezentatívnej vzorky, ktorí dosahovali skóre v CAGE 2 a viac, a teda mali suspektnú poruchu užívania alkoholu, mali významne vyššie skóre vo všetkých oblastiach zlého zaobchádzania v detstve podľa dotazníka CTQ a významne vyššiu vzťahovú úzkostnosť a vyhýbavosť oproti neproblémovému konzumentom alkoholu (so skóre CAGE 0 a 1).

VÝZVY NA VZDELÁVANIE ODBORNÍKOV POSKYTUJÚCICH STAROSTLIVOSŤ O DUŠEVNÉ ZDRAVIE 2022

Pre vybrané profesie v rezorte zdravotníctva a mimo rezortu zdravotníctva.

S cieľom posilniť kompetencie odborníkov v starostlivosti o duševné zdravie v oblasti prevencie, diagnostiky, liečby, pripraviť ich na poskytovanie starostlivosti pacientom v nových komunitných typoch zariadení.

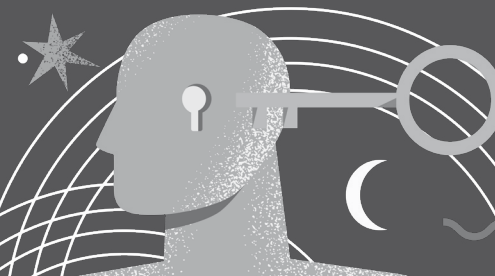
Link na výzvu v rezorte

<https://health.gov.sk/Clanok?plan-obnovy-vzdelavanie-v-rezorte>

Link na výzvu mimo rezortu

<https://health.gov.sk/Clanok?plan-obnovy-vzdelavanie-mimo-rezort-zdravotnictva>

Vyhlásilo Ministerstvo zdravotníctva SR ako vykonávateľ reforiem Plánu obnovy a odolnosti v rámci Komponentu 12 – Humánna, moderná a dostupná starostlivosť o duševné zdravie.



Výzvy sú aktívne, prebieha proces hodnotenia a následného schvaľovania žiadostí. Prosím, venujte pozornosť príležitosti vzdelávať sa v oblasti duševného zdravia aj ako pomoc pri uplatňovaní žiadanej komplexnej prístupu ku pacientovi.



Financované
Európskou úniou
NextGenerationEU

PLÁN [OBNOVY]



MINISTERSTVO
ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY



RADA VLÁDY
SLOVENSKEJ REPUBLIKY
PRE DUŠEVNÉ ZDRAVIE

Tab. 1 Skóre v jednotlivých subškálach dotazníka Traumatizácia v detstve (CTQ) a dotazníka Prežívania blízkych vzťahov (ECRR-14) v porovnávaných skupinách

Pozn. M = priemer, SD = štandardná odchýlka, p = štatistická významnosť podľa Mann-Whitney U testu, n.s. = nevýznamný rozdiel

	Konzumenti alkoholu so susp. poruchou užívania (n=69)	Konzumenti alkoholu s neproblémovým užívaním (n=392)	Rozdiely medzi skupinami p
Emočné týranie	8,6 (3,9)	6,5 (2,5)	p < 0,001
Fyzické týranie	7,4 (3,8)	5,8 (2,2)	p < 0,001
Sexuálne zneužívanie	6,4 (2,9)	5,5 (2,1)	p < 0,001
Emočné zanedbávanie	11,4 (4,5)	10,0 (4,2)	p = 0,007
Fyzické zanedbávanie	8,8 (3,8)	7,2 (2,8)	p = 0,002
Vzťahová úzkosť	21,1 (10,4)	16,4 (8,9)	p < 0,001
Vzťahová vyhýbavosť	26,4 (11,4)	20,6 (11,1)	p < 0,001

Respondenti, ktorí retrospektívne udávali emočné týranie/fyzické týranie/sexuálne zneužívanie alebo viac ako 3 typy zlého zaobchádzania v detstve, mali v porovnaní s abstinentmi až 4,3- – 6,2-krát vyššie riziko, že budú mať v dospelosti poruchu užívania alkoholu (Kascakova a kol., 2022).

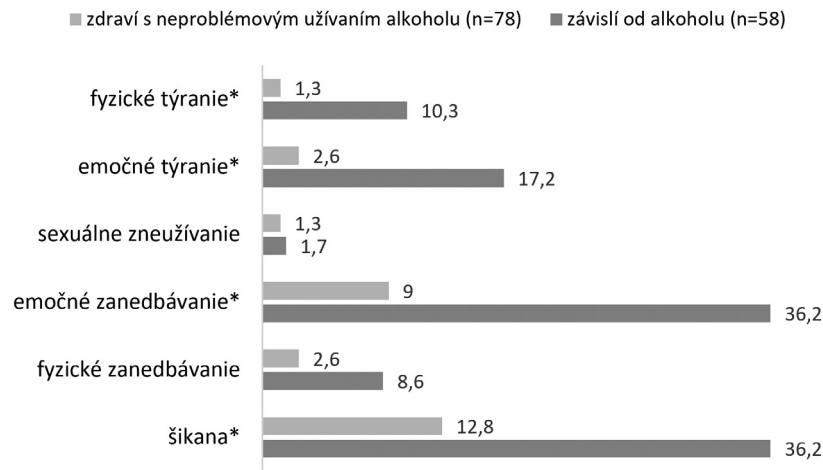
VÝSKYT NEPRIAZNIVÝCH ZÁŽITKOV V DETSTVE U PACIENTOV ZÁVISLÝCH OD ALKOHOLU

Pacienti závislí od alkoholu (n=58) udávali významne vyšší výskyt fyzického a emočného týrania, emočného zanedbávania a šikanovania v detstve (Graf 1) a významne vyšší

výskyt násilia, alkoholizmu, depresie, suicidality a duševných ochorení v rodine a častejšie stratili rodiča do svojich 18 rokov v porovnaní s respondentmi z reprezentatívnej vzorky, ktorí neudávali žiadne ochorenie a alkohol konzumovali „neproblémovo“ (n=78, CAGE skóre = 0 a 1) (Graf 2).

Graf 1. Percentuálny výskyt ťažších foriem zlého zaobchádzania v detstve podľa ACE-IQ

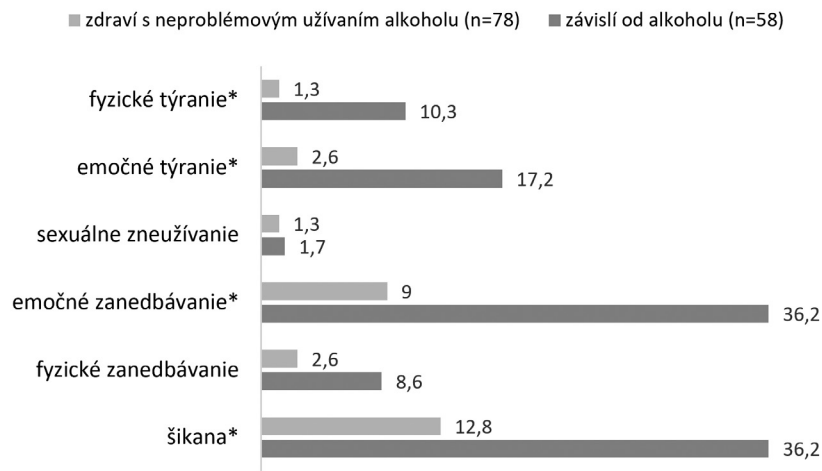
Pozn. * p < 0,05; t-test porovnania skupín s Bonferroniho korekciou



Z hľadiska prevencie užívania látok sa ukazuje ako účinná najmä kombinácia intervencií zameraných na deti a na rodičovstvo s dôrazom na tri hlavné piliere: pozitívny vzťah medzi rodičom a dieťaťom, stálosť, čo sa týka disciplíny, a jasné rodičovské postoje k alkoholu a drogám.

Graf 2. Percentuálne zastúpenie nepriaznivých zážitkov v detstve podľa dotazníka ACE-IQ

Pozn. * p < 0,05; t-test porovnania skupín s Bonferroniho korekciou



ZHRNUTIE A IMPLIKÁCIE PRE PRAX

Z výsledkov našich aj zahraničných výskumov sa ukazuje, že nepriaznivé rané skúsenosti so vzťahovými osobami, ktoré ovplyvňujú formovanie vzťahovej väzby a vzťahového prežívania v dospelosti, sú asociované s poruchou užívania alkoholu, teda s problémovým užívaním a závislosťou. Zistili sme vyšší výskyt alkoholizmu, duševných porúch, emočného a fyzického násilia v primárnych rodinách pacientov s poruchami užívania alkoholu. Zažívanie nadmerného stresu v detskom a adolescentnom

Naším cieľom bolo preskúmať súvislosti medzi nepriaznivými zážitkami v detstve, vzťahovou úzkosťou a vyhýbavosťou a poruchami užívania alkoholu v dospelosti. Dotazník Trauma z detstva posudzuje retrospektívne všetky formy zlého zaobchádzania s dieťaťom.

veku u našich probandov pravdepodobne cez genetické a epigenetické mechanizmy mohlo viesť k poruchám užívania alkoholu a iných látok, zrejme aj v rámci „autosanačných pokusov“ doceliť látkou zmenu v negatívnom emočnom prežívaní.

Z hľadiska prevencie užívania látok sa ukazuje ako účinná najmä kombinácia intervencií zameraných na deti (edukácia v oblasti závislosti a tréningy zručností) a intervencií zameraných na rodičovstvo s dôrazom na tri hlavné piliere: pozitívny vzťah medzi rodičom a dieťaťom, stálosť, čo sa týka disciplíny, a jasné rodičovské postoje k alkoholu a drogám (Gerra et al., 2021). Pre matky, ktoré sú závislé od alkoholu či drog, sa vo svete úspešne používa program *Mothering from the Inside Out*, využívajúci intervencie založené na poznatkoch o vzťahovej väzbe a vývine dieťaťa a posilňujúci schopnosť matky regulovať svoje vlastné emočné stavy a porozumieť stavom dieťaťa (Lowell et al., 2021).

Práca vznikla za podpory grantu Slovenskej psychiatrickej spoločnosti 2020 Výskyt psychickej traumatisácie u drogovu závislých pacientov. Ďakujeme MUDr. Ivane Dušekovej, MUDr. Liborovi Kiššovi a PhDr. Mgr. Vladimírovi Stanislavovi, PhD., MPH, za umožnenie zberu dát.

LITERATÚRA

Ewing, J. A. 1984. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *Jama*, 252(14), 1905-1907.

Gerra, M. L., Gerra, M. C., Tadonio, L., Pellegrini, P., Marchesi, C., Mattfeld, E., Ossola, P. 2021. Early parent-child interactions and substance use disorder: an attachment perspective on a biopsychosocial entanglement. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 131, 560-580.

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Dunne, M. P. 2017. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366.

Kascakova, N., Petrikova, M., Furstova, J., Hasto, J., Geckova, A. M., & Tavel, P. 2022. Associations of childhood trauma with long-term diseases and alcohol and nicotine use disorders in Czech and Slovak representative samples. *BMC public health*, 22(1), 1769.

Kaščáková, N. (2022). Nepriaznivé zážitky v detstve ovplyvňujú zdravie. *Sociálna prevencia, Rizikové správanie a prevencia*. NOC Bratislava, 2022, s.3-5. ISSN 1336 9679.

Kisely, S., Mills, R., Strathearn, L., & Najman, J. M. 2020. Does child maltreatment predict alcohol use disorders in young adulthood? A cohort study of linked notifications and survey data. *Addiction*, 115(1), 61-68.

Kisely, S., Strathearn, L., & Najman, J. (2021). The influence of child maltreatment on substance or alcohol use in 30-year-old adults: A birth cohort study. *Drug and alcohol review*, 40(4), 673-680.

Lowell, A. F., Peacock-Chambers, E., Zayde, A., DeCoste, C. L., McMahon, T. J., & Suchman, N. E. (2021). *Mothering from the Inside Out: addressing the intersection of addiction, adversity, and attachment with evidence-based parenting intervention*. *Current Addiction Reports*, 8(4), 605-615.

Petrikova, M., Kascakova, N., Furstova, J., Hasto, J., & Tavel, P. 2021. Validation and adaptation of the Slovak version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2440.

Švecová, J., Kaščáková, N., Furstová, J., Hašto, J., & Tavel, P. 2021. Validácia slovenskej skrátenej škály prežívania v blízkych vzťahoch (ECR-R-SK-14). *Ceskoslovenska Psychologie*, 65(2), 146-162.

World Health Organization. 2018. *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. Violence and Injury Prevention*. In: *Adverse Childhood Questionnaire (ACE-IQ)*. Geneva: WHO. Dostupné na: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en/

Ako sa menia schopnosti viesť motorové vozidlo pri intoxikácii alkoholom a pod vplyvom alkoholu

Účinok alkoholu na vodiča závisí od mnohých okolností. Patrí k nim dávka alkoholu, rýchlosť jeho pitia, čas, ktorý uplynul od požitia alkoholu, telesná hmotnosť, pohlavie (ženy odbúravajú alkohol pomalšie) a zdravotný stav. K tomu sa pridáva rozsiahla a komplikovaná problematika interakcií alkoholu a liekov. Napríklad možno povedať, že prevažná väčšina psychofarmák a drog vrátane benzodiazepínov negatívne pôsobenie alkoholu ešte zosilňuje. Pomerne rozšírená je interakcia medzi marihuanou a alkoholom. Schopnosť viesť motorové vozidlo zhoršuje aj samotná marihuana a tým skôr jej kombinácia s alkoholom (Chihuri a Li, 2020). Aj bez interakcií s inými látkami je schopnosť viesť motorové vozidlo zhoršená aj po nízkych dávkach alkoholu zodpovedajúcich napríklad 500 ml 12° piva alebo 200 ml vína.

SCHOPNOSŤ VIESŤ MOTOROVÉ VOZIDLO POD VPLYVOM ALKOHOLU

Hranica medzi opitostou a alkoholovou intoxikáciou nie je presná, pretože opitosť sa prejavuje ešte v čase, keď je alkohol v krvi. K typickým príznakom opitosti patria bolesti hlavy, hnačka, nechutenstvo, triaška, únava a nevoľnosť. Na výskumné účely sa vyžaduje prítomnosť aspoň dvoch z uvedených príznakov v natolko závažnej forme, aby prišlo k narušeniu bežných denných činností a povinností. Norman et al. (2021) zisťovali, ako sa zmenila schopnosť viesť motorové vozidlo po účasti na štvordňovom hudobnom festivale, kde skúmané osoby pili alkohol. Autori

O AUTOROVI

MUDr. Karel Nešpor, CSc.

po štúdiu medicíny sa krátko zaoberal vnútorným lekárstvom a rok a pol lekárske výskumom jogy Československej akadémie vied. Zložil atestácie zo psychiatrie, z liečenia návykových chorôb a zo psychoterapie. V roku 1992 absolvoval študijný pobyt v USA a získal kandidatúru. Niekoľko rokov bol vedeckým sekretárom Spoločnosti návykových chorôb Českej lekárskej spoločnosti. V roku 2016 dostal Cenu adiktológie. V súčasnosti pôsobí ako emeritný primár v Psychiatrickej nemocnici Bohnice.

zistili, že schopnosť viesť motorové vozidlo bola podstatne znížená, aj keď sa hladina alkoholu priblížila k nule. To je v súlade s predchádzajúcimi štúdiami (napríklad Gunn et al. 2018, Verster 2014), ktoré tiež skonštatovali zhoršenú schopnosť viesť motorové vozidlo pod vplyvom alkoholu.

Zhoršená schopnosť šoférovať pod vplyvom alkoholu má celý rad príčin, ku ktorým patria:

- Môže nastať hypoglykémia (pokles hladiny glukózy v krvi). Hypoglykémia sa prejavuje únavou, nevykonnosťou, nepokojom, zrýchleným dychom, potením, triaškou, zmätenosťou alebo aj bezvedomím. Toto riziko je vyššie u osôb liečených antidiabetikami.
- Poruchy vodného a minerálneho hospodárstva. Typicky sa objavuje dehydratácia, pretože alkohol tlmí sekréciu antidiuretického hormónu.

- Bolesti hlavy, žalúdka a ďalšie telesné ťažkosti odvádzajú pozornosť vodiča od šoférovania. Za uvedené ťažkosti je do značnej miery zodpovedný metabolit alkoholu acetaldehyd.
- Po dlhšej intoxikácii alkoholom sa objavuje spánková deprivácia. Alkohol narušuje REM fázu spánku a narušenie tejto spánkovej fázy negatívne ovplyvňuje pamäť. Okrem toho rastie riziko, že vodič, ktorý je pod vplyvom alkoholu, pri šoférovaní zaspí.
- K tomu treba pripočítať aj priame ovplyvnenie mozgovej kôry opitostou (Karadayian et al., 2019) a predchádzajúce pitie alkoholu.
- Predovšetkým u závislých osôb sa v priebehu opitosti objavuje odvykací stav, ktorý sa prejavuje príznakmi ako triaška a nepokoj, ale môžu sa objaviť aj halucinácie alebo epileptické záchvaty.

CELOSPOLOČENSKÉ HLADISKO

Vedenie motorového vozidla pod vplyvom alkoholu predstavuje značné riziko pre takto indisponovaného vodiča aj ďalších účastníkov cestnej premávky vrátane chodcov. V Čechách a na Slovensku má vodičský preukaz viac ako polovica obyvateľov a spotreba alkoholu v strednej Európe je vysoko nadpriemerná. Je preto isté, že pod vplyvom alkoholu vedie motorové vozidlo veľký počet osôb. To sa podieľa podstatným spôsobom na počte dopravných nehôd. Navyše bývajú dopravné nehody pod vplyvom alkoholu a v dôsledku opitosti závažnejšie, pretože sa vodiči do-

púšťajú hrubších chýb a v prípade nehody pomalšie reagujú (napríklad Romano et al., 2018).

VEDENIE MOTOROVÉHO VOZIDLA POD VPLYVOM ALKOHOLU

Schopnosť viesť motorové vozidlo je pod vplyvom alkoholu zhoršená, pozri nasledujúci prehľad.

Šoférovanie pod vplyvom alkoholu 0,2 – 0,5 promile: Preukázateľné zhoršenie. Tendencia riskovať, nadmerná sebadôvera, horšie rozozná pohybujuce sa svetlá. Horší odhad vzdialenosti.

0,5 – 0,8: Ako je uvedené vyššie, ale viac. Navyše je dlhší reakčný čas, oči sa s ťažkosťami prispôsobujú prechodu svetla a tmy, horšie vnímanie farieb (červená na semafore!) aj sústredenie. Poruchy rovnováhy u cyklistov a motorkárov.

0,8 – 1,2: Ako je uvedené vyššie, ale viac. Navyše sa zhoršuje vníma-

nie okraja zorného poľa (tunelové videnie) a rastie bezohľadnosť pri jazde.

Nad 1,2: Ako je uvedené vyššie, ale viac. Takýto vodič predstavu-

je obrovské riziko. Navyše je horšia orientácia. Aj skúsený vodič sa v tomto stave môže dopustiť hrubých chýb, ako je zošliapnutie plynu miesto brzdy.

LITERATÚRA

Gunn C, Mackus M, Griffin C, Munafò MR, Adams S. A systematic review of the next-day effects of heavy alcohol consumption on cognitive performance. *Addiction*. 2018; 113(12):2182-2193. ISSN 1360-0443.

Chihuri S, Li G. Direct and indirect effects of marijuana use on the risk of fatal 2-vehicle crash initiation. *Inj Epidemiol*. 2020; 7(1):49 *Inj Epidemiology*. ISSN 2197-1714.

Karadayian AG, Lombardi P, Bustamante J, Lores-Arnaiz S. Alcohol hangover effects on brain cortex non-synaptic mitochondria and synaptosomes bioenergetics. *Alcohol*. 2019; 77:113-123. ISSN 0741-8329.

Norman T, Monds LA, Dilevski N, Riordan B, Peacock A, Ferguson SG, Kuntsche E,

Bruno R. Assessing driving-relevant attentional impairment after a multiday drinking session: A two-phase pilot study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2022; 46(4):628-640. ISSN: 0145-6008.

Romano E, Torres-Saavedra PA, Calderón Cartagena HI, Voas RB, Ramírez A. Alcohol-Related Risk of Driver Fatalities in Motor Vehicle Crashes: Comparing Data From 2007 and 2013-2014. *J Stud Alcohol Drugs*. 2018; 79(4):547-552. ISSN: 1937-1888.

Verster JC, Bervoets AC, de Klerk S, Vreman RA, Olivier B, Roth T, Brookhuis KA. Effects of alcohol hangover on simulated highway driving performance. *Psychopharmacology (Berl)*. 2014; 231(15):2999-3008. ISSN: 0033-3158.

Doc. Mgr. Svetlana Kapalková, PhD.

Katedra logopédie Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského

Vývinová jazyková porucha a duševné zdravie

Vývinová jazyková porucha (VJP) patrí medzi neurovývinové ochorenia, to znamená, že deti vzhľadom na svoj fyzický vek hovoria a/alebo rozumejú menej v porovnaní so svojimi rovesníkmi. Tieto ťažkosti negatívne ovplyvňujú ich každodenný život, ako aj ich celej blízkej rodiny. Štatistiky vo svete uvádzajú, že ide o ochorenie s vysokou prevenciou, najčastejšie uvádzajú čísla v rozmedzí 5 – 8 %, v populačných štúdiách na základe širších kritérií dokonca až 14 – 20 % (Law a kol., 2017). Paradoxné je, že VJP napriek svojmu vysokému výskytu a dlhodobým následkom v oblasti verejného a duševného zdravia býva „skrytým“ ochorením v spoločnosti. Bishopová (2017) hovorí, že ochore-

O AUTORKE

Doc. Svetlana Kapalková, PhD.

pôsobí na Katedre logopédie Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského. Dlhodobo sa venuje témam ranej intervencie, vývinu reči, bilingvizmu a vývinovej jazykovej poruchy u slovenských detí. V roku 2005 sa stala spoluzakladateľkou Inštitútu detskej reči, kde pracuje ako školská logopedička s deťmi s VJP a ich rodičmi. V rámci prevencie spolupracovala na štandardizácii testu komunikačného správania TEKOS, ktorý sa používa na vyhľadávanie rizikových detí v ranom veku. Je spoluautorkou jazykovej metodiky šlabikára, ktorá pomáha deťom s VJP zvládnuť lepšie čítanie s porozumením.

reniam s nižším výskytom, ako sú napríklad poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou (ADHD), detský autizmus a vývinová dyslexia, býva v porovnaní s VJP venovaná oveľa väčšia pozornosť zo strany odborníkov, vedcov, ale i laickej verejnosti. V každej bežnej triede materskej alebo základnej školy s tridsiatimi žiakmi sa nachádzajú približne dve deti s vývinovou jazykovou poruchou. Keďže ide o vývinové ochorenie, pretrváva po celý život a je charakteristické meniacimi sa symptómami, v školskom veku sa zároveň často asociuje s dyslexiou a dysortografiou, ako aj poruchou pozornosti. Rôzne ťažkosti v správaní jedinca s VJP však môžu pretrvávať po celý život.

JAZYKOVÉ DEFICITY AKO PROBLÉM DUŠEVNÉHO ZDRAVIA

Poruchy správania

Napriek tomu, že VJP je rozšírené ochorenie, často býva skryté, pretože má vysokú variabilitu symptómov a stupňa ťažkostí, ktorými sa môže prejavovať navonok. V ranom veku sa jazykové problémy detí zároveň spájajú s ich externalizáciou (napríklad s agresiou v správaní dieťaťa) alebo internalizáciou (napríklad s prežívaním úzkosti). Cohenová a kol. (1993) na základe štúdie na vzorke 399 detí vo veku 4–12 rokov zistili, že až tretina detí odporúčaná na psychiatrické vyšetrenie má netušené jazykové deficity, ďalšia tretina detí bola na psychiatrické vyšetrenie odoslaná s už identifikovanou jazykovou poruchou. Obe tieto skupiny detí mali podľa autorov symptómy asociované s poruchou pozornosti a hyperaktivity s vážnym vplyvom na ich správanie. Aj staršia štúdia Cohenovej a kol. z roku 1989 upozornila na fakt, že vývinová jazyková porucha je prehliadaná a deti prichádzajú na psychiatrické vyšetrenie následne len z dôvodu externalizovaných porúch v správaní. Konkrétne na vzorke 5- až 12-ročných detí s normálnym intelektom, ktoré boli odoslané na psychiatrické vyšetrenie, urobili autori štúdie okrem iného aj šandardizované vyšetrenie porozumenia reči a expresívnej komunikácie (vyšetrenie slovnej zásoby, gramatiky, fonológie). Až 28 % detí vo vzorke bolo následne diagnostikovaných so stredne ťažkým až ťažkým stupňom rôznych jazykových deficitov. Práve táto „neodhalená“ skupina detí s jazykovou poruchou mala závažnejšie poruchy správania v porovnaní s inými deťmi v sledovanej kohorte.

Depresívne symptómy

Premietanie jazykových deficitov však významne prebieha aj na úrovni ich internalizácie. Viaceré zahraničné štúdie uvádzajú signifikantne vyšší výskyt prejavov depresívneho správania u detí a adolescentov s vývinovou jazykovou poruchou ako u detí a adolescentov bez tejto poruchy. Bedemová a kol. (2018) uskutočnili štúdiu na pozorovanie depresívnych symptómov a emočnej regulácie u detí vo veku od 8 do 16 rokov. V rámci longitudinálneho pozorovania, ktoré prebiehalo 18 mesiacov, pozorovali častejší výskyt depresívnych symptómov

u detí s vývinovou jazykovou poruchou prekvapivo v skupine najmladších detí s VJP v porovnaní s ich rovesníkmi bez jazykových deficitov. V staršom veku detí s VJP výskyt depresívnych symptómov mierne klesal. Ako uvádzajú autori štúdie, závažnosť depresívnych symptómov však priamo nekoreluje so stupňom alebo typom jazykových deficitov. Do popredia sa ako možný súvis často dáva oslabená sémantika (horšia slovná zásoba) a priama predikcia bola zistená hlavne medzi pragmatickými deficitmi v komunikácii, aj keď izolovane vysvetľujú len malú časť faktorov v rámci existujúcich depresívnych symptómov. Oveľa významnejšiu úlohu v tomto vzťahu zohráva schopnosť emocionálnej regulácie, ktorá vysvetľuje stupeň a depresívne symptómy v oboch skupinách detí. Pociťovanie obáv u detí s jazykovými ťažkosťami sa tak ukazuje ako dôležitý rizikový faktor vzniku depresie. Výskyt väčšieho množstva depresívnych symptómov však pretrváva aj vo vyššom veku v porovnaní s rovesníkmi. Podľa Bedemovej a kol. (2018) na vyšší výskyt depresie vplyvajú pretrvávajúce ťažkosti chápať a uvedomiť si emócie (pomenovať ich), vyšší výskyt šikanovania detí s DLD a výskyt stúpa v prechodných obdobiach, keď osoby s DLD riešia nové náročné situácie, ako napríklad ukončenie školy a hľadanie práce (Bottingová a kol., 2016 in Bedemová, 2018).

ZAČLENENIE JEDINCOV S VÝVINOVOU JAZYKOVOU PORUCHOU DO SPOLOČNOSTI V DOSPELOM VEKU

Je všeobecne známe, že deficity v orálnom jazyku (hovorení) spôsobujú ťažkosti s osvojovaním si písanej formy jazyka (gramotnosti) a s akademickými schopnosťami v školskom veku. Zlé porozumenie reči súvisí s nedostatočným porozumením čítaného textu. Nižšia úroveň gramotnosti vedie k mnohým ďalším konzekvenciám v dospelom veku, ktoré sú často prehliadané. Medzi najčastejšie z nich patrí napríklad skoršie ukončenie školskej dochádzky a voľba prípravy skôr na manuálne typy zamestnaní. Súčasná spoločnosť je založená na vedomostnej politike, manuálne práce sú automatizované, mechanizované a na trhu práce ich ubúda. Prirodzenou konzekvenciou často býva nezamestnanosť dospelých s VJP, zvýšená

rizikovosť časti tejto populácie pre drogovú, ale aj kriminálnu činnosť. Nižšie vzdelanie zároveň súvisí s nižšími príjmami a nižšou úrovňou socioekonomického statusu (Bishopová, 2014).

Vzhľadom na rozšírené VJP a závažnosť vplyvov na duševné zdravie jedincov s VJP vznikla potreba viac hovoriť o tejto téme a poskytnúť verejnosti aktualizované informácie o tomto ochorení, nasledujúc viacero svetových kampaní, ktoré upozorňujú na jeho závažnosť, ale i možnosti prevencie (<https://radld.org>). Vývinová jazyková porucha spĺňa kritériá pre oblasť, ktorá zapadá do rámca verejného zdravia, pretože predstavuje veľkú záťaž pre spoločnosť a je rozdelená nespravodlivo s vyšším výskytom v sociálne marginalizovanom prostredí. Existujú dôkazy o tom, že základné preventívne stratégie by mohli znížiť záťaž vývinovej jazykovej poruchy, ak sa uplatnia prístupy týkajúce sa zdravia populácie (Law a kol., 2017).

LITERATÚRA

Bishop, D. V. M. (2014) Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. In International Journal of Language Communication Disorders. Vol. 49, No. 4, p. 381–415. ISSN 1460-6984

Bishop, D. V. M. (2017) Why is it so hard to reach agreement on terminology? The case of developmental language disorder (DLD). In Journal of Language & Communication Disorders. Vol 52, No 6, p. 671–680. ISSN 1460-6984

Cohen, N. J., Davine, M., Meloche-Kelly, M. (1989) Prevalence of Unsuspected Language Disorders in a Child Psychiatric Population. In Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Vol 28, Issue 1, p. 107–111. doi: 10.1097/00004583-198901000-00020. PMID: 2914822.

Cohen, N. J., Davine, M., Horodezky, N., Lipsett, L., Isaacson, L. B. A. (1993) Unsuspected Language Impairment in Psychiatrically Disturbed Children: Prevalence and Language and Behavioral Characteristics. In Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Vol. 32, Issue 3, p. 595–603. doi: 10.1097/00004583-199305000-00016.

Law, J., Levickis, P., McKean, C., Goldfeld, S., Snow, P., Reilly, S. (2017) Child Language in a Public Health Context. Melbourne: Murdoch Childrens Research Institute van den Bedem, N. P., Dockrell, J. E., van Alphen, P. M., de Rooij, M., Samson, A. C., Harjunen, E. L., Rieffe, C. (2018) Depressive symptoms and emotion regulation strategies in children with and without developmental language disorder: a longitudinal study. In International Journal of Language & Communication Disorders. Vol 53, no 6, p. 1110-1123. ISSN 1460-6984.

PhDr. Andrea Baranovská, PhD., predsedníčka Slovenskej psychologickkej spoločnosti pri SAV

Mgr. Eva Klimová, prezidentka, Slovenská komora psychológov

Pozitívne a negatívne dôsledky rolového stresu na človeka v súčasnosti

O AUTORKÁCH

PhDr. Andrea Baranovská, PhD.

zameriava sa na poradenskú psychológiu. Pôsobí ako odborná asistentka na PF TU v Trnave a súčasne ako predsedníčka Slovenskej psychologickkej spoločnosti. Vo svojej výskumnej činnosti sa zaoberá stresom a spôsobmi, ako sa s ním vyrovnávať. Vo svojej praxi vzdeláva učiteľov.

Mgr. Eva Klimová

má špecializáciu v odbore pracovná a organizačná, poradenská psychológia. Pôsobí ako pracovná, organizačná, poradenská a dopravná psychologička, ako koučka, mentorka, lektorka a projektová manažérka pre spoločnosti v SR, externe vyučuje na univerzitách. Je prezidentkou Slovenskej komory psychológov.

Pojem rolový stres sa dostáva do popredia v súvislosti s homeofficcom, keď dochádza k narušeniu hraníc medzi domácimi a pracovnými rolami – rolou rodiča, vychovávateľa, „učiteľa“, zamestnanca, vedúceho pracovníka. Zamestnanec musí často veľmi rýchlo prepínať z jednej roly do druhej, čo sa môže na začiatku prejavovať vo zvýšenej flexibilita a výkone, ale postupne to môže viesť k exhauscii. Roly, ktoré zamestnanec zastáva v práci, súvisia nielen s prácou, ale aj s jeho očakávaniami a očakávaniami jeho nadriadených, kolegov či klientov. Práve odlišnosť očakávaných a reálnych rolí a tiež pociťovanie bezmocnosti a nedostatku flexibility v snahe naplniť očakávania klientov najmä v súvislosti s vnútorným poriadkom firmy môže viesť k rolovému stresu. Konflikt rolí a ich nejednoznačnosť negatívne súvisia s pracovným výkonom a výsledkami práce.

ROLOVÝ STRES – DEFINÍCIA

Prvýkrát bol rolový stres definovaný ako súbežné pôsobenie dvoch alebo viacerých tlakov udalostí v zamestnaní – nutnosť vyhovieť jednej požiadavke, ktorá znemožňuje vyhovieť druhej (Wolfe, Snoek, 1962). Kahn et al. (1964) definovali rolový stres ako tlak, ktorému človek čelí, keď nie je schopný naučiť sa a pochopiť práva a povinnosti, ktoré súvisia s prácou a umožňujú ju dobre vykonávať. Poukázali na rolu nejednoznačnosti a absencie adekvátnych informácií, ktoré zamestnanec potrebuje, aby mohol uspokojivo plniť svoje úlohy. Hardy a Conway (1988) zmenili definíciu na nerovnováhu spôsobenú vonkajšími faktormi, ktoré narušujú

vnútornú stabilitu a znemožňujú adaptívne správanie primerané role, ktorú zastáva človek v sociálnej štruktúre. Prežívanie nejednoznačnosti rolí v zamestnaní súvisí so zníženým fyzickým a psychickým zdravím. Nadmerné pracovné zaťaženie vedie k rolovému stresu vtedy, ak nie je v súlade s časom

Schopnosť motivovať sa, prekonávať frustráciu, regulovať náladu a rozpoznávať emócie je základom emocionálnej inteligencie. Bez nej nie sme schopní naplniť svoj potenciál.

a možnosťami, ktorými zamestnanec disponuje (Kawiana et al., 2018) a spôsobuje zvýšenú mieru fluktuácie (Ksama, Wibawa, 2016).

DIMENZIE ROLOVÉHO STRESU

V rolovom strese môžeme rozpoznať dve (**konflikt rolí a nejednoznačnosť rolí**; Lambert, Lambert, 2001) alebo tri dimenzie (**konflikt rolí, nejednoznačnosť rolí a rolové preťaženie**; Kahn et al., 1964; Peiró et al., 2001).

Konflikt rolí je vnímaný ako jeden z rolových stresorov a je opísaný ako protichodné očakávania spojené s rolou, vyplývajúce zo zasahovania kolegov, ktoré sťažujú vykonanie úlohy.

Rolové preťaženie reflektuje situácie, v ktorých sa zamestnanec cíti preťažený nadmerným množstvom povinností. K preťaženiu rolou dochádza:

1. keď požiadavky na prácu a plnenie povinností prevyšujú dostupné zdroje organizácie a tak znemožňujú, aby zamestnanec svoju úlohu dokončil;
 2. keď vyplývajú z individuálnych charakteristík zamestnanca – chýbajú mu, alebo nedisponuje potrebnými kompetenciami a zručnosťami, ktoré sú podstatné pre dokončenie úlohy;
 3. kvôli kolegom, z dôvodu obmedzeného času a rôznych úrovni zručností pri plnení úloh.
- Nejednoznačnosť rolí** vzniká, ak sú očakávania voči zamestnancovi komunikované vágne. Súvisí s mierou, do akej sú zamestnancovi jasne očakávania ostatných, metódy implementácie uvedomovaných očakávaní a výsledky rôznych aspektov realizácie rolí. Nejasné očakávania od iných a ich implementácia

súvisia s nejednoznačnosťou pride-
lenej práce a výsledky rôznych as-
pektov realizácie rolí súvisia s ne-
jednoznačnosťou výkonu (Wincent,
Örtqvist, 2011). Nejednoznačnosť
pridelovania práce nastáva, keď za-
mestnancovi chýbajú informácie,
nie je si istý úlohami, pracovnými
cieľmi, pracovnými metódami, kto-
ré môže/nemôže pri práci využívať.
Nejednoznačnosť výkonu sa obja-
vuje vtedy, keď si zamestnanec nie
je istý vplyvom svojho správania
v role na seba, ostatných a organi-
záciu.
Van Sell et al. (1981) tvrdili, že člo-
vek v zamestnaní môže zastávať
viacero rolí, aby sa adaptoval na
svoju pozíciu v organizačnom sys-
tému a dokázal efektívne pracovať,
ale preťaženie môže nastať pri vnú-
tornom konflikte rolí. Podľa dvojdi-
menzionalnej teórie **konflikt rolí**
preto nastáva vtedy, keď zamestna-
nec čelí dvom alebo viacerým oča-
kávaným rolám, ale nemôže obe
očakávania naplniť. **Nejednoznač-
nosť rolí** sa týka emócií a pocitov
zamestnancov v prípade, keď im
nie sú jasné ich úlohy, ich rola a ne-
dokážu ani získať jasné informácie,
ktoré sa týkajú ich rolí.

DÔSLEDKY ROLOVÉHO STRESU

Hang-yue, Foley a Loi (2005) potvr-
dili vzájomný vzťah medzi rolovým

Prvýkrát bol rolový stres
definovaný ako súbežné
pôsobenie dvoch alebo
viacerých tlakov udalostí
v zamestnaní – nutnosť
vyhovieť jednej požiadavke,
ktorá znemožňuje
vyhovieť druhej.

stresom a spokojnosťou s prácou,
organizačnou angažovanosťou a vý-
konom. Identifikovali štyri typy
rolového stresu, a to nejednoznač-
nosť rolí, konflikt rolí, úloha pre-
ťaženia a pracovný a rodinný kon-
flikt. DeRuyter et al. (2001) tvrdili,
že zodpovednosť, kompetencia
a vodcovstvo priamo ovplyvňujú
jeho mieru. Neskôr sa výskumy za-
merali na kontrolu práce a mono-
tónnosť a zistili, že obe anticipovali
fluktuáciu a spokojnosť s prácou.
Glissmeyer et al. (2007) dokázali, že
miera rolového stresu neovplyvňuje
fluktuáciu zamestnanca – aj keď
pociťuje vysokú mieru konfliktu
rolí, nemusí uvažovať o zmene po-
volania v prípade, že organizácia
má podporujúcu klímu zo strany
vedenia. Rolové preťaženie môže
viesť k pozitívnym emocionálnym
reakciám a k vysokému výkonu.
Naopak, nejednoznačnosť rolí vy-
voláva negatívne emocionálne re-

akcie a vedie k zníženiu výkonu
zamestnanca (Wallace et al., 2009).
Metódy, ktoré sa ukázali účinnými
pri predchádzaní rolového stre-
su, boli: otvorená komunikácia
a výmena vedomostí a informácií,
bezpečnosť statusu zamestnanca,
zvyšovanie emocionálnej inteli-
gencie zamestnancov a podpo-
rovanie lojálnosti zamestnancov
– tzv. organizačná angažovanosť
a organizačný záväzok, ktorý ve-
die k uprednostňovaniu záujmov
organizácie pred vlastnými. Je to
aktívna forma lojálnosti, ktorá ob-
sahuje aktívne emocionálne vzťahy
a túžbu zmysluplne prispievať k bu-
dovaniu organizácie. Organizačný
záväzok je charakterizovaný:
1. silným presvedčením a prijatím
organizačných cieľov a hodnôt;
2. pripravenosťou tvrdo pracovať;
3. silnou túžbou prežiť v organizá-
cii.

Organizačný záväzok má negatívny
vplyv na rolový stres a tiež na fluk-
tuačné zámery zamestnancov (na-
príklad Andini, 2010). Práve schop-
nosť človeka motivovať sa, preko-
návať frustráciu, regulovať náladu
a emócie svoje aj iných spolu so
schopnosťou rozpoznávať emócie
sú základom emocionálnej inteli-
gencie. Bez nej človek nie je schop-
ný naplniť svoj potenciál (Gondal,
Husain, 2012).

Mgr. Elena Gallová Kriglerová a Mgr. Alena Holka Chudžíková, MSc
Centrum pre výskum etnicity a kultúry (CVEK), Bratislava

Mladí ľudia a extrémizmus na Slovensku

O AUTORKÁCH

Mgr. Elena Gallová Kriglerová

je sociologička, riaditeľka CVEK.
Vo svojej práci sa dlhodobo
venuje výskumu v oblasti
začleňovania menšín, sociálnej
súdržnosti a interetnických
vzťahov. Spolupodieľala sa na
mnohých projektoch týkajúcich
sa participácie mladých ľudí,
ich hlasu v spoločnosti a prevencie
javov, ktoré vedú k ich
sociálnemu vylúčeniu,
vrátane témy extrémizmu.

Mgr. Alena Holka Chudžíková, Msc

je sociálna psychologička,
v Centre pre výskum etnicity
a kultúry pôsobí ako senior
výskumníčka. Venuje sa
témam začleňovania menšín,
participácie, dôvery
a interkultúrnej komunikácii.
Téma extrémizmu u mladých
ľudí je súčasťou viacerých
projektov a výskumných aktivít,
na ktorých sa podieľala
v uplynulých desiatich rokoch.

Centrum pre výskum etnicity
a kultúry sa dlhodobo venuje té-
mam sociálnej súdržnosti, dôvere
a zapájaniu zraniteľných skupín.
Narastajúci extrémizmus a jeho
vplyv na mladých ľudí vnímame
ako veľmi negatívny jav, ktorý
ovplyvňuje súdržnosť, má dosah
na život mladých ľudí, ale aj men-
ších, ktoré sa pod vplyvom radika-
lizácie mnohých skupín nemôžu
cítiť bezpečne a ako plnohodnotná
súčasť spoločnosti. Preto sme sa
v našej práci zamerali na vytvo-
renie mechanizmu prevencie ex-
trémizmu na lokálnej úrovni. Vý-
skum Mladí a extrémizmus z roku
2022 mal za cieľ priniesť dôležité
zistenia o tom, ako túto tému vní-
majú mladí ľudia.
Uvedený výskum, ako mladí ľudia
vnímajú extrémizmus na Sloven-
sku, pozostával z dvoch častí –
kvantitatívneho dotazníkového vý-
skumu a fokusových skupín. Res-
pondentmi kvantitatívneho výsku-
mu bola reprezentatívna vzorka
1 005 mladých ľudí vo veku 16 – 25
rokov. Na základe prvých zistení
z kvantitatívneho výskumu sme
následne začiatkom roka 2022 re-
alizovali sedem fokusových skupín
s mladými ľuďmi z rôznych regió-
nov a prostredí na rôznych typoch
stredných škôl.

VNÍMANIE KULTÚRNEJ ROZMANITOSTI

Výskum *Mladí a extrémizmus*
(CVEK, 2022) preukázal viacero
dôležitých skutočností, ktoré úzko
súvisia s potenciálnym príklonom
mladých ľudí k radikalizácii a ex-
trémizmu. Jednou z nich je **väčšia
otvorenosť mladých ľudí voči
kultúrnej, ale aj inej rozmanitos-
ti**, než je to vo všeobecnej populá-
cii – 50,3 % respondentov vyjadrilo
presvedčenie, že Slovensko je kra-
jinou Slovákov a tak by to aj malo

Ak porovnáme príklon k týmto
dvom výrokom v celkovej dospelej
populácii v predchádzajúcich ro-
koch (CVEK, 2021; Gallová Krigle-
rová, Kadlečíková, 2012; Vašečka,
2009), zistíme, že mladí ľudia sú
výrazne otvorenejší. V prípade
všeobecnej populácie sa vyše 70 %
príklonilo k výroku, že Slovensko
je krajinou Slovákov.
Ukazuje sa, že témy, ktoré sú
často výrazne prítomné vo ve-
rejnóm diskurze a rámcované
konzervatívne, napríklad práva
LGBTI osôb alebo rodová rovnosť,
mladí ľudia vnímajú úplne inak –
LGBTI ľudia by mali mať rovnaké
práva ako ostatní obyvatelia a na
rodovej rovnosti ešte ako kraji-
na musíme výrazne popracovať.
V tomto ohľade sú teda mladí ľudia
výrazne liberálni. Rezervy sú však
stále prítomné vo vnímaní mosli-
mov.

POSTOJE K DEMOKRACII

Ďalším dôležitým znakom príklo-
nu k extrémizmu je vnímanie de-
mokracie. Naš výskum ukázal, že
**mladí ľudia skôr podporujú de-
mokraciu než vládu tvrdej ruky**.
K výroku, že „*demokracia je naj-
lepšia možná forma usporiadania
spoločnosti*“ sa príklonilo 69,4 %
respondentov v porovnaní s 11 %
respondentov, ktorí sa viac priklá-
ňali k výroku, že „*vláda tvrdej ruky
je efektívnejšia než demokracia
a mala by sa častejšie využívať*“.
Zároveň, 19,7 % respondentov
označilo stredovú možnosť, to zna-
mená, že sa nepriklonili ani k jed-
nému výroku.
Demokraciu si najčastejšie spájali
so slobodou, právom povedať svoj
názor, s rozvojom práv menších
a rovnosti, ale aj s možnosťou kon-
trolovať a meniť vedenie krajiny
a s ekonomickým rozvojom.

ostať. Na druhej strane, 49,7 % sa
príklonilo k názoru, že na Sloven-
sku by mali žiť ľudia z iných kul-
túr, pretože by to obohatilo aj nás.

Výskum naznačuje
pomernie nízku citlivosť
mladých ľudí na to, aké
rôzne prejavy môže
nadobúdať pravicový
extrémizmus a akými
rôznymi spôsobmi
môže ohrozovať
demokraciu.

LITERATÚRA

Andini, R. (2010). Analisis pengaruh
kepuasan gaji.... *Dinamika Sains*, 8(16).
[http://jurnal.unpand.ac.id/index.php/
dinsain/article/view/54/51](http://jurnal.unpand.ac.id/index.php/dinsain/article/view/54/51)

De Ruyter, K., Moorman, L., Lemmink, J.
(2001). Antecedents of Commitment
and Trust ... *Ind MarkMan*, 30(3),
271–286. [http://dx.doi.org/10.1016/s0019-
8501\(99\)00091-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0019-8501(99)00091-7)

Glissmeyer, M., Bishop, J. W., Fass, R. D.
(2007). Role Conflict, Role Ambiguity
and Intention to Quit the Organization.
DecSciInsAnnCon, 38th Southwest.
[http://www.swdsi.org/swdsi07/2007_
proceedings/papers/458.pdf](http://www.swdsi.org/swdsi07/2007_proceedings/papers/458.pdf)

Gondal, U.H., Husain, T. (2013).
A comparative study of intelligence
quotient and emotional intelligence.
AsJBusMan, 5(1), 153-162.
DOI:10.19026/AJBM.5.5824

Hang-yue, N., Foley, S., Loi, R. (2005). Work
role stressors and turnover intentions.

IntJHumResMan, 16(11), 2133–2146.
<https://doi.org/10.1080/09585190500315141>

Hardy, M. E., Conway, M. E. (1988)
Role Theory: Perspectives for Health
Professionals. New York: Appleton & Lange,
1988, ISBN 10: 0838584721

Kawiana, I. G. P., Dewi, L. K. C.,
Martini, L. K. B., Suardana, I. B. R. (2018).
The influence of organizational culture,
employee. *InResJMan, IT-Soc.Sci*, 5(3), 35-45.
DOI:10.21744/IRJMS.V5I3.666

Ksama, I., Wibawa, I. (2016). Pengaruh
leader-member exchange, role stress...
E-J.Man, 5(10). [https://ojs.unud.ac.id/index.
php/manajemen/article/view/21245](https://ojs.unud.ac.id/index.php/manajemen/article/view/21245)

Lambert, V. A., Lambert, C. E. (2001).
Literature review of role stress/strain on
nurses. *Nur-HeaSci*, 3(3), 161–172. doi:
10.1046/j.1442-2018.2001.00086.x

Peiró, J. M., González-Romá, V., Tordera, N.,
Mañas, M. A. (2001) Does role stress predict
burnout? *Psy&Hea*, 16:5, 511-525, doi:
10.1080/08870440108405524

Van Sell, M., Brief, A. P., Schuler, R.S.
(1981). Role conflict and role ambiguity.
HuRe, 34, 43-71.
<https://doi.org/10.1177/001872678103400104>

Wallace, J. C., Edwards, B. D., Arnold, T.,
Frazier, M. L., Finch, D. M. (2009).
Work stressors, role-based performance...
J.Ap.Psy, 94(1), 254–262. [https://doi.org/10.1037/
a0013090](https://doi.org/10.1037/a0013090) Wincent, J., Örtqvist, D. (2011).
Examining positive performance
implications. *J.Ap.S.Psy*, 41(3), 699–727.
[https://doi.org/10.1111/j.1559-
1816.2011.00733.x](https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2011.00733.x)

Wolfe, D. M., & Snoek, J. D. (1962). A Study
of Tensions and Adjustment Under Role
Conflict 1. *J.SocIs* 18(3), 102-121.
[https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1962.
tb00419.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1962.tb00419.x)

DÔVERA V POLÍCIU

V téme príklonu k extrémizmu je veľmi významným aspektom aj **vnímanie polície**, pretože práve jej úlohou je udržiavanie poriadku v spoločnosti. **Tretina mladých ľudí sa priklonila k názoru, že polícia nás nechráni a nepomáha nám.** Opak si myslí približne 43 % mladej populácie. Štvrtina sa v posudzovaní týchto výrokov priklonila k stredu, teda neutrálnemu variantu. Respondenti fókusových skupín zdôrazňovali, že prístup polície k ľuďom závisí od individuálnych charakteristík jednotlivých policajtov. Dalo by sa teda povedať, že **mladí ľudia mali pocit, že je možné dôverovať konkrétnym policajtom, avšak voči policii ako celku boli skôr skeptickí.** Jej hlavnú úlohu pritom vnímali inak, ako sa zvyčajne prezentuje. Podľa nich by úlohou polície nemalo byť len udržiavanie poriadku v spoločnosti, ale aj zabezpečovanie dobrého spolužitia bez konfliktov.

DÔVERA V RÔZNE ZDROJE INFORMÁCIÍ

Vo výskume sme sa zamerali aj na to, aké zdroje informácií najčastejšie mladí ľudia sledujú a zároveň nakoľko ich považujú za dôveryhodné. Cieľom bolo skúmať súvislosti medzi vplyvom sociálnych sietí a konšpiračných webov a postojmi mladých a ich názormi na isté skupiny.

Zaujímavým zistením je, že medzi skúmaných informačných zdrojov mladí ľudia najviac dôverovali Polícii SR na sociálnych sieťach (62,4 % označilo, že úplne alebo skôr dôveruje). Nasledujú spravodajské denníky Denník N/Sme/Pravda a weby pre mladých ako Refresher a Startitup s o niečo nižšou mierou dôvery. Za najmenej dôveryhodné považovali mladí ľudia v prieskume denníky ako Nový čas, Topky a Pluska a tzv. alternatívne médiá: Hlavné správy, Zem&Vek a Infvojna. Pri alternatívnych médiách mladí ľudia zároveň najčastejšie označili možnosť nepoznáť/neviesť – 26,2 %. Z uvedených dát vyplýva, že u mladých ľudí stále prevažuje skôr dôvera k „tradičnejším“ zdrojom informácií.

Skúmali sme tiež názor mladých ľudí na alternatívne spravodajské weby. S výrokom, že „*takéto weby*

Témy, ktoré sú často výrazne prítomné vo verejnom diskurze a rámcované konzervatívne, napríklad práva LGBTI osôb alebo rodová rovnosť, mladí ľudia vnímajú úplne inak.

majú rovnaké právo na existenciu ako iné, pretože máme ústavou zaručenú slobodu slova a prejavu“, skôr alebo úplne súhlasilo 59,5 % respondentov, skôr alebo vôbec nesúhlasilo 24,8 % a nevedelo sa vyjadriť 15,7 % respondentov. S výrokom, že „*takéto weby sú zdrojom šírenia demagógie, dezinformácií, poloprávd, nepodloženého obviňovania či vyvolávania rôznych protispoločenských nálad a nedôvery*“, skôr alebo úplne súhlasilo 51,1 % respondentov, skôr alebo vôbec nesúhlasilo 28,3 % a nevedelo sa vyjadriť 20,7 %. Vnímanie alternatívnych spravodajských webov je teda medzi mladými ľuďmi pomerne ambivalentné.

POVEDOMIE O RÔZNYCH PREJAVOCH EXTRÉMIZMU

Povedomie o tom, aké rôzne prejavy môže mať extrémizmus, bolo pomerne silné, avšak najmä pri prejavoch, ktoré sú pomerne jednoznačné (nosenie nacistickej symboliky, fyzické útoky na menšiny, výroky o menejcennosti niektorých menšinových skupín a pod.).

Pochybnosti mali respondenti najmä vtedy, keď sa mali vyjadriť, či je prejavom extrémizmu aj činnosť polovojenských skupín, výroky o tom, že Židia ovládajú svet, a o tom, že niektoré skupiny obyvateľov by nemali mať volebné právo. **To všetko naznačuje pomerne nízku citlivosť na to, aké rôzne prejavy môže nadobúdať pravi-**

cový extrémizmu a akými rôznymi spôsobmi môže ohrozovať demokraciu.

Analýza však ukázala súvis medzi tým, akým zdrojom informácií mladí ľudia dôverovali, a ich citlivosťou na vnímanie prejavov pravicového extrémizmu. Mladí ľudia, ktorí skôr dôverovali štandardným zdrojom informácií, boli na prejavy extrémizmu citlivejší.

S týmito témami sa mladí ľudia zároveň nestretávajú ani na školách v rámci preventívnych aktivít. Len približne tretina respondentov sa niekedy zúčastnila na nejakých preventívnych aktivitách. Tie však boli zamerané na rôzne témy, najčastejšie závislosti, šikanovanie a kyberšikanovanie.

ZÁVER

Výskum ukázal, že mladí ľudia sú oveľa otvorenejší voči rozmanitosti než dospelá populácia a že sa skôr prikláňajú k demokratickému než autoritárskemu zriadeniu. V prípade postojov k demokracii sme však identifikovali aj pomerne veľkú „sivú zónu“ – takmer pätina respondentov sa nepriklonila ani k demokracii, ani k autoritárstvu. Podobne to bolo aj pri vnímaní alternatívnych spravodajských webov, ku ktorým približne štvrtina nevedela zaujať žiadny postoj. Ambivalencia sa prejavila aj vo vnímaní prejavov extrémizmu. Respondenti mali istotu, že ide o prejav pravicového extrémizmu len v jednoznačných prípadoch (napríklad nosenie nacistickej symboliky). Všetky tieto zistenia poukazujú na istú „sivú zónu“, teda mladých ľudí, ktorí v niektorých dôležitých témach pravdepodobne tápajú a môžu byť zraniteľní voči aktivitám a informáciám zo strany rôznych extrémistických hnutí. Práve tu sa otvára priestor na systematické preventívne aktivity.

LITERATÚRA

CVEK 2022. *Mladí a extrémizmus. Faktory vplývajúce na radikalizáciu mladých ľudí a vnímanie jej prejavov.* Bratislava: CVEK, 2022, 66 s. ISBN 978-80-97-4131-1-8.

CVEK 2021. *Slovensko a migrácia. Hľadanie ciest k spolužitiu.* Bratislava: CVEK, 2021, 206 s. ISBN 978-80-97-4131-0-1.

Doc. MUDr. Ladislav Kužela, PhD., MPH
Gastroenterologická klinika SZU a UNB, Bratislava

Os spájajúca mozog a črevo. Črevný mikrobióm a psychika

O AUTOROVI

Doc. MUDr. Ladislav Kužela, PhD., MPH

je gastroenterológ, ktorý sa v poslednom období venuje najmä problematike črevnej mikrobioty. Motivoval ho narastajúci počet dôkazov o veľkom význame mikroorganizmov žijúcich v našich črevách a informácie o tom, čo všetko treba urobiť, aby sme podporili ich prospešné vlastnosti. Problematike mikrobiómu sa venuje aj vo svojej novej knihe *Zdravie bez liekov*, ktorá vyšla minulý rok.

trálnym nervovým systémom a aj s enterickým nervovým systémom. Vyrába sa procesom biochemickej premeny, pri ktorej sa tryptofán spája s tryptofánhydroxylázou za vzniku 5-hydroxytryptamínu.

Zvyčajne sa nazýva hormónom šťastia, pretože prispieva k pocitu blaha. Zníženie jeho hladiny je pozorované pri rôznych duševných chorobách, ako je depresia či úzkosť.

5-hydroxytryptamín (5-HT) zohráva kľúčovú úlohu aj v hybnosti čriev. Začiatkom 50. rokov 20. storočia sa zistilo, že veľké množstvo 5-HT sa uvoľňuje zo sliznice v porovnateľnom čase ako peristaltika (rytmické sťahovanie svalov GITu) v tráviacom trakte. Odvtedy sa uskutočnilo množstvo štúdií na analýzu vzťahu medzi 5-HT a pohyblivosťou GITu (2).

„Všetky choroby sa začínajú v čreve.“
Hippokrates

SÉROTONÍN A ČREVÁ

Mikroorganizmy prítomné v čreve sú taktiež schopné syntetizovať 5-HT, ale bakteriálnu produkciu ďaleko prevažuje biosyntéza v črevných tzv. enterochromafínových (EC) bunkách. Črevné mikróby pomáhajú regulovať hladiny 5-HT v čreve a krvi tým, že poskytujú signály črevným slizničným bunkám. Štúdium úlohy 5-HT v peristaltickom reflexe ukázalo jeho účasť na kontrakcii a relaxácii v lačníku (jejúne) zvierat a ľudí. Ako taký môže 5-HT mať aj niekoľko iných vplyvov, ako napríklad kontrola čistenia žalúdka a uvoľňovanie žalúdka stimulované živinami. Pôst taktiež posilňuje syntézu a vylučovanie 5-HT z EC buniek u myší (3).

SÉROTONÍN A DIÉTA

Značné množstvo štúdií spája vyčerpanie hladín sérotonínu s nedostatkom tryptofánu v potrave. Tieto štúdie tiež ukazujú, že zmeny tryptofánu v plazme ovplyvňujú mozgový tryptofán a tým aj celkové koncentrácie 5-HT. Jedna taká štúdia na potkanoch ukázala, že po podstatnom poklese hladín tryptofánu v sére a mozgu nasleduje pokles kyseliny 5-HT a 5-hydroxyindolactovej už do 2 hodín po konzumácii stravy s nedostatkom tryptofánu. Taktiež sa zistilo, že hladiny sérotonínu sa zvýšili, keď sa do tela dostal inzulín. Predpokladá sa, že masťné kyseliny, sacharidy a bielkovinové zložky stravy sú zodpovedné za zvýšené vylučovanie inzulínu, čo zase zvyšuje hladiny tryptofánu v krvi. Zvýšenie tryptofánu v krvi v dôsledku sacharidov vyvoláva súčasné zvýšenie mozgového tryptofánu, čím sa zvyšuje koncentrácia sérotonínu v mozgu.

Tento vzťah medzi mozgom – sérotonínom a stravou sa ukazuje ako klinicky dôležitý. Zložky potravy, o ktorých je známe, že zvyšujú hladiny 5-HT, sa preto podávajú pacientom na formovanie mozgových výstupov spojených so serotonergnými nervovými bunkami. Pomocou týchto poznatkov možno tiež zvýšiť účinnosť určitých liekov. Alternatívne možno účinnosť liekov blokujúcich 5-HT zvýšiť aj podávaním diéty s deficitom tryptofánu.

Je preukázané, že diéta bohatá na tryptofán a s nízkym obsahom FODMAP (fermentované oligosacharidy, disacharidy, monosacharidy a polyoly) môže pomôcť aj pri zmiernení príznakov syndrómu dráždivého hrubého čreva (IBS). Spolu s užívaním primeraného množstva tryptofánu môže pomôcť zlepšiť stav aj nízky obsah FODMAP. Diéta so slabo vstrebateľnými FODMAP sa preto považuje za účinnú stratégiu kontroly príznakov u pacientov s IBS. Uvedené údaje sa napríklad použili aj na zostavenie stravy pre pacientov s IBS, ktorá spĺňa denné požiadavky na tryptofán (900 – 1 000 mg/deň) a požiadavky na dostatočný príjem vlákniny (21 – 38 g/deň v závislosti od pohlavia) pri súčasnom zachovaní nízkeho príjmu potravín s vysokým obsahom FODMAP (4).

ČREVNÝ MIKROBIÓM

V posledných rokoch bol význam a vplyv črevného mikrobiómu na črevné a aj celkové zdravie jasne zdokumentovaný na základe početných prác. Črevný mikrobióm je zaujímavý aj z výskumného pohľadu, lebo existujú dôkazy o komunikácii medzi črevom a mozgom. Mikrobiálna dysbióza (nerovnováha v rámci črevného mikrobiómu) sa považuje za jeden z činiteľov, ktorý je jedným z významných faktorov v rámci patofyziologických procesov, ktoré sú základom pre rôzne psychiatrické poruchy a tráviace funkčné ochorenia.

Predchádzajúce odhady uvádzali, že črevá obsahujú 10-krát viac mikróbov, ako je množstvo buniek, ktoré tvoria ľudské telo, avšak aktualizované odhady skôr naznačujú pomer buniek črev-

Kolonizácia mikróbami, ktoré tvoria črevný mikrobióm, je zložitý proces, o ktorom sa predpokladá, že sa začína už pri narodení. Posledné roky sa ukazuje, že môže ísť o proces prebiehajúci už v maternici.

ných mikróbov a ľudského tela niekde na úrovni 1:1. Bez ohľadu na to, že množstvo buniek môže byť približne rovnaké, ukázalo sa, že množstvo jedinečných génov v črevnom mikrobióme prevyšuje ľudský genóm až 250- – 800-krát. Najnovšie odhady dokonca naznačujú, že toto číslo môže byť podhodnotené, pretože zložitost črevného mikrobiómu ešte nie je úplne objasnená. Stručne povedané, zložitost problematiky kolónie črevných mikróbov motivuje neustály záujem o túto oblasť výskumu.

Kolonizácia mikróbami, ktoré tvoria črevný mikrobióm, je zložitý proces, o ktorom sa vo všeobecnosti predpokladá, že sa začína už pri narodení. Posledné roky sa ukazuje, že môže ísť o proces prebiehajúci už v maternici. Počiatkové rozdielne zloženie črevného mikrobiómu môže závisieť od spôsobu pôrodu (vaginálny vs. cisársky rez), od toho, či je dieťa dojčené, od kontaktu koža na kožu, od rôznych druhov stravy. Počas nášho vývoja pokračuje dynamický proces smerom k postupnej stabilizácii črevného mikrobiómu počas dospelosti. Zatiaľ čo ľudské gény nie je možné tak ľahko zmanipulovať, je známe, že rôzne stravovacie režimy poskytujú spôsoby manipulácie s omnoho plastickejšim črevným mikrobiómom. Pokiaľ ide o liečebné zásahy, hovorí sa o tom najmä v súvislosti s pre- alebo probiotickými doplnkami. Prebiotiká sa týkajú najmä rôznych typov nestráviteľnej vlákniny, ktorá môže fermentovať (kvasiť) v hrubom čreve, pôsobiť ako substrát a stimulovať rast prospešného črevného mikrobiómu, ktorý kolonizuje hrubé črevo, za-

tiaľ čo probiotiká sú výživovým doplnkom s mikróbmi, ktoré by mali doplniť črevá o zdraviu prospešné kmene. Tento typ manipulácie by mohol poskytnúť príležitosť zasiahnuť tak v prevencii rôznych chorôb, ako aj v liečbe už existujúcich ochorení. Problémom tohto spôsobu intervencie je obrovská komplexnosť, lebo sa ukázalo, že manipulácie môžu mať nielen priaznivé, ale aj škodlivé účinky súčasne v závislosti od rôznych kmeňov ovplyvnených vo vzťahu ku konkrétnej poruche. Ďalšími potenciálnymi spôsobmi, ktorými by sa dalo manipulovať alebo obnoviť (napríklad po liečbe antibiotikami) črevný mikrobióm, je transplantácia stolice (transplantácia fekálnej mikrobioty, skrátené FMT). Ukázalo sa, že ide o vysokoúčinný spôsob liečby typu hnačky, ktorá je spôsobená infekciou čreva *Clostridium difficile*. V každom prípade ide o dynamicky sa rozvíjajúcu oblasť a je potrebný ďalší výskum. Taký výskum môže položiť základy personalizovanej medicíny, kde by sa pri liečbe funkčných GIT chorôb (napríklad IBS), nešpecifických črevných zápalov (ako Crohnova choroba), neuropsychiatrických ochorení (depresia) a aj iných chorôb mohli použiť individuálne prispôbené intervencie, napríklad typu FMT(5).

OS ČREVO – MOZOG

Výskum ukázal, že GIT má vplyv na funkciu mozgu a naopak. Veľká časť predchádzajúcich prác týkajúcich sa komunikácie medzi črevom a mozgom sa sústredila na tráviace funkcie. Nedávny výskum sa čoraz viac zameriava aj na kognitívne a psychologické účinky medzi črevom a mozgom a aj na komunikáciu mozgu s črevom. Prostredníctvom tohto výskumu až teraz chápeme niektoré z patofyziologických dôsledkov siete spájajúcej črevo s mozgom vrátane nešpecifických zápalových ochorení čriev, zmenených reakcií na akútne a chronický stres, ako aj poruchy správania. V dôsledku toho predstavuje os črevo – mozog atraktívny cieľ pre vývoj nových liečebných zásahov, pre neustále rastúci zoznam porúch súvisiacich s duševným

zdravím, kognitívnymi funkciami, obezitou, GIT ochoreniami, ako sú nešpecifické zápalové ochorenia čriev a IBS. Očakáva sa, že zacielenie osi čreva a mozgu prostredníctvom aplikácie psychobiotík (cielené podávanie probiotík, ktoré podporujú dobré duševné zdravie) pripraví pôdu na vývoj nových terapií.

Pri tom všetkom treba zohľadniť aj skutočnosť, že existuje mnoho faktorov, ktoré majú modulačný účinok na mozog i črevnú mikrobiotu, vrátane socioekonomického stavu, stravy hostiteľa, vrodených faktorov, environmentálnych faktorov, cvičenia a úrovne aktivity hostiteľa, liekov a spôsobu ich podávania (6).

OS MIKROBIOTA – ČREVO – MOZOG

Hoci koncept osi mikrobiota – črevo – mozog je relatívne nový, čoraz viac sa akceptuje, že črevná mikrobiota môže mať značný vplyv aj na správanie hostiteľa. Obojsmerná komunikácia pozdĺž osi črevo – mozog je základným aspektom synergie medzi črevnou mikrobiotou a hostiteľom pri prístupe k signálnym dráham čreva a mozgu na moduláciu tak mozgu, ako správania. Štúdie uskutočnené s cieľom identifikovať a preskúmať os mikrobiota – črevo – mozog využívali rôzne zásahy do črevnej mikrobioty, ako zníženie počtu druhov črevných mikróbov následkom podávania antibiotík, podávanie prebiotík/probiotík, skúmali následky infekcie GITu, ako aj vplyv FMT (7).

DÔKAZY ČREVNOMOZGOVÉHO EFEKTU

Súbežné objavenie priamych ciest medzi črevom a mozgom cez blúdivý nerv (nervus vagus) a nepriamych komunikačných ciest prostredníctvom rôznych spôsobov signalizácie (imunitne sprostredkovaná komunikácia cestou mastných kyselín s krátkym reťazcom, syntéza a metabolizmus monoamínov) so zlepšeným pochopením biologickej funkcie a zložitosti črevného mikrobiómu sa stali dôležitými katalyzátormi nových myšlienok, ktoré v súčasnosti menia zaužívané názory. Črevný mikrobióm má dôležité fyziologické funkcie pre náš imunitný sys-

Štúdie spájajú vyčerpanie sérotonínu s nedostatkom tryptofánu v potrave. Jeho zvýšenie v krvi v dôsledku sacharidov vyvoláva súčasné zvýšenie mozgového tryptofánu.

tém, pre emocionálne procesy, kognitívne fungovanie a dokonca aj pre metabolizmus liekov, tak ako má vplyv aj na priamu produkciu neurotransmiterov, ako je sérotonín. K dnešnému dňu sa poznatky o tom, aký môže mať črevný mikrobióm vplyv na naše zdravie, týkajú najmä jeho zapojenia do regulácie metabolizmu živín a toho, ako sa rozdielne zloženie jednotlivých bakteriálnych kmeňov podieľa na riziku vzniku obezity. Rozdielne zloženia mikrobiómu dokonca naznačujú aj zvýšené riziko vzniku cukrovky a aterosklerózy. Predklinické štúdie ukazujú, že zloženie črevného mikrobiómu narúšajú stavy depresie a úzkosti, ako aj to, že ide o obojsmerný efekt. V podstate môže črevný mikrobióm ovplyvniť vyvolanie depresívnych alebo úzkostných stavov a tento stav môže viesť k zhoršeným poruchám prostredníctvom zvýšených hladín kortizolu a imunitnej dysregulácie, čo vedie v podstate k bludnému kruhu. Okrem toho sú pacienti s poruchami nálady často postihnutí aj IBS, ktorý sa vyskytuje u takmer polovice všetkých pacientov s poruchami nálady. Predpokladá sa, že IBS je spôsobený mikrobiálnou dysbiózou, a používanie antidepresív zo skupiny SSRI (inhibítory spätného vychytávania sérotonínu) je jednou z používaných liečebných stratégií na zmiernenie príznakov IBS. Čo sa týka významu GIT, črevo sa považuje za mimoriadne zaujímavé vo vzťahu k SSRI, keďže 95 % produkcie sérotonínu v tele prebieha v čreve, najmä cestou črevných ECbuniek, a existujú dôkazy o produkcii a vychytávaní sérotonínu samotným črevným mikrobiómom. Sérotonín je pritom aj hlavný neurotransmitter používaný črevnými nervovými bunkami pri regulácii hybnosti čriev (8).

ČREVNÝ MIKROBIÓM A LIEČEBNÝ ÚČINOK SSRI

Ukazuje sa, že črevný mikrobióm môže byť nepriamo alebo pravdepodobne dokonca i priamo zapojený do mechanizmu účinku SSRI pri určitých psychiatrických poruchách. V súlade s tým predklinická štúdia poskytla dôkaz, že päť rôznych antidepresív (vrátane dvoch SSRI) dokáže ovplyvniť rovnováhu črevného mikrobiómu, ako aj fakt, že účinok liečby a aj vedľajšie účinky terapie môžu byť modulované doplnením rôznych kmeňov probiotík. Okrem problémov súvisiacich s rezistenciou na liečbu, ktoré sa vyskytujú vo vysokom podiele pacientov, to môže tiež poskytnúť ďalšie pochopenie iných aspektov. Či je to spôsobené interindividuálnym účinkom črevných mikrobiómov na metabolizmus liečiv, črevnými mikróbmi ovplyvňujúcimi mozog prostredníctvom osi čreva a mozgu alebo inými enteroendokrinnými signálnymi dráhami, napríklad mikróbnou produkciou neurotransmiterov, to sú všetko otázky, ktoré si vyžadujú realizáciu ďalších štúdií (9).

KLINICKÉ PERSPEKTÍVY A IMPLIKÁCIE

Lepšie pochopenie interakcie črevný mikrobióm – liek bude mať taktiež podstatný význam. Dôkazy o dysbióze v dôsledku liečby alebo nepriaznivé následky liečby na skladbu črevných mikróbov majú potenciál inšpirovať nový smer výskumu, ktorý by mohol poskytnúť lepšiu, efektívnejšiu a hlavne personalizovanú liečbu prostredníctvom pokročilého pochopenia dynamického črevného mikrobiómu. To by mohlo viesť napríklad k prijateľným doplnkovým liečebným postupom s podávaním prebiotík a/alebo probiotík alebo dokonca FMT, ktoré by mohli optimalizovať výsledky súvisiace s odpoveďou na liečbu, s vedľajšími účinkami.

Pochopenie toho, ako črevné mikróby ovplyvňujú komunikáciu osi čreva a mozgu, bolo v poslednom desaťročí predmetom významného výskumu. V súčasnosti sa už všeobecne uznáva, že črevná mikrobiota je kľúčová

pre správny vývoj a udržiavanie funkcie mozgu. IBS je prvým klinickým stavom, pri ktorom sa ukázalo, že zameranie na črevnú mikroflóru vedie ku klinickému zlepšeniu v placebom kontrolovaných štúdiách (10).

ZÁVER

Výsledky výskumu priniesli to, že dnes máme systémovnejší pohľad na rôzne komplexné interakcie medzi mozgom a črevom, ako aj na vývoj **črevného mikrobiómu, imunitného systému a centrálného nervového systému, a to nielen pri chorobách GITu, ale aj pri iných ochoreniach, ako sú srdcovocievne, psychiatrické, resp. autoimunitné ochorenia.** Predpokladá sa, že tento názor podporia ďalšie predklinické a klinické štúdie, ktoré budú skúmať tieto prepojenia.

Objavujúce sa údaje o vplyve črevného zápalu na nervový systém sú mimoriadne dôležité na prepojenie „chýbajúcich článkov“ medzi týmito dvoma orgánmi. Zatiaľ ešte v mnohých prípadoch tak u pacientov, ako u zvieracích modelov totiž úplne presné mechanizmy účinku a signálne dráhy aktivované črevnými baktériami a ich produktmi alebo metabolitmi neboli objavené, a tak stále ostáva veľa otázok nezodpovedaných. Budúce štúdie, ktorých cieľom bude rozobrať presné mechanizmy črevného mikrobiálneho pôsobenia, sú preto v tejto oblasti mimoriadne potrebné. Na pochopenie vzťahov medzi črevnou mikroflórou a špecifickým vývojom ochorenia, na vyhodnotenie vhodnosti črevného mikrobiómu ako biomarkera ochorenia a účinnosti mikrobiálnych zásahov, ako sú napríklad probiotiká a FMT, sú preto potrebné ďalšie klinické štúdie u ľudí, ako aj štúdie spojené s experimentmi na zvieratách s cieľom nájsť konkrétne dráhy, ktoré sú zodpovedné za patogenézu rôznych chorobných stavov. Výsledky doterajšieho výskumu ukazujú aj potrebu realizácie štúdií zameraných na zistenie, či a ako sa jednotlivé bakteriálne molekuly (produkty alebo ich metabolity) podieľajú na progresii ochorenia alebo na prevencii jej vzniku. Zásadný význam bude mať aj pochopenie toho, čo kon-

Na význame naberá i lepšie pochopenie interakcie črevný mikrobióm – liek. Dôkazy o dysbióze v dôsledku liečby alebo nepriaznivé následky liečby na skladbu črevných mikróbov majú potenciál inšpirovať nový smer výskumu, ktorý by mohol poskytnúť lepšiu, efektívnejšiu a hlavne personalizovanú liečbu.

krétne bakteriálne molekuly a ich metabolity presne robia na úrovni centrálného nervového systému a ako sa doň dostávajú. Okrem toho bude dôležité riešiť, ako zmeny imunitného alebo nervového systému hostiteľa ovplyvnia aj funkcie črevnej mikrobioty prostredníctvom zápalových mediátorov a obranných molekúl. Celkovo však doterajšie výsledky realizovaných štúdií ukazujú, že črevné mikróby majú schopnosť stimulovať črevné tkanivo a vysilať signály do mozgu, čím môžu ovplyvniť správanie hostiteľa (ľudí), ako aj zasiahnuť do patogenézy rozličných chorôb. Predpokladá sa, že súčasné poznatky povedú aj k pochopeniu toho, ako vyvinúť lepšie, efektívnejšie a personalizovanejšie terapeutické stratégie pre pacientov postihnutých rôznymi chorobami nielen GITu. Vzhľadom na úlohu stravy v ovplyvnení zloženia črevnej mikrobioty sa výskum čoraz viac zameriava aj na os strava – mikrobiota – črevo – mozog pri sprostredkovaní nielen dobrého črevného, ale aj celkového zdravia a pri ovplyvnení chorôb počas celého života. Predpokladá sa, že okrem citátu na začiatku tohto článku Hippokrates povedal aj výrok: „**Nech je jedlo твоjim liekom.**“ Výskum ukazuje, že možno nastal čas na

upravenú verziu, ktorá by mohla vyzerať takto: „**Nech je jedlo pre vaše črevné mikróby zároveň liekom pre váš mozog**“ (11).

Skratky použité v texte: (5-hydroxytryptamín: 5-HT, enterochromafínne: EC, gastrointestinálny trakt: GIT, inhibitory spätného vychytávania sérotonínu: SSRI, tryptofán-hydroxyláza 1: TPH1, oligosacharidy, disacharidy, monosacharidy a polyoly: FODMAP, transplantácia fekálnej mikrobioty: FMT, syndróm dráždivého hrubého čreva: IBS)

LITERATÚRA

- 1) Miller I. The gut-brain axis: historical reflections. *MicrobEcol Health Dis.* 2018; 29:1542921.
- 2) Cryan JF, Dinan TG. Mind-altering microorganisms: the impact of the gut microbiota on brain and behaviour. *Nat Rev Neurosci.* 2012; 13:701–12.
- 3) Sharon G, Sampson TR, Geschwind DH, Mazmanian SK. The central nervous system and the gut microbiome. *Cell.* 2016; 167:915–32.
- 4) Zmora N, Suez J, Elinav E. You are what you eat: diet, health and the gut microbiota. *Nat Rev GastroenterolHepatol.* 2019; 16:35–56.
- 5) Ridaura V, Belkaid Y. Gut microbiota: the link to your second brain. *Cell.* 2015; 161:193–4.
- 6) Carabotti M, Scirocco A, Maselli MA, Severi C. The gut-brain axis: interactions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems. *AnnGastroenterol.* 2015; 28: 203–209.
- 7) Mayer EA, Tillisch K, Gupta A. Gut/brain axis and the microbiota. *J ClinInvest.* 2015; 125: 926–938.
- 8) Farmer AD, Randall HA, Aziz Q. It's a gut feeling: how the gut microbiota affects the state of mind: a state of gut? *J Physiol.* 2014; 592:2981–8.
- 9) Walsh J, Griffin BT, Clarke G, Hyland NP. Drug-gut microbiota interactions: implications for neuropharmacology. *Br J Pharmacol.* 2018; 175:4415–29.
- 10) Bear TLK, Dalziel JE, Coad J, Roy NC, Butts CA, Gopal PK. The role of the gut microbiota in dietary interventions for depression and anxiety. *AdvNutr.* 2020; 11:890–907.
- 11) Rees T, Bosch T, Douglas AE. How the microbiome challenges our concept of self. *PLoS Biol.* 2018; 16:5358.

MUDr. Jozef Benkovič
Odborný liečebný ústav psychiatrický, Predná Hora, Muráň

Terminológia, klasifikácia a základné charakteristiky workoholizmu

O AUTOROVI

MUDr. Jozef Benkovič

je psychiatier a psychoterapeut, dlhoročný primár Odborného liečebného ústavu psychiatrického na Prednej Hore, Muráni. Venuje sa liečbe a psychoterapeutickému vedeniu liečby látkových a nelátkových závislostí.

nej Európe. V Japonsku zomiera až 10 % všetkých pracujúcich na kardiovaskulárne choroby pre excesívnu prácu a stres (Machlowitz, 1980).

Smrť z prepracovania (Karoshi) je spôsobená excesívnou 60- až 70-hodinovou prácou týždenne (Nishima, Johnson, Karoshi, 1997; Scot, Moore, Micelli, 1997).

WORKOHOLIK A JEHO RODINA

Pre vysoké pracovné nasadenie žije workoholik na okraji rodiny, ktorá sa naučí postupne fungovať bez otca. Ten obetuje práci všetko (energiiu, lásku, čas) a väzby s jeho manželkou sa postupne rozpadajú. **Manželka** workoholika býva citlivá, láskavá, ale ťažko frustrovaná touto situáciou. Potom sa workoholik stáva tichým, mlčanlivým, premýšľajúcim a postupne neprístupným. **Deti** workoholikov vedia, že otec pracuje aj po večeroch, vedia o neuskutočnených sľuboch rodiča, snažia sa otca zapojiť do svojho programu, ale neúspešne, až to nakoniec vzdajú (Killinger, 1998).

PRIEBEH WORKOHOLIZMU

V **úvodnom štádiu** workoholik myslí na prácu, plánuje ju, pracuje nadčas, odmieta voľno, PN či

dovolenku. V **strednom štádiu** v dôsledku silného pracovného zaťaženia jeho osobný život aj sociálne kontakty postupne prestávajú existovať, máva poruchy spánku a fyzicky upadá. V **neskorom štádiu** sa u neho objavujú fyzické aj psychicke problémy, ako sú bolesti hlavy, chrbta, pohybového aparátu, zvýšený krvný tlak, žalúdočné vredy, ale aj závažné zdravotné problémy ako infarkt myokardu či mozgová mŕtvica. Začne emočne vyhasínať, býva unavený, úzkostný, depresívny, nesústredený, nepokojný a máva pokles libida (Fassell, 1990).

KOLAPS WORKOHOLIKA

Ku kolapsu môže dôjsť v priebehu 5 až 10 rokov. Pred kolapsom jediniec pociťuje množstvo vegetatívnych ťažkostí – potenie, tras, tlaky na hrudníku, búšenie srdca, závraty, ale aj úzkosti alebo depresie. Samotný kolaps je prežívaný ako výrazné vyčerpanie, vyhasnutie a strata energie s následným spánkom. Po kolapse si vyberá len prácu oceňovanú okolím, lebo bez práce nevie žiť. Je však extrémne vyčerpaný a k jeho zlyhaniu môže dôjsť kedykoľvek (Killinger, 1998).

LIEČBA WORKOHOLIZMU

(Nešpor, K., 2007, /https://cs.wikipedia..., https://ru-bis.ru)

- cieľom úspešnej liečby je pomôcť a usmerniť vzťah workoholika k práci, aby si k nej našiel racionálny a vyvážený vzťah a vymaňil sa z jej škodlivého vplyvu na svoj život;
- pomôcť mu plánovať jeho rekreačné a voľnočasové aktivity rovnako zodpovedne, ako keď si plánoval pracovné úlohy, lebo obe sú pre dlhodobé udržiavanie jeho výkonnosti a úspešnosti v zamestnaní rovnako dôležité;

- je potrebné skontrolovať jeho celkový telesný a duševný stav a v prípade nutnosti liečiť vplyv workoholizmu na jeho telesné a duševné zdravie;
- v liečbe workoholizmu je farmakoterapia zväčša sekundárna;
- primárne je potrebné stabilizovať jeho emócie a psychiku, odstrániť úzkostné, depresívne stavy, poruchy spánku a ďalšie vzniknuté problémy;
- v psychoterapii je dôležité pomôcť mu v jeho sociálnej adaptácii.

KAZUISTIKA LIEČENÉHO PACIENTA, ZÁVISLÉHO OD PRÁCE

31-ročný, ženatý, VŠ vzdelaný pacient absolvoval kognitívno-behaviorálnu terapiu workoholizmu (10 terapeutických sedení) ambulantnou formou, z toho dvakrát aj s partnerkou, bol bez farmakoterapie. Katamnesticky sledovaný po 6 mesiacoch, telefonicky.

Anamnesticky: Rodičia sú rozvedení. Otec je podnikateľ, matka opatrovatelka v zahraničí. V rodine bez hereditárnej záťaže duševným ochorením. Pacient je jedináčik. Závažnejšie choroby či úrazy neprekonal. Je fajčiar tabakových cigariet, alkohol pije nepravidelne, nárazovo, hlavne posledný rok, 4- až 5-krát za rok preto, aby sa „uvoľnil“ od stresov v práci, má preto s partnerkou konflikty. V partnerskom vzťahu žije 4 roky, má 2 deti – vlastného a nevlastného syna.

HISTÓRIA PROBLÉMU

Od detstva bol vychovávaný matkou k poriadku, pedantnosti a k pracovitosti. Doma často upratoval a pomáhal v záhrade. V partnerskom živote prvé dva roky nemali vážnejšie problémy. Aj keď bol prácou dosť zahltený, chodieval domov načas, najneskôr o 17.00 hodine, a po práci aj cez víkendy sa venoval manželke i deťom. Asi dva roky po tom, čo sa stal v novej práci vedúcim prevádzky a pridali ďalšie dve pracovné činnosti – predajcu výrobkov zahraničnej firmy a správcu budov u podnikateľa (otca) –, sa začal jeho partnerský život kaziť. Pre veľké pracovné zaneprázdnenie začal chodiť domov z práce neskoro, väčšinou v noci. Doma sa prestal venovať rodine, manželke, deťom, nerobí

žiadne domáce práce, nemá žiadne voľnočasové aktivity ani koníčky. Aj cez víkendy pracuje v ďalších dvoch pracovných činnostiach. Jeho intímny život sa posledný rok taktiež výrazne zredukoval. V súčasnosti sa práci venuje 13-14 hodín denne, trávi v nej aj svoj voľný čas, víkendy a prácu si nosí aj domov. Keď je v práci problém, volajú jeho ako vedúceho, ale aj sám chodí na kontroly, aby bolo všetko v poriadku. Sám sa už cíti vyčerpaný, nervózny, unavený, máva bolesti hlavy. Uvedomuje si, že to s prácou preháňa, ale je zodpovedný a nevie prácu delegovať na podriadených. Aj jeho stravovanie je problémové. Nestíha raňajkovať, desiatuje čiernu kávu, obeduje medzi 13.00 až 17.00 hodinou a večeria neskoro večer doma, čo nájde v chladničke. Doma bývajú konflikty, žena mu vyčíta, že sa nevenuje jej ani synom, nepomáha v domácnosti, nikam spolu nechodia a začal aj popíjať.

VLASTNÁ KOGNITÍVNO-BEHAVIORÁLNA TERAPIA

V úvode liečby bol pacientovi administrovaný **dotazník workoholizmu**: Test rizika závislého od práce, podľa Robinsona, B. E. (in Nešpor, 2007) s výsledkom 72 bodov, t. j. **stredný stupeň závislosti od práce**.

Analyzované boli **spúšťače** workoholického správania – **negatívne emočné stavy** pre *nadmernú záťaž v práci* (potrebu mať všetko pod kontrolou a neschopnosť delegovať prácu na podriadených), *konflikty s partnerkou* (vzťahové dôsledky workoholizmu), *konflikty s otcom* (otcovo neplnenie sľubov).

Analyzované boli **dôsledky workoholického správania** – zanedbávanie rodiny, neplnenie domácich povinností, výpadok voľnočasových aktivít, vznik zdravotných a psychických problémov, nesprávne stravovanie a ventil pracovných stresov v alkoholických excesoch. Boli stanovené **ciele liečby**:

Definitívne ukončiť víkendové pracovné činnosti a nosenie práce domov. Prácu vedúceho prevádzky zredukovať na max. 9 hodín denne. Delegovať pracovné aktivity na svojich podriadených bez osobných kontrol v práci. Čas po práci (po 17.00 hod.) venovať rodine – manželke,

deťom, domácim povinnostiam a koníčkam. Spolu s manželkou plánovať spoločné víkendové aktivity. Zmeniť zlý stravovací režim na zdravý, v časových intervaloch: raňajky 6.00 – 6.30, obed 13.00 – 13.30, večera 17.00 – 17.30 spolu s rodinou.

BEHAVIORÁLNE POSTUPY

Pacient riešil *zmeny svojho nežiaduceho workoholického štýlu*. S partnerkou naplánoval a začal praktizovať *spoločné voľnočasové aktivity* (bicyklovanie, prechádzky, hry s deťmi na ihriskách) a začal pomáhať aj v domácnosti. *Zredukoval svoju pracovný čas* na 9 hodín a prestal si nosiť prácu domov. Po tom, ako delegoval prácu vedúceho na svojich podriadených, *definitívne ukončil dve víkendové pracovné činnosti* a začal chodiť s rodinou na výlety do Tatier, do akvaparku a k rodičom. Na prvom stretnutí s partnerkou, ktoré prebiehalo v napätí a s výčitkami voči pacientovi, boli dohodnuté *zmeny v komunikácii medzi partnermi* (viac komunikovať o problémoch rodiny, mať viac rešpektu, lásky a citov k partnerke, dodržiavať sľuby deťom a prestať popíjať). Toto stretnutie s partnerkou umožnilo partnerom aj doma otvorene prediskutovať dlho neriešené naliehavé rodinné problémy. Pre obavy z poklesu financií v rodine pacient *analyzoval finančný rozpočet rodiny* a po spoločných nákupoch s partnerkou navýšil financie na nákup pestrejšej stravy do domácnosti. Pozornosť venoval aj zmenám svojho stravovacieho režimu, ktorý začal dodržiavať podľa stanoveného cieľa, čo telefonicky potvrdila aj pacientova partnerka.

KOGNITÍVNE POSTUPY

Pracoval s chybnými dysfunkčnými a udržiavajúcimi kogníciami workoholizmu: „**mať všetko pod kontrolou v práci pre obavy zo zlyhania**“, „*v práci som ešte všetko riadne skontroloval, nemôžem si ako vedúci dovoliť žiadnu chybu*“, **po reštrukturalizácii ich zmenil na funkčné kognície**: „*svojich podriadených už poznám niekoľko rokov, vedia si poradiť, v práci sú dostatočne kompetentní a kvalifikovaní, aby prevzali zodpovednosť za prácu, budem im dôverovať a nechám ich samostatne pracovať*“.

Na **záverečnom spoločnom terapeutickom stretnutí pacientova partnerka** kladne hodnotila zmenu v správaní partnera k nej, pacient chodí domov z práce načas a venuje sa aj deťom. Zlepšila sa komunikácia medzi nimi, spoločne riešia svoje problémy a prestal popíjať. Má však isté obavy, aby to takto partnerovi vydržalo. Sám *pacient* kladne hodnotí zmenu vzťahov v rodine po redukcii nadbytočných pracovných aktivít a svoju osobnú psychickú pohodu – ústup stresov, napätia, vyčerpanosti, nervozity.

LITERATÚRA

1. Fassel, D. 1990. Working ourselves to Death: The high costs of workaholism, the rewards of recovery, San Francisco: Harper Collins, 1990.
2. Harpaz, I., Snir, R. 2003. Workaholism: Its definition and nature, 291-319, Human Relation 56(3), The Tavistock Institute, London, 2003.
3. Kallwass, A. 2007. Syndrom vyhoření v práci i osobním živote. Praha: Portál, 2007, 1. vydání, s. 130. 978-80-7367-299-7.
4. Kaufman, G., Uhlenberg, P. 2000. The influence of parenthood on the work effort of married men and women, 931-947, Social Forces, 78(3), 2000.

5. Killingerová, B. 1998. Workaholismus, záslužná závislost. Brno: Naklad. Alman, 1998. 270 s. ISBN 80-86135-04-7.
6. Machlowitz, M. 1980. Workaholics: Living with them, working with them. Reading, MA: Addison-Wesley, 1980.
7. Nešpor, K. 2007. Návykové chování a závislost. Praha: Portál, 3. aktual. vydání. ISBN 80-7178-831-7.
8. Nishiyama, K., Johnson, J. V., Karoshi: Death from over work: Occupational health Consequences of the Japanese production management, Departement of preventiv. Medicine, Shiga Univ. of Medical Science, Japan, and School of Hygiene and Public Health, J. Hopkins Univ., sixth draft for International Journal of Health Services, 1997.

9. Scot, K. S., More, K. S., Micelli, M. P.: An Exploration of the Meaning and Consequences of Workaholism, 287-316, Human Relations, vol. 50, N-3, 1997.
10. Vokurka, M. a kol. 2002. Velký lékařský slovník, Mawdorf Jessenius, 2002, ISBN 8073451301.
11. Weil, A., Rosen, W.: From chocolate to Morphin, 39-41, Houghton Mifflin Company, Boston/New York, 1993.

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. /https://cs.wikipedia.org/wiki/workoholizmus/, 9.7.2021.
2. /https://ru-bis.ru>heat-oven/, Workoholizmus-příčiny a léčba, 9.4.2022

PhDr. František David Krch, Ph.D.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Poruchy příjmu potravy – možnosti léčby a rizikové faktory

Poruchy příjmu potravy (ďalej PPP) patria medzi najčastejšie a zároveň najzávažnejšie problémy dospievajúcich žien. Napriek svojim závažným zdravotným, psychickým a sociálnym dôsledkom prinášajú základné príznaky anorexie a bulímie (vychudnutosť, sebakontrola v jedle, nutkavý pohyb, ale aj úľava po vracaní alebo sebapoškodení) chorým úľavu a uspokojenie

a oslabujú ich motiváciu na prípadnú zmenu. Lahko potom dochádza k vytvoreniu návyku, ktorý je ukotvený v zdanlivo zrozumiteľných postojoch. Súbor týchto postojov a hodnôt týkajúcich sa životného štýlu, telesného vzhľadu, výkonu, hmotnosti a zdravia formuluje osobný štandard a očakávanie chového a v prípade tlaku na zmenu posilňuje jeho úzkosť a obavy.

HRANICE PRIMERANOSTI

Diferencovanosť problému, ktorý sa týka širokej skupiny chorých, a dynamika jeho vývoja vylučuje jednoduchú odpoveď na zložitú otázku etiológie. Neexistuje žiadny kľúčový rizikový faktor. Na začiatku ochorenia to býva väčšinou diéta motivovaná často oprávnenou snahou schudnúť alebo jesť zdravo.

Prekročiť primeranú mieru v chudnutí a zdravej výžive je relatívne ľahké. V poslednom čase pribúda chorých, ktorí sú svojim okolím alebo lekármi vedení k zmene životného štýlu, jedálnička a stravovacích návykov z určitých pochopiteľných dôvodov. Lepší výkon v športe, rôzne potravinové alergie alebo napríklad pečeňová diéta môžu byť spojené so zvýšenou sebakontrolou, s nadmerným energetickým výdajom, významným obmedzením energetického príjmu a úbytkom telesnej hmotnosti. Aj keď chudnutie nie je primárnym cieľom, chorý sa rýchlo na váhový úbytok adaptuje a býva zložitý viesť ho k zmene. V súčasnosti existuje konsenzus (Krch, 2018), že k rozvoju mentálnej anorexie alebo bulimie dochádza v prípade, že viac či menej disponovaný jedinec je vystavený vplyvu faktorov, ktoré môžu viesť k držaniu diéty (nadváha v anamnéze alebo v rodine, fyzický rast, choroba, niektoré záujmy a podobne), a niektorým ďalším vplyvom, ktoré sú nebezpečné z hľadiska rozvoja iných duševných porúch. Tieto rizikové vplyvy posúvajú hranice, kam až je chorý ochotný zísť nielen v sebakontrolu, ale aj v emočných reakciách, postojoch a vo svojom správaní vrátane napríklad sebapoškodzovania a odporu voči okoliu. Podobné faktory, ako napríklad rozvod, alkoholizmus alebo duševná porucha v rodine, tiež ponúkajú zdanlivo pochopiteľné vysvetlenie ťažkostí, prípadne náhradný cieľ liečby. Väčšinou zároveň vypovedajú o tom, akým vzorcom správania a riešení problémov je chorý vystavený. Poruchy príjmu potravy prichádzajú v priebehu dospievania, ktoré je týmito problémami kontaminované. Postupne pribúda celý rad rôznych psychických a sociálnych ťažkostí, ktoré je vhodné riešiť, zároveň sa tak otvára priestor na rôzne špekulácie na tému možných príčinných faktorov. Mnoho chorých, ich rodiny, ale aj niektorí terapeuti pokladajú odhalenie príčiny za kľúčový krok v liečení PPP. Ako rady pripomínajú naše pacientky, je to psychický problém a „riešenie je v hlave, a nie pri jedálenskom stole“. Podobne akcentovaná psychoterapia umožňuje vyhnúť sa niektorým pre pacienta bolestivým krokom

O AUTOROVI

František David Krch, Ph.D.

sa podieľa na pedagogickej a osvetovej činnosti Psychiatrickej kliniky VFN a 1. LF UK v Prahe, prednáša v odbornom a postgraduálnom výcviku, je autorom odborných a populárno-náučných kníh vrátane piatich monografií týkajúcich sa problematiky redukcie nadváhy a porúch príjmu potravy. Od roku 1983 je aktívnym terapeutom Jednotky špecializovanej starostlivosti PK VFN a v ambulantnej starostlivosti.

a konfliktu s terapeutom. Posilňuje sa tak obraz ťažko riešiteľného ochorenia a celoživotnej stigmy. Koncept, na ktorý ľahko pristúpia nemotivovaní pacienti, ich rezignované rodiny, ale aj frustrovaní terapeuti. Vzhľadom na diferencovanosť problému, ktorý sa dynamicky mení v priebehu života chorého, býva zložitý najst nielen jeho jednoduché vysvetlenie, ale predovšetkým dlhodobý účinné riešenie. Napriek tomu, že liečbu PPP ponúka celý rad rôzne odborne profilovaných, nielen zdravotníckych zariadení, faktická ponuka účinnej terapie je obmedzená, formálna alebo príliš jednostranná. Prístup k chorému často osciluje od jednoduchého behaviorálneho nátlaku k príliš zložitým výkladovým konceptom, spravidla centroványm mimo základnej symptomatológie problému. Už v roku 1990 napísal americký psychiater L. K. G. Hsu, že príčinné zistenia pri mentálnej anorexii môžu vyjadrovať skôr viac osobnú perspektívu zaujatého odborníka než skutočnú podstatu veci. K podobným záverom dospel aj rozsiahly medzinárodný výskum venovaný otázke etiológie PPP, vedený anglickým psychiaterom Ch. Fairburnom (1997). Podľa Fairburna a jeho kolektívu je väčšina údajov o vzniku poruchy retrospektívna alebo založená na dohadoch.

ZLOŽITÁ CESTA K UZDRAVENIU

Aj keď v zásade existuje zhoda v tom, že poruchy príjmu potravy

sú bio-psycho-sociálne podmienené, neznamena to vždy skutočne diferencovanú a komplexnú liečbu, ktorá by prihliadala nielen na stupeň rozvoja poruchy, ale zodpovedajúcim spôsobom by reflektovala somatickú, psychologickú a sociálnu stránku problému. Konštatovanie o multifaktoriálnej podmienosti PPP je často len odborné klišé alebo výraz profesijnej bezradnosti. Terapeut, podobne ako chorý a jeho rodina, môže byť netrpezlivý, lebo nie je zvyknutý pracovať s nemotivovaným a ambivalentným pacientom. Na jednej strane je ťažké, aby nepodľahol pokušeniu kategorického imperatívu a neosobných varovaní, na druhej strane sa môže stratiť v príliš zložitom teréne rôznych psychoterapeutických prístupov a zložitých domniek a očakávaní pacienta. Prvé kroky terapeutickú intervenciu by z logických dôvodov mali viesť proti prípadnej somatickej komorbidite súvisiacej s vychudnutosťou a malnutríciou. Nasledovať by mali intervencie v smere zmeny nevhodných návykov a potlačenie vplyvu faktorov udržiavajúcich poruchu. Pacienta je potrebné viesť k dlhodobu udržateľnému stravovaciemu a pohybovému režimu, ktorý by zodpovedal prirodzenému socioekonomickému kontextu jeho každodenného života. Pritom je významná trpezlivosť, striedmosť postojov a primeranosť ambícií rovnako na strane chorého a jeho rodiny, ako aj terapeuta. Nesmieme pritom zabúdať, že väčšina vrstovníkov pacienta nie je spokojná so svojím telom a že zmena návykov je dlhodobý a v mnohých smeroch bolestivý proces.

LITERATÚRA

Fairburn, C. et al.: Risk Factors for Bulimia Nervosa. Archives of General Psychiatry, 54, 1997, s. 509 – 517.

Hsu, L. K. G.: Eating Disorders. Guilford Press, New York 1990.

Krch F. D.: Kognitívne-behaviorálna terapia porúch príjmu potravy. In Papežová H. (Ed.) a kol.: Anorexie, bulimie a psychogenní prežívání, Interdisciplinární a transdiagnostický pohled. Praha: Mladá fronta, 2018, s. 402-413.

PharmDr. Miroslava Snopková, PhD.
viceprezidentka Slovenskej lekárskej komory

Riziká užívania niektorých liečiv vo vyššom veku

O AUTORKE

PharmDr. Miroslava Snopková, PhD.

je absolventkou Farmaceutickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. Vo svojej vedeckej práci sa venuje riešeniu farmaceutických otázok, ako sú výkony súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, legislatívne a ekonomické faktory regulujú zdravotníckeho trhu. S kolegami pracuje aj na tvorbe aplikácie, ktorá by v budúcnosti mohla byť súčasťou lekárenskej starostlivosti. Priniesla osvetový projekt Farmácia pre všetkých, ktorý zrozumiteľnou formou približuje často odborné a zložitú témy laickej verejnosti. Ako viceprezidentka Slovenskej lekárskej komory spolupracuje na príprave a tvorbe osvetových kampaní *Kto má kľúče od skrinky s jedmí, Vek nie je iba číslo alebo Nie je odpad ako odpad.*

a tukovej hmoty v neprospech svalov, čo súvisí nielen so zníženou silou úchopu, ale aj so zmenami metabolizmu viacerých liečiv (Duque, 2016). Aj keď má ľudský mozog schopnosť istých kompenzačných mechanizmov, v dôsledku starnutia a s pribúdajúcim vekom počet buniek v mozgu klesá. Po 60. roku života sa začína znižovať počet buniek aj v mieche. Dochádza k zníženej schopnosti viesť signály, čo môže mať za následok zníženie citlivosti a sily. Dochádza k poruchám pamäti, znižuje sa koncentrácia a klesá reakčná schopnosť. Stretávame sa so zmenami v správaní, u niektorých starších dospelých vplyvom zvyšujúceho sa veku narastá nervozita a nepokoj, u inej časti tejto populácie naopak dochádza k postupnému nezaujmu o kolie či o samého seba, resp. až apatii (Kuzelová, 2019). Starší pacienti často uvádzajú nespavosť, čo súvisí so zníženou schopnosťou epifýzy vylučovať melatonín (Anyanwu,

2007). S pribúdajúcimi rokmi sa mení aj schopnosť kardiovaskulárneho systému reagovať na zmeny. Veľká časť starších dospelých trpí ochoreniami srdca a ciev. Dochádza k zníženej elasticite ciev, srdce tak musí vynaložiť väčšiu námahu na prečerpávanie krvi, čo nepriaznivo vplyva na krvný tlak a dochádza k rozvoju hypertenzie. U starších pacientov sa častejšie vyskytujú závraty a pády ako u mladšej populácie (Lakata, Strait, 2012). U starších ľudí dochádza často ku kombinácii zhoršenej pohyblivosti, k ortostatickej hypotenzii, častému močeniu, niekedy aj bez prítomnosti ochorenia. Okrem toho je u starších dospelých prítomné zníženie kapacity močového mechúra, u žien po menopauze dochádza ku skráteniu močovej trubice a u mužov je prítomné zväčšenie prostaty. Pacienti častejšie trpia cukrovkou (diabetes mellitus), čo negatívne ovplyvňuje nielen kardiovaskulárny, ale aj senzorický systém, najmä pokiaľ ide o nedostatočnú kontrolu hladiny glykémie (Duque, 2016). Fyziologickým následkom starnutia organizmu sú aj zmeny tráviaceho systému (gastrointestinálneho, GIT). Dochádza k zníženej absorpcii živín, znižuje sa množstvo tráviacich enzýmov a inzulínu (Bhutto, Morley, 2008). Pacienti majú často zvýšenú žalúdočnú aciditu (pálenie záhy), znižuje sa črevná motilita a podiel pečenej tkaniva. Pozorujeme znížený regeneračný schopnosť pečenej buniek (hepatocytov), čo ovplyvňuje schopnosť pečene metabolizovať liečivá (Koren, 2019). U staršej populácie dochádza k zníženiu objemu pľúcneho parenchýmu, čo ovplyvňuje kašeľ. Starší pacienti však v dôsledku zníženej kapacity parenchýmu nedokážu kašľom efektívne odstraňovať hlien z dýchacích ciest, čo negatívne ovplyvňuje čistiacu funkciu pľúc.

Aj toto je jeden z dôvodov vyššieho výskytu respiračných ochorení u starších dospelých (Kuželová, 2019). Prítomnosť viacerých ochorení alebo chronických stavov zvyšuje zložitost terapeutického manažmentu pre zdravotníckych pracovníkov aj pre pacientov a negatívne ovplyvňuje ich zdravotné výsledky. Celosvetovo sa očakáva významné zvýšenie zdravotného zaťaženia súvisiaceho s polymorbiditou (výskyt 2 a viac chronických ochorení), najmä v dôsledku rastúceho podielu populácie starších dospelých. Polymorbidita má negatívny vplyv na viaceré dimenzie pacienta (fyzickú, mentálnu, sociálnu) a má veľký vplyv na jeho kvalitu života. Navyše spôsobuje vysokú ekonomickú záťaž z dôvodu zložitosti potrebnej zdravotnej starostlivosti o pacienta, čo môže vyústiť do nekompletnej alebo neefektívnej liečby. Bezpečnosť farmakoterapie je najvyššou prioritou v kontexte kvality poskytovanej farmakoterapie.

LIEKY U PACIENTOV VO VYŠŠOM VEKU

S polymorbiditou úzko súvisí polyfarmácia. Najčastejšie sa pojmom polyfarmácia označuje užívanie 5 a viac liečiv (Masnoon, 2017). Práve populácia starších dospelých s polymorbiditou je častejšie vystavená užívaniu 5 a viac liekov. Vzhľadom na vyšší počet užívaných liekov a ochorení, v kombinácii so zmenami prebiehajúcimi počas starnutia organizmu, sú starší pacienti vystavení riziku vzniku nežiaducich účinkov liekov, ich vzájomných interakcií, riziku užívania potenciálne nevhodných liečiv, zníženej adhenencie pri liečbe či riziku hospitalizácií. Publikovaných bolo niekoľko zdrojov zvyrazňujúcich problematiku skupiny liekov u starších dospelých, ktoré pomáhajú poskytovateľom zdravotnej starostlivosti určiť vhodné či nevhodné lieky. Tieto pokyny zahŕňajúce zoznamy potenciálne nevhodných liečiv (PID, z ang. *Potentially inappropriate Drugs*) sú nápomocné pri veľkej škále liekov, ako sú lieky na ochorenia kardiovaskulárneho, nervového, urogenitálneho či tráviaceho systému (Baruth, 2020). PID sú považované za liečivá s neistou terapeutickou účinnosťou alebo za liečivá, ktorých potenciálne nežiaduce účinky prevažujú kli-

Populácia starších dospelých s polymorbiditou je častejšie vystavená užívaniu piatich a viac liekov.

nický prospech (Wawruch, 2008). U starších pacientov sú liečivá považované za vhodné, pokiaľ majú jasné indikácie založené na dôkazoch, sú dobre tolerované u väčšiny pacientov, cenovo prijateľné a pokiaľ sa pomocou dosahujú ciele terapie. Liečivá uvedené v PID zoznamoch však netreba považovať za striktné zakázané v liečbe starších pacientov, ide skôr o odporúčanie obmedziť ich používanie, pokiaľ je to možné. Medzi liečivá, ktoré sa na Slovensku vyskytujú v terapii starších dospelých a zároveň sa nachádzajú v PID zoznamoch, môžeme zaradiť niektoré anxiolytiká: *alprazolam*, *oxazepam* (môžu zvyšovať riziko pádov alebo zhoršovať kognitívne funkcie), niektoré hypnotiká – sedatíva: *zolpidem*, *zopiklón* (môžu zvyšovať riziko pádov a delíria), niektoré antipsychotiká: *tiaprid*, *kvetiapín* (môžu zvyšovať riziko cievnej mozgovej príhody a kognitívne funkcie), niektoré uro-

logiká: *solifenacín*, *trospium* (môžu zvyšovať riziko niektorých nežiaducich účinkov, ako zápcha, sucho v ústach či prejavy na nervovom systéme), niektoré protizápalové liečivá: *diklofenak*, *meloxikam*, *naproxén* (môžu zvyšovať riziko krvácania v tráviacom trakte) či niektoré lieky používané pri vredovej chorobe žalúdka alebo pálení záhy: *omeprazol*, *pantoprazol* (môžu zvyšovať riziko zlomeniny bedra a u starších dospelých zvyšujú riziko infekcie baktériou *Clostridium difficile*) a mnohé ďalšie liečivá (Kuželová, 2019; Snopková, Sukeľ, 2020). Polymorbidita a následná polyfarmácia je problémom celého sveta. Môžeme predpokladať stále sa zvyšujúci nárast polymorbídnych pacientov vo svete, stále sa zvyšujúce množstvo užívaných liekov a tým aj zvýšené riziko vzniku nežiaducich účinkov liekov a ich vzájomných interakcií. Taký vývoj zasiahne aj ekonomickú situáciu v zdravotných systémoch, kde bude potrebné vynaložiť čoraz viac finančných prostriedkov. Bude nevyhnutný individuálny prístup ku každému pacientovi, zvlášť ku každému pacientovi vo vyššom veku, aby sme účinne a efektívne predchádzali rizikám a dokázali sme túto časť populácie chrániť.

LITERATÚRA

American Geriatrics Society BeersCriteria® Update Expert Panel, et al. American Geriatrics Society 2019 updated AGS BeersCriteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. In: *Journal of the American Geriatrics Society*. 2019; 67(4): 674–694

Anyanwu EC. Neurochemical changes in the aging process: implications in medication in the elderly. In: *Scientific World Journal* [online]. 2007; 7:1603–1610

Baruth JM et al. Polypharmacy in older adults: the role of the multidisciplinary team. In: *HospPract* (1995). 2020; 48(1): 56–62

Duque G. Age-Related Physical and Physiologic Changes and Comorbidities in Older People: Association with Falls. In: *Medication Related Falls In Older People*. 2016; 67–73

Koren G et al. Clinical pharmacology of old age. In: *Expert Rev ClinPharmacol*. 2019; 12(8): 749–755

Kuželová M et al. Bezpečná farmakoterapia seniorov. Bratislava: Slovenská lekárnická komora, 2019. ISBN 978-80-972124-5-2.

Lakata EG, Strait JB. Aging associated cardiovascular changes and their relationship to heart failure. In: *HeartFailClin*. 2012 Jan; 8(1): 143–164.

Masnoon N et al. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. In: *BMCGeriatr*. 2017; 17:230

O'Mahony D et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. In: *Age and ageing*. 2015; 44(2): 213–218

Snopková M, Sukeľ O. Potenciálne nevhodné liečivá u starších dospelých. In: *Prakt. lekárň*. 2020; 10(4): 131–133.

Wawruch M et al. Polypharmacy in elderly hospitalised patients in Slovakia. In: *Pharm World Sci*. 2008 Jun; 30(3): 235–242

JUDr. Ing. Peter Daniel, PhD.
Slovenská asociácia finančníkov (SAF), člen správnej rady

Mgr. Eva Klimová
prezidentka, Slovenská komora psychologov

Bezplatné dlhové poradenstvo ako sociálna služba štátu

O AUTOROCH

JUDr. Ing. Peter Daniel, PhD.

je absolventom FESCR VŠE Banskej Bystrici (ekonomika služieb a cestovného ruchu), ESF MU Brne (všeobecná ekonomická teória) a PrF UK (právo). V rokoch 1990 – 2002 pôsobil v akademickej sfére, naposledy ako prodekan a vedúci katedry na Fakulte financií UMB. Viac ako 20 rokov riadil pohľadávky v spoločnostiach Slovak Telekom, Johnson Controls a IQVIA. Je členom Správnej rady Slovenskej asociácie finančníkov. Napísal dve monografie a desiatky článkov o správe pohľadávok. Ostatné štyri roky sa významne podieľa na vzniku bezplatných dlhových poradní v SR.

Mgr. Eva Klimová

je absolventkou FF UK Bratislava v odbore psychológia so špecializáciou v odboroch pracovná a organizačná, poradenská psychológia a certifikovanej pracovnej činnosti dopravná psychológia na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave. V súčasnosti pôsobí ako pracovná, organizačná, poradenská a dopravná psychologička, koučka, mentorka, lektorka, konzultantka a projektová manažérka pre rôzne spoločnosti a rezorty v SR, externe vyučuje na viacerých univerzitách. Od roku 2016 je prezidentkou Slovenskej komory psychologov. V projekte bezplatného dlhového poradenstva je expertkou pre psychológiu.

tom predložené dve tvrdenia, s ktorými mali vyjadriť súhlas či nesúhlas: (1) Moja finančná situácia bola dôvodom, prečo som sa rozhodol zotrvať v nefunkčnom vzťahu, (2) Moja finančná situácia bola dôvodom, prečo môj partnerský vzťah stroskotal. Súhlas s prvou otázkou vyjadrilo 14 % respondentov (podobne v SR aj v EÚ priemer), s druhou otázkou 17 %

respondentov, čo preukazuje, že **peniaze hrajú významnú rolu pri rozhodovaní o zachovaní či opustení vzťahu v každom šiestom až siedmom prípade.**

NADMERNÉ DLHY PRIVODZUJÚ MENTÁLNE PORUCHY

Opakovane uskutočnený výskum vo Veľkej Británii (2013, konzultačná spoločnosť Grant Thornton v spolupráci s Queens University Belfast štúdiu *Emotion and the Psychology of Debt*)⁴ preukázal, že jeden zo štyroch dospelých trpí v niektorej fáze života mentálnym problémom, kým pri dlžníkoch je to až jeden z dvoch. Problémny duševného zdravia súvisia s hĺbkou finančného problému, mierne omeškaný dlh nemá vplyv na mentálne zdravie, ďalšie štyri stupne (problémový dlh, akútny problémový dlh, chronický problémový dlh a dlh vedúci k chudobe) menia správanie dlžníka. Pri prvom dochádza k zmenám životného štýlu a finančných podmienok, pri druhom sa dlžník ocitá v predtým nepoznaných životných situáciách, pri treťom dochádza k trvalým zmenám jeho správania a pri štvrtom sa stáva dlhodobo závislým od systému sociálneho zabezpečenia. Výskum ukázal silnú koreláciu oboma smermi – rastúce zadlženie zhoršuje mentálne zdravie, ale i ľudia s horším mentálnym zdravím sa zadlžujú viac. K poruchám mentálneho zdravia dochádza, ak sa dlhy vymknú spod kontroly.

ZADLŽENIE OHROZUJE CELKOVÉ ZDRAVIE A MENÍ SPRÁVANIE

Za hlavné rizikové skupiny, ktorých sa dlh môže mentálne dotknúť, výskum považuje najmä ľudí zadlžených kvôli svojej živnosti, pre choroby a úmrtia v rodine, rozvody či iné rodinné rodinné traumy, ľudí s neurotickou osobnosťou (vplyv príliš zhovievavého alebo nestabilného výchovného prostredia alebo reštriktívna rodičovská kontrola). Dlh podľa autorov prináša dva typy symptómov: fyzicko-somatické (únava, zmena v chuti do jedla, črevné problémy, poruchy krvného tlaku,

imunitného systému, libida, kožné problémy, vznik látkových závislostí) a psychologické (emočné, kognitívne poruchy, zmena sociálneho alebo kultúrneho vnímania – obviňovanie bánk či iných ľudí zo svojej situácie, hľadanie nepriateľov v imigrantoch a pod.). Výskum poukazuje na rozdielny vplyv dlhu na mužov (strata hrdosti, strkanie hlavy do piesku, pocit viny súvisiaci s impotenciou, frustrácia, detinské správanie) a na ženy (emočné prejavy, vplyv na výchovu detí, rolu partnerky, starostlivosť o domácnosť). Výskum bol zameraný aj na emócie spojené so zadlžením. Ukázal, že ľudia v dlhových problémoch prežívajú častejšie niektoré emócie (napríklad pocit hanby, viny, ľutosti, častá je snaha skrývať situáciu pred širším okolím i rodinou), čo vedie k prehĺbeniu prežívaných negatívnych emócií a má priamy vplyv na vznik duševných porúch.

DLHOVÉ PORADENSTVO U NÁS A EURÓPSKE SKÚSENOSTI

V marci 2017 sa Európska komisia v akčnom pláne **Consumer Financial Services Action Plan**⁵ zaviazala vykonať účinné kroky proti nadmernému zadlženiu obyvateľstva. Z publikovaných rozsiahlych štúdií o nadmernej zadlženosti domácností (2008, 2013) vyplynulo, že personalizované dlhové poradenstvo patrí medzi najúčinnéjšie nástroje, ktorými

sa dá čeliť nadmernému zadlžovaniu. V roku 2022 Rada EÚ schválila novú smernicu o spotrebiteľských úveroch, ktorá ešte musí prejsť schválením Európskeho parlamentu a po jej zavedení budú mať členské štáty 24 mesiacov na to, aby sprístupnili občanom dlhové poradenstvo. Vychádzajúc z dostupných údajov o zadlženosti obyvateľstva, ukázalo sa, že Slovensko potrebuje vykročiť na cestu ďalších 14 európskych krajín, preto sme od roku 2020 začali pracovať na zavedení bezplatného dlhového poradenstva poskytovaného, financovaného a garantovaného štátom, i keď parciálne určité formy poradenstva už v SR existovali. Počas roku 2022 sa takéto bezplatné dlhové poradenstvo stalo na celom Slovensku realitou, keď sa vytvorilo 46 bezplatných dlhových poradní poskytujúcich **integrované dlhové poradenstvo**, t. j. spojenie ekonomického, právneho a psychologického poradenstva, čím je podchytené nielen riešenie akútnej situácie dlžníka, ale i práca s jeho postojmi ako sekundárna prevencia pre zopakovanie situácie. Z hľadiska prevencie je dlhové poradenstvo *win-win* riešením pre dlžníkov i veriteľov a má pozitívny sociálny, ekonomický, psychologický a zdravotný vplyv. Analýzy efektívnosti dlhových poradní v krajinách EÚ (cez ukazovateľ SROI) ukázali, že každé euro investované štátom do dlhových poradní má návratnosť 3 až 5 eur v dôsledku zníženia sociál-

ných dávok a odvodov platených štátom, zvýšenia platby daní a odvodov, zvýšenia miery zamestnanosti prijatím dlhodobého a lepšie plateného zamestnania a celkovými sociálnymi vplyvmi.

Viac o poradniach:
www.pomahamedlznikom.sk

ODKAZY

- 1 SILC 2021 – ŠÚ SR, 12. 8. 2022- Produkty/ Katalóg publikácií, <https://slovak.statistics.sk>
- 2 <https://www.nbs.sk/sk/statisticke-udaje/financne-institucie/banky/statisticke-udaje-penaznych-financnych-institucii/uvery>
- 3 <https://www.intrum.sk/klienti-firemne-riesenia/novinky-tlacove-spravy/vsetky-novinky/kazdy-piaty-slovak-zostava-v-nefunkcnom-vztahu-lebo-mu-to-financne-pomaha/>
- 4 GRANT THORNTON: Emotion and the Psychology of Debt. Institute of Welfare, UK, 2013; <http://instituteofwelfare.com/resources/Debt.pdf>
- 5 https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:055353bd-0fba-11e7-8a35-01aa75ed71a1.0011.02/DOC_1&format=PDF

Mgr. Jitka Schlichtsová

Katedra religionistiky, Evangelická teologická fakulta Univerzity Karlovy v Prahe

Prevencia v oblasti duchovného života

Jednou z často predebatovávaných tém v oblasti duševného zdravia a prevencie rizikového správania je duchovný život. Predovšetkým ten, ktorý sa odohráva v spoločenských, ktoré zatiaľ nie sú v spoločnosti etablované. Snaha o inováciu doterajšieho duchovného života väčšinovej spoločnosti, spochybňovanie jej hodnôt a noriem a zdôrazňovanie vlastnej odlišnosti nezriedka vedú k tomu, že medzi týmito novými náboženskými hnutiami a zvyškom spoločnosti vznikne napätie. Jeho výsledkom je viac známe, ale pejoratívne označenie daného náboženského spoločenstva

O AUTORKE

Mgr. Jitka Schlichtsová

je doktorandkou na Katedre religionistiky Evanjelickej teologickej fakulty Karlovej Univerzity a redaktorkou religionistického štvrťročníka Dingir a webového portálu Náboženský infoservis. Odborne sa zameriava na súčasné podoby náboženského života, poradenstvo a prevenciu v oblasti nových náboženských hnutí a problematiku detí v týchto spoločnostiach.

slovom sekta. Toto slovo implicitne obsahuje vyjadrenie nedôvery, obáv a podozrení, že členom daného náboženského spoločenstva hrozí fyzické a psychické nebezpečenstvo.

A skutočne, tieto spoločenstvá a duchovný aj sociálny život v nich majú nepochybne svoje úskalia. Súvisia predovšetkým s tým, že ide o spoločenstvá mladé a fungujúce trochu živelné. Podobne ako dospievajúci človek, ktorý celkom prirodzene prechádza náročnými situáciami, osobnými i spoločenskými neúspechmi, pretože vystupuje pre nedostatok skúseností a sebarefle-

xie pomerne bezhlavo, stretávajú sa i nové náboženské hnutia, ich vodcovia a členovia s obdobnými problémami.

V oblasti psychického zdravia sa hovorí najviac o manipulácii a niekedy sa dokonca používa výraz „vymývanie mozgov“. Akokoľvek je táto metafora vo svojej podstate chybná, pretože nevystihuje príčinu problému, má vyjadriť obavu z toho, že člen takého spoločenstva sa pod vplyvom skupinovej dynamiky správa neobyčajne a nemá veci úplne pod kontrolou. To je aj nie je pravda zároveň. Mnohé skutočne pod svojou kontrolou nemá, ale nestalo sa to preto, že by mu kontrola bola násilím odobraná a nemohol by ju svojou vôľou získať späť, ale preto, že sa jej vzdal v prospech naplnenia iných potrieb.

CHARAKTERISTIKY NOVÝCH NÁBOŽENSKÝCH HNUTÍ

Pre prehľadnosť môžeme určiť sedem charakteristík nového náboženského hnutia, ktoré nám pomôžu opísať ich dynamiku.

Ako už bolo spomenuté, motiváciou vzniku nového náboženského hnutia je snaha (1) *inovovať duchovný život*. Tieto spoločenstvá zvyčajne nadväzujú na už známe tradície, ale zmocňujú sa ich novým spôsobom. Túžia po tom, aby bol duchovný život skutočnejší, intenzívnejší, čistejší, bez kompromisov a sivých zón. Formulujú (2) „čiernobiely“, prehľadný a jednoduchý náučný základ, v ktorom nie je priestor na otázky a pochybnosti a treba sa ním len riadiť. Nezriedka aj otvorene a nahlas kritizujú doterajšie spôsoby duchovného života a tých, ktorí ich praktizujú. Súčasťou ostrého (3) *protestu a vymedzenia* voči predchádzajúcemu môže byť napríklad úplne odlišný vzhľad, slovník, denný režim, stravovanie, ale aj prekračovanie zvyčajných hodnôt a noriem správania. Vzniká tak veľmi (4) *kohézne a dynamické spoločenstvo*, v ktorom prevládajú blízke a neformálne vzťahy, obmedzuje sa individualita, cení sa a posudzuje (5) *oddanosť a obetavosť spoločenstva* voči spoločným cieľom a (6) *charismatickej vodcovskej osobnosti*, ktorá je pokladaná za absolútne neomylnú, výnimočnú či dokonca nadenú nadprirodzenými schopnosťami,

Ohrozenie náboženskými spoločenstvami nespočíva v uvedomení si vlastnej zraniteľnosti, ale všade tam, kde si jej nie sme vedomí.

mi, a to do tej miery, že jej je zverená moc aj nad úplne privátnymi oblasťami života nasledovníkov. Prejavy oddanosti spočívajú v prinášaní obetí najrôznejšieho druhu (finančných, časových, fyzických či vzťahových). Získavanie nových členov či udržanie oddanosti tých súčasných môže byť dosahované pomocou (7) *zneužívania sociálneho vplyvu a psychického oslabenia* záujmových osôb. Môžu byť dokonca cielene vytvárané stratégie na odhaľovanie citlivých miest jednotlivcov a možností ich ďalšieho využitia, obmedzovanie kritického myslenia a prístupu k informáciám z iných zdrojov.

STRATÉGIA INDIVIDUÁLNEJ OBRANY PROTI RIZIKÁM SPOJENÝM S NOVOU RELIGIOZITOU

Najúčinnejšou stratégiou v individuálnej obrane pred stratou kontroly je sebaopoznanie a sebareflexia v oblasti náboženstva, manipulácie a autority. Treba skúmať a poznávať svoje zatiaľ neuvedomované predstavy, stereotypy, presvedčenie a potreby a pripustiť si svoju vlastnú zraniteľnosť.

SEBAPOZNANIE V OBLASTI NÁBOŽENSTVA

O českej spoločnosti sa všeobecne traduje, že je ateistická a záujemcov o duchovný život tu každoročne ubúda. Odliv tradičných veriacich zaznamenáva aj Slovensko. Realita je však trochu iná, ako to dokumentujú napríklad štatistické dáta sumarizované sociologičkou Danou Hamplovou (2013). Tie ukazujú, že návštevnosť bohoslužieb mierne kolíše, ale v priemere je vlastne konštantná, veľmi nízka je v porovnaní s inými krajinami vrátane Slovenska. Skutočne nízke čísla potom Česi vykazujú v otázkach dôvery

k tradičným cirkvám a to vytvára dojem ateistickej spoločnosti. To však neznamená, že Česi odmietajú existenciu nadprirodzena. Existenciu nadprirodzených fenoménov pripúšťa podľa Hamplovej viac ako 80 % opýtaných. Veľmi populárna je podľa uvedených dát v Česku (ale taktiež na Slovensku) viera v amulety, ďalej veštenie, liečiteľstvo či horoskopy. Religiozita sa teda v českej (i slovenskej) spoločnosti mení a ľudia dávajú prednosť duchovnosti, ktorá nie je pevne inštitucionalizovaná a označovaná za „náboženstvo“ či nejakým pojmom s koncovkou „-izmus“. Kritériom je taktiež často praktický úžitok, ktorý je nezriedka ponúkaný v podobe platenej služby (kurzy, veštbý, kryštály, obrazy či knihy). Mnohí sa tak pod dojmom „obchodného“ vzťahu a z neho vyplývajúcej ilúzie kontroly zúčastňujú na náboženských obradoch, zhromažďujú náboženské predmety, navštevujú a vytvárajú náboženské spoločenstvá bez toho, že by si toho boli vedomí a mohli svoje správanie reflektovať a informované sa rozhodovať.

SEBAPOZNANIE V OBLASTI MANIPULÁCIE

Druhou komplikáciou môže byť dojem, že zraniteľná a manipulovateľná je len určitá skupina osôb, napríklad mladí ľudia s nízkou inteligenciou, vzdelaním či socio-ekonomickým statusom. Mnohí ľudia sú presvedčení, že im žiadne nebezpečenstvo nehrozí, a taktiež o tom, že by sami neboli schopní správania, ktoré by poškodilo iných. Napríklad známy Stanfordský väzenský experiment amerického psychológa Philipa Zimbarda však presvedčivo ilustroval, že ľudia sú za určitých okolností schopní dopúšťať sa akéhokoľvek správania aj dovoliť, aby ho na nich páchali iní.

To, čo človeka v rozhodovaní nakoniec najviac ovplyvňuje, sú jeho nenaplnené potreby, ako je potreba vyhovieť, získať uznanie, kladné hodnotenie a sebahodnotenie, dosiahnuť intimitu a istotu či nachádzať v živote zmysel. Využívanie psychosociálnych zákonitostí na vlastný prospech je do istej miery bežnou súčasťou medziľudského konania. Pokiaľ v ňom však figurujú neuvedomované nenaplnené

potreby, môže dospieť až do štádia dlhodobého zneužívania a vyústiť do straty sebadôvery či schopnosti dôverovať. Inventúra v oblasti svojich nenaplnených potrieb, priznanie si zraniteľnosti manipulácii a potenciálu manipulovať iných je teda druhým krokom prevencie.

SLOBODA ZVOLIŤ SI AUTORITU

Trefou významnou veličinou pre zdravý duchovný a duševný život je kritické skúmanie, reflexia a budovanie slobody vo vzťahu k autorite. Búranie konvencií a odmietanie autorít, nezávislosť od nich a vlastná cesta je už kultúrnym evergreenom. Heslá ako „nikto vám nezakazuje mať vlastný názor“ a „ničomu neverte, všetko si overte“ dávajú pocit kontroly a nezávislosti, ale ten je úplne iluzórny a neprináša odolnosť voči nekritickému podliehaniu autorite, skôr naopak. Je nemožné byť odborníkom vo všetkých oblastiach života, a tak je nutné (a tiež človeku ako spoločenskému tvorovi prirodzené) nejaké autority rešpektovať, prepožičiavať im v určitých oblastiach dôveru a riadiť sa aj ich pokynmi. Sloboda v otázke autority tak znamená skôr

slobodu zvoliť si autoritu a odovzdať jej tolko dôvery a právomocí, koľko sám uznám za vhodné, a iba v tých oblastiach života, v ktorých je daná autorita kompetentná. Táto sloboda potom znamená aj možnosť autoritu spochybniť a zvoliť si inú.

ZÁVER

Bez toho, aby sme popierali, že duchovný život a duchovné spoločenstvá v etablovaných cirkvách aj mimo nich prinášajú rad nesporných výhod a naplnení mnohých potrieb (môžu podporiť sebaistotu, poskytnúť životný program, záemie, sociálne väzby, oporu, pocit bezpečia či uľahčiť komplikovaný prechod do inej životnej fázy), my sme sa zamerali na hroziace riziko straty vedomej kontroly a zneužívania psychosociálneho vplyvu. Je nevyhnutné zdôrazniť, že vystavenie a podľahnutie psychickej manipulácii nezabavuje človeka zodpovednosti za svoje správanie. Ako už bolo naznačené, psychická manipulácia nefunguje, pokiaľ týmto spôsobom nie je saturovaná nejaká nenaplnená potreba, a tak majú na vzniknutej situácii svoj podiel obidve strany. Opísané tri kroky vnú-

tornej inventúry nie sú jednorazovým aktom, ale procesom, ktorý treba vykonávať priebežne. Ohrozenie totiž nespočíva v uvedomení si vlastnej zraniteľnosti, ale všade tam, kde si jej nie sme vedomí.

LITERATÚRA

BARKER, Eileen. *New religious movements: a perspective for understanding society*. New York: Edwin Mellen Press, c1982. Studies in religion and society (New York, N.Y.), v. 3. ISBN 978-0889468641.

COWAN, Douglas E. a BROMLEY, David G. *Sekty a nová náboženstvá*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3163-6.

HAMPLOVÁ, Dana: *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*. Praha: Karolinum, 2013, 151 s. ISBN 978-80-246-2244-6.

NEŠPOR, Zdeněk: *Česká a slovenská religiozita po rozpadu společného státu. Náboženství Dioskúřů*. Praha: Karolinum, 2020, 198 s. ISBN 978-80-246-4555-1.

VOJTIŠEK, Zdeněk: *Pastorační poradenství v oblasti sekt a sektářství*. Brno: L. Marek, 2005, 234 s. ISBN 80-86263-69-X.

ZIMBARDO, Philip: *Luciferův efekt*. Praha: Academia, 2021, 628 s.

Ponuka jednoducho a prehľadne štruktúrovaný návod na to, ako sa dá pred nebezpečným spoločenstvom ochrániť. Upozorňuje deti a mládež, aby vždy dobre zvážili každé pozvanie do nového spoločenstva, aby sa nebáli kriticky zareagovať v prípade svojich pochybností ani zistiť si informácie o presnom názve, sídle a menách predstaviteľov daného spoločenstva a aby neposkytovali svoje osobné a kontaktné údaje nikomu, koho dosť dobre nepoznajú. Základnou myšlienkou návodu, ako rozoznať bezpečné spoločenstvo od nebezpečného, je uvedomiť si, že **v plnohodnotnom spoločenstve sa z nás stávajú slobodní, zrelí, samostatní, otvorení, sebaistí, tolerantní a zodpovední ľudia**.

INFORMÁCIE PRE DOSPELÝCH

Logickou súčasťou letáka sú aj základné informácie pre dospelých. Upozorňujú najmä na to, že v súčasnosti sa využívajú **moderné a účinné metódy náboru**, aby bola ponuka čo najlákavejšia. Popri osobnom rozhovore sa do popredia dostáva oslovanie prostredníctvom internetu, médií a sociálnych sietí. Keďže ponuky pokrývajú pomerne veľký rozsah životných situácií, veľmi užitočné sú informácie o spôsoboch náboru „nových členov“ (napríklad duchovné ponuky, politické iniciatívy, liečiteľské ponuky, ponuky týkajúce sa vzdelávania či mediálne iniciatívy). Dôležitou informáciou pre dospelých sú aj **najtypickejšie zmeny v správaní teenagera**, ktoré môžu signalizovať, že sa dostal pod vplyv podozrivého spoločenstva (napríklad používa iný slovník, uzatvára sa do seba alebo naopak, hovorí o celkom nových vážnych životných a duchovných témach). Kto dobrovoľne vstúpi do istej skupiny, často ani netuší, akým nebezpečenstvám sa môže vystaviť. Niektoré spoločenstvá používajú rôzne manipulatívne techniky (napríklad ustavičné poučovanie, nedostatočnú výživu, obmedzovanie spánku), v dôsledku ktorých je ľudská zodpovednosť a sloboda postupne obmedzovaná. V dôsledku závislosti dochádza k zmene charakteru a správania mladého človeka, čo môže mať **veľmi vážne následky**, na ktoré leták tiež upozorňuje.

KONTAKTY

Súčasťou letáka sú aj **kontakty**, na ktoré sa môžu deti aj dospelí obrátiť v prípadoch, keď potrebujú poradenstvo v tejto oblasti, ale aj v prípadoch, keď majú podozrenie z páchania trestnej činnosti. Leták je prístupný aj v jazykoch národnostných menšín (v maďarskom, rómskom, rusínskom, ukrajinskom a nemeckom jazyku). Online verzie všetkých jazykových mutácií sú dostupné na webových stránkach Ministerstva kultúry SR: bit.ly/3UU91tQ a Národného koordináčneho strediska pre riešenie problematiky násilia na deťoch: bit.ly/3hjKyAC.

Ministerstvo kultúry SR plánuje v blízkej budúcnosti v spolupráci s členmi medzirezortnej pracovnej skupiny v záujme ochrany detí pred manipuláciami svetonázorovými a spirituálnymi skupinami a ďalšími odborníkmi a odborníčkami pripraviť metodickú príručku na prácu s letákom a prevenciu v tejto oblasti.

LITERATÚRA

Pozor! Podozrivé spoločenstvá; informačný materiál vydaný Ministerstvom kultúry Slovenskej republiky a Národným koordináčnym strediskom pre riešenie problematiky násilia na deťoch, 2022.

1. Národná stratégia na ochranu detí pred násilím (uznesenie vlády SR č. 24 z 15. 1. 2014) a jej aktualizácia (uznesenie vlády SR č. 632 z 18. 12. 2019)

2. Misauerová, Anežka a Vojtíšek, Zdeněk. *Dětství a sekta*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-83-0.

3. Vojtíšek, Zdeněk: *Netradiční náboženství u nás* (Praha: Dingir, 1998), 2/98, str. 22.

POZOR

PODOZRIVÉ SPOLOČENSTVÁ

Ako rozoznáš nebezpečnú skupinu? 🤔
Pomôže ti týchto 15 znakov.

1.

Ponúknu ti presne to, čo ti chýba a po čom túžiš.



Ochrana detí pred nebezpečnými spoločenstvami

JUDr. Katarína Bartal

Ministerstvo kultúry SR, cirkevný odbor

Počet prípadov súvisiacich s prenikaním manipulatívnych svetonázorových a spirituálnych skupín do sféry práv detí narastá. Informovanosť verejnosti o týchto skupinách je však stále veľmi nízka. S ambíciou riešenia tohto nedostatku vznikol pod vedením cirkevného odboru Ministerstva kultúry SR leták pre deti, ich rodičov a pre všetkých, ktorí s deťmi a mládežou pracujú.

OBSAH LETÁKA

Svojou formou a obsahom je leták prispôsobený hlavnej cieľovej skupine, a to starším žiakom základných škôl, študentom stredných škôl, vysokých škôl a mladým dospelým. **Prostredníctvom 15 ilustrovaných znakov pomáha rozoznať nebezpečnú skupinu od bezpečnej.**

O AUTORKE

JUDr. Katarína Bartal

je tajomníčkou medzirezortnej pracovnej skupiny v záujme ochrany detí pred manipuláciami svetonázorovými a spirituálnymi skupinami, ktorej hlavnou úlohou je zabezpečiť spoluprácu zainteresovaných rezortov pri tvorbe zodpovedajúcich zásad a nástrojov ochrany dieťaťa pred informáciami a materiálmi škodlivými pre jeho blaho a zabezpečovať prístup detí k vhodným a bezpečným informáciám.

Doc. PhDr. Marta Valihorová, CSc.
predsedníčka Asociácie školskej psychológie

PaedDr. Lucia Košťálová a Mgr. Mária Palová, PhD.
Asociácia školskej psychológie

Školský psychológ a duševné zdravie

Rizikové správanie je predmetom mnohých spoločenských, ako aj odborných diskusií v priereze celej histórie. Aktuálne krízy (pandemická kríza ako dôsledok ochorenia vírusom COVID-19, vojnový konflikt na Ukrajine, energetická kríza ako dôsledok vojnového konfliktu, tragédie posledných dní a mnohé ďalšie) posledných dvoch rokov zvýšili spoločenský záujem o duševné zdravie predovšetkým pre individuálnu negatívnu skúsenosť vo vlastnom prežívaní.

Výraznou online diskusnou témou sa stala súčasná generácia detí a mladých ľudí, ktorú predovšetkým slovenské médiá často označujú za stratenú COVID generáciu pre čas strávený v dištančnom vzdelávaní. Ale hovoríme o nich – deťoch a mladých ľuďoch – bez nich. Diskutujeme o ich charakteristikách a vynášame o nich predikcie ako o nevzdelaných a závislých od technológií ponúkajúcich hotové obrazy o svete. Je nutné objektívne konštatovať, že dané označenie je príliš zovšeobecňujúce a priamo podšúva informáciu mladým ľuďom, čo si o ich akomkoľvek snažení myslí dospelá populácia (oblúbený slovenský naratív, ktorý je ladený predovšetkým negatívne). Je to pre nich negatívny signál, ktorý ovplyvňuje mnohé aspekty nielen v ich výkone, ale aj v samotnej osobnosti. Budúcnosť detí a mladých ľudí v oblasti duševného zdravia si skutočne vyžaduje našu pozornosť. Alarmujúce zistenia celosvetovo nahlas vyslovil UNICEF v Správe o stave duševného zdravia detí (2021), upozorňujúc, že už pred vypuknutím pandémie COVID-19 boli deti a mladí ľudia vystavení rizikám súvisiacim s psychickými ochoreniami bez výrazných investícií do ich riešenia. Aktuálne sa odhaduje, že 1 zo 7 dospievajúcich ľudí vo veku

O AUTORKÁCH

Doc. PhDr. Marta Valihorová, CSc.

je dlhoročná vysokoškolská pedagógka, ktorá zasvätila svoj pracovný život školskej psychológii a psychológom pracujúcim v školách, na úrovni ich prípravy, podpory prostredníctvom Asociácie školskej psychológie, ktorej predsedá.

PaedDr. Lucia Košťálová

pôsobí ako školská psychologička, je členkou výboru Asociácie školskej psychológie a vedúca pracovnej skupiny pre vytvorenie, aplikáciu a podporu realizácie preventívnych programov najmä na školách a pracoviskách, Výboru pre primárnu prevenciu Rady vlády SR pre duševné zdravie.

Mgr. Mária Palová, PhD.

je školská psychologička, supervízorka, aktívna členka Asociácie školských psychológov, participujúca na tvorbe a realizácii odborných seminárov a vzdelávania pre školských psychológov.

10 – 19 rokov celosvetovo trpí nejakou už diagnostikovanou psychickou poruchou. Európske štatistiky v danej oblasti sú ešte neúprosnejšie: „9 mil. mladistvých vo veku 10 – 19 rokov v Európe trpí duševnými poruchami. Výskyt duševných porúch u chlapcov a dievčat vo veku 10 – 19 je 16,3 %, pričom inde vo svete je to 13,2 %. V tomto vekovom rozmedzí vyhasnú v Európe približne 3 ľudské životy denne v dôsledku samovraždy.“ Na význam podpory duševného zdravia poukazuje aj aktualizovaný Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030, v ktorom práve duševné zdravie predstavuje

jednu zo špecifických oblastí spájajúcu rôzne formy poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorá má zároveň nadrezortný charakter. Práve tu vnímame ako dôležité pristupovať k podpore duševného zdravia ako i prevencii rizikového správania multidisciplinárne v spolupráci s odborníkmi z rôznych oblastí (z rezortu školstva, s lekármi a pedopsychiatrami, klinickými psychológmi, psychológmi z úradov práce, sociálnych vecí a rodiny či súdnymi znalcami z odboru psychológie). Nielen správa UNICEF, ale aj vlastná odborná prax potvrdzuje enormný nárast ťažkostí v oblasti duševného zdravia. Destigmatizácia psychických ochorení, otváranie a odtabuizovanie tém rizikového správania prostredníctvom interaktívnych diskusií s deťmi, žiakmi a mladými ľuďmi je začiatok vzájomného porozumenia. My dospelí, odborníci aj laici, dokážeme pomôcť ohrozeným mladým ľuďom nehodnotiacim prístupom v aktívnom počúvaní. Napriek vysokej erudovanosti alebo životným skúsenostiam nie sme výlučnými nositeľmi jedinej pravdy. Súčasná generácia dokáže množstvo informácií nadobudnúť v online prostredí aj bez našej prítomnosti, a to rôznej kvality. Ako psychológovia v školách sa takmer denne stretávame s mnohými situáciami, ktoré hodnotíme ako kritické alebo rizikové pre stabilitu duševného zdravia a vývin osobnosti detí, žiakov a študentov. Za rizikové správanie považujeme v súlade so Smikovou et al. (2018) „skupinu určitých vzorcov správania, ktoré preukázateľne môžu spôsobovať následky vo všetkých oblastiach života jednotlivca, ale súčasne tieto vzorce správania môžu mať rôzne príčiny, môžu mať rôzne čiastkové prejavy a zároveň môžu súvisieť s oveľa zložitejšími fenoménmi“.

V súčasnej situácii, ako uvádza Emmerová (2021), sa pri realizovaní prevencie v školskom prostredí akcentujú najmä dva aspekty, a to aby sa deti, žiaci a študenti jednak nedopúšťali rizikového, problémového správania, ktoré môže prerásť až do páchania trestnej činnosti, a jednak sa nestali obeťou (napríklad šikania či sexuálneho zneužívania). Vyjadrujeme preto presvedčenie, že ďalšie všeobecné diskusie o nevyhnutnosti prevencie nie sú prioritou. Z hľadiska odbornej praxe sa javí dôležitejšie venovať pozornosť aplikačnému rozmeru samotnej prevencie rizikového správania, a preto považujeme za nevyhnutné zdôrazniť opodstatnenosť realizácie preventívnych aktivít za prítomnosti psychológa v školskom prostredí, ktoré sú zamerané najmä na podporu optimálnych sociálnych vzťahov v školskom prostredí s dôrazom na dôležitosť sieťovania a vytvárania sociálnej opory. Ako nevyhnutná podmienka v psychologickú praxi v školskom prostredí sa dlhodobo potvrdzuje práca s kolektívom alebo skupinou. Dôveru v skupinovú dynamiku, facilitáčne zručnosti a odborné znalosti považujeme za nevyhnutné na prácu psychológa v školskom prostredí, ktorý dokáže vytvárať podpornú atmosféru nielen v skupine, ale následne aj na prácu s jednotlivcom. Za výrazné prediktory zvyšujúce efek-

tivitu aktivít primárnej prevencie v dôsledku dištančného vzdelávania považujeme:

- princíp systematickosti – v pravidelných intervaloch realizované aj menšie celky;
- práca, diskusia v menších skupinách a následná celoskupinová práca, diskusia – žiaci aktuálne prirodzenejšie a rýchlejšie vstupujú do následnej triednej diskusie, ak najskôr boli súčasťou menšej skupiny. Možnosť úvodnej rovesníckej diskusie, preskúmanie názorov vrátane vyslovenia vlastného v menších skupinách ponúka žiakom istú mieru bezpečia, istoty pred vystúpením pred celou triedou;
- aktuálnosť – aktivitami reagujeme aj na aktuálne dianie v spoločnosti v zmysle predchádzania rozvoja rizikového správania u žiakov;
- partnerský prístup v interakcii dospelý – žiak, podporujúci autentickosť prežívania a správania žiakov. Daný interakčný prístup podporuje žiakov k prevzatíu zodpovednosti za vlastné správanie.

Rovnako za významné považujeme zapájať do procesov multidisciplinárne všetky zložky participujúce na výchove a vzdelávaní detí, žiakov a študentov. Tak ako sa javy v spoločnosti nedejú izolovane, ani práca psychológa v školskom prostredí nie

Doc. PhDr. Ingrid Hupková, PhD.
Národné osvetové centrum, Bratislava

Duševné zdravie a závislosti

Každá z kríz, ktorú v súčasnosti prežívame (pandemická, energetická, environmentálna, masívne zdrážovanie a hroziaca humanitárna kríza, vojnový konflikt na Ukrajine i sled tragických udalostí v poslednom období na Slovensku), nás odkazuje na akútny význam starostlivosti o duševné zdravie. Odborníci upozorňujú na enormný nárast problémov súvisiacich so vznikom depresie, úzkosti, ale aj s rozvojom závislostného správania

látkovej a nelátkovej povahy, ktoré je možné ponímať ako disfunkčnú copingovú stratégiu zvládania stresu. Obzvlášť zraniteľnou cieľovou skupinou sú deti a mládež najmä vo veku 9 až 16 rokov (Emmerová, I. – Bělík, V. 2022). Kontakt s psychoaktívnymi látkami, ich problémové užívanie, ako aj rozvoj behaviorálnych závislostí sa stávajú popri uvedených problémoch duševného zdravia ústrednou témou, lebo na-

je izolovaný proces. Témy preventívnych aktivít čoraz intenzívnejšie prekračujú školské prostredie, preto sa nezastupiteľným partnerom pre následnú diskusiu stáva rodič alebo vzťahovo blízky dospelý.

LITERATÚRA

Aktualizácia Strategického rámca starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030. Ministerstvo zdravotníctva SR. Dostupné online: <https://www.health.gov.sk/?strategia-v-zdravotnictve>

ĐURÍKOVÁ K. 2002. Z dnešných detí nemusí vyrásť stratená generácia. Dostupné online: <https://z-dnesnych-deti-nemusi-vyrast-stratena-generacia-zalezi-to-len-na-nas>

EMMEROVÁ, I. 2019. Prevencia v škole a nové trendy rizikového a problémového správania žiakov. Ružomberok: Verbum, 2019, 124 s. ISBN 978-80-561-0656-3.

FOLENTOVÁ, V. – BELLA, V. 2022. Ako byť šťastný. Bratislava: N Press, 2022. 304 s. ISBN 978-80-8230-109-3.

SMIKOVÁ, E. et al. 2018 : Rizikové správanie detí a mládeže v kontexte prevencie v školskom prostredí. Dostupné online: https://vudpap.sk/wp-content/uploads/2019/05/P-152_zaversprava_def.pdf

UNICEF. Správa o situácii detí vo svete 2021. Na čo myslím – propagácia, ochrana a starostlivosť o psychické zdravie detí. Dostupné online:

<https://www.unicef.sk/clanky/551-sprava-o-stave-dusevneho-zdravia-deti-vo-svete/>

<https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>

- záškoláctvo,
- šikanovanie a extrémne prejavy agresie,
- extrémne rizikové športy a rizikové správanie v doprave,
- rasizmus a xenofóbiu,
- negatívne pôsobenie siekt a iných psychomanipulatívnych spoločenstiev či nebezpečných spoločenstiev,
- sexuálne rizikové správanie,
- závislostné správanie.

V širšom poňatí k týmto siedmim oblastiam z hľadiska výskytu v populácii ešte možno zaradiť:

- okruh problémov spojených s CAN (týrané, zanedbávané a zneužívané dieťa),
- spektrum porúch príjmu potravy.

Závislostné správanie možno vnímať ako jednu z foriem rizikového správania so sebaopoškodzujúcim aspektom, ktorému sa treba venovať na všetkých troch úrovniach: v primárnej, sekundárnej i terciárnej prevencii, ale aj v liečbe, psychoterapii a pri následnom návrate do spoločnosti pri rehabilitácii a resocializácii. Miesto pomáhajúcich profesií možno vidieť aj v komplexe harm reduction, teda znižovania negatívnych dôsledkov užívania drog či závislého správania u ľudí nemotivovaných na liečbu, či v oblasti nízkoprahových zariadení pomoci, ale predovšetkým v účinnej primárnej prevencii. Práve primárnopreventívne pôsobenie zamerané na rizikové skupiny obyvateľstva (deti a mládež nevynímajúc) by sa malo ešte viac dostať do popredia, pretože platí, že účinná primárna prevencia je kľúčovou a bazálnou oblasťou riešenia každého problému. Cieľom primárnej prevencie závislostí, zameranej na deti a mládež, je *zamedziť, eliminovať alebo aspoň oddialiť kontakt s psychoaktívnymi látkami, a tak predchádzať vzniku látkových a nelátkových návykových problémov.*

ADIKTOLÓGIA

Zdravie je „*možné vymedziť ako schopnosť funkčne žiť, prežívať, pracovať a nadväzovať vzťahy. Zdravie možno teda vnímať ako proces, ktorý sa dynamicky mení a existuje vo vzťahu s prostredím*“ (M. Orel, 2021, s. 14).

Adiktológia integruje poznatky nielen zdravotníckej, medicínskej a biologickú, ale aj psychologickú, sociálnu, právnu, kriminologickú či penitenciárnu.

SPOLOČNÉ SYMPTÓMY LÁTKOVÝCH A NELÁTKOVÝCH ZÁVISLOSTÍ

Na základe podobností medzi látkovými závislosťami, hráčstvom a ostatnými behaviorálnymi závislosťami zostavil Mark M. Griffiths (2005) operačnú definíciu publikovanú ako skladačku šiestich nasledujúcich komponentov:

„*a) zaujatie (saliencia)* – označuje stav, keď sa daná aktivita stane tým najdôležitejším v živote jedinca, ktorý trávi väčšinu času jej vykonávaním či premýšľaním o nej,

b) zmeny nálad – odkazujú na akútne účinky na psychiku jedinca, ktorý môže zažívať vzrušenie či pocity úľavy,

c) tolerancia – znamená, že dotýčny potrebuje na dosiahnutie efektu viac aktivity než na začiatku,

d) syndróm odňatia – často predstavuje podráždenosť a náladovosť, pri behaviorálnych závislostiach však chýbajú klasické abstinenčné príznaky,

e) konflikt – je kľúčovým komponentom a môže sa prejavovať tak v rovine interpersonálnej (napríklad v podobe problémov vo vzťahoch či v zamestnaní), ako aj intrapsychickej (ako pocity straty kontroly či výčitky svedomia),

f) relaps – je termín pre návrat k pôvodným vzorcom správania po období abstinencie, keď jedinec pomerne rýchlo dosiahne extrémne polohy“ (K. Skařupová, In Blinka et al., 2015, s. 23).

Akékoľvek správanie, ktoré naplňuje všetkých týchto šiest kritérií, sa môže podľa Griffithsa považovať za závislosť. Ako ďalej uvádza, *bez prítomnosti konfliktu však nemožno hovoriť o závislosti, ale o excesívnom (nadmernom) používaní.* Príkladom sú online závislosti, pri ktorých jednotlivec trávi veľa času napríklad na sociálnych sieťach bez toho, aby ohrozoval svoje bežné fungovanie. Ak je trávenie času v online prostredí či hranie v súlade s predstavami, nenaruša iné povinnosti, nemožno hovoriť o závislosti.

Látkové a nelátkové závislosti majú podobný priebeh, vždy prítomné *silné baženie (craving), nutkavé užívanie a užívanie na dosiahnutie istého emočného stavu (regulácia emócií)* (K. Skařupová, In Blinka et al., 2015, s. 24).

ZÁVER

Podľa *Správy o situácii detí vo svete 2021: Na čo myslím – propagácia, ochrana a starostlivosť o psychické zdravie detí*, „už aj pred vypuknutím pandémie COVID-19 boli deti a mláďa ľudia vystavení rizikám súvisiacim

s psychickými ochoreniami bez výrazných investícií do ich riešenia. Podľa najnovších dostupných odhadov sa predpokladá, že viac ako **1 zo 7 dospievajúcich ľudí vo veku 10 – 19 rokov celosvetovo trpí nejakou už diagnostikovanou psychickou poruchou**“.

Správa ďalej uvádza: „*Podľa prvých zistení z medzinárodného prieskumu medzi deťmi a dospelými v 21 krajinách, zrealizovaného UNICEFom a Gallupom... v priemere 1 z 5 mladých ľudí vo veku 15 – 24 rokov uviedol, že sa často cítil deprimovaný alebo strácal záujem o dianie okolo seba. So vstupom do tretieho roka pandémie COVID-19 sa jej vplyv na psychické zdravie a pohodu detí a mladých ľudí nadalej zhoršuje.*“ Ako uvádza správa UNICEF, „súbor genetických informácií, nadobudnutých skúseností a ekologických faktorov od najútlejšieho veku dieťaťa vrátane rodičovskej starostlivosti, vzdelania, kvality vzťahov, vystavenia násiliu alebo zneužívaniu, diskriminácie, chudoby, humanitárnych kríz a núdzových situácií, akou je napríklad COVID-19, má vplyv na vývoj psychického zdravia dieťaťa počas celého jeho života. Ochranné faktory, akými sú láskyplní rodičia či osoby poskytujúce starostlivosť, bezpečné prostredie v škole a pozitívne vzťahy s rovesníkmi, redukovujú vznik psychických ochorení,“ nevynímajúc vznik závislosti a nezdržanlivého patologického správania so sebaopoškodzujúcim aspektom. Tieto slová sú silnou výzvou pre nás všetkých.

LITERATÚRA

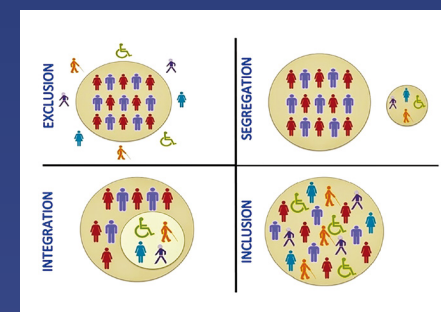
- EMMEROVÁ, I. – BĚLÍK, V. 2022. Prevencia rizikového a problémového správania žiakov ako faktor tvorby bezpečného školského prostredia. Ružomberok: Verbum, 112 s. ISBN 978-80-561-0985-4
- HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
- HUPKOVÁ, I. 2015. *Sociálna patológia*. In Slovenská encyklopédia edukológie.
- Ed. Štefan Švec et al. Univerzita Komenského v Bratislave, s. 1339-1340. ISBN 978-80-223-3747-2.
- IZÁKOVÁ, L. – KRÁLOVÁ, M. – PEČENÁK, J. 2021. *Najčastejšie psychiatrické poruchy v psychiatrických ambulanciách – súčasnosť a nová klasifikácia MKCH -11*. Česká a slovenská psychiatria, 2021, 117 (1) s. 33-41.
- MIOVSKÝ, M. 2010. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: TÖGGA, 2010, 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.
- OREL, M. et al. 2021. *Psychopatologie. Náuka o nemocech duše*. Praha: Grada, 2021, 430 s. ISBN 978-80-271-2529-6.
- SKÁČELOVÁ, L. 2003. *Osobnost, dovednosti a techniky v primární prevenci*. In KALINA, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup 2*. UV ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6, s. 329-331.
- SKAŘUPOVÁ, K. 2015. *Jednání jako droga*. In BLINKA, L. et al. *Online závislosti*. Praha: Grada, 2015, s. 21-38, ISBN 978-80-247-5311-9.
- Unicef: *Správa o stave duševného zdravia detí vo svete*. [https://www.unicef.sk/clanky/551-sprava-o-stave-duševného-zdravia-detí-vo-svete/](https://www.unicef.sk/clanky/551-sprava-o-stave-dusevného-zdraví-a-detí-vo-svete/)

UTEČENCI A IMIGRANTI

Nová cieľová skupina vo vzdelávaní dospelých

PhDr. Svetlana Chomová, PhD. | PhDr. Veronika Vasilová, PhD. | Národné osvetové centrum, oddelenie vzdelávania, výskumu a štatistiky

Národné osvetové centrum realizovalo projekt programu Erasmus+ zameraný na zvyšovanie odborného vzdelávania zamestnancov, v rámci ktorého sme sa 18. marca 2022 v cyperskom vzdelávacom inštitúte Dorea v Limassole zúčastnili na vzdelávacom programe zameranom na sociálnu inklúziu imigrantov a utečencov. Program kurzu tvorili teoretické vstupy i praktické ukážky, ktoré prezentovali možnosti, výzvy aj konkrétne výstupy neformálneho vzdelávania dospelých v práci. Cieľovou skupinou boli imigranti a utečenci v krajinách EÚ. Dôraz sa kladol na ich sociálnu integráciu a inklúziu. Účastníci zo Slovenska, Poľska a Španielska sa počas päťdňového kurzu zaoberali najmä situáciou spojenou s migračnou vlnou po vypuknutí vojny na Ukrajine. Mohli sme spolu konzultovať programy zamerané na študentov, rodiny, ženy a deti a špeciálne sme sa venovali úlohám lídrov, komunity, organizácií a cirkví pri integrácii a inklúzii imigrantov a utečencov do života v novej krajine. Profilovali sme ciele interkultúrneho vzdelávania, monitorovanie procesov aj formy spätnej väzby. Kurz bol realizovaný tréningovou formou a poukázal aj na limity neformálneho vzdelávania s touto cieľovou skupinou. Vzdelávanie imigrantov a utečencov často rieši otázky ich motivácie pri prekonávaní jazykovej bariéry, hľadani ubytovania, práce, uplatnenia v novej krajine. Vďaka kurzu sme získali podnety, konkrétne návody na realizáciu vzdelávacích aktivít a vymenili sme si skúsenosti s prácou s touto cieľovou skupinou. Skúsenosť to bola obzvlášť podnetná, pretože vzdelávanie dospelých sa tejto téme doteraz venovalo len minimálne.



OBJEDNAJTE SI ČASOPIS SOCIÁLNA PREVENCIA

www.nocka.sk/obchod

1 VYDANIE: 6 € s DPH

2 VYDANIA: 10 € s DPH (PREDPLATNÉ ČASOPISU)

ODOSLANIE SLOVENSKOU POŠTOU: 2 €

OSOBNÝ ODBER: ZADARMO



RESUMÉ

Odborný časopis Sociálna prevencia vydáva Národné osvetové centrum nepretržite už sedemnásť rok s periodicitou dvoch čísiel ročne. Druhé nanajvýš aktuálne a užitočné tohtoročné číslo s podtitulom **Rizikové správanie – duševné zdravie** je zamerané na problematiku duševného zdravia v kontexte kríz, ktoré v súčasnosti prežívame.

Časopis Sociálna prevencia akcentuje tému duševného zdravia už dlhšie obdobie, tematické číslo 2/2022 vzniklo s cieľom poukázať na obojstranné prepojenie duševného zdravia a rizikového správania, so zámerom prispieť k zvýšeniu informovanosti, osvetu a prevencie, k destigmatizácii problémov súvisiacich s mentálnym zdravím a so zámerom zdôrazniť význam psychohygieny ako ochranného činiteľa. V časopise sa nachádzajú články: Manažment psychiatrického pacienta s rizikovým správaním, Pobyt v inštitúcii ako odľahčujúca služba, Vzťah nepriaznivých zážitkov v detstve a užívania alkoholu v dospelosti, Ako sa menia schopnosti riadiť motorové vozidlo pri intoxikácii alkoholom a pod vplyvom alkoholu. Sociálna prevencia prináša aj málo publikované témy, ako vzťah vývinovej jazykovej poruchy a duševného zdravia, vplyv pozitívnych a negatívnych dôsledkov roľového stresu na človeka v súčasnosti a poukazuje na riziká užívania niektorých liečiv vo vyššom veku či poskytuje informáciu z programu programu Erasmus+ Utečenci a imigranti. Prináša terminológiu, klasifikáciu a základnú charakteristiku workoholizmu či mimoriadne aktuálnu problematiku porúch príjmu potravy – možností liečby a rizikových faktorov. V obsahu sú zaradené aj ďalšie aktuálne témy: mladí ľudia a extrémizmus na Slovensku, prevencia v oblasti duchovného života, ochrana detí pred nebezpečnými spoločenstvami či bezplatné dlhové poradenstvo ako sociálna služba štátu. Obohacujúci je príspevok Os spájajúca mozog a črevo. Črevný mikrobióm a psychika a príspevky prínosné pre prax preventívnej činnosti: Školský psychológ a duševné zdravie a Rizikové správanie – duševné zdravie a závislosti.

Sociálnu prevenciu 2/2022 vytvoril autorský kolektív dvadsiatich troch slovenských a českých autorov, číslo zostavila a odborne zabezpečila doc. PhDr. Ingrid Hupková, PhD.

Špeciálne číslo 2/2022 vychádza v mimoriadne zvýšenom náklade 1 320 kusov vďaka finančnej podpore Rady vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie. Časopis Sociálna prevencia bude distribuovaný odborníkom poskytujúcim starostlivosť o duševné zdravie.

Časopis Sociálna prevencia je od roku 2015 indexovaný v Bibliographia medica Slovaca a zaradený do citačnej databázy CiBaMed.

RESUME

The journal Social Prevention has been published twice a year by the National Centre of Culture and Further Education continuously for the seventeenth year. This year's second, highly topical, and useful issue, subtitled **Risk Behaviour - Mental Health**, focuses on mental health issues in the context of the crises we are currently experiencing.

The Social Prevention magazine has been emphasizing the topic of mental health for a long time, and the thematic issue 2/2022 was created to highlight the two-way link between mental health and risky behaviour, with the intention of contributing to awareness-raising, education and prevention, destigmatising mental health problems and highlighting the importance of psychohygiene as a protective factor. The journal includes articles Management of the Psychiatric Patient with Risky Behaviour, Institutional Stay as a Respite Service, The Relationship of Adverse Childhood Experiences and Alcohol Use in Adulthood, and How Driving Abilities Change during Alcohol Intoxication and Alcohol Impairment. Social Prevention also presents little-published topics such as the relationship between developmental language impairment and mental health, the impact of the positive and negative consequences of role stress on people today, and highlights the risks of taking certain medications in older age and information from the Erasmus+ Refugees and Immigrants Programme. It provides terminology, classification, and basic characteristics of workaholism or the extremely topical issue of eating disorders - treatment options and risk factors. The content also includes other hot topics: young people and extremism in Slovakia, prevention in the area of spiritual life, protection of children from dangerous communities, or free debt counselling as a social service of the state. Enriching is the contribution Axis connecting the brain and gut. The gut microbiome and the psyche, and articles of benefit for the prevention practice: the School Psychologist and Mental Health and Risk Behaviour - Mental Health and Addictions.

Social Prevention 2/2022 was created by a collective of twenty-three Slovak and Czech authors, the issue was compiled and professionally provided by Docent PhDr. Ingrid Hupková, Ph.D.

Special issue 2/2022 is published in an extremely increased edition of 1,320 copies thanks to the financial support of the Slovak Government Council for Mental Health. The journal Social Prevention will be distributed to professionals providing mental health care.

The journal Social Prevention has been indexed in Bibliographia Medica Slovaca since 2015 and included in the CiBaMed citation database.