

ODDELENIE SALEZIÁNSKEJ PASTORÁCIE MLÁDEŽE

ROZPOZNAŤ DUŠEVNÉ ZDRAVIE MLADÝCH A SPREVÁDZAŤ ICH PRÍRUČKA PRE VYCHOVÁVATEĽOV



**ROZPOZNAŤ DUŠEVNÉ ZDRAVIE
MLADÝCH A SPREVÁDZAŤ ICH**

PRÍRUČKA PRE VYCHOVÁVATEĽOV

Ilustrácia na obálke

Adolescent alebo mladý človek, s neurčitým vekom a pohlavím, zastupuje každú fázu života a každú osobu.

Na jednej strane sa nachádzajú škvrny, škrabance, sviečky a vyblednuté farby, ktoré odrážajú rôzne a mnohoraké poruchy a choroby, ktoré možno počas života stretnúť.

Na druhej strane je nádherný vták, ktorý predstavuje sprievodcu. Táto postava je dobre rozpoznateľná v mnohých kultúrach a môže byť chápaná ako Duch Svätý, alebo ešte viac ako Otec, ktorý prostredníctvom Ducha vedie naše kroky k tým, ktorí nás potrebujú.

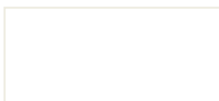
Z vtáka vychádzajú hudobné noty, ako spev, ako „slovká pošepkané do ucha“ dona Bosca, ktoré sa snažia preniknúť cez tvrdý obal ťažkostí a dostať sa až k najcennejšiemu v každom mladom človeku. Krídla vtáka sa rozprestierajú a smerujú ku krvi, symbolizujúc spojenie s Bohom (nekonečným Stvoriteľom).

Diamant v srdci každého mladého človeka hovorí o tom, že napriek všetkému zničeniu, otrasom či depresii, v nás existuje žiariace srdce – drahokam, ktorý nosíme v sebe, náš vnútorný diamant.

Vlastníctvo vyhradené pre Oddelenia saleziánskej pastorácie mládeže, SDB
Saleziáni Dona Bosca – Ústredie
Via Marsala, 42 - 00185 Roma

© Saleziáni Dona Bosca
© 2025

Grafický návrh, sadzba, tlač: Graphic Art 6 srl - Roma
Ilustrácie na obálke: Javier Carabaño



ODDELENIE SALEZIÁNSKEJ PASTORÁCIE MLÁDEŽE

**ROZPOZNAŤ DUŠEVNÉ ZDRAVIE
MLADÝCH A SPREVÁDZAŤ ICH
PRÍRUČKA PRE VYCHOVÁVATEĽOV**



Návrh a vypracovanie projektu:

Antonella Sinagoga

Miguel Ángel García Morcuende, SDB

Zvláštne poďakovanie patrí odborníkom, ktorí spolupracovali (v abecednom poradí):

Claudia Chiavarino (IUSTO)

Anna Rita Colasanti (UPS – Roma)

Alessandro Iannini (UPS – Roma)

Stefano Tognacci, sdb (UPS – Roma)

Preklad:

Milan Fula (1., 2., 3. kap.), Peter Kvašňovský (4, 5., 6. kap.),

Ondrej Miliczki (7., 8., 9. kap.), Ján Čverčko (10. kap.)

Odborná konzultantka: Michaela Štubňová

Redakčná úprava: Milan Fula

Text neprešiel jazykovou úpravou







Obsah

Úvod.....	11
-----------	----

1 KAPITOLA

STIGMATIZÁCIA V OBLASTI DUŠEVNÉHO ZDRAVIA

1.1 Ako rozpoznať stigmatu spojenú s poruchami duševného zdravia.....	15
• Sociálne stigmy sú stále prítomné v mnohých kultúrach	15
• Diskriminácia: dôsledok stigmy.....	16
1.2 Hlavné mýty a mylné predstavy o duševnom zdraví.....	18
1.3 Ako sprevádzať stigmatizovanú osobu v edukačnom prostredí	20

2 KAPITOLA

SOCIÁLNA ÚZKOSTNÁ PORUCHA

2.1 Ako rozpoznať sociálnu úzkostnú poruchu	23
• Mám pocit, že ma všetci pozorujú; cítim sa ako ryba na suchu.....	23
• Príznaky sociálnej úzkosti.....	24
• Výskyt sociálnej úzkosti.....	25
2.2 Typológia sociálnej úzkostnej poruchy.....	26
• Rôzne podoby sociálnej úzkosti	26
• Príčiny, ktoré prispievajú k sociálnej úzkosti	27
2.3 Varovné príznaky sociálnej úzkosti	29
2.4 Hlavné mýty a mylné predstavy o sociálnej úzkosti.....	30
2.5 Ako sprevádzať osobu so sociálnou úzkosťou v edukačnom prostredí	31
• Systematický, empatický a personalizovaný prístup	31
• Techniky na hlbšiu prácu s rôznymi aspektmi sociálnej úzkosti	31

3 KAPITOLA

DEPRESIA MLÁDEŽE

3.1 Ako rozpoznať depresiu.....	37
• Zavalení hlbokým pocitom prázdnoty	37
• Príznaky depresie.....	38
• Výskyt depresie.....	39
3.2 Typológia depresívnych porúch.....	39
• Rôzne podoby depresie	39
• Príčiny, ktoré prispievajú k depresii	41

3.3	Varovné signály depresie.....	42
3.4	Hlavné mýty a mylné predstavy o depresii	45
3.5	Ako sprevádzať osobu s depesiou v edukačnom prostredí	47
	• Osobitný dôraz na primárnu prevenciu.....	47
	• Techniky na hlbšiu prácu s rôznymi aspektmi depresie	49

4 KAPITOLA

PORUCHY SO SOMATICKÝMI PRÍZNAKMI

4.1	Ako rozpoznať somatické poruchy	51
	• Keď telo prehovorí.....	51
	• Príznaky psychosomatických porúch.....	52
	• Výskyt somatických porúch.....	53
4.2	Príčiny, ktoré prispievajú k somatickým poruchám	54
4.3	Varovné signály somatických príznakov	56
4.4	Hlavné mýty a mylné predstavy o somatických poruchách	57
4.5	Ako sprevádzať osobu so somatickými príznakmi v edukačnom prostredí	58
	• Veľmi pozorný, citlivý a multidisciplinárny prístup.....	58
	• Techniky na hlbšiu prácu s rôznymi aspektmi somatických porúch a telesnej dysmorfie	59

5 KAPITOLA

PORUCHY PRÍJMU POTRAVY

5.1	Ako rozpoznať poruchy príjmu potravy	65
	• Som chorý, ale je ťažké priznať si to.....	65
	• Príznaky porúch príjmu potravy	66
	• Výskyt porúch príjmu potravy	67
5.2	Typológia poruchy príjmu potravy	67
	• Rôzne podoby porúch príjmu potravy.....	67
	• Príčiny, ktoré prispievajú k poruchám príjmu potravy	70
5.3	Varovné signály porúch príjmu potravy	71
5.4	Hlavné mýty a mylné predstavy o PPP	72
5.5	Ako sprevádzať osobu s PPP v edukačnom prostredí	74
	• Hlavné oblasti a faktory, na ktoré sa treba zamerať	74
	• Techniky na hlbšiu prácu s rôznymi aspektmi PPP	79

6 KAPITOLA

BEHAVIORÁLNE ZÁVISLOSTI

6.1	Ako rozpoznať behaviorálne závislosti	85
	• Každá závislosť skrýva veľkú nespokojnosť	85

• Výskyt behaviorálnych závislostí	87
6.2 Typológia behaviorálnych závislostí	87
• Rôzne podoby behaviorálnych závislostí	87
• Príčiny, ktoré prispievajú k behaviorálnym závislostiam	90
6.3 Varovné signály behaviorálnych závislostí	91
6.4 Hlavné mýty a mylné predstavy o behaviorálnych závislostiach	93
6.5 Ako sprevádzať osobu s behaviorálnou závislosťou v edukačnom prostredí	94
• Výchovné a podporné intervencie na rozvoj sociálnych a behaviorálnych kompetencií	94
• Stratégie na preventívnu prácu s rôznymi aspektmi závislostí	96

7 KAPITOLA PSYCHÓZA

7.1 Ako rozpoznať psychózu	101
• Je to čudný pocit, akoby niečo prichádzalo zvnútra	101
• Príznaky psychózy	102
• Výskyt psychóz	103
7.2 Typológia psychózy	103
• Rôzne podoby psychózy	103
• Príčiny, ktoré prispievajú k psychóze	105
7.3 Varovné signály psychózy	106
7.4 Hlavné mýty a mylné predstavy o psychózach	107
7.5 Ako sprevádzať osobu s psychózou v edukačnom prostredí	109
• Účinná výchovná intervencia: empatia, aktívne počúvanie a emocionálna podpora	109
• Techniky na hlbšiu prácu s rôznymi aspektmi psychózy	111

8 KAPITOLA SEBAPOŠKODZOVANIE

8.1 Ako rozpoznať sebaopoškodzovanie	115
• Rezanie ako volanie o pomoc pri vyjadrovaní bolesti duše	115
• Príznaky sebaopoškodujúceho správania	117
• Výskyt sebaopoškodzovania	118
8.2 Typológia sebaopoškodujúceho správania	119
• Rôzne podoby sebaopoškodujúceho správania	119
• Príčiny, ktoré prispievajú k sebaopoškodzovaniu	120
8.3 Varovné signály sebaopoškodujúceho správania	121
8.4 Hlavné mýty a mylné predstavy o sebaopoškodujúcom správaní	122
8.5 Ako sprevádzať osobu so sebaopoškodujúcim správaním v edukačnom prostredí	124
• Dôležitosť rozvoja odolnosti u adolescentov	124

9 KAPITOLA SAMOVRAŽDA

9.1 Samovražda: uznanie závažnosti problému	129
• Samovražda je súkromná voľba a problém všetkých	129
• Príznaky samovraždy.....	130
• Výskyt samovraždy.....	130
9.2 Príčiny, ktoré prispievajú k samovražde.....	131
9.3 Varovné signály samovraždy	132
9.4 Hlavné mýty a mylné predstavy o samovražde	133
9.5 Ako sprevádzať osobu so suicidálnymi myšlienkami v edukačnom prostredí.....	134
• Rozvíjať techniky na hlbšiu prácu s rôznymi aspektmi samovraždy	135

10 KAPITOLA ŠIKANOVANIE

10.1 Ako rozpoznať šikanovanie.....	139
• Šikana je prejavom násilia	139
• Aktéri zapojení do situácií šikanovania	140
• Príznaky šikanovania	141
• Výskyt šikanovania.....	143
10.2 Príčiny, ktoré prispievajú k šikanovaniu.....	144
10.3 Varovné signály šikanovania	145
10.4 Hlavné mýty a mylné predstavy o šikanovaní.....	147
10.5 Ako sprevádzať šikanovaných mladých v edukačnom prostredí	147
• Ochranné faktory, ktoré môžu predísť vzniku šikanovania	147
• Techniky na hlbšiu prácu s rôznymi aspektmi šikany	151
Záver	161
Bibliografia.....	163

Úvod



[1] Prechod z adolescencie do dospelosti predstavuje kľúčové obdobie biologických, psychologických a sociálnych zmien. V tomto čase môžu faktory prostredia – ako napríklad rodinná dynamika, priateľstvá, sociálne interakcie, zanedbávanie či zlé zaobchádzanie, ako aj prístup ku vzdelaniu alebo zamestnaniu – zohrávať rozhodujúcu úlohu a mať hlboký, dlhodobý vplyv na duševnú pohodu (well-being) [pohoda, blaho, životná spokojnosť, pozn. red.] a vývin mladého človeka. Zatiaľ čo fyzické zdravie mladých ľudí sa v posledných desaťročiach na celom svete výrazne zlepšilo, predovšetkým v dôsledku účinnejšej kontroly infekčných ochorení, situácia v oblasti duševného zdravia sa vyvíja opačným smerom.

Podľa výskumov trpí duševnými poruchami približne 10 až 20 % adolescentov na celom svete. Tieto problémy však často nebývajú **správne diagnostikované ani liečené**. Príznaky duševných porúch môžu byť prehliadané z viacerých dôvodov, napríklad pre nedostatok vedomostí a všeobecného povedomia o duševnom zdraví – a to aj zo strany pedagógov či sociálnych pracovníkov – alebo pre stigmatizáciu duševných porúch, ktorá bráni ľuďom vyhľadať pomoc. Uvádzame niekoľko štatistických údajov:

- Odhaduje sa, že v roku 2016 zomrelo na sebaopoškodzovanie približne 62 000 adolescentov.
- Samovražda je tretia najčastejšia príčina úmrtia medzi staršími adolescentmi vo veku 15-19 rokov.
- Takmer 90 % všetkých adolescentov na svete žije v krajinách s nízkym alebo stredným príjmom. Viac než 90 % samovrážd medzi adolescentmi sa deje v týchto krajinách.
- Každoročne zomiera približne 800 000 ľudí na samovraždu; ide o druhú najčastejšiu príčinu úmrtia medzi ľuďmi vo veku 15-29 rokov (OPAS/WHO,¹ 2024).

Majú však mladí ľudia dostatok bezpečných priestorov a nástrojov, aby o týchto témach mohli hovoriť v školách, v mládežníckych centrách, v združeniach, sociálnych dielach či na univerzitách, kde nadobúdajú väčšinu svojich skúseností?

¹ Čo je WHO (Svetová zdravotnícka organizácia) a čím sa zaoberá? WHO je orgán poverený riadením a koordináciou zdravotníctva v rámci systému Organizácie Spojených národov. Jej cieľom je zabezpečiť, aby všetci ľudia mohli dosiahnuť čo najvyššiu možnú úroveň zdravia.

[2] Deti a mladí ľudia s problémami duševného zdravia sú **obzvlášť zraniteľní voči sociálnemu vylúčeniu**, čo môže viesť k diskriminácii, ťažkostiam s učením, rizikovému správaniu, problémom s fyzickým zdravím či porušovaniu ľudských práv.

Táto téma je aj dnes silne stigmatizovaná. Stigma spojená s duševným zdravím zostáva nevyriešeným problémom v spoločnosti, a to aj v edukačnom prostredí, kde je nevyhnutné podporovať prístup bez predsudkov a integrovať emocionálnu pohodu do všetkých oblastí. Adolescenti a mladí ľudia potrebujú bezpečný priestor, v ktorom môžu hovoriť o duševnom zdraví a vyhľadať pomoc v prípade potreby. Touto príručkou chceme **prelomiť mlčanie, ktoré obklopuje tému duševného zdravia – spochybniť predsudky, posilniť povedomie a podporiť výchovné sprevádzanie**.

Včasná identifikácia a okamžité sprevádzanie alebo terapia sú nesmierne naliehavé. Doslova môžu zmeniť smerovanie celého života človeka. Zdravý vývin v ranom detstve má zásadný vplyv na psychickú i fyzickú pohodu človeka a umožňuje rozvoj a uplatnenie kognitívnych aj sociálnych zručností počas celého života.²

[3] Školy, združenia a skupiny predstavujú oveľa viac než len miesta odovzdávania vedomostí. Sú prostrediami rastu a vzťahov, a neraz aj prvým miestom, kde sa u mladých ľudí objavujú známky psychického diskomfortu [nepohody, nepríjemného pocitu, trápenia, pozn. red.]. Pre saleziánsku pedagogiku je celostný rozvoj mladých, vrátane ich duševného zdravia, rovnako dôležitý pre ich pohodu ako fyzické zdravie. **Kvalitná edukácia vytvára pevnú základňu pre kľúčové ochranné faktory duševnej pohody**, akými sú zdravé návyky, podporné sociálne väzby, schopnosť zvládať životné výzvy a ďalšie.

Táto publikácia je PRÍRUČKOU PRE VYCHOVÁVATEĽOV o dôležitosti podpory **pohody v edukačnom prostredí**. V centre pozornosti stojí kontext – prostredie, v ktorom žijú nielen deti, adolescenti a mladí ľudia, ale aj zasvätené osoby, vychovávateľia, odborní pracovníci, rodičia, starí rodičia a významné osobnosti. Títo aktéri prinášajú ponaučenia, vedomosti, hodnoty a predovšetkým emócie. Podpora globálnej perspektívy prostredníctvom posilňovania spojenectva medzi rôznymi významnými osobnosťami, ktoré sprevádzajú chlapcov a dievčatá v ich vývine, umožňuje spoluvytvárať nielen nové poznatky, ale aj inovatívne edukačné kontexty.

² „Adolescencia (vo veku od 10 do 19 rokov) je jedinečné obdobie, ktoré formuje človeka pre dospelosť. Hoci väčšina adolescentov má dobré duševné zdravie, viaceré fyzické, emocionálne a sociálne zmeny – vrátane vystavenia chudobe, zneužívaniu alebo násiliu – môžu zvýšiť ich zraniteľnosť v oblasti duševného zdravia. Kľúčovú úlohu preto zohráva podpora psychickej pohody a ochrana pred nepriaznivými skúsenosťami a rizikovými faktormi, ktoré môžu ohroziť ich rozvojový potenciál. Táto podpora je zásadná nielen pre súčasnú pohodu adolescentov, ale aj pre ich budúce fyzické a duševné zdravie v dospelosti“ (WHO, 2024).

Podpora zdravia by sa mala považovať za prioritný a neodmysliteľný aspekt vo všetkých realitách a prostrediach. Čo presne sa však rozumie pod pojmom „zdravie“? Podľa definície WHO (1948) zdravie nezahŕňa len neprítomnosť choroby, ale predstavuje „stav úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody“(WHO, 1948).³

Podpora zdravia – **osobného, fyzického, duchovného alebo duševného** – sa netýka len zdravotníctva, ale aj všetkých zásahov, štruktúr, aktivít a služieb, ktoré umožňujú mladým ľuďom uvedomovať si svoj zdravotný stav. Tento proces je mimoriadne dôležitý pre úspešný rozvoj životného projektu a podporu radosti zo života.

Medzi úlohy vychovávateľa patrí plánovanie edukačných intervencií, ich realizácia pomocou stratégií, overovanie vykonanej práce, nové plánovanie, stanovovanie nových cieľov a „korekcia smeru“. Tieto úlohy sú náročné, ale aj zaujímavé, pretože pracovný materiál nie je nemenný, ale ide o človeka s vlastným životom, myslením a schopnosťou rozhodovania. Stručne povedané, ide o **výchovu mladých k vedomému zdraviu**. Preto prvá časť každej poruchy alebo javu sa sústreďuje na ROZPOZNANIE, zatiaľ čo druhá časť sa zaoberá tým, AKO SPREVÁDZAť mladých ľudí v edukačnom prostredí.

Dávame vám teda k dispozícii túto príručku, ktorá vám môže pomôcť čítať situácie, rozpoznať varovné signály a následne plánovať vhodné akcie a intervencie.

Don Miguel Ángel García Morcuende

Radca pre pastoráciu mládeže

Saleziáni Dona Bosca

³ Napriek tomu, že táto definícia zohrala významnú úlohu pri formovaní pohľadu na zdravie – a v niektorých prípadoch aj pri zdravotnej politike, ktorá zohľadňuje sociálne, vzťahové a psychologické faktory – dnes čelí narastajúcej kritike. Napríklad v roku 2011 navrhli Huber et al. novú definíciu: „Zdravie je schopnosť prispôbiť sa a zvládnuť spoločenské, fyzické a emocionálne výzvy.“ Mnohí autori považujú za užitočné prekonať predstavu o „ideálnom stave“ zdravia (ktorý je pre mnohých nedosiahnuteľný) a klásť dôraz na proces pozitívnej adaptácie na prostredie a na sebareguláciu. Inovatívnou myšlienkou je definovať zdravie dynamicky ako „schopnosť prispôbiť sa a samostatne riadiť vlastné zdravie“. Táto definícia je založená na schopnosti človeka čeliť ťažkostiam, udržiavať alebo znovu nachádzať rovnováhu a pocit pohody. Ak človek dokáže rozvíjať účinné stratégie zvládania, potom ani zhoršenie fyzického či duševného fungovania nemusí negatívne ovplyvniť jeho vnímanie kvality života. [V tomto duchu WHO (2022) definuje duševné zdravie ako „stav duševnej pohody, ktorý ľuďom umožňuje zvládať životný stres, realizovať svoje schopnosti, úspešne sa učiť a pracovať a prispievať k rozvoju svojej komunity“ pozn. red.].





1

KAPITOLA

Stigmatizácia v oblasti duševného zdravia

1.1

AKO ROZPOZNAŤ STIGMU SPOJENÚ S PORUCHAMI DUŠEVNÉHO ZDRAVIA

Sociálne stigmy sú stále prítomné v mnohých kultúrach

Z výchovného pohľadu musíme zdôrazniť, že edukačné procesy predstavujú najlepšiu stratégiu na prevenciu problémov s duševnou pohodou. Žiaľ, keď má človek ťažkosti v tejto osobnej oblasti, často sa vytvára stigma, ktorá ide ruka v ruke s diskrimináciou.

Termín „stigma“ pochádza z gréčtiny a znamená značka, škvrna. Ak tento pojem prenesieme do sociologickej roviny, proces stigmatizácie predstavuje **súbor falošných postojov a presvedčení** (stereotypov a predsudkov), ktoré **znevažujú alebo odmietajú** (diskriminujú) osobu alebo sociálnu skupinu, pretože sú považovaní za „iných“. Tým ich znehodnocujú a spôsobujú vážne dôsledky v tom, ako vnímajú samých seba (sebastigmatizácia).

V zdravotníckej a sociálnej oblasti sa proces stigmatizácie používal na negatívne označenie určitej sociálno-kultúrnej, funkčnej, fyzickej alebo duševnej vlastnosti, črty

alebo správania, podobne ako rasa, etnický pôvod, vek, pohlavie, sexuálna identita, národnosť, vierovyznanie či náboženstvo.

Keď hovoríme o stigme v oblasti duševného zdravia, myslíme na **pripisovanie negatívnych a pohrdavých vlastností skupinám ľudí**, ktorí majú problémy. Týmto negatívnym označením sa na nich nahliada cez súbor predstáv, mýtov a predsudkov založených na nedostatku informácií a nevedomosti.⁴ Tieto predstavy sa budovali dlhé roky a často nepodliehajú kritickému skúmaniu, pretože patria ku kolektívneho vedomiu.

Je však dôležité pochopiť, že každý z nás niekedy v živote zažije situáciu emocionálneho diskomfortu, ktorá môže viesť k poruche duševného zdravia. Podľa WHO **je- den človek zo štyroch na svete** počas svojho života čelí problémom s duševným zdravím, a polovica z nich nevyhľadá odbornú pomoc práve kvôli stigme.

Diskriminácia: dôsledok stigmy

[1] Pripisovanie negatívnych vlastností a črt ľuďom s problémami duševného zdravia určuje náš postoj k nim, spôsob, akým sa k nim správame, a to, ako s nimi vytvárame vzťah. Vzťah medzi predstavami o ľuďoch s duševnými problémami (stereotypmi), postojmi, ktoré voči nim zaujímame (predsudkami), a ich pretavením do negatívneho konania a správania (diskriminácie) sleduje kruhový vzorec spätnej väzby. Diskriminačné správanie voči ľuďom s poruchami duševného zdravia udržiava a posilňuje stereotypy, ktoré o nich máme.

Táto systematická diskriminácia predstavuje jednu z hlavných prekážok uzdravenia, pohody a napokon aj dosiahnutia plnohodnotného a normálneho života pre ľudí s problémami duševného zdravia.

⁴ Stigma je sociálny jav s tromi rozmermi: stereotypy (spoločnosťou zdieľané presvedčenia, kolektívne predstavy o skupinách ľudí, ktoré slúžia na ich kategorizáciu; neschopnosť, vina, nebezpečnosť a nepredvídateľnosť sú najrozšírenejšie vlastnosti, ktoré sa spájajú s ľuďmi s problémami duševného zdravia); predsudky (keď človek súhlasí s naučenými stereotypmi, ide teda o kognitívne a afektívne reakcie na stereotypy, ktoré vedú k diskriminácii a nepriateľskému správaniu); diskriminácia (negatívne správanie voči stigmatizovanej skupine, keď vzniká sociálny odstup medzi „nimi“ a „nami“, pri ktorom sa nepoužívajú rovnaké kritériá hodnotenia osôb, čo vedie k nespravodlivým a diskriminačným situáciám).

Stigma v oblasti duševného zdravia spôsobuje množstvo diskriminačných situácií, ktoré bránia rodinnému, spoločenskému, pracovnému či edukačnému rozvoju miliónov ľudí s duševnými poruchami. Môžeme s istotou povedať, že dve najčastejšie reakcie, ktoré spoločnosť uplatňuje voči ľuďom s problémami duševného zdravia, sú:

- **Strach:** Toto je pravdepodobne najbezprostrednejší dôsledok stereotypov prisudzovaných ľuďom s duševnými poruchami. Tento postoj strachu ovplyvňuje spôsob, akým nadväzujeme s nimi vzťahy. Ide o strach prameniacy z nevedomosti, ale aj z obavy osôb, že by sme sami mohli trpieť poruchou duševného zdravia, a teda v druhej osobe vidieť zrkadlový obraz nášho potenciálneho ja.

Zlé zaobchádzanie: Jednou z najčastejších foriem diskriminácie je zlé alebo negatívne zaobchádzanie s ľuďmi trpiacimi poruchou duševného zdravia. Toto zlé zaobchádzanie môže byť fyzické, ale často sa prejavuje aj prostredníctvom diskriminačného jazyka a postojov, ako sú vyhýbanie sa, odmietanie, povýšenosť, prehnaná ochrana či kontrola (kontrolu a prehnanú ochranu treba rozlíšiť, pretože majú odlišný význam, ktorý je sám o sebe pozitívny, ale napriek tomu neadekvátny. Ostatné prejavy sa javia ako negatívne správanie).

[2] Stigma v oblasti duševného zdravia je preto **globálny problém v celom svete**, ktorý spôsobuje množstvo diskriminačných situácií a bráni rodinnému, spoločenskému, pracovnému či edukačnému rozvoju miliónov ľudí s duševnými poruchami.

Strach z toho, že budú označení ako osoby s duševnou poruchou, znižuje aj pravdepodobnosť, že ľudia vyhľadajú odbornú pomoc. Stigma spojená s duševným zdravím spoločensky znehodnocuje človeka a oslabuje hodnotu jeho prínosu ako člena spoločnosti, do ktorej patrí. Takmer všetci ľudia s problémami duševného zdravia pritom uvádzajú, že stigmatizácia a diskriminácia na nich pôsobia negatívne.

Presnejšie povedané, ľudia, ktorí čelia stigmatizácii a diskriminácii, majú väčšiu pravdepodobnosť, že zažijú:

- Neochotu vyhľadať odbornú pomoc.
- Oneskorenie pri začatí liečby.
- Odmietanie, odcudzenie a sociálnu izoláciu.
- Zhoršená duševná pohoda.
- Nedostatok porozumenia zo strany priateľov, rodiny a pedagógov.
- Obťažovanie, násilie alebo šikanovanie.
- Nízku kvalitu života a zvýšenú socioekonomickú záťaž.
- Zvýšený pocit hanby a pochybnosti o sebe samom.

Navyše, stigma v oblasti duševného zdravia sa často kombinuje s inými **sociálnymi stereotypmi** súvisiacimi s vekom, rodom, etnicitou alebo inými znevýhodňujúcimi ekonomickými a sociálnymi podmienkami. To vedie k tzv. dvojitej stigmatizácii, ktorá ešte viac sťažuje sociálny a osobný rozvoj týchto osôb.

1.2

HLAVNÉ MÝTY A MYLNÉ PREDSTAVY O DUŠEVNOM ZDRAVÍ

Populárna kultúra, audiovizuálny priemysel a médiá počas desaťročí prispeli k stigmatizácii a udržiavaniu negatívnych stereotypov spojených s ľuďmi trpiacimi duševnými poruchami. To znamená, že existuje niekoľko mýtov o duševnom zdraví, ktoré sa šíria v rôznych edukačných, sociálnych a kultúrnych kontextoch.

Väčšina týchto mýtov je vzdialená od reality a nemá žiadny vedecký základ, ale stereotypy – zdedené z generácie na generáciu – pretrvávajú v našej spoločnosti. Niektoré z týchto mylných predstáv, ktoré prispievajú k stigmatizácii a diskriminácii, sú:

Ľudia s duševnou poruchou sú násilní a agresívni. NEPRAVDA.

Ľudia s problémami duševného zdravia majú rovnakú pravdepodobnosť prejaviti násilie ako ktokoľvek iný bez problémov duševného zdravia. Naopak, často sú obeťami násillia a iných trestných činov kvôli svojej zraniteľnosti.

Ľudia s duševnou poruchou sú spoločensky neprispôsobiví. NEPRAVDA.

Ľudia s poruchou duševného zdravia nie sú osoby osamelé a uzavreté vo svojom svete, ktoré sa nezaujímajú o spoločenské prostredie a udržiavajú postoj uzavretosti a sociálnej izolácie. Naopak, silná sociálna sieť (profesionálna, rodinná, priateľská, partnerská...) podporuje lepší priebeh ochorenia a je ochranným faktorom proti relapsu. Ľudia s poruchami duševného zdravia môžu plnohodnotne žiť v spoločnosti, ak majú potrebnú podporu a zdroje na nezávislý a samostatný život.

Poruchy duševného zdravia sú nezvratné. NEPRAVDA.

Štúdie ukazujú, že ľudia s problémami duševného zdravia sa zlepšujú a v mnohých prípadoch úplne zotavujú. Zotavenie je proces, počas ktorého sa človek stáva schopným žiť, pracovať, učiť sa a plnohodnotne sa zapájať do života komunity.

Ľudia s problémom duševného zdravia nemôžu pracovať. NEPRAVDA.

Ľudia s duševnými poruchami môžu pracovať rovnako ako ostatní, ak majú potrebné podmienky a podporu. Prekážky zamestnanosti nie sú tak spôsobené samotnou poruchou, ako skôr nedostatočnou schopnosťou organizácií, spoločnosti a úradov prispôbiť pracovné miesta a zabezpečiť potrebné zdroje.

Poruchy duševného zdravia postihujú niektorých ľudí, ale mne sa to nestane. NEPRAVDA.

Poruchy duševného zdravia môžu postihnúť kohokoľvek, bez ohľadu na vek, pohlavie, kultúru či ekonomický status. Jeden zo štyroch ľudí počas života zažije poruchu duševného zdravia.

Ľudia s duševnými poruchami sa majú lepšie v psychiatrických klinikách. NEPRAVDA.

Viac než 80 % ľudí s problémami duševného zdravia žije v rodinnom prostredí. Porucha duševného zdravia by nemala brániť normálnemu životu a mala by sa liečiť v bežnom prostredí človeka. Liečba založená na komunite sa ukázala ako účinná. Dnes, s niektorými výnimkami, sú psychiatrické nemocnice chápané ako dočasné útočiská pri akútnych stavoch (napr. povinné zdravotnícke liečenie). Ľudia liečení v komunite majú lepší a trvalejší priebeh zotavovania v čase.

Deti a adolescenti nemajú poruchy duševného zdravia. NEPRAVDA.

Malé deti môžu prejavovať skoré príznaky problémov duševného zdravia. Tieto problémy je možné klinicky identifikovať a často sú výsledkom kombinácie biologických, psychologických a sociálnych faktorov (vrátane rodinných).

Duševné poruchy spôsobujú mentálnu retardáciu. NEPRAVDA.

Duševná porucha nespôsobuje mentálne postihnutie a nie je mentálnym postihnutím. Sú to dve odlišné veci. Človek s duševnou poruchou nemusí mať vždy narušené kognitívne schopnosti alebo zručnosti.

Ľudia s problémami duševného zdravia sú leniví. NEPRAVDA.

Vývoj problému duševného zdravia nemá nič spoločné s lenivosťou alebo nedostatkom vôle. Príčiny duševných porúch sú multifaktoriálne: biologické faktory, traumatické životné skúsenosti, nepriaznivé socioekonomické prostredie a ďalšie.

Nemôžeme pomôcť ľuďom s poruchou duševného zdravia. NEPRAVDA.

Celá spoločnosť nesie zodpovednosť za prevenciu problémov duševného zdravia, podporu zdravia a poskytovanie potrebnej pomoci a zdrojov, aby ľudia s poruchou duševného zdravia mohli plnohodnotne žiť. Okrem toho, keď má človek problém

s duševným zdravím, okolité prostredie je kľúčové pri rozpoznávaní varovných signálov a sprevádzaní človeka v rôznych štádiách poruchy.

Porucha definuje akékoľvek správanie človeka. NEPRAVDA.

Nie všetky postoje a správanie človeka sú prejavmi jeho poruchy a porucha nie je absolútnym vysvetlením všetkého. Inými slovami, osoba s poruchou duševného zdravia existuje nezávisle od svojej poruchy. Ak budeme jej správanie interpretovať výhradne ako symptómy (príznaky) poruchy, táto osoba stratí legitimitu pri vyjadrovaní vlastných emócií a názorov, ktoré budú patologizované a znehodnocované. Ďalšou rozšírenou predstavou je, že k ľuďom s duševnou poruchou sa treba správať určitým špecifickým a konkrétnym spôsobom, a preto sa ľudia, ktorí vo všeobecnosti nevedia, ako na to, vyhýbajú interakcii.

1.3

AKO SPREVÁDZAŤ STIGMATIZOVANÚ OSOBU V EDUKAČNOM PROSTREDÍ

[1] Edukácia je jednou z najdôležitejších oblastí pri budovaní akejkoľvek spoločnosti, ale duševné zdravie naďalej zostáva zanedbanou témou v edukačných centrách, skupinách alebo združeniach. Práve tam je **nutné podporovať vnímanie duševného zdravia oslobodené od stigmy** a povzbudzovať deti, adolescentov a mladých ľudí, aby o ňom hovorili a vyhľadali pomoc, keď ju potrebujú.

Až 75 % duševných porúch sa začína v adolescencii, ešte pred dovŕšením 18. roku života. Napriek tomu niektorí ľudia s problémami duševného zdravia stále zažívajú **diskriminačné zaobchádzanie v edukačných centrách zo strany pedagógov a rovesníkov**. Medzi bežné prejavy patria: vyhýbanie sa či odmietanie, nadmerná ochrana alebo kontrola, zosmiešňovanie, bagatelizovanie alebo znevažovanie odlišného správania.

[2] Programy boja proti stigmatizácii v školách, edukačných centrách, združeniach a skupinách by mali nasledovať stratégiu zameranú na:

- Prevenciu, identifikáciu a riešenie stigmy a diskriminácie v oblasti duševného zdravia už od čo najskoršieho veku.

- Povzbudzovanie mladých ľudí, aby vyhľadali pomoc ako nástroj prevencie vzniku alebo chronifikácie problémov duševného zdravia, s dôrazom na včasnú intervenciu, ktorá môže zabrániť vzniku vážnejších ťažkostí.
- Zlepšovanie postojov a správania mladých ľudí a pedagógov voči problémom duševného zdravia.
- Zvyšovanie pozornosti a záujmu edukačnej komunity (mladých ľudí, pedagógov, rodičov) v boji proti stigmatizácii a diskriminácii ľudí s problémami duševného zdravia.
- Posilňovanie odolnosti (resiliencie) mladých ľudí.

[3] Prvým krokom k odstráneniu tabu a predsudkov o duševnom zdraví je **hovoriť o ňom normálnym a každodenným spôsobom**. Ako na to:

- Pripomínať, že problémy duševného zdravia nie sú nič výnimočné ani ojedinelé, ale sú oveľa bežnejšie, než sa zdá.
- Podporovať empatiu voči ľuďom s problémami duševného zdravia.
- Pomáhať mladým ľuďom spoznať skúsenosti osôb s diagnózou z prvej ruky a spolupracovať s im blízkymi organizáciami, ktoré sa zaoberajú duševným zdravím. Rešpektovať a povzbudzovať mladých ľudí, ktorí chcú verejne hovoriť o svojom duševnom zdraví; uznať a oceniť ich odvahu vystúpiť pred skupinou.
- Vytvárať priestor na vyjadrovanie emócií chlapcov a dievčat, ktoré môžu vzniknúť v triede, skupinách či v združeniach.





2

KAPITOLA

SOCIÁLNA ÚZKOSTNÁ PORUCHA

2.1 AKO ROZPOZNAŤ SOCIÁLNU ÚZKOSTNÚ PORUCHU

Mám pocit, že ma všetci pozorujú; cítim sa ako ryba na suchu

Čo rozumieme pod pojmom „úzkostná porucha“ a ktoré jej typy sú najrelevantnejšie medzi mladými ľuďmi? Aké sú varovné signály, rizikové a ochranné faktory? Ako možno úzkosť zvládať a aký spôsob sprevádzania je vhodný?

Úzkostná porucha je invalidizujúci diskomfort, ktorý sa vyznačuje prehnanou, **neprimeranou alebo chronickou reakciou strachu a obáv** voči bežným životným situáciám, čím narúša normálne fungovanie človeka. Úzkosť je síce prirodzená a užitočná reakcia v určitých situáciách ohrozenia alebo stresu, ale pri úzkostnej poruche sa stáva **pretrvávajúcou, nadmernou a neprimeranou vzhľadom na skutočnú situáciu**.

Existuje niekoľko typov úzkostných porúch, medzi ktoré patrí **generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, špecifické fóbie** a najmä **sociálna úzkostná porucha** (alebo sociálna fóbia). Táto posledná porucha je špecifickým typom úzkosti, ktorý sa vyznačuje intenzívnym a pretrvávajúcim strachom zo spoločenských situácií alebo situácií zameraných na výkon, v ktorých sa človek obáva, že ho ľudia budú pozorovať, hodnotiť alebo kritizovať. Táto reakcia nesúvisí len s tým, že ste hanblivý alebo introvertný; ide o poruchu, ktorá môže vážne zasahovať do každodenného života a viesť k vyhýbaniu sa aj bežným sociálnym situáciám.

Príznaky sociálnej úzkosti

[1] Príznaky sociálnej úzkosti alebo sociálnej úzkostnej poruchy presne definuje *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.⁵ Ide o „výrazný či intenzívny strach alebo úzkosť v spoločenských situáciách, kde môže byť jednotlivec hodnotený druhými ľuďmi“ (*DSM-5-TR, APA, 2023*). Hlavné diagnostické kritériá zahŕňajú:

- Výrazný a pretrvávajúci strach z jednej alebo viacerých spoločenských či výkonnostných situácií, v ktorých môže byť človek vystavený hodnoteniu druhými.
- Obavy, že správanie alebo prejavy úzkosti budú druhými ľuďmi vnímané negatívne.
- Takmer vždy prítomný strach alebo úzkosť v obávaných sociálnych situáciách.
- Vyhýbanie sa týmto situáciám alebo ich znášanie s intenzívnym strachom či úzkosťou.
- Neúmernosť strachu alebo úzkosti voči skutočnej hrozbe alebo sociokultúrnemu kontextu.
- Pretrvávajúce strachu, úzkosti a vyhýbavého správania aspoň šesť mesiacov alebo dlhšie.
- Klinicky významný diskomfort a zhoršenie fungovania v rôznych oblastiach života.

[2] Príznaky sociálnej úzkosti možno rozdeliť do rôznych kategórií, ktoré zahŕňajú kognitívne, behaviorálne a fyzické príznaky.

⁵ *DSM-5-TR* (Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch, 5. edícia) vydala Americká psychiatrická asociácia (2023). Táto príručka vo svojom piatom vydaní poskytuje jasné diagnostické kritériá na identifikáciu tejto poruchy a pomáha odborníkom na duševné zdravie presne posúdiť a diagnostikovať osoby s takýmito symptómami.

Ľudia so sociálnou úzkostnou poruchou často zažívajú **kognitívne príznaky**, teda negatívne myšlienky a kognitívne skreslenia týkajúce sa seba samých a spoločenských situácií. Tieto myšlienky môžu zahŕňať:

- **Strach z odsúdenia.** Neustále obavy z negatívneho hodnotenia druhými, ktoré vyvolávajú pocit, že každá interakcia môže skončiť rozpakmi alebo odmietnutím.
- **Katastrofizácia.** Presvedčenie, že aj drobná kritika sa môže zmeniť na katastrofickú udalosť s vážnymi následkami pre spoločenský alebo profesionálny život.
- **Skreslené vnímanie sociálnych situácií.** Úzkosť posilňuje nadmerné sústreďovanie sa na detaily, ako je správanie alebo vyjadrenie druhých ľudí.

Pokiaľ ide o **behaviorálne symptómy**, správanie jednotlivcov so sociálnou úzkosťou môže byť výrazne ovplyvnené ich strachom. Medzi bežné správanie patrí:

- **Vyhýbanie sa.** Jednotlivec sa môže vyhýbať spoločenským udalostiam, skupinovým situáciám alebo akémukoľvek prostrediu, kde by mohol byť vystavený hodnoteniu druhými. To sa môže prejavovať neúčastou na oslavách, udržiavaním odstupu v spoločnosti alebo aj v pracovnom prostredí.
- **Zabezpečovacie správanie.** Ak sa niektorým sociálnym situáciám nedá vyhnúť, jednotlivec si môže osvojiť bezpečné správanie, ako napríklad jednoslovné odpovede, vyhýbanie sa očnému kontaktu alebo zotrvávanie v tichosti, aby znížil riziko rozpakov.

Napokon, **fyzické symptómy** sociálnej úzkosti sú často veľmi intenzívne a môžu sa prejavovať rôznymi spôsobmi. Medzi tieto príznaky môžeme zahrnúť:

- **Autonómne príznaky.** Zrýchlený tep (tachykardia), nadmerné potenie, tras, nevoľnosť, sucho v ústach, ťažkosti s dýchaním, pocit na odpadnutie alebo závraty. Tieto fyzické príznaky môžu strach a úzkosť ešte zhoršovať, čím vzniká bludný kruh.
- **Fyziologické reakcie.** Jednotlivec môže pociťovať intenzívne telesné reakcie zakaždým, keď sa ocitne v spoločenskej situácii, čo posilňuje presvedčenie, že úzkosť je nezvládnuteľná.

Výskyt sociálnej úzkosti

[1] V poslednom desaťročí sa vo výskume venuje čoraz väčšia pozornosť sociálnej úzkostnej poruche, najmä pokiaľ ide o jej **výskyt medzi mladými ľuďmi**. Mnohé štúdie dokumentujú jej výskyt najmä vo vekových skupinách adolescentov a ranej dospelosti. Odhady sa líšia, ale všeobecne sa uvádza, že touto poruchou trpí približne 7-13 %

mladých ľudí, pričom v posledných rokoch sa pozoruje narastajúci trend. Tento nárast môže súvisieť so zvýšeným povedomím a znižovaním stigmy spojenej s duševnými poruchami, čo viedlo k tomu, že viac ľudí vyhľadalo pomoc a bolo diagnostikovaných.

Jedným z najzaujímavejších aspektov sociálnej úzkosti je **rozdielna miera jej výskytu medzi mužmi a ženami**. Výskumy ukazujú, že dievčatá a ženy majú tendenciu uvádzať vyššiu mieru výskytu sociálnej úzkosti v porovnaní s chlapcami a mužmi.

V mnohých štúdiách sa pomer výskytu pohybuje od 2:1 až po 3:1 v prospech žien. Tento rozdiel môže byť podmienený viacerými faktormi, vrátane biologických, psychologických a sociokultúrnych. Dievčatá a ženy môžu byť náchylnejšie otvorene vyjadrovať a uvedomovať si svoje pocity úzkosti, zatiaľ čo chlapci a muži môžu úzkosť prejavovať inými spôsobmi, napríklad agresivitou alebo vyhýbaním sa.

2.2 TYPOLÓGIA SOCIÁLNEJ ÚZKOSTNEJ PORUCHY

Rôzne podoby sociálnej úzkosti

[1] Sociálna úzkostná porucha sa môže prejavovať v rôznych formách, medzi ktoré patria:

- **Sociálna úzkostná porucha (sociálna fóbia)** – vyznačuje sa výrazným strachom z hodnotenia alebo zosmiešnenia v sociálnych situáciách. Osoby s touto poruchou sa môžu vyhýbať udalostiam, ako sú oslavy, pracovné stretnutia či bežné každodenné interakcie. Môže sa prejaviť aj pri výkonnostných situáciách, napríklad pri verejnom vystupovaní, alebo v neformálnych kontextoch, ako je spoločné jedenie.
- **Generalizovaná úzkostná porucha** – najrozšírenejšia forma, pri ktorej človek zažíva úzkosť takmer vo všetkých sociálnych situáciách, bez ohľadu na ich povahu.
- **Panická porucha v sociálnych situáciách** – niektorí jednotlivci môžu v spoločenských situáciách zažívať panické ataky, čo ešte viac zintenzívňuje ich strach z odsúdenia. Už samotný strach z možného výskytu panického záchvatu môže viesť k vyhýbaniu sa sociálnym kontaktom.

- **Špecifické fóbie** – hoci sa priamo nepovažujú za sociálne úzkostné poruchy, niektoré špecifické fóbie, ako napríklad strach z verejného prejavu (glosofóbia), sa môžu prekrývať s prejavmi sociálnej úzkosti.

[2] Na záver sa zmienime o **sociálnom uzavretí, fenoméne hikikomori**.

Pojem „hikikomori“ označuje spoločenský jav pochádzajúci z Japonska. Vzťahuje sa na jednotlivcov, najčastejšie adolescentov alebo mladých dospelých, ktorí sa **na dlhé obdobia** – niekedy trvajúce mesiace až roky – **úplne izolujú od spoločnosti**.

Toto správanie sociálneho ústupu je často spojené s javmi:

- **Sociálna úzkosť**. Mnohí hikikomori vykazujú príznaky sociálnej úzkosti, pretože je pre nich mimoriadne ťažké čeliť spoločenským situáciám či vonkajšiemu svetu.
- **Školský a pracovný tlak**. V kultúrach s vysokými sociálnymi očakávaniami, ako je japonská, sa jednotlivci môžu stiahnuť zo strachu z neúspechu alebo nesplnenia očakávaní.
- **Rodinné faktory**. Rodinná dynamika, ako napríklad príliš ochranné alebo kritické prostredie, môže prispieť k izolácii. Niektorí hikikomori môžu mať aj rodinné konflikty.

Extrémna izolácia vedie k viacerým negatívnym dôsledkom:

- **Problémy duševného zdravia**. Izolácia môže zhoršiť úzkosť a depresiu, čím sa vytvára ťažko prerušteľný bludný kruh.
- **Obmedzenie sociálneho a pracovného fungovania**. Mladí hikikomori môžu prísť o vzdelávacie a pracovné príležitosti, čo sťažuje ich opätovnú integráciu do spoločnosti.
- **Vzťahové ťažkosti**. Ústup vedie k oslabeniu sociálnych zručností, čo ešte viac sťažuje budúcu socializáciu.

Príčiny, ktoré prispievajú k sociálnej úzkosti

Príčiny sociálnej úzkosti sú komplexné a mnohofaktorové, ovplyvnené kombináciou genetických, psychologických, environmentálnych a sociálnych faktorov. Pochope-
nie týchto príčin je základom na vypracovanie efektívnych stratégií intervencie a podpory.

[1] Po prvé, **genetické faktory** zohrávajú významnú úlohu pri predispozícii jednotlivca k rozvoju sociálnej úzkosti. Štúdie na dvojčikách a rodinné výskumy preukázali, že existuje dedičná zložka spojená s úzkostnými poruchami. Ak blízky príbuzný, napríklad rodič alebo súrodenec, trpí sociálnou úzkosťou, je pravdepodobnejšie, že u daného jednotlivca sa rozvinú podobné ťažkosti. Genetika však sama o sebe neurčuje vznik poruchy; pôsobí v kombinácii s ďalšími faktormi.

[2] Z **psychologického** hľadiska sú kľúčové osobné skúsenosti a spôsob, akým jednotlivec interpretuje a reaguje na sociálne situácie. Ľudia so sociálnou úzkosťou majú tendenciu rozvíjať negatívne automatické myšlienky o tom, ako ich vnímajú druhí ľudia. Tieto myšlienky môžu zahŕňať presvedčenie, že sú súdení negatívne, zosmiešňovaní alebo že neplnia spoločenské očakávania. Takéto skreslené presvedčenia môžu byť zakorenené v životných skúsenostiach, napríklad v epizódach poníženia alebo odmietnutia, ktoré zvyšujú zraniteľnosť voči sociálnej úzkosti. Vnímanie sociálnych udalostí ako hrozivých alebo nebezpečných podporuje cyklus úzkosti, ktorý sťažuje zvládanie sociálnych interakcií.

[3] Ďalším kľúčovým faktorom je **rodinná dynamika** a prostredie, v ktorom jednotlivec vyrastá. Rodiny s vysokou mierou kontroly, kritiky alebo nerealistických očakávaní môžu prispieť k rozvoju sociálnej úzkosti. Rodinné prostredie, kde je oceňovaný perfekcionizmus alebo kde sú emócie minimalizované, môže viesť mladého človeka k vnútornému prijatiu strachu z hodnotenia a neúspechu. Okrem toho, skúsenosti so šikanovaním alebo sociálnym vylúčením počas detstva a dospelovania môžu mať trvalý dopad, vytvárajúc základ pre sociálnu úzkosť. Jednotlivci, ktorí zažili šikanovanie, môžu rozvinúť zvýšenú citlivosť na odmietnutie a tendenciu vyhýbať sa sociálnym situáciám, aby sa chránili pred ďalšími bolestivými skúsenosťami.

[4] **Vplyv rovesníkov** je ďalším dôležitým faktorom. Počas dospelovania sa skupina rovesníkov stáva kľúčovou pre formovanie identity a sebaúcty. Sociálny tlak môže zintenzívniť sociálnu úzkosť, najmä v situáciách, kde sa porovnávajú sociálne zručnosti, školské výkony alebo zdanlivá popularita. Očakávania a sociálne normy, ktoré v týchto kontextoch vznikajú, môžu prispieť k zvýšeniu strachu z odsúdenia alebo vylúčenia, čo zhoršuje príznaky úzkosti.

[5] **Kultúrne a spoločenské premenné** tiež zohrávajú významnú úlohu. V niektorých kultúrach, kde je zdôrazňovaná dôležitosť spoločenského schválenia a zlyhanie je stigmatizované, môžu jednotlivci rozvinúť väčšiu zraniteľnosť voči sociálnej úzkosti. Globalizácia a používanie sociálnych médií urobili tento fenomén ešte zložitejším,

pretože neustále vystavenie idealizovaným vzorcom správania zvyšuje tlak na mladých ľudí a vedie k strachu, že nebudú spĺňať tieto štandardy.

[6] Nakoniec, **biologické faktory** môžu ovplyvniť predispozíciu k sociálnej úzkosti. Neurotransmitery, ako serotonín a dopamín, sú spojené s reguláciou nálady a úzkosti. Nerovnováha v týchto chemických systémoch môže prispieť k rozvoju úzkostných príznakov. Okrem toho autonómny nervový systém hrá kľúčovú úlohu v reakcii na stres a pri reakcii „bojaj alebo uteč“, čo môže viesť k prehnanej odpovedi v sociálnych situáciách.

2.3

VAROVNÉ PRÍZNAKY SOCIÁLNEJ ÚZKOSTI

Varovné príznaky spojené so sociálnou úzkosťou sa môžu prejavovať rôznymi spôsobmi a v rôznych fázach života jednotlivca. Ich včasné rozpoznanie je kľúčové pre skorú identifikáciu poruchy a efektívny zásah.

[1] Jedným z hlavných varovných signálov je **zosilnenie strachu v sociálnych situáciách**. Jednotlivci môžu začať pociťovať nadmernú úzkosť alebo nervozitu v spoločenských prostrediach, aj v takých, ktoré im predtým nespôsobovali žiadny diskomfort. Toto zosilnenie sa môže prejaviť ako neustále obavy z hodnotenia zo strany druhých a katastrofické myšlienky o tom, čo by sa mohlo počas sociálnej interakcie stať.

[2] Ďalším významným signálom je **vyhýbavé správanie**. Ľudia, ktorí sa začnú vyhýbať spoločenským udalostiam, ako sú oslavy, stretnutia alebo aj bežné schôdzky s priateľmi a rodinou, môžu byť ohrození rozvojom sociálnej úzkosti. Toto vyhýbavé správanie sa môže prejavovať veľmi zjavnými spôsobmi, napríklad odmietaním pozvaní alebo hľadaním výhovoriek, prečo sa nezúčastniť na akciách, ktoré im kedysi robili radosť. Postupom času môže dôjsť k zintenzívneniu sociálnej izolácie, čím vzniká bludný kruh: čím viac sa jednotlivec vyhýba sociálnym situáciám, tým viac sa zvyšuje jeho strach z nich.

[3] Okrem toho je dôležité zohľadniť zmeny v každodenných sociálnych interakciách. Varovné signály môžu zahŕňať **zvýšenú hanblivosť alebo neistotu** v bežných komunikačných situáciách, ako je rozhovor s kolegami alebo účasť v skupinových diskusiách. Jednotlivci sa môžu cítiť preťažení v situáciách, ktoré predtým zvládali bez problémov. Tento pocit zraniteľnosti je často sprevádzaný fyzickými symptómami (napr. búšením

srdca, potením či nevoľnosťou), ktoré sú reakciou na anticipačnú úzkosť (úzkosť z očakávania).

[4] Osobná história je ďalší faktor, ktorý nemožno podceňiť. Minulé skúsenosti s **ponížením alebo sociálnym odmietnutím** môžu byť významnými rizikovými faktormi. Ak jednotlivec zažil šikanovanie alebo bol tvrdo kritizovaný, môže rozvinúť väčšiu citlivosť na posudzovanie a hodnotenie druhými. Tieto negatívne skúsenosti môžu hlboko ovplyvniť jeho sebaobraz a spôsob, akým sa vyrovnáva so sociálnymi situáciami v budúcnosti.

[5] Nakoniec, prítomnosť **stresujúcich environmentálnych** faktorov môže zvyšovať riziko vzniku sociálnej úzkosti. Školský tlak, komplikované rodinné vzťahy alebo stresujúce životné situácie môžu pôsobiť ako spúšťače. Jednotlivci vystavení vysokým úrovňam stresu môžu byť náchylnejší na rozvoj úzkosti, najmä v prostredí, kde sa cítia vystavení posudzovaniu druhých.

2.4

HLAVNÉ MÝTY A MYLNÉ PREDSTAVY O SOCIÁLNEJ ÚZKOSTI

Sociálna úzkosť je len hanblivosť. NEPRAVDA.

Sociálna úzkosť je uznaná duševná porucha, ktorá presahuje bežnú hanblivosť. Hanblivý človek môže pociťovať diskomfort v niektorých situáciách, ale osoba, ktorá trpí sociálnou úzkosťou, zažíva intenzívny strach, vyhýbanie sa a významný diskomfort, ktorý narúša jej každodenný život.

Ľudia so sociálnou úzkosťou nechcú komunikovať s druhými ľuďmi. NEPRAVDA.

Ľudia so sociálnou úzkosťou často túžia po vzťahoch a spojení, ale strach z odsúdenia a obava zo zlyhania či z neadekvátnosti ich môže blokovat.

Na prekonanie sociálnej úzkosti stačí vystúpiť zo svojej komfortnej zóny. NEPRAVDA.

Aj keď postupné vystavovanie sa obávaným situáciám (tzv. expozičná terapia) môže pomôcť, sociálna úzkosť sa nedá prekonať len silou vôle. Vyžaduje si štruktúrovaný prístup, často s pomocou odborníka pri zvládaní symptómov a práci na hlbších príčinách problému.

Sociálna úzkosť je len prejav precitlivenosti. NEPRAVDA.

Sociálna úzkosť nie je prejavom slabosti či precitlivenosti, ale je to zložitý stav, v ktorom zohrávajú úlohu genetické, biologické aj environmentálne faktory.

Keď nevyzerá nervózne, nemá sociálnu úzkosť. NEPRAVDA.

Nie každý človek so sociálnou úzkosťou prejavuje zjavné príznaky diskomfortu. Mnohým sa darí maskovať príznaky, ale to neznamená, že vnútorne nebojú.

Je to len fáza, ktorá časom prejde. NEPRAVDA.

Ak sa sociálna úzkosť nelieči, môže pretrvávať roky. Včasná intervencia vhodnou terapiou zvyšuje šance na jej prekonanie.

2.5

AKO SPREVÁDZAŤ OSOBU SO SOCIÁLNOU ÚZKOSŤOU V EDUKAČNOM PROSTREDÍ

Systematický, empatický a personalizovaný prístup

Na podporu mladých ľudí trpiacich poruchou sociálnej úzkosti by mali pedagógovia rozvíjať systematický, empatický a personalizovaný prístup, založený na cieľavedomých intervenciách zameraných na zníženie úzkosti, podporu sociálnej sebadôvery a rozvoj vzťahových zručností.

Každá edukačná intervencia by mala zohľadňovať individuálnu aj skupinovú úroveň, s cieľom vytvoriť podporné prostredie, ktoré uľahčuje vyjadrovanie emócií a sociálnu interakciu.



Techniky na hlbšiu prácu s rôznymi aspektmi sociálnej úzkosti

Uvádzame niekoľko praktických príkladov edukačných aktivít, ktoré môžu pomôcť mladým ľuďom so sociálnou úzkosťou. Zahŕňajú praktické cvičenia, otázky na použitie vo fokusovej skupine a skupinové aktivity zamerané na rozvoj sociálnych zručností a zlepšenie zvládania úzkosti.

[1] Cvičenia sebauvedomenia a reflexie

Denník emócií. Požiadajte mladých, aby si viedli denný denník emócií, kde zaznamenajú momenty dňa, kedy sa cítili sociálne diskomfortne. Mali by identifikovať situáciu, úroveň zažívanej úzkosti a súvisiace myšlienky. Toto pomáha uvedomiť si situácie, ktoré vyvolávajú úzkosť, a myšlienky, ktoré ju sprevádzajú.

Sebahodnotenie sociálnych zručností. Použite zoznam otázok na sebahodnotenie, aby sa zamysleli nad tým, ako vnímajú svoje sociálne schopnosti. Niekoľko príkladov otázok:

- „V ktorých situáciách sa cítim najviac diskomfortne?“
- „Aké myšlienky mi prichádzajú na myseľ pred sociálnou interakciou?“
- „Ktoré sociálne zručnosti by som chcel/a zlepšiť?“

Toto cvičenie pomáha určiť konkrétne oblasti, na ktorých treba pracovať.

Cvičenie alternatívnych myšlienok. Po identifikovaní negatívnej myšlienky (napr. „Všetci si myslia, že poviem niečo zlé“) požiadajte mladých, aby napísali pozitívnejšie alebo neutrálne alternatívne myšlienky („Nemôžem vedieť, čo si druhí ľudia myslia“, „Môžem sa pomýliť, ale to sa stáva každému“). Toto cvičenie podporuje realistickejší a flexibilnejší pohľad na sociálne interakcie.

[2] Otázky pre diskusné skupiny

Preskúmanie sociálnych ťažkostí. „Ktoré sociálne situácie v tebe vyvolávajú najväčšiu úzkosť? Ako sa v týchto situáciách cítiš?“ a „Aké stratégie si použil/a na zvládnutie týchto situácií? Boli účinné?“

Myšlienky a emócie počas interakcií. „Keď si v skupine ľudí, čo si myslíš o sebe? A čo si myslíš, že si myslia druhí ľudia?“ Táto otázka podporuje zdieľanie negatívnych myšlienok alebo bežných obáv, čo pomáha chlapcom a dievčatám uvedomiť si, že nie sú so svojím strachom sami.

Zdieľanie úspechov. „Boli chvíle, keď si dokázal/a dobre zvládnuť svoju sociálnu úzkosť? Ako sa ti to podarilo? Čo ti pomohlo?“ Zdieľanie osobných úspechov môže byť veľmi motivujúce a ponúknuť nápady na užitočné stratégie.

Ciele zlepšenia. „Ktoré zručnosti by si chcel/a zlepšiť v sociálnych interakciách? Čo si myslíš, že by ti pomohlo cítiť sa istejšie?“ Táto otázka pomáha mladým identifikovať vlastné ciele a vnímať cestu zlepšenia ako dosiahnuteľnú.

[3] Aktivity hrania rolí a imitácie

Hranie rolí (*role-playing*) v každodenných situáciách. Navrhnite mladým konkrétne situácie (napr. požiadať učiteľa o informácie, porozprávať sa s novým spolužiakom, prezentovať projekt) a nechajte ich zahrať si ich vo dvojiciach alebo malých skupinách. Po aktivite diskutujte o tom, ako sa cítili a čo bolo najťažšie, pričom poskytnite pozitívnu spätnú väzbu ku každej interakcii.

Improvizčné hry. Aktivity, ako improvizovaná konverzácia na náhodnú tému, môžu pomôcť znížiť sociálnu úzkosť tým, že umožnia chlapcom a dievčatám zažiť nepredvídateľné situácie v kontrolovanom prostredí. Po každom kole diskutujte o skúsenosti a posilnite ich adaptačné schopnosti.

Imitácia úzkostných situácií. Postupne pripravte situáciu, ktorá vyvoláva úzkosť (verejné vystúpenie). Napríklad chlapci a dievčatá môžu začať hovoriť pred jednou osobou a postupne zvyšujte počet poslucháčov až po celú skupinu. Po každom úspešne zvládnutom kroku dajte im pozitívnu spätnú väzbu a prediskutujte dosiahnutý pokrok.

[4] Cvičenia bdelej pozornosti (*mindfulness*) a uvoľnenia

Dýchanie bránicou. Pred každým skupinovým stretnutím venujte päť minút dýchaniu bránicou. Naučte chlapcov a dievčatá pomaly sa nadýchnuť počítajúc do štyroch, zadržať dych na dve sekundy a potom pomaly vydýchnuť počítajúc do štyroch. Toto cvičenie pomáha uvoľniť sa a znížiť úroveň úzkosti.

Technika skenovania tela (*body scan*). Sprevádzajte chlapcov a dievčatá počas cvičenia skenovania tela, pri ktorom sa sústreďujú na jednotlivé časti tela a postupne ich uvoľňujú. Toto cvičenie možno použiť pred úzkostnou situáciou alebo počas chvíľ napätia.

Pozitívna vizualizácia. Navrhnite im vizualizáciu ideálnej a pokojnej sociálnej situácie, pri ktorej si chlapci a dievčatá predstavia scénu, v ktorej sa cítia bezpečne a prijatí. Povzbudte ich, aby si túto mentálnu predstavu vyvolali v úzkostných chvíľach.

[5] Skupinové aktivity na posilnenie sociálnych zručností

Spolupráca na kreatívnom projekte. Rozdeľte skupinu na menšie tímy a navrhnite spoločný projekt, napríklad vytvorenie nástennej maľby alebo koláže na

tému, ktorú si tím vyberie spoločne. Spolupráca na projekte podporuje dôveru a komunikáciu, čím umožňuje mladým rozvíjať sociálne zručnosti v neformálnom prostredí.

Hry o dôvere. Aktivity, ako „kruh dôvery“ alebo hra „Lov pokladu“, kde musia spolupracovať na dosiahnutí cieľa, pomáhajú chlapcom a dievčatám prekonať strach z posudzovania a rozvíjajú pocit spolupatričnosti v skupine.

Štruktúrované diskusie na zaujímavé témy. Organizujte skupinové diskusie o aktuálnych témach (hudba, sociálne médiá, šport). Každý účastník má stanovený čas na rozprávanie bez prerušenia, čo podporuje účasť bez pocitu nátlaku. Po každom príspevku môžu druhí účastníci klást otázky alebo vyjadriť názor, čím sa diskusia stáva príležitosťou na konštruktívnu výmenu.

[6] Na udržanie efektívnosti intervencií a personalizáciu edukačných činností je dôležité používať **špecifické nástroje a edukačné materiály**, ako sú:

Knihy a zdroje na svojpomoc. Knihy, ako *Na emoce s rozumem* od Greenbergera a Padeskyovej alebo *Come vincere l'ansia sociale* od Signe Dayhoffovej, môžu slúžiť ako referenčný materiál pre pedagógov aj mladých. Ponúkajú techniky zvládania úzkosti, ktoré možno precvičovať samostatne.

Aplikácie na meditáciu a mindfulness. Aplikácie ako *Headspace* alebo *Insight Timer* ponúkajú meditačné programy špeciálne navrhnuté pre mladých s úzkosťou a dajú sa ľahko začleniť do každodennej rutiny.

Vizuálne materiály a postery. Vytvorte alebo stiahnite plagáty a infografiky, ktoré znázorňujú dychové techniky a tipy na upokojenie úzkosti. Môžu byť umiestnené v učebniach alebo spoločných priestoroch ako vizuálna pripomienka pre mladých. Medzi odporúčané filmy patria:

- *Inside Out 2* („V hlave 2“)(2024) – animovaný film, ktorý prístupným spôsobom skúma zvládanie emócií a sociálnych ťažkostí, vhodný na podnietenie rozhovorov o úzkosti a afektivitě.
- *Wonder* („Obyčajná tvár“) (2017) – príbeh mladého chlapca s raritnou zdravotnou diagnózou, ktorý sa snaží začleniť do tradičného školského prostredia; citlivo sa venuje témam úzkosti, prijatia a šikanovania.
- *Un giorno questo dolore ti sarà utile* („Jednou se ti tahle bolest bude hodit“) (2011) – film sledujúci adolescenta so vzťahovými problémami, ktorý si hľadá cestu k prekonaniu úzkosti a sociálneho odcudzenia.

Edukačné videá a svedectvá. Videá s príbehmi mladých ľudí, ktorí úspešne čelili sociálnej úzkosti, môžu slúžiť ako podnet na diskusiu a chvíle reflexie.

Skupinové svedectvá. Organizujte stretnutia s psychológmi, terapeutmi alebo osobami, ktoré prekonali sociálnu úzkosť, aby mladí mohli vidieť konkrétne a pozitívne príklady.

[7] Divadelná terapia

Divadelná terapia (teatroterapia) je forma arteterapie, ktorá využíva divadlo ako nástroj na osobné, vzťahové a emočné skúmanie. V prípade sociálnej úzkosti môže byť mimoriadne prínosná, pretože ponúka bezpečné a štruktúrované prostredie na objavovanie nových spôsobov nadväzovania vzťahov, zvládania emócií a prekonávania strachu z posudzovania. Medzi konkrétne prínosy patria:

- **Kreatívne vyjadrovanie.** Hranie rolí pomáha skúmať potlačené aspekty vlastnej osobnosti, zlepšuje sebavnímanie a podporuje pocit vlastnej účinnosti.
- **Prekonávanie strachu z posudzovania.** Skupinová práca s pozitívnou a konštruktívnou spätnou väzbou pomáha zmierňovať obavy z negatívneho hodnotenia.
- **Zlepšenie verbálnej a neverbálnej komunikácie.** Divadelné scény sa zameriavajú na prácu s hlasom, telom a výrazom tváre – teda na kľúčové prvky účinnej komunikácie.
- **Skupinová spolupráca.** Divadelné aktivity sú kolektívne, čím podporujú tímovú prácu a budovanie pozitívnych vzťahov.
- **Skúšanie rôznych rolí.** Vžívanie sa do postáv s odlišnými vlastnosťami umožňuje vystúpiť zo zaužívaných vzorcov správania a objavovať nové spôsoby vzťahov.
- **Emočná regulácia.** Hranie úloh pomáha vytvoriť odstup od vlastných emócií, čím zvyšuje ich uvedomenie a schopnosť kontroly.
- **Zvládanie vystupovania človeka.** Účastníci môžu postupne získať odvahu vystupovať aj mimo bezpečia divadelného prostredia.





3

KAPITOLA

Depresia mládeže

3.1 AKO ROZPOZNAŤ DEPRESIU

Zavalení hlbokým pocitom prázdnoty

Čo znamená byť depresívny; aké sú varovné signály, ktoré môžu naznačovať depresiu; ako sa dá liečiť; aké sú rizikové a ochranné faktory; aké výchovné opatrenia možno prijať?

[1] Depresia je veľmi bežná duševná porucha, ktorá postihuje viac ako 300 miliónov ľudí na celom svete. Môže sa prejavovať v akomkoľvek veku, vrátane detí a starších ľudí. Častejšie postihuje ženy než mužov, prejavuje sa odlišne u rôznych jednotlivcov a môže mať rozdielnú úroveň závažnosti.

Hlavnými príznakmi sú **pretrvávajúca skleslá nálada a strata potešenia z väčšiny činností.**

Biologické faktory, ktoré môžu prispievať k vzniku depresie, zahŕňajú hormonálne zmeny, poruchy mozgových neurotransmiterov a tiež genetické predispozície. Problémy s fyzickým zdravím môžu depresiu zhoršiť, rovnako ako depresia môže viesť k zhoršeniu fyzického zdravia.

[2] Depresia sa **nesmie zamieňať** s bežnými výkyvmi nálady alebo krátkodobými emocionálnymi reakciami na každodenné problémy. Smútok či obavy v náročných alebo nepriaznivých situáciách sú normálnou súčasťou života a ich prítomnosť sama osebe ešte neznamená depresívnu poruchu. Na druhej strane je dôležité zdôrazniť, že depresia je ochorenie a nemala by sa vnímať ako prejav slabosti.

Depresia sa **môže stať vážnym zdravotným problémom**, ak je dlhodobá, má vysokú intenzitu a bráni človeku vykonávať bežné činnosti vo všetkých oblastiach života. Môže sa rozvinúť do chronickej podoby (ak sa časom nezlepšuje) alebo sa opakovane vracáť vo forme epizód. Výrazne narúša fungovanie doma, v práci, v škole aj v každodennom živote. V najťažších prípadoch môže viesť až k samovražde.

Príznaky depresie

[1] Nie všetky osoby s depresívnymi poruchami vykazujú rovnaké príznaky. **Závažnosť, frekvencia a trvanie symptómov sa môžu líšiť nielen medzi jednotlivcami**, ale aj medzi rôznymi typmi depresívnych porúch. Navyše, spôsob, akým sa príznaky prejavujú, môže byť ovplyvnený kultúrnym kontextom

Existuje viacero **signálov, ktoré môžu naznačovať prítomnosť depresie** a pomôcť odlíšiť ju od bežných náladových stavov. Ich rozpoznanie je dôležité, aby sa človek vedel rozhodnúť vyhľadať pomoc v príslušnom zdravotníckom zariadení. Okrem nižšie uvedených symptómov sa pri depresii vyskytuje aj pocit smútku, ktorý sa odlišuje od bežného smútku v iných obdobiach života – nejde o prechodný stav, pretože časom sa sám od seba nezmiernuje.

Zvyčajne prvým prejavom depresie býva depresívna epizóda, teda časovo ohraničený výskyt symptómov depresie. Táto epizóda sa môže neskôr zopakovať. V závislosti od jej intenzity a frekvencie rozlišujeme **miernu, stredne ťažkú alebo ťažkú depresívnu poruchu**.

[2] Hoci existujú rôzne typy depresie, ktoré sa odlišujú dĺžkou trvania a pravdepodobným pôvodom, spoločným znakom je prítomnosť niektorých symptómov, ktoré výrazne ovplyvňujú osobný, vzťahový a spoločenský život človeka:

- Nezvyčajný a pretrvávajúci smútok a tendencia plakať v situáciách, ktoré by za normálnych okolností túto reakciu nevyvolali.
- Strata záujmu a potešenia z činností, ktoré človek zvyčajne vykonáva s radosťou.
- Pocity bezcennosti, sebaznechutenia a viny.
- Ťažkosti s myslením a sústredením, poruchy pamäti a pozornosti.
- Podráždenosť a úzkosť.

- Celková nepohoda, pocit únavy a nedostatok energie.
- Bolesť, najmä bolesti hlavy alebo tráviace ťažkosti.
- Problémy so zaspávaním alebo nadmerná ospalosť.
- Zmeny v chuti do jedla (jesť viac alebo menej než je zvyčajné).

Niektoré príznaky môžu byť považované za varovné signály závažnej depresie. Keď sa objavia, **je nevyhnutné** čo najskôr sa **obrať na odborníka v zdravotníctve**, aby sa zvažili možnosti liečby.

Výskyt depresie

Depresia je dnes jedným z hlavných zdravotných problémov na svete pre svoju rozšírenosť a vážne dôsledky, ktoré prináša. Jej výskyt je veľmi vysoký: odhaduje sa, že **8 až 16 % ľudí trpí depresiou počas života**. V súčasnosti je depresia druhou najčastejšou príčinou postihnutia na svete (predstavuje 4,3 % celkovej globálnej záťaže chorobami). Podľa odhadov WHO sa do roku 2030 môže stať hlavnou príčinou zdravotného postihnutia.

Podľa údajov WHO z posledných rokov **trpí depresiou viac než 322 miliónov ľudí na celom svete**; menej než 25 % z nich má prístup k účinnej liečbe. Organizácia zároveň upozorňuje, že jeden z piatich ľudí zažije depresiou počas svojho života – toto číslo ďalej rastie v dôsledku rizikových faktorov, ako sú komorbidita (koexistencia iných ochorení) alebo stresové situácie.

Celkový odhadovaný počet osôb trpiacich depresiou v posledných rokoch rastie v dôsledku viacerých faktorov: *starnutia populácie, zvýšenej úrovne každodenného stresu, sociálnych a ekonomických problémov, nárastu užívania návykových látok a liekov.*

3.2

TYPOLÓGIA DEPRESÍVNYCH PORÚCH

Rôzne podoby depresie

[1] Depresia môže byť **mierna, stredne ťažká alebo ťažká** v závislosti od intenzity symptómov. Za chronickú sa považuje vtedy, keď pretrváva dlhšie než **dva roky** (zvy-

čajne odznie približne po piatich mesiacoch).⁶ V klasifikačných systémoch sa rozlišujú rôzne typy depresívnych porúch, medzi najčastejšie patria:

- **Ťažká (major) depresia.** Depresívne príznaky trvajú najmenej dva týždne a sú natoľko závažné, že zasahujú do každodenného života. Tento typ depresie sa môže v niektorých prípadoch opakovať – teda epizódy sa opakujú niekoľkokrát v priebehu života. Intenzita môže byť mierna, stredne ťažká alebo ťažká.
- **Chronická depresia (dystýmia).** Príznaky môžu byť menej závažné, ale pretrvávajú dlhodobo, minimálne dva roky.
- **Popôrodná depresia.** Vzniká, keď sa depresívna epizóda objaví u ženy, ktorá práve porodila dieťa. Môže ísť o závažnú epizódu ovplyvnenú hormonálnymi faktormi.
- **Adaptačná porucha s depresívnymi príznakmi.** Objavuje sa ako reakcia na náročnú životnú situáciu – napríklad problémy v práci, rozchod s partnerom, rodinné konflikty a pod.
- **Bipolárna depresia.** Vyskytuje sa v rámci bipolárnej poruchy, kde sa depresívne epizódy striedajú s epizódami eufórie – nadmerne šťastnou, veselou alebo zmenenou náladou, ktorá nezodpovedá tomu, čo sa deje v živote človeka. Tieto epizódy môžu trvať niekoľko dní a sú oddelené obdobiami, počas ktorých má človek normálnu náladu.

[2] Depresia a smútok sa môžu zamieňať, ale nie sú to isté. Nie je vždy jednoduché rozpoznať, ako sa skutočne cítime. Niekedy sa stane, že povieme: „Som depresívny!“, hoci sme to pravdepodobne nevystihli presne. Prežívanie chvíľ smútku je normálne, ale treba rozlíšiť depresiu ako skutočnú poruchu, ktorá spôsobuje invaliditu a ktorú treba riešiť s podporou odborníka.

Často sa stáva, že prechádzame obzvlášť náročnými obdobiami života, v dôsledku čoho sa *cítime smutní, rezignovaní, sklamaní a bez energie*. Niekedy je to dôsledok smútku, ktorý nemusí súvisieť len s úmrtím blízkej osoby, ale aj so skúsenosťou straty: máme pocit, že sme niečo definitívne stratili. Strata môže byť materiálna aj symbolická: napríklad strata práce, koniec milostného vzťahu, rozchod s priateľom, odchod z rodnej zeme a pod.

⁶ Existujú rôzne typy klasifikácií depresívnych porúch, ktoré sa používajú tak v klinickej praxi, ako aj vo výskume, napríklad Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov (MKCH/ICD) a klasifikácia Americkej psychiatrickej asociácie v Diagnostickom a štatistickom manuáli duševných porúch (DSM).

Prežívať tieto pocity v takýchto situáciách je prirodzené; avšak ak sa objavia mimoriadne intenzívne príznaky, ktoré narušujú každodenný život, môže ísť o závažnú formu depresie. Aj keď stav smútku, nedostatok nadšenia a energie môže byť dočasným dôsledkom smútenia a prejavom vlastnej straty, neznamená to, že by sa človek nemal obrátiť na odborníka, ktorý pomôže prijať, spracovať a prekonať bolesť.

V skratke, **smútok** je normálna emócia, ktorá je prechodná a časovo obmedzená, úzko spätá s bolesťou a spracovaním straty niečoho blízkeho. **Depresia** je dlhodobejší emocionálny stav, ktorý zasahuje rôzne aspekty osobnosti; určite nejde o prechodnú záležitosť, ktorá ovplyvní len jeden deň v týždni.

Príčiny, ktoré prispievajú k depresii

Depresia je výsledkom zložitých interakcií medzi **biologickými faktormi** (biochemickými, genetickými, hormonálnymi, zdravotnými), **psychologickými faktormi** (traumatickými udalosťami v detstve či dospelosti, nepriaznivými a stresujúcimi situáciami) a **sociálnymi faktormi** (napríklad sociálna izolácia či nedostatok zdrojov).

[1] V prvom rade zohrávajú kľúčovú úlohu **biologické** faktory. Genetika je jedným z hlavných prvkov: prítomnosť rodinných príslušníkov s anamnézou depresie zvyšuje pravdepodobnosť vzniku poruchy. Štúdie preukázali, že neurotransmitery, ako serotonín, dopamín a noradrenalín (norepinefrín), sa podieľajú na regulácii nálady, a ich nerovnováha môže prispieť k vzniku depresie. U jednotlivcov trpiacich depresiou boli tiež pozorované štrukturálne a funkčné zmeny v mozgu, napríklad zmenšenie určitých oblastí spojených s náladou a reguláciou emócií.

Okrem genetických a neurochemických faktorov môže riziko depresie ovplyvniť aj **hormonálna stránka**. Hormonálne zmeny, ako tie, ktoré sa vyskytujú počas tehotenstva, menštruačného cyklu alebo menopauzy, môžu u niektorých žien spustiť depresívne epizódy. Biologická predispozícia však sama o sebe nestačí na vysvetlenie poruchy; často spolu pôsobí s environmentálnymi a psychologickými faktormi.

[2] Na **psychologickej** úrovni je depresia často spojená s negatívnymi myšlienkovými vzorcami a pesimistickým pohľadom na seba a svet. Ľudia, ktorí majú tendenciu interpretovať udalosti negatívne alebo sa neustále vracajú k bolestivým minulým skúsenostiam, sa môžu ocitnúť uväznení v začarovanom kruhu negatívnych myšlienok

a emócií. Nízke sebedomie je ďalším častým psychologickým znakom u ľudí trpiacich depresiou. Pocit nedostatočnosti alebo neschopnosti zvládať každodenné výzvy môže posilňovať pocity bezmocnosti a beznádeje.

Aj traumy alebo negatívne zážitky z detstva, ako fyzické, emocionálne alebo sexuálne zneužívanie, môžu mať trvalý dopad na duševné zdravie. Tieto udalosti môžu narušiť rozvoj sebadôvery a schopnosti zvládania (*coping*) – teda spôsobov, akými jednotlivec čelí a spracúva silný diskomfort. Týmto spôsobom sa zvyšuje zraniteľnosť jednotlivca voči depresii v dospelosti. Okrem toho k rozvoju poruchy môže prispieť aj chronický stres, vyplývajúci z pracovného tlaku, komplikovaných vzťahov či finančného napätia.

[3] Na **sociálnej** úrovni predstavujú izolácia a nedostatok sociálnej podpory významné rizikové faktory. Ľudia, ktorí nemajú podpornú sieť alebo sa cítia osamelí, môžu byť náchylnejší k vzniku depresie. Vzťahové ťažkosti, ako rodinné konflikty alebo narušené priateľstvá, môžu zintenzívniť pocit osamelosti a smútku. V kultúrnom kontexte, kde je duševná choroba stigmatizovaná, osoby trpiace depresiou sa môžu cítiť ešte viac izolované a zdráhať sa vyhľadať pomoc, čo zhoršuje ich stav.

Napokon, **významné životné udalosti**, ako strata blízkej osoby, rozchod alebo zásadná zmena životných okolností, môžu pôsobiť ako spúšťače depresie. Tieto udalosti môžu vyvolať silnú emocionálnu reakciu, ktorá v kombinácii s existujúcou zraniteľnosťou môže viesť k nástupu depresie.

3.3

VAROVNÉ SIGNÁLY DEPRESIE

[1] Je dôležité, aby človek trpiaci depresiou vedel rozpoznať prvé príznaky poruchy, aby mohol včas prijať vhodné stratégie a požiadať o pomoc s cieľom predísť novej depresívnej epizóde. Vo všeobecnosti sú **prvé varovné signály**, ktorým treba venovať osobitnú pozornosť:

- Nechuť vychádzať z domu alebo dokonca neschopnosť vstať z postele.
- Neschopnosť vykonávať každodenné činnosti (napr. hygiena, stravovanie, rodinné povinnosti a pod.).

- Pocit beznádeje – presvedčenie, že situácia, ktorú človek prežíva, nemá riešenie a nedá sa nijako zlepšiť.
- Psychomotorická inhibícia: ťažkosti s pohybom a rečou, pocit spomaleného myslenia; hlas znie monotónne, pomaly a tlmene.
- Myšlienky na smrť alebo pokusy o samovraždu.

[2] Existuje viacero znakov a symptómov depresie, ktoré sa môžu líšiť v závislosti od veku.

Depresia sa vyskytuje aj u detí (**v predškolskom veku, približne do 6-7 rokov**) a často býva prehliadaná alebo podceňovaná; preto je dôležité pristupovať k nej s citlivosťou.

Depresia sa môže prejavovať v týchto formách:

- Fyzické príznaky: bolesť (hlavy alebo brucha), únava, závraty.
- Úzkosť (najmä separačná úzkosť).
- Fóbie.
- Nepokoj alebo psychomotorická hyperaktivita.
- Podráždenosť.
- Znížená chuť do jedla (so stratou hmotnosti).
- Zmeny spánku.
- Znížená radosť z chodenia do školy alebo z hrania.
- Zhoršené sociálne zručnosti.

A tiež...

- Poruchy vyprázdňovania.
- Smutná výraz tváre (pretrvávajúci smútok).
- Slabá komunikácia.
- Častý plač.
- Opakované pohyby.
- Sebapoškodzovanie alebo agresivita voči druhým.

Rozpoznávame aj určité signály u detí **školského veku (6/7-12 rokov)**:

- Verbálne vyjadrený depresívny stav: smútok, podráždenosť, nuda.
- Smutný výraz, náchylnosť k plaču, apatia, únava, izolácia.
- Slabý školský výkon.

- Nízka koncentrácia.
- Somatické poruchy.
- Úbytok hmotnosti.
- Nespavosť.
- Psychotické príznaky zodpovedajúce nálade.
- Slabé vzťahy s rovesníkmi.
- Túžba zomrieť.
- Výlučné a nadmerné pripútanie k zvieratám.
- Neschopnosť tešiť sa (anhedónia).
- Nízke sebavedomie.

Depresia u **adolescentov (nad 12 rokov)** neznamená len depresívnu náladu alebo občasnú melanchóliu; ide o poruchu, ktorá sa môže prejavovať odlišnými príznakmi než u dospelých. Nasledujúci zoznam uvádza najčastejšie príznaky, ktoré sa však nemusia objaviť všetky naraz:

- Podráždenosť a nestabilita.
- Depresívna a podráždená nálada.
- Strata energie.
- Demotivácia a nezáujem.
- Psychomotorické spomalenie.
- Pocity beznádeje a viny.
- Poruchy spánku (hypersomnia).
- Zmeny chuti do jedla a telesnej hmotnosti.
- Izolácia.
- Ťažkosti so sústredením.
- Znížený školský výkon.
- Nízke sebavedomie.
- Myšlienky na samovraždu alebo pokusy o samovraždu.
- Vážne problémové správanie (užívanie alkoholu a drog).

V skratke, najčastejšie subjektívne príznaky u **dievčat** zahŕňajú: smútok, pocit prázdnoty, nuda, hnev, úzkosť, väčšiu starosť o obľúbenosť, nižšiu spokojnosť so svojím vzhľadom a nižšie sebavedomie.

Chlapci naopak prejavujú pocity pohrdania a vzdoru, ako aj problémové správanie (záškoláctvo, útek z domu, fyzické násilie, krádeže, zneužívanie návykových látok).

Aj keď sa **symptómy depresie môžu u adolescentov a dospelých zdať podobné, v skutočnosti existujú niektoré rozdiely:**

- Adolescenti zriedka nosia „masku depresie“: ich výzor a mimika nie sú depresívne.
- Adolescenti nevyjadrujú slovne, že sú smutní, a už vôbec nie, že sú depresívni; môžu však hovoriť o nude, prázdnote či znechutení.
- Adolescenti väčšinou nehľadajú empatické porozumenie ani útechu od dospelých; majú sklon odmietať pomoc a pôsobiť nepriateľsky či ľahostajne.

Mať depresiu je ako pozerať sa na život cez slnečné okuliare – nielenže neumožňujú vidieť realitu takú, aká skutočne je, ale všetko sa vníma cez tento filter, v ktorom sa všetko zdá byť nesmierne ťažké alebo nedosiahnuteľné.

3.4

HLAVNÉ MÝTY A MYLNÉ PREDSTAVY O DEPRESII

Mnoho ľudí trpiacich depresiou je **obeťou nepochopenia zo strany verejnosti**, ktorá nedokáže vnímať skutočný rozsah ochorenia ani jeho reálny dopad na každodenný život tých, ktorí ním trpia. Pochopenie podstaty depresie veľmi pomáha pri normalizovaní tohto problému duševného zdravia. V tomto smere je veľmi užitočné počúvať a odhaľovať falošné mýty, ktoré o depresii kolujú.

Depresia a smútok sú to isté. NEPRAVDA.

Smútok je prechodná, dočasná emócia, ktorá sa objavuje v určitých momentoch života. Depresia je však duševná porucha, ktorá výrazne zasahuje do každodenného života človeka. Je dôležité vedieť rozlišovať príznaky, ktoré môžu naznačovať prítomnosť depresie.

Depresia trvá celý život. NEPRAVDA.

So správnou diagnostikou a vhodnou liečbou môže človek viesť normálny život. Odborníci určujú najvhodnejšiu formu liečby pre každú osobu na základe najlepších dostupných vedeckých dôkazov. Aktívna účasť osoby trpiacej depresiou a jej rodiny je pritom kľúčová počas liečebného procesu.

Depresia sa dá predstierať. NEPRAVDA.

Je veľmi ťažké predstierať depresiu. Treba mať na pamäti, že depresia spôsobuje veľké psychické utrpenie.

Depresia u seniorov je odlišná a ťažšie liečiteľná než u mladých. NEPRAVDA.

Obráz depresie u starších ľudí je podobný obrazu u mladších ľudí. Reakcia na liečbu býva rovnako priaznivá u starších i mladších osôb.

Depresia nepostihuje deti. NEPRAVDA.

Depresia sa môže vyskytnúť v detstve, ale prejavuje sa inými symptómami než u dospelých. Často zostáva nepovšimnutá, pretože sa na ňu nemyslí alebo sa zamieňa s inými problémami, ktoré môžu súvisieť so zdravotným stavom. U niektorých detí môže depresia viesť k výraznému postihnutiu a prejsť do vážnejšieho stavu nepohody.

Depresiu si môžem vyliečiť sám. NEPRAVDA.

Príznaky depresie, ako sú telesná únava, nespavosť, svalové bolesti, problémy so žalúdkom či výkyvy nálad, bránia človeku trpiacemu depresiou v uzdravení. Je nutné uvedomiť si, že ide o depresiu, a vyhľadať odbornú pomoc, aby sa získala potrebná starostlivosť.

Ľudia s depresiou sú vždy smutní. NEPRAVDA.

Nie všetci ľudia trpiaci depresiou pociťujú neustály smútok. Príznaky sa u jednotlivcov líšia. Veľmi častý je jav zvaný anhedónia, teda neschopnosť zažiť pocit potešenia, čo môže viesť k stavu hlbokého smútku.

Depresia je dôsledkom traumy. NEPRAVDA.

Je isté, že depresia môže vzniknúť po negatívnej situácii, ako je strata blízkej osoby, neúspech, strata pracovného miesta alebo koniec romantického vzťahu. Ľudia trpiaci depresiou však často nedokážu rozpoznať vonkajší faktor, ktorý spustil prejavy tohto diskomfortu.

Na liečbu depresie stačia lieky. NEPRAVDA.

Lieky pomáhajú regulovať biochemické procesy spojené s depresiou. Vo väčšine prípadov však samotné lieky nestačia. Často sú potrebné ďalšie intervencie zamerané na psychoterapiu, edukáciu a životné prostredie, aby sa liečba doplnila a zotavenie optimalizovalo.

Osobitný dôraz na primárnu prevenciu

[1] Ako je známe, *primárna prevencia* spočíva v znižovaní výskytu poruchy tým, že sa zameriava na rizikové faktory, ktoré predchádzajú jej vzniku. *Sekundárna prevencia* sa snaží znížiť prevalenciu a sústreďuje sa na liečbu poruchy. *Terciárna prevencia* je zameraná na rehabilitáciu a prevenciu relapsu.

Na základe tohto rozlíšenia by sme chceli vyzdvihnúť aspekty **primárnej prevencie depresie**, ktorá sa zameriava na intervencie ešte pred výskytom príznakov. Cieľom je pôsobiť v prostredí, kde človek žije, a podporiť väčšiu resilienciu a lepšiu emočnú pohodu.

V tejto súvislosti je potrebné zdôrazniť niektoré *osobné ochranné faktory*, ktoré môžu znížiť riziko rozvoja depresie, a ktoré je potrebné v edukačnom prostredí podporovať:

- Vyjadrovať svoje pocity blízkym ľuďom, mať stabilnú sociálnu sieť podpory, s ktorou možno zdieľať nálady.
- Spoliehať sa na rodinu a priateľov; udržiavať úzke a pevné vzťahy.
- Kultivovať duchovné alebo náboženské presvedčenia.
- Pravidelne fyzicky cvičiť.
- Stanoviť si každodennú rutinu a realistické ciele.
- Každý deň sa zamyslieť nad pozitívnymi vecami, ktoré sa stali; byť vďačný a oceňovať pozitívne stránky života.
- Plánovať vopred.
- Dodržiavať zdravú stravu.
- Udržiavať dobrý spánkový režim a oddych.
- Vyhýbať sa alkoholu a drogám.
- Zapájať sa do aktivít, ktoré prinášajú radosť, napríklad do dobrovoľníctva alebo do prospešných aktivít pre komunitu.
- Pozitívne myslieť a rozvíjať sebaúctu.

- Naučiť sa tolerovať neistotu a nejednoznačnosť – žijeme v neistých časoch.
- Naučiť sa relaxovať.
- Udržiavať si správnu perspektívu. Niektoré situácie netrvajú večne, preto je potrebné stanoviť nové realistické ciele podľa aktuálnych okolností.
- Ak sa objavia samovražedné myšlienky, okamžite vyhľadať pomoc.
- Ak je to potrebné, vyhľadať odbornú pomoc u zdravotníckych pracovníkov.

[2] Na druhej strane, aby sa depresia u mladých ľudí riešila účinne a komplexne, musia pedagógovia vytvárať prostredie, ktoré je prijímajúce a bez predsudkov, kde sa mladí ľudia môžu cítiť bezpečne a byť otvorení dialógu o svojich emóciách a ťažkostiach. Základným výchovným kritériom je **podpora empatie a aktívneho počúvania**, aby si pedagógovia mohli vybudovať dôverný vzťah s chlapcami a dievčatami. Na tento účel je užitočné organizovať individuálne a skupinové stretnutia, na ktorých môžu mladí ľudia slobodne rozprávať o svojich skúsenostiach.

V komunitnom kontexte je možné vytvoriť chránené priestory, ako sú kruhy zdieľania, kde má každý účastník možnosť hovoriť bez prerušenia. Vychovávateľ môže tieto stretnutia viesť tým, že predstaví tému na zamyslenie, napríklad: „Čo ťa momentálne najviac znepokojuje?“ alebo „V akých situáciách sa cítiš najšťastnejší alebo najšťastnejšia?“

Používanie otvorených otázok je kľúčové pre podporu úprimného zdieľania.

[3] **Existujú výchovné činnosti, ktoré podporujú duševné zdravie** adolescentov. Ide o intervencie zamerané na rodinu – ako napríklad tréning zručností – ako aj intervencie v školách a výchovných prostrediach, ako sú:

- Organizačné zmeny s cieľom vytvoriť psychologicky bezpečné a pozitívne prostredie.
- Výučba o hodnote duševného zdravia a životných zručností.
- Formácia personálu na rozpoznanie a základné zvládanie rizika samovraždy.
- Intervencie založené na rovesníckom líderstve či programoch mentoringu.
- Preventívne programy zamerané na adolescentov v zraniteľných situáciách, ako sú osoby, ktoré pochádzajú z krehkých prostredí alebo patria k menšinovým či diskriminovaným skupinám.
- Viacúrovňové intervencie na prevenciu zneužívania alkoholu a drog.
- Programy na pomoc pri prevencii rizikového sexuálneho správania.



Techniky na hlbšiu prácu s rôznymi aspektmi depresie

Uvádzame niektoré praktické aktivity s osobitnými technikami, ktoré môžu pedagógovia uplatniť, aby pomohli mladým ľuďom zvládať depresiu a rozvíjať emočné kompetencie. Tieto techniky podporujú sebauvedomenie, zlepšujú vzťahové schopnosti a poskytujú konkrétne nástroje na zvládanie emočných ťažkostí.

[1] Denník vďačnosti a pohody. Ide o písomné cvičenie, ktoré pomáha mladým ľuďom sústrediť sa na pozitívne aspekty ich života a tým znižuje vplyv negatívnych myšlienok.

Aktivita. Požiadajte mladých, aby si každý večer zapísali tri veci, za ktoré sú vďační alebo ktoré ich potešili – môžu to byť aj maličkosti, napríklad príjemný rozhovor alebo pekná scenéria, ktorú počas dňa videli. Vychovávateľ môže raz týždenne viesť diskusiu o ich obľúbenom „momente vďačnosti“.

Materiál. Zošit pre každého účastníka a pero.

Trvanie. 10-15 minút denne.

[2] Skupinové diskusie o emóciách. Momenty zdieľania, počas ktorých si mladí ľudia môžu vzájomne porovnávať názory na konkrétne témy a rozvíjať spoločné porozumenie.

Aktivita. Vychovávateľ predstaví konkrétnu tému, napríklad: „Ako zvládaš chvíle smútku?“ alebo „Čo ťa najviac trápi?“. Účastníci odpovedajú a diskutujú v kruhu, pričom sa navzájom počúvajú a rešpektujú skúsenosti ostatných. Každá diskusná skupina môže byť zakončená krátkou riadenou reflexiou, v ktorej každý účastník vyjadrí, čo si z diskusie odniesol.

Materiál. Pokojný priestor na sedenie v kruhu, lístočky na osobné poznámky.

Trvanie. 45-60 minút.

[3] Koláž budúcnosti. Pomáha mladým vizualizovať a usporiadať svoje sny a ciele; poskytuje introspektívny nástroj, ktorý posilňuje nádej do budúcnosti.

Aktivita. Vychovávateľ poskytne časopisy, papiere, nožnice a lepidlo a vyzve účastníkov, aby vystrihovali obrázky alebo slová, ktoré ukazujú, ako si predstavujú svoju budúcnosť alebo čo by si želali. Na konci aktivity každý predstaví svoju koláž a vysvetlí, čo pre neho znamená. Na záver ich možno požiadať, aby si vybrali kľúčové slovo, ktoré reprezentuje ich projekt budúcnosti.

Materiál. Časopisy, papiere, nožnice, lepidlo.

Trvanie. 60-90 minút.

[4] Expresívne písanie: „List sebe samému“. Expresívne písanie pomáha mladým ľuďom vyjadriť svoje emócie a myšlienky a podporuje hlbokú osobnú reflexiu.

Aktivita. Vychovávateľ požiada chlapcov a dievčatá, aby napísali list adresovaný sebe samému v ťažkom období alebo svojmu budúcemu ja, v ktorom uvedú rady a povzbudenie. Môže sa navrhnúť konkrétna téma, napríklad: „Čo by si chcel/a povedať sebe, keď sa cítiš smutný/á?“ alebo „Aké rady by si si dal/a na prekonanie ťažkostí?“. Na konci môže ten, kto chce, prečítať svoj list skupine. Toto cvičenie môže pomôcť vytvoriť pocit sebauvedomenia a vzájomného porozumenia.

Materiál. Papier, perá.

Trvanie. 30 minút na písanie, 30 minút na zdieľanie.

[5] Arteterapeutický workshop. Prostredníctvom arteterapie môžu mladí ľudia vizuálne vyjadriť emócie, ktoré je ťažké verbalizovať.

Aktivita. Vychovávateľ vyzve chlapcov a dievčatá, aby nakreslili alebo namaľovali niečo, čo predstavuje ich aktuálny emočný stav alebo výzvu, ktorej čelia. Ponecháva sa dostatočný priestor na tvorivú slobodu bez posudzovania umeleckých schopností. Po dokončení kresieb sa každý môže, ak chce, podeliť so skupinou o význam svojho diela.

Materiál. Výkresy, fixky, farby, pastelky.

Trvanie. 45-60 minút.

[6] Aktivity „problem solving“ zamerané na riešenie každodenných výziev. Pomáhajú mladým rozvíjať praktický a pozitívny prístup k ťažkostiam.

Aktivita. Vychovávateľ predstaví problémovú situáciu, napríklad: „Čaká ťa náročná písomka a cítiš sa preťažený/á“ alebo „Pohádal/a si sa s kamarátom a nevieš, ako to vyriešiť“. Každý účastník má za úlohu premyslieť si stratégiu, ako problém riešiť dostupnými prostriedkami. Na záver sa riešenia spoločne preberú a diskutuje sa o tom, ktorá stratégia bola najefektívnejšia a prečo.

Materiál. Karty s problémovými situáciami.

Trvanie. 30 minút.

[7] Cvičenia empatickej komunikácie. Pomáhajú rozvíjať empatiu a vzájomné porozumenie, ktoré sú kľúčové zručnosti pre zdravé vzťahy.

Aktivita. Účastníci sa rozdelia do dvojíc a navzájom si rozprávajú o nejakej náročnej situácii. Každý má potom za úlohu zhrnúť, čo od druhého počul, a pokúsiť sa pochopiť jeho pohľad. Následne skupina uvažuje o tom, aké dôležité je „cítiť sa vypočutý/á“ a ako možno zlepšiť vzájomnú komunikáciu.

Materiál. Nie sú potrebné žiadne špeciálne pomôcky.

Trvanie. 15-20 minút na prácu vo dvojiciach, 20 minút na skupinovú reflexiu.



4

KAPITOLA

Poruchy so somatickými príznakmi

4.1

AKO ROZPOZNAŤ SOMATICKÉ PORUCHY

Ked' telo prehovorí

Telu sa od dávna prikladá veľký význam. Môže byť účinným prostriedkom na vyjadrenie stavu diskomfortu alebo psychického utrpenia. Utrpenie si tak nachádza priestor na vyjadrenie a usiluje sa vyslať človeku signál tým, že sa prejavuje fyzickou bolesťou, ktorá zasahuje človeka na všetkých úrovniach – na úrovni mysle aj tela. Nepochybne existuje úzke spojenie medzi fyzickou a duševnou (ne)pohodou.

Somatoformné poruchy, ktoré sú v súčasnosti v klasifikácii DSM-5 zaradené pod názvom „**Poruchy so somatickými príznakmi a príbuzné poruchy**“, predstavujú skupinu stavov charakterizovaných fyzickými príznakmi, ktoré nie je možné vysvetliť všeobecnou telesnou poruchou ani iným duševným ochorením.

Tieto fyzické príznaky však spôsobujú značný diskomfort alebo zhoršujú sociálne či pracovné fungovanie alebo iné dôležité oblasti života osoby.

Príznaky psychosomatických porúch

V klasifikácii DSM-5 sa somatické a príbuzné poruchy rozdeľujú na dve hlavné kategórie: poruchy so somatickými príznakmi a príbuzné poruchy, pričom každá skupina má svoje charakteristické črty.

[1] Poruchy so somatickými príznakmi sú charakterizované prítomnosťou jedného alebo viacerých telesných príznakov, ktoré spôsobujú významný diskomfort a sú spojené s nadmernými obavami o ich závažnosť. Tieto príznaky sa môžu značne líšiť a zahŕňajú bolesť, tráviace ťažkosti, únavu a iné fyzické prejavy. Tieto poruchy sa vyznačujú tým, že človek sa nesústreďuje len na samotnú chorobu, ale na jej interpretáciu a úzkosť, ktorú v súvislosti s ňou pociťuje. Často opakovane vyhľadáva lekársku pomoc, hoci lekárske vyšetrenia nepreukázali žiadnu zjavnú fyzickú príčinu príznakov.

[2] Druhú skupinu tvoria **príbuzné poruchy**, medzi ktoré patria konverzná porucha, hypochondrická porucha a somatizačná porucha. Konverzná porucha sa prejavuje neurologickými príznakmi (napríklad paralýzou alebo problémami s koordináciou), ktoré nemožno vysvetliť zdravotným stavom a často vznikajú ako reakcia na emocionálny stres alebo traumy. Hypochondrická porucha (úzkosť z choroby) predstavuje pretrvávajúci strach z vážneho ochorenia na základe nesprávneho výkladu bežných telesných symptómov.

Somatizačná porucha sa týka opakujúcich sa a variabilných telesných príznakov, ktoré nemožno vysvetliť zdravotným stavom ani inou duševnou poruchou. DSM-5 zdôrazňuje, že hoci sú somatické symptómy skutočné a môžu spôsobovať významný diskomfort, základný mechanizmus ich vzniku nemusí nutne súvisieť s fyzickým ochorením.

[3] Porucha telesnej dysmorfie (*Body Dysmorphic Disorder*) patrí medzi príbuzné poruchy so somatickými príznakmi. Túto poruchu charakterizuje nadmerné znepokojenie z vnímaného telesného nedostatku, ktorý môže byť nepatrný alebo dokonca pre iných ľudí neexistujúci.

Možno povedať, že ide o psychický stav charakterizovaný posadnutosťou vnímanými nedostatkami fyzického vzhľadu, ktoré môžu byť nepatrné alebo neexistujúce. Hoci sa iným ľuďom môžu javiť ako nevýznamné či neviditeľné, **pre trpiacu osobu sú zdrojom výraznej úzkosti a diskomfortu až do takej miery, že zasahujú do jej každodenného života.**

Hlavné charakteristiky poruchy telesnej dysmorfie:

- **Posadnutosť fyzickým vzhľadom.** Jednotlivec venuje nadmernú pozornosť konkrétnym častiam tela, ako sú pokožka, vlasy, nos, oči, tvar tváre, zuby alebo iné črty. Aj keď sú nedostatky len mierne alebo vymyslené, osoba ich vníma ako vážne estetické problémy.
- **Opakujúce sa správanie spojené so vzhľadom.** Patrí sem časté kontrolovanie sa v zrkadle, porovnávanie sa s inými ľuďmi, zakrývanie domnelých nedostatkov (napr. mejkapom alebo oblečením) a podstupovanie korektívnych kozmetických zákrokov. Niektorí ľudia neustále vyhľadávajú uistenie od okolia, iní sa kvôli hanbe úplne vyhýbajú zrkadlám a sociálnym kontaktom.
- **Dopad na každodenný život.** Porucha spôsobuje vážnu emocionálnu úzkosť a negatívne zasahuje do každodenného fungovania osoby. Ľudia s touto poruchou sa často vyhýbajú spoločenským situáciám zo strachu, že budú posudzovaní kvôli svojmu vzhľadu, čo vedie k izolácii. Tento diskomfort môže vyústiť do depresie, sociálnej úzkosti a samovražedných myšlienok.
- **Nutkavé vyhľadávanie kozmetických zákrokov.** Napriek tomu, že osoby často podstupujú chirurgické alebo kozmetické zákroky s cieľom korigovať svoje domnelé nedostatky, úľava býva spravidla len dočasná. V mnohých prípadoch nespokojnosť pretrváva alebo sa presúva na inú časť tela, čím sa zákroky stávajú zbytočnými.
- **Psychologické a psychiatrické aspekty.** Porucha súvisí s nízkym sebavedomím, perfekcionizmom a úzkostnými poruchami. V mnohých prípadoch sa u jednotlivcov rozvíjajú depresívne poruchy, generalizovaná úzkosť alebo poruchy príjmu potravy. Porucha telesnej dysmorfie často koexistuje so sociálnou fóbiou, pretože osoba sa obáva hodnotenia zo strany iných ľudí.

Výskyt somatických porúch

[1] Údaje o somatických poruchách nie je možné presne určiť vzhľadom na rozdielnosť definícií a diagnóz. Odhaduje sa však, že 5-7 % celkovej populácie môže byť postihnutých somatickými poruchami. Tieto poruchy sa **častejšie vyskytujú u žien ako u mužov**, s rôznym pomerom – vo všeobecnosti majú ženy približne dvojnásobnú pravdepodobnosť vzniku somatických porúch.

[2] Somatické poruchy postihujú najčastejšie mladých ľudí a osoby v strednom veku, pričom **vrchol výskytu sa udáva medzi 20. a 40. rokom života**. Treba však zdôrazniť, že príznaky sa môžu objaviť už v období adolescencie, a v niektorých prípadoch aj vo

vyššom veku, kde ich priebeh môžu zhoršovať faktory ako chronické telesné ochorenia či pokles kognitívnych schopností.

[3] Medzi významné charakteristiky patrí častá komorbidita s inými psychickými poruchami, najmä s úzkostnými a depresívnymi stavmi, ktoré diagnostiku a liečbu ešte viac komplikujú. Okrem toho osoby so somatickými poruchami **často prežili traumatické alebo stresujúce skúsenosti**, ktoré môžu negatívne ovplyvniť ich duševné aj telesné zdravie.

[4] Geograficky sa výskyt somatických porúch značne líši. V Spojených štátoch a Európe sú miery diagnostikovania relatívne vyššie, čo čiastočne súvisí s väčšou informovanosťou a dostupnosťou služieb v oblasti duševného zdravia. Naopak, v mnohých regiónoch Ázie a Afriky sú tieto poruchy nedostatočne diagnostikované v dôsledku stigmatizácie, nedostatku odbornej prípravy a kultúrnych rozdielov v chápaní duševného zdravia.

4.2

PRÍČINY, KTORÉ PRISPIEVAJÚ K SOMATICKÝM PORUCHÁM

Príčiny porúch so somatickými príznakmi sú komplexné a multifaktoriálne; vyplývajú z kombinácie biologických, psychologických a sociálnych faktorov. **Hoci neexistuje jediná príčina, ktorá by ich vznik vysvetľovala**, všeobecne sa uznáva, že základnú úlohu zohráva dynamická interakcia medzi mysľou a telom.

[1] Genetická predispozícia predstavuje významný rizikový faktor. Štúdie ukazujú, že existuje dedičná zložka, ktorá spôsobuje, že niektorí ľudia sú náchylnejší na vznik psychiatrických porúch spojených s úzkosťou, vrátane somatických porúch. Jednotlivci s rodinnou anamnézou úzkostných, depresívnych alebo iných duševných ochorení majú zvýšené riziko vzniku somatických symptómov. Táto genetická predispozícia ovplyvňuje citlivosť centrálného nervového systému, ktorý môže reagovať intenzívnejšie na fyzické a emocionálne podnety, čím sa zhoršuje vnímanie bolesti alebo telesných symptómov.

Z neurobiologického hľadiska sa ukázalo, že osoby so somatickými poruchami môžu vykazovať zmeny v mozgových okruhoch, ktoré sú zodpovedné za vnímanie bolesti a spracovanie telesných podnetov. Centrálny nervový systém môže byť hyperaktívny alebo precitlivený na bežné telesné signály, čo vedie k zosilnenému vnímaniu

a zveličovaniu fyzických príznakov. Uvažuje sa aj o úlohe neurotransmiterov, ako sú serotonín a dopamín, ktoré regulujú náladu a citlivosť na bolesť.

[2] Psychologické faktory zohrávajú rozhodujúcu úlohu pri vzniku a pretrvávajú porúch so somatickými symptómami. Jednotlivci so sklonom katastroficky interpretovať fyzické signály, alebo venovať prehnanú pozornosť svojmu telu sú náchylnejší na rozvoj tohto typu poruchy. U týchto osôb je časté presvedčenie, že aj bežný telesný symptóm predstavuje znak vážneho ochorenia, a to aj napriek absencii lekárskeho dôkazu. Pravdepodobnosť vzniku somatických porúch môžu zvyšovať traumatické alebo emotívne skúsenosti, najmä z detstva, ako napríklad fyzické či sexuálne zneužívanie, zanedbávanie alebo iné formy psychickej traumy.

Takéto skúsenosti môžu viesť k ťažkostiam v regulácii emócií, čo spôsobuje, že osoba sa snaží vyjadriť psychologický diskomfort prostredníctvom telesných symptómov. Inými slovami, telo sa stáva prostriedkom na vyjadrenie emocionálnych konfliktov alebo nespracovaného stresu. Niektorí jednotlivci si navyše vyvinú tendenciu nadmerne a úzkostlivo sledovať signály vlastného tela. Neustále pozorujú aj najmenšie zmeny či pocity, čo vedie k preceňovaniu významu fyzických symptómov.

[3] Rodinné prostredie tiež zohráva významnú úlohu. Chorobné vzorce pozorované v detstve môžu ovplyvniť spôsob, akým jednotlivec vníma a interpretuje svoje fyzické symptómy. Ak v rodine existuje tendencia venovať nadmernú pozornosť telesným prejavom alebo považovať bežnú telesnú chorobu za niečo vážne, je pravdepodobné, že dieťa vyrastie s podobnými postojmi. V niektorých prípadoch sa telesné príznaky môžu stať nástrojom na získanie pozornosti, útechy alebo úniku pred zodpovednosťou či stresom. Tento mechanizmus býva často nevedome posilňovaný okolitým prostredím, čo vedie k udržiavaniu alebo zosilňovaniu somatických príznakov.

[4] Napokon, kultúrne a sociálne faktory významne prispievajú k prejavom a interpretácii somatických porúch. V niektorých kultúrach môže byť vyjadrenie emocionálneho diskomfortu prostredníctvom fyzických príznakov prijateľnejšie alebo zrozumiteľnejšie, než slovné vyjadrenie emócií. Sociálne a kultúrne normy formujú spôsob, akým jednotlivec interpretuje a zvláda telesné prejavy. V niektorých spoločnostiach je totiž duševná porucha stále stigmatizovaná a menej akceptovaná v porovnaní s telesným ochorením. Ideály krásy propagované médiami, spoločenský tlak a očakávanie týkajúce sa fyzického vzhľadu môžu tento stav zhoršovať. V dôsledku toho, ľudia môžu byť náchylnejší vyjadrovať psychický diskomfort prostredníctvom tela, namiesto toho, aby ho rozpoznali ako emocionálny alebo duševný problém.

Varovné signály porúch so somatickými príznakmi sa môžu líšiť od osoby k osobe, ale existujú aj niektoré spoločné príznaky, ktoré môžu naznačovať prítomnosť poruchy. Ich rozpoznanie je dôležité, aby bolo možné včas zasiahnuť a vyhľadať vhodnú liečbu.

[1] Jedným z hlavných signálov je **nadmerné a pretrvávajúce znepokojenie fyzickými príznakmi**, aj keď pre ne neexistuje jasné lekárske vysvetlenie. Ľudia so somatickými poruchami majú tendenciu obsedantne sa zaoberať svojimi príznakmi a interpretovať ich ako signál vážnej choroby. Toto znepokojenie nemusí byť zmiernené ani po opakovaných negatívnych lekárskejších vyšetreniach či po uisteniach zdravotníckych odborníkov.

[2] Ďalším dôležitým varovným signálom je **pretrvávajúca bolesť alebo nepohoda, ktorá nie je zdôvodnená jasnou lekárskou príčinou**. Osoby môžu pociťovať chronickú bolesť alebo iné fyzické príznaky, ako sú únava, závraty alebo dýchacie ťažkosti, aj keď vyšetrenia nepoukazujú na žiaden jasný fyzický problém. Hoci sú symptómy skutočné a vyčerpávajúce, miera prežívanej úzkosti je neúmeraná skutočnej závažnosti symptómov.

[3] **Časté vyhľadávanie lekárskej pomoci** alebo kontaktovanie rôznych špecialistov predstavuje ďalší varovný signál. Osoby majú tendenciu konzultovať viacerých lekárov alebo absolvovať opakované vyšetrenia v snahe nájsť odpoveď alebo diagnózu, ktorá by vysvetlila ich príznaky. Často nie sú spokojné s negatívnymi výsledkami a naďalej veria, že trpia vážnou fyzickou chorobou.

[4] **Neustále kontrolovanie symptómov** je bežným správaním. Ľudia trpiaci poruchami somatických príznakov môžu opakovane kontrolovať svoje telo, či sa na ňom nevyskytujú príznaky choroby, napríklad neustále si merajú teplotu, tlak alebo sledujú určitú časť tela. Toto správanie môže viesť k obsedantnému cyklu sledovania príznakov, ktoré posilňuje obavy.

[5] Ďalším znakom je vyhľadávanie **nadmerného uistenia** od rodiny, priateľov alebo lekárov. Títo jednotlivci často hľadajú uistenie od druhých ľudí a pýtajú sa, či sa im ich príznaky zdajú znepokojujúce alebo či majú očakávať ochorenie. Napriek prijatým uisteniam úzkosť neutícha a naďalej sa snažia získať potvrdenie.

Vyhľadávanie prehnaného uistenia od rodiny, priateľov alebo lekárov je časté. Oso- by sa často pýtajú, či ich príznaky vyzerajú vážne, alebo či by nemali niečo očakávať. Napriek uisteniam úzkosť pretrváva, a potreba potvrdenia sa opakuje.

[6] Zhoršenie vykonávania každodenných aktivít je kľúčovým signálom. Poruchy so somatickými príznakmi môžu výrazne zasahovať do každodenného života, ovplyvňo- vať prácu, spoločenské vzťahy a osobné aktivity. Ľudia sa môžu vyhýbať určitým čin- nostiam zo strachu, že by sa ich príznaky mohli zhoršiť, alebo preto, že sa fyzicky necítia schopní zúčastniť sa. To môže viesť k sociálnej izolácii, zníženiu produktivity a zhoršeniu kvality života.

[7] Objavenie sprievodných psychických príznakov, ako sú úzkosť či depresia, je ďalším varovným signálom. Úzkosť a frustrácia vyplývajúce z pretrvávania fyzických príznakov v kombinácii s nedostatočným lekársnym vysvetlením môžu viesť k zhorše- niu emocionálneho stavu. U ľudí sa môžu rozvinúť úzkostné poruchy, panické ataky alebo depresie, čo ešte viac zhorší ich celkový stav.

4.4

HLAVNÉ MÝTY A MYLNÉ PREDSTAVY O SOMATICKÝCH PORUCHÁCH

Poruchy so somatickými príznakmi sú zámerne vytvárané alebo predstierané: ľudia si vymýšľajú svoje príznaky. NEPRAVDA.

Ľudia s týmito poruchami nič neprestierajú. Pociťujú skutočnú bolesť alebo dis- komfort, aj keď nie vždy existuje zrejma zdravotná príčina. Utrpenie je skutočné a často zhoršované úzkosťou a nevedomými duševnými procesmi.

Ten, kto trpí poruchou telesnej dysmorfie, je iba márnivý. NEPRAVDA.

Porucha telesnej dysmorfie nie je o márnivosti, ale o patologickej posadnutosti pre vnímané (často neexistujúce alebo minimálne) fyzické nedostatky. Tieto obavy spô- sobujú intenzívne utrpenie a narúšajú spoločenský aj pracovný život.

Poruchy so somatickými príznakmi sa dajú prekonať silou vôle. NEPRAVDA.

Nejde o to „rozhodnúť sa byť zdravý“. Tieto poruchy si vyžadujú multidisciplinárny prístup, ktorý zahŕňa psychologickú podporu a v niektorých prípadoch medicínsku liečbu fyzických aj psychických príznakov.

Ak lekári nezistia žiadnu patológiu, znamená to, že sa naozaj niet čoho reálne obávať. **NEPRAVDA.**

Absencia lekárskeho vysvetlenia nerobí príznaky menej reálnymi. Poruchy so somatickými príznakmi majú psychologický a neurobiologický základ, aj keď nie je vždy zjavný prostredníctvom lekárskeho testov.

Poruchy so somatickými príznakmi postihujú len ženy. NEPRAVDA.

Hoci sú častejšie u žien, môžu postihovať aj mužov. U mužov bývajú menej často diagnostikované, kvôli rodovým stereotypom alebo odlišným prejavom príznakov.

4.5

AKO SPREVÁDZAŤ OSOBU SO SOMATICKÝMI PRÍZNAKMI V EDUKAČNOM PROSTREDÍ

Veľmi pozorný, citlivý a multidisciplinárny prístup

[1] Prvým faktorom, ktorý je potrebné zohľadniť, je význam **sociálnej podpory**. Pevná sociálna sieť, ktorú tvoria priatelia, rodina alebo iné dôveryhodné osoby, môže predstavovať významný ochranný mechanizmus. Pozitívne medziľudské vzťahy pomáhajú zvládať stres, zmierňujú obavy týkajúce sa zdravia a znižujú úzkosť spojenú s fyzickými príznakmi.

Ľudia, ktorí sa cítia podporovaní, majú **väčšiu šancu správne interpretovať signály vlastného tela a v prípade potreby vyhľadať odbornú pomoc** bez toho, aby podliehali prehnane katastrofickým postojom.

[2] **Dobré emočné prispôsobenie a schopnosť zvládať stres** predstavujú ďalší zásadný ochranný faktor. Ľudia, ktorí rozvíjajú účinné zručnosti zvládania záťaže, ako sú relaxačné techniky, pozornosť (*mindfulness*) alebo kognitívne stratégie na spracovanie negatívnych emócií majú menšiu tendenciu somatizovať psychický diskomfort. **Dobrá regulácia emócií** umožňuje zvládnuť každodenný stres bez toho, aby sa prenášal na telo, čím sa predchádza vzniku fyzických príznakov spojených s emočným napätím či úzkosťou.

[3] Vo výchovnej oblasti je dôležité klást dôraz **na vzdelávanie a výchovu k zdraviu**. Ľudia, ktorí majú primerané porozumenie fungovaniu tela a prirodzeným fyziologic-

kým reakciám na stres, sú menej náchylní nesprávne interpretovať fyzické príznaky ako znaky vážnych ochorení. Edukácia v oblasti zdravia môže pomôcť znížiť úzkosť súvisiacu so zdravím a podporiť realistickejší postoj k telesným príznakom.

[4] Vo všeobecnosti je hlavným cieľom ponúknuť podporu a vytvoriť **bezpečné a inkluzívne prostredie**, v ktorom môžu mladí ľudia skúmať a riešiť svoje obavy súvisiace s telesným vzhľadom a celkovou pohodou, bez toho aby sa cítili súdení či stigmatizovaní. Výchovná intervencia by sa preto mala zakladať na súbore základných kritérií, ktoré zahŕňajú preventívne opatrenia aj štruktúrované aktivity s cieľom vytvoriť komplexnú a účinnú cestu osvedčujúcu a podpory.

[5] Výchovný prístup by mal predovšetkým poskytovať presné informácie o somatických poruchách, ako je telesná dysmorfia, a vo všeobecnosti aj o vplyve vnímania tela na duševné a fyzické zdravie. Vychovávateľ by mal jasne a vedecky vysvetliť, čo tieto poruchy predstavujú, a zároveň poukázať na to, **aký vplyv môžu mať médiá a sociálne siete** na obraz vlastného tela.



Techniky na hlbšiu prácu s rôznymi aspektmi somatických porúch a telesnej dysmorfie

Dotazník o vnímaní tela a emocionálnej pohode

Anonymné dotazníky sú základným nástrojom na predbežné zistenie miery diskomfortu alebo neistoty spojenej s vnímaním tela. Pred začiatkom výchovného programu je užitočné rozdať účastníkom dotazník so štruktúrovanými otázkami zameranými na hodnotenie:

- Sebavnímania.
- Vplyvu sociálnych médií.
- Emocionálneho stavu súvisiaceho s obrazom tela.
- Psychofyzickej pohody.

Vnímanie seba a obraz tela

- Ako veľmi si spokojný/á so svojím celkovým fyzickým vzhľadom?
Veľmi spokojný/á – Pomerne spokojný/á – Málo spokojný/á – Úplne nespokojný/á
- S ktorými časťami svojho tela si najviac spokojný/á? (Otvorená odpoveď)
- S ktorými časťami svojho tela si najmenej spokojný/á? (Otvorená odpoveď)
- Do akej miery si myslíš, že tvoj fyzický vzhľad ovplyvňuje tvoju náladu?
Veľmi – Pomerne – Málo – Vôbec

- Koľkokrát denne myslíš na vzhľad svojho tela?
Nikdy – 1 alebo 2-krát – 3 až 5-krát – Viac ako 5-krát
- Cítiš sa často znepokojený/á alebo cítiš diskomfort kvôli svojmu telu?
Vždy – Často – Niekedy – Zriedkavo – Nikdy

Vplyv sociálnych médií

- Koľko času denne tráviš na sociálnych médiách?
Menej ako hodinu – 1 až 3 hodiny – 3 až 5 hodín – Viac ako 5 hodín
- Stáva sa ti, že porovnávaš svoj vzhľad s ľuďmi, ktorých vidíš v sociálnych médiách?
Vždy – Často – Niekedy – Zriedkavo – Nikdy
- Myslíš si, že sociálne médiá ovplyvňujú spôsob, akým vnímaš svoje telo?
Veľmi – Pomerne – Málo – Vôbec
- Ako sa cítiš, keď si prezeráš fotografie „dokonalých“ ľudí v sociálnych médiách?
Motivovaný/á zlepšiť sa – Nespokojný/á so svojím vzhľadom – Ľahostajný/á – Iné (uved'):
- Stalo sa ti niekedy, že si upravil/a alebo retušoval/a fotografiu pred jej zverejnením v sociálnych médiách?
Vždy – Často – Niekedy – Nikdy

Sebaúcta a prijatie samého seba

- Ako by si opísal/a svoju celkovú sebaúctu?
Veľmi vysoká – Pomerne vysoká – Priemerná – Nízka – Veľmi nízka
- Do akej miery sa cítiš prijatý/á vo svojej skupine priateľov?
Úplne – Pomerne – Málo – Vôbec
- Stal/a si sa terčom negatívnych komentárov či posmechu kvôli svoju vzhľadu?
Nikdy – Zriedkavo – Často – Veľmi často
- Ako veľmi sa cítiš sebaisto, keď sa ukážeš taký/á, aký/á si, bez úprav či mejkapu?
Veľmi sebaisto – Pomerne sebaisto – Málo sebaisto – Vôbec nie sebaisto

Psychofyzická pohoda

- Ako často sa cítiš úzkostne alebo vystresovane kvôli svojmu telu alebo vzhľadu?
Vždy – Často – Niekedy – Nikdy
- Stáva sa ti, že keď si medzi priateľmi alebo na verejnosti, premýšľaš nad tým, ako vyzeráš?
Vždy – Často – Niekedy – Nikdy

- Do akej miery si myslíš, že tvoja sebaúcta je ovplyvnená твоjím fyzickým vzhľadom?

Veľmi – Pomerne – Málo – Vôbec

Aké stratégie či návyky využívaš na starostlivosť o svoju psychofyzickú pohodu? (napr. šport, meditácia, iné formy starostlivosti o seba) (Otvorená odpoveď)

Reflexia a odporúčania

- Aké sú hlavné ťažkosti, s ktorými sa stretávaš pri prijímaní svojho tela? (Otvorená odpoveď)
- Ktoré aktivity alebo stratégie by ti mohli pomôcť zlepšiť vnímanie seba samého/samej? (Otvorená odpoveď)
- Ak by si mohol/mohla získať podporu v tejto oblasti, aký typ podpory by si považoval/a za užitočný? (napr. poradenstvo, diskusné skupiny, informačné materiály) (Otvorená odpoveď)
- Chceš ešte niečo pridať alebo sa podeliť o svoje myšlienky k téme vnímania tela? (Otvorená odpoveď)

Skupinové diskusie o telesnom obraze a stereotypoch krásy

Organizovanie skupinových stretnutí, počas ktorých môžu mladí ľudia vyjadriť svoje názory na ideály krásy a estetický tlak spoločnosti, umožňuje rozvíjať kritické myslenie. Počas týchto stretnutí môže pedagóg využívať otázky na zamyslenie, napríklad:

- Aké štandardy krásy podľa teba propagujú sociálne médiá?
- Ako veľmi si ovplyvnený/á estetickými normami prezentovanými v médiách?
- Myslíš si, že sa predstava ideálneho tela v priebehu času zmenila?

Tieto diskusie mladým ľuďom nielen pomáhajú zamyslieť sa, ale zároveň vytvárajú prostredie, v ktorom sa cítia vypočutí a môžu si navzájom poskytnúť podporu. Na podporu otvorenej účasti sa odporúča vytvoriť kruh na zdieľanie, v ktorom má každý právo vyjadriť sa bez prerušovania.

Workshopy telesného uvedomenia

Mindfulness je účinná technika, ktorá pomáha mladým ľuďom rozvíjať vyvážený vzťah k vlastnému telu, založený na uvedomení a prijatí. Počas stretnutí je možné viesť účastníkov prostredníctvom rôznych aktivít:

[1] Dychové a uvedomovacie cvičenia. Pedagóg vyzve účastníkov, aby si zatvorili oči, sústredili sa na svoj dych a vnímali telesné pocity bez posudzovania. Aktivita pomáha rozvíjať vnímanie seba samého bez kritiky.

[2] Usmernená predstavivosť. Pedagóg vedie chlapcov a dievčatá k tomu, aby si predstavili chvíľu, keď sa cítia pokojní a v súlade so svojím telom. Následne sú účastníci pozvaní zamyslieť sa nad tým, ako si túto skúsenosť uchovať.

[3] Denník vďačnosti za telo. Účastníci si na konci dňa zapíšu aspoň jednu vlastnosť svojho tela, za ktorú sú vďační. Toto cvičenie posilňuje prijatie tela a znižuje sebakritiku.

Kreatívne projekty na skúmanie telesnej identity

Tvorba kolektívnych umeleckých projektov umožňuje mladým ľuďom skúmať telesnú autentickosť v bezpečnom prostredí bez posudzovania. Niektoré praktické nápady zahŕňajú:

[1] Výstava osobných fotografií. Každý účastník urobí fotografiu, ktorá predstavuje nejaký aspekt seba samého, ktorý považuje za autentický alebo významný. Následne sa fotografia vystaví v galérii s krátkym opisom toho, čo vyjadruje.

[2] Koláž o telesnej identite. Každý mladý človek môže vytvoriť koláž z obrázkov a slov, ktoré predstavujú jeho fyzickú aj emocionálnu identitu. Tento projekt podporuje sebareflexiu a oceňuje rozmanitosť.

[3] Nástenná maľba o vnímaní seba. Chlapci a dievčatá môžu spoločne namaľovať nástennú maľbu, ktorá ukazuje ich predstavu krásy a prijatia. Tento typ aktivity okrem posilňovania skupiny umožňuje účastníkom konštruktívne skúmať telesný obraz.

Diskusné stretnutia s odborníkmi

Pozvanie psychológov, výživových poradcov a osobných trénerov, ktorí sa špecializujú na podporu zdravia a telesnej pohody, môže byť spôsobom, ako mladým ľuďom poskytnúť odborné informácie o tom, ako sa starať o svoje telo. Počas týchto stretnutí môžu odborníci rozoberať témy:

- Rozdiel medzi zdravým stravovaním a reštriktívnymi diétami.
- Ako si stanoviť realistické telesné ciele založené na pohode, nie na estetike.
- Techniky na zlepšenie vnímania seba bez posadnutosti fyzickým vzhľadom.

Tento typ stretnutí môže byť doplnený aj o diskusiu s otázkami a odpoveďami, v ktorej môžu chlapci a dievčatá vyjadriť svoje pochybnosti a získať praktické rady.

Vzdelávacie programy o uvedomelom používaní sociálnych médií

Vzdelávanie v oblasti mediálnej gramotnosti pomáha mladým ľuďom pochopiť vplyv sociálnych médií na vnímanie telesného obrazu. Napríklad je možné organizovať aktivity, napríklad:

[1] Kritická analýza profilov na sociálnych sieťach. Vychovávateľ ukáže profily influencerov a reklamy, aby skupina diskutovala o tom, ako sa vytvárajú dokonalé obrazy a aké nástroje sa pritom používajú (filtre, úpravy fotografií). Cieľom je odhaliť umelú povahu mnohých obrazov.

[2] Tvorba realistických obsahov. Mladí môžu byť pozvaní, aby vytvárali realistický obsah, ktorý podporuje prirodzenosť, dokumentovaním momentov zo svojho života bez úprav alebo filtrov. To podporuje autenticitu a pomáha čeliť tlaku na dokonalý vzhľad.

Výchovný materiál a informačné brožúry

Vychovávateľ môže použiť podporný materiál, napríklad informačné brožúry a plagáty umiestnené v spoločných priestoroch, ktoré sa venujú témam, ako napríklad:

- Riziká nadmerného zamerania sa na telo.
- Význam sebavedomia a prijatia seba samého.
- Stratégie na zlepšenie vnímania vlastného tela.

Distribúcia informačných materiálov na miestach, kde sa chlapci a dievčatá pohybujú (triedy, knižnica, telocvičňa), pomáha tieto témy zviditeľniť a vytvára prostredie, v ktorom sa mladí cítia menej osamelí na ceste k telesnému prijatiu.



Poruchy príjmu potravy

5.1 AKO ROZPOZNAŤ PORUCHY PRÍJMU POTRAVY

Som chorý, ale je ťažké priznať si to

Aké sú typy porúch, aká je ich príčina, aké sú varovné signály, ktoré môžu vyvolať podozrenie, kam sa môžeme obrátiť o pomoc, akú liečbu máme podstúpiť a aké sú ochranné faktory proti tomuto ochoreniu? Toto sú niektoré z otázok, na ktoré táto kapitola stručne odpovedá, aby poskytla najdôležitejšie informácie o týchto poruchách.

Poruchy príjmu potravy (PPP) patria medzi psychiatrické ochorenia a vyznačujú sa abnormálnym stravovacím správaním, ktoré negatívne ovplyvňuje fyzické aj psychické zdravie človeka.

Tieto poruchy sa vyznačujú **nadmernou starosťou o telesnú hmotnosť a sú sprevádzané extrémnym obmedzovaním príjmu potravy, často spojeným so skresleným vnímaním vlastného tela** a potenciálne vážnymi zdravotnými následkami. Poruchy príjmu potravy sa môžu prejavovať v rôznych formách; každá má svoje špecifické znaky a diagnostické kritériá. Spoločným menovateľom všetkých foriem je dysfunkčný vzťah k jedlu a skreslené vnímanie vlastného tela.

Spoločným znakom týchto porúch je absencia uvedomenia si ochorenia a v dôsledku toho nedostatok motivácie na uzdravenie. Z tohto dôvodu je liečba dlhá i zložitá a úloha rodiny je nevyhnutná pre zotavenie.

Príznaky porúch príjmu potravy

Niektoré správanie alebo signály môžu naznačovať poruchu príjmu potravy. Ide o aspekty, ktoré treba pozorne sledovať, pretože čím skôr je diagnóza stanovená, tým jednoduchšia a rýchlejšia bude liečba.

V prvom rade ide o **fyzické znaky a symptómy**:

- Strata hmotnosti v krátkom čase bez poznania príčiny.
- Oneskorenie normálneho rastu vzhľadom na vek a hmotnosť.
- Náhle výkyvy hmotnosti.
- Poruchy menštruačného cyklu, zastavenie menštruácie bez zdravotnej príčiny.
- Odvápnenie kostí (osteoporóza).
- Opuchnuté líca v dôsledku vyvolávaného zvracania (hypertrofia príušných žliaz).
- Zubné abnormality (strata zubnej skloviny, zubné kazy).
- Mozole na hánkach niektorých prstov.

Po druhé, **psychologické znaky a symptómy**:

- Extrémna starostlivosť o postavu, diétu a hmotnosť.
- Posmešné poznámky o vlastnom tele.
- Vážne skreslené vnímanie vlastného tela.
- Perfekcionizmus a nespokojnosť.
- Emocionálna nestabilita.
- Izolácia a nadmerná sústredenosť na štúdium.
- Podráždenosť.
- Nízke sebavedomie.
- Impulzivnosť.
- Zvýšená prísnosť a posadnutosť.

A napokon, **behaviorálne znaky a symptómy**:

- Vytrvalé dodržiavanie diéty aj v prípade výraznej chudosti.
- Zmena stravovacích návykov (napr. prechod na vegetariánsku či vegánsku stravu).
- Zvýšený záujem o varenie, obliekanie a módu.
- Odchádzanie po jedle a zatváranie sa v kúpeľni.
- Tendencia zakrývať niektoré časti tela oblečením.
- Nákup a užívanie prípravkov na chudnutie.

- Zvláštne rituály s jedlom (napr. nadmerné drobenie jedla).
- Nadmerné fyzické cvičenie.
- Posadnutosť neustálym vážením.
- Sociálna izolácia.

Výskyt porúch príjmu potravy

[1] Epidemiologické štúdie zamerané na populáciu s najvyšším rizikom, uvádzajú že prevalencia PPP u dievčat vo veku 12-21 rokov je približne 5 %. Podľa diagnostických údajov sú tieto čísla nasledovné: 0,31 % pre mentálnu anorexiu, 0,77 % pre mentálnu bulímiu a 3,07 % pre nešpecifikované poruchy príjmu potravy (Pérez-Gaspar et al., 2000). Rizikové správanie spojené s týmito poruchami u adolescentov, sa pohybuje medzi 11 a 18 %.

Odhaduje sa, že len v Taliansku v súčasnosti trpí PPP viac ako **tri milióny ľudí**, a každoročne na celom svete ochorejú desiatky miliónov adolescentov a dospelých. Pandémia situáciu ďalej zhoršila, pričom sa odhaduje nárast počtu prípadov najmenej o 30-35 % a zároveň **pokles veku nástupu ochorenia**.

[2] Tieto poruchy zvyčajne začínajú vo vývinovom veku a postihujú najmä ženskú populáciu; hoci počet chlapcov s PPP sa zvyšuje, hlavne v období adolescencie a preadolescencie. **Poruchy príjmu potravy sa čoraz výraznejšie objavujú aj v detskej populácii**. Už deti vo veku 8-9 rokov vykazujú príznaky PPP typické pre dospelých a dospievajúcich a dospelých, predovšetkým anorektického typu, nie však PPP typické pre detský vek, ako tomu bolo ešte pred niekoľkými rokmi.

5.2

TYPOLÓGIA PORUCHY PRÍJMU POTRAVY

Rôzne podoby porúch príjmu potravy

„Poruchy príjmu potravy a poruchy súvisiace s príjmom jedla sa vyznačujú pretrvávajúcou poruchou príjmu potravy alebo správaním súvisiacim s príjmom jedla, ktoré vedú k zmenám v príjme alebo vstrebávaní potravy a významne poškodzujú fyzické zdravie alebo psychosociálne fungovanie.“ Definícia podľa Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch (DSM-5-TR) (American Psychiatric Association, 2023).

Predstavujeme stručný prehľad hlavných porúch príjmu potravy, ktorého prečítanie môže pomôcť lepšie porozumieť tejto problematike:

- **Mentálna anorexia** (anorexia nervosa). Prejavuje sa neovládateľnou túžbou po chudosti, ktorá môže byť sprevádzaná rôznymi kompenzačnými opatreniami a postupmi: prísna a reštriktívna diéta (alebo dokonca hladovanie), nadmerné fyzické cvičenie a/alebo očistné správanie (vyvolané vracaním, zneužívaním laxatív a/alebo diuretík).

Postihnuté osoby vyjadrujú intenzívny strach z priberania na váhe a obávajú sa, že by sa mohli stať obéznymi. Prejavuje sa u nich pretrvávajúce správanie, ktoré bráni priberaniu. Majú skreslené vnímanie vlastného tela, s extrémnymi obavami o diétu, postavu a hmotnosť.

Keďže ich pozornosť sa sústreďí na chudnutie, vznikajú nutričné deficity, ktoré môžu viesť k život ohrozujúcim následkom. Na psychologickú úroveň sa objavujú osobnostné črty charakterizované výrazným perfekcionizmom, ambicióznosťou, slabou schopnosťou regulovať emócie a nízkym sebahodnotením.

- **Mentálna bulímia** (bulimia nervosa). Je charakterizovaná záchvatmi prejedania sa (hltavým a nekontrolovateľným jedením), pri ktorých osoba v krátkom časovom úseku skonzumuje veľké množstvo jedla, zvyčajne potajomky a s pocitom straty kontroly. Postihnuté osoby sa môžu snažiť kompenzovať účinky prejedania vyvolaným vracaním, zneužívaním laxatív a/alebo diuretík, hladovaním alebo nadmerným fyzickým cvičením.

Rovnako ako pri mentálnej anorexii, aj pri mentálnej bulímii sa u osôb prejavujú nadmerné obavy o hmotnosť, vzhľad a postavu (tvar tela). To, čo ju odlišuje od anorexie, je strata kontroly nad príjmom potravy. Často ide o poruchu, ktorá je ťažšie rozpoznateľná, pretože postihnutá osoba môže ľahko zostať nepovšimnutá (môže mať normálnu hmotnosť, podváhu alebo nadváhu). Býva sprevádzaná pocitmi hanby a viny.

- **Porucha záchvatového prejedania sa (binge-eating)**. Je charakterizovaná opakovaným nekontrolovaným prejedaním (napchávaním), podobne ako u osôb trpiacich mentálnou bulímiou. Rozdiel spočíva v tom, že osoba nepoužíva kompenzačné mechanizmy po nekontrolovanom prejedaní, a preto postupom času nevyhnutne smeruje k nadváhe alebo obezite.

Mnohé osoby trpiace nekontrolovaným prejedaním používajú jedlo ako spôsob zvládania negatívnych emócií a pocitov. Majú ťažkosti zvládať úzkosť a zisťujú, že jedenie ich upokojuje a prináša úľavu. Následne sa však cítia smutné

a vinné, že nedokázali kontrolovať svoje jedenie, čo zvyšuje mieru stresu, a vedie k opakovaniu cyklu.

- **Syndróm Pica** (lat. pica = straka). Ide o poruchu, pri ktorej dochádza k požívaniu nevyživujúcich látok, ako sú piesok alebo krieda. Konzumácia týchto látok sa považuje za nevhodnú vzhľadom na vývinovú úroveň jednotlivca. Typicky požívané látky sa menia v závislosti od veku: malé deti často jedia farbu, kriedu, šnúrk, vlasy alebo oblečenie. Porucha sa najčastejšie vyskytuje v detstve a v niektorých prípadoch aj u detí s autizmom alebo mentálnym postihnutím.
- **Ruminačná porucha.** Je charakterizovaná opakovaným návratom potravy zo žalúdka späť do úst (bez nevoľnosti alebo súvisiaceho gastrointestinálneho ochorenia, napr. refluxu pažeráka), pričom jedlo je následne znovu požuté, prehltnuté alebo vyplútené. Porucha sa najčastejšie pozoruje u malých detí (vo veku 3-12 mesiacov), ale môže sa objaviť aj u starších jednotlivcov, najmä u tých s mentálnym postihnutím. Diagnóza sa nestanovuje, ak sa tento prejav vyskytuje v kontexte mentálnej anorexie alebo bulímie.
- **Vyhýbavá/reštriktívna porucha príjmu potravy.** Je charakterizovaná nízkym množstvom skonzumovanej potravy a/alebo odmietaním jesť určité jedlá. Na rozdiel od mentálnej anorexie a mentálnej bulímie nie je motivovaná obavami z telesného vzhľadu, ale pretrvávajúcim zlyhávaním v uspokojovaní primeraných výživových a energetických potrieb. Zvyčajne ide o chlapcov a dievčatá v predpubertálnom veku (s vyšším zastúpením mužského pohlavia), ktorí mali od detstva problémy so stravovaním (často spojené s gastrointestinálnymi ťažkosťami) a veľmi obmedzený repertoár potravín. Táto porucha býva spojená s úzkosťou, poruchou pozornosti s hyperaktivitou, obsedantno-kompulzívnou poruchou a poruchou autistického spektra.
- **Iná špecifikovaná porucha výživy a príjmu potravy.** Táto kategória sa vzťahuje na prípady, v ktorých sú prítomné charakteristické príznaky poruchy výživy a príjmu potravy, ktoré spôsobujú výraznú nepohodu alebo zhoršenie sociálneho, pracovného či iného dôležitého fungovania, ale nespĺňajú úplné kritériá pre žiadnu z porúch v diagnostickej kategórii porúch výživy a príjmu potravy. Napriek tomu táto kategória porúch príjmu potravy poukazuje na dôležité znaky a charakteristické symptómy problémov so stravovaním a vnímaním vlastného tela. Tieto symptómy, hoci nespádajú pod diagnostické kritériá najčastejších typov porúch príjmu potravy, si zaslúžia všetku potrebnú pozornosť na ceste k uzdraveniu.

- **Syndróm nočného jedenia.** Známy aj pod anglickým označením „night eating syndrome“. Ide o poruchu stravovacieho správania, ktorá sa vyznačuje nočnými nekontrolovanými prejedaniami a nespavosťou. Spôsobuje, že postihnutá osoba sa kompulzívne stravuje vo večerných a nočných hodinách, často vo väčšom množstve než počas zvyšku dňa. Tým vzniká bludný kruh, ktorý negatívne ovplyvňuje biologické hodiny, spánok a stravovanie. Porucha sa niekedy vyskytuje súčasne s depresívnymi alebo úzkostnými stavmi a často postihuje, hoci nie výlučne, obéznych jednotlivcov.
- **Ortorexia nervosa** je ďalšou rozvíjajúcou sa kategóriou poruchy príjmu potravy. Prejavuje sa ako nezdravá posadnutosť „zdravou“ alebo „čistou“ stravou. Hoci zatiaľ nie je oficiálne uznaná ako samostatná porucha v diagnostických manuáloch, ortorexia sa prejavuje nadmerným znepokojením kvalitou a čistoťou stravy, čo vedie k výrazným stravovacím obmedzeniam, ktoré môžu spôsobiť nutričné deficity a sociálnu izoláciu.

Príčiny, ktoré prispievajú k poruchám príjmu potravy

Na vzniku porúch príjmu potravy sa podieľa mnoho faktorov. Podieľa sa na tom viacero biologických a genetických faktorov, psychologické charakteristiky, sociokultúrne aspekty a environmentálne faktory spôsobujúce stres. Konkrétna váha jednotlivých zložiek zatiaľ nie je presne určená.

Tieto poruchy sa zvyčajne začínajú v období adolescencie, hoci sa čoraz častejšie zaznamenáva ich výskyt aj v predpubertálnom veku a v dospelosti. Postihujú predovšetkým ženy: približne 9 prípadov z 10 sa týka žien a 1 prípad z 10 mužov.

Medzi faktory, ktoré spôsobujú poruchy príjmu potravy, patria:

[1] Biologické faktory (rodinná zraniteľnosť): Štúdie zamerané na rodiny ukazujú vyšší výskyt porúch príjmu potravy medzi príbuznými osôb trpiacich týmito poruchami v porovnaní s rodinami, kde sa porucha nevyskytuje. V prípade mentálnej anorexie sa zdá, že genetika vysvetľuje 60-70 % rizika vzniku poruchy.

[2] Sociokultúrne faktory: Viaceré štúdie poukazujú na súvislosť medzi poruchami príjmu potravy a rodinnými modelmi, ktoré sú príliš ochranné, prísne, náročné, konfliktné a málo súdržné. Na druhej strane existujú kultúrne faktory, ako kult tela, ideál extrémne štíhlej krásy, vplyv módy a médií, vrátane sociálnych sietí, ktoré ovplyvňujú mladých ľudí.

Význam sociokultúrnych aspektov je zreteľný najmä v rozvinutých krajinách, kde sa štíhlosť a stereotypná krása vnímajú a predávajú ako synonymum spoločenského a osobného úspechu. Tento odkaz je masívne šírený prostredníctvom sociálnych médií, masmédií a celkového prostredia. Významné a znepokojujúce údaje:

- Za posledných 5 rokov sa obsah na sociálnych sieťach, ktorý propaguje patologické stravovacie správanie, zvýšil o 47 %;
- Časté používanie obrazových materiálov typu „inšpirácia chudosti“ a virálnych výziev (napr. *Iphone-Knees* – smartfón sa položí vodorovne na kolená a ak ich celé zakryje, znamená to, že sú dostatočne štíhle; účasť na výzvach typu počítanie mincí v jamke kľúčnej kosti alebo *Headphones around Waist* – zverejňovanie fotografií, kde si človek obopne pás slúchadlami, čím demonštruje svoju štíhlosť).

[3] Psychologické faktory: Osobnostné črty, ako prílišná prísnosť, perfekcionizmus, vysoké nároky na seba, sociálne stiahnutie a osobná história ťažkostí so stravovaním, sú spájané s poruchami príjmu potravy. Najmä pri bulímii a poruche záchvatového prejedania sa vyskytuje impulzívnejší osobnostný profil so zníženou schopnosťou vyrovnať sa s frustráciou, čo vedie k úzkostnému prejedaniu. Nízka sebaúcta je spoločným faktorom väčšiny porúch príjmu potravy.

[4] Potenciálne stresujúce životné udalosti: Poruchy príjmu potravy sú spájané aj so zážitkami, ako sú sexuálne a/alebo fyzické zneužívanie v detstve, kritika vzhľadu zo strany okolia a predchádzajúce životné krízy.

5.3

VAROVNÉ SIGNÁLY PORÚCH PRÍJMU POTRAVY

[1] Poruchy príjmu potravy sú zložité a potenciálne nebezpečné stavy, preto je rozpoznanie **varovných signálov** rozhodujúce pre včasnú intervenciu. Výrazná zmena stravovacích návykov je často prvým znakom, ktorý si treba všimnúť. Môže sa prejavovať dodržiavaním **extrémnych diét, odmietaním potravín považovaných za „nezdravé“ alebo prísnymi kontrolovaním porcií**. Osoby trpiace poruchami príjmu potravy môžu začať vynechávať jedlá alebo jesť potajomky, prejavujúc vyhýbavé správanie a skrývajú svoj vzťah k jedlu.

[2] Telo môže zároveň vykazovať viditeľné fyzické príznaky. **Drastický úbytok hmotnosti** patrí medzi najznámejšie symptómy, najmä pri anorexii, kde osoba môže pôsobiť viditeľne podvyživená. Naopak, pri bulímii sa môžu vyskytovať **výkyvy hmotnosti**, s epizódami prejedania, ktoré sú nasledované kompenzačným správaním, ako je vracanie alebo nadmerné užívanie laxatív. Ďalšie fyzické znaky, ako **slabosť, únava, suchá pokožka, vypadávanie vlasov a menštruačné nepravidelnosti**, môžu byť ukazovateľom prebiehajúcej poruchy príjmu potravy.

[3] Na emočnej a behaviorálnej úrovni môžu byť varovné signály aj posadnutosť hmotnosťou a tvarom tela, sprevádzaná neustálou nespokojnosťou so svojim vzhľadom. Osoba môže vyjadrovať **nespokojnosť so svojím telom**, aj keď má primeranú váhu alebo podváhu. Môžu sa tiež objaviť zmeny nálady, ako sú podráždenosť, úzkosť či depresia, ktoré často sprevádzajú zhoršenie psychického a fyzického zdravia. Dôležitým signálom je aj **sociálna izolácia**, keďže sa dotyčná osoba môže vyhýbať spoločenským situáciám spojeným s jedlom – napríklad večeriam s priateľmi alebo rodinným stretnutiam.

[4] Varovné signály **v školskom, voľnočasovom alebo komunitnom prostredí** si zasluhujú pozornosť v súvislosti s týmito aspektmi a situáciami:

- Prestávky v škole alebo spoločné chvíle (v takýchto situáciách má dotyčná osoba tendenciu jedlo vyhadzovať alebo vôbec nejesť).
- Miesta, kde sa konzumuje jedlo spoločne (tendencia vyhýbať sa týmto situáciám alebo vzdďaľovať sa od nich).
- Žiaci – perfekcionisti.
- Intenzívne fyzické cvičenie.
- Nedostatok sústredenia.
- Vyčerpanosť.
- Zmeny správania na jar a v lete.
- Poruchy nálady.

5.4

HLAVNÉ MÝTY A MYLNÉ PREDSTAVY O PPP

Uvádžame niektoré nesprávne presvedčenia o poruchách príjmu potravy v našej súčasnej spoločnosti. Hoci dnes vieme o týchto poruchách viac ako pred niekoľkými rokmi, stále pretrvávajú určité mylné predstavy, ktoré je potrebné odstrániť, aby sme mohli tieto zložité ochorenia správne pochopiť:

Poruchy príjmu potravy nie sú chorobou. NEPRAVDA.

Poruchy príjmu potravy nie sú len nesprávne stravovacie návyky, sú to ochorenia s multifaktoriálnym pôvodom a vývojom, ktoré si vyžadujú špecifickú liečbu.

Poruchy príjmu potravy sú voľbou. NEPRAVDA.

Nikto si vedome nevyberie, že bude mať poruchu príjmu potravy; práve naopak, je to samotný vznik poruchy, ktorý vedie osobu k správaniu, ako je obmedzovanie príjmu potravy, vyvolávanie vracania alebo epizódy prejedania. Človek tieto prejavy vedome nekontroluje a ich prítomnosť si vyžaduje špecializovaný zásah.

Poruchy príjmu potravy postihujú len ženy. NEPRAVDA.

V posledných rokoch bol zaznamenaný výrazný nárast porúch príjmu potravy aj v mužskej populácii. Hoci sa častejšie vyskytujú u žien, vyskytujú sa aj u chlapcov a u mužov.

Držanie diéty je u adolescentov normálne správanie. NEPRAVDA.

Mnohí adolescenti diéty nedržia; iní sa pre ne rozhodnú, často pod vplyvom svojich kamarátov či kamarátok. Nadmerná pozornosť venovaná hmotnosti a dodržiavaniu diéty bez odporúčania odborníka môže byť varovným signálom, ktorému je potrebné venovať pozornosť.

Anorexia a bulímia sú jediné poruchy príjmu potravy. NEPRAVDA.

Okrem anorexie a bulímie existujú aj iné poruchy, ako napríklad iná špecifikovaná porucha výživy a príjmu potravy, syndróm nočného jedenia alebo ruminačná porucha.

Anorexia je najčastejšou poruchou. NEPRAVDA.

Diagnostikuje sa viac prípadov bulímie a nešpecifikovaných porúch príjmu potravy ako anorexie.

Osoba s poruchou príjmu potravy je vždy veľmi chudá. NEPRAVDA.

Vo viacerých prípadoch má osoba s poruchou príjmu potravy normálny vzhľad. To znamená, že nie je nevyhnutne chudá alebo extrémne chudá. Mylné presvedčenie, že všetky osoby s poruchou príjmu potravy sú chudé, môže sťažiť včasné rozpoznanie poruchy.

Poruchy príjmu potravy sa nikdy úplne nevyliečia. NEPRAVDA.

Približne 50-60 % prípadov sa úplne vylieči, 20-30 % čiastočne a iba u 10-20 % osôb sa porucha stane chronickou. Kľúčové pre uzdravenie je špecializovaný lekársky a psychologický zásah.

Ľudia s poruchou príjmu potravy, „si za to môžu sami“. NEPRAVDA.

Ide o duševné poruchy, ktoré si nikto nevyberá. Sú to poruchy, ktoré spôsobujú intenzívne utrpenie postihnutej osobe aj jej okoliu. Ich pôvod má vždy mnoho príčin, na ktorom sa podieľajú individuálne, rodinné aj spoločenské faktory.

Anorexia je len „nepodarená diéta“. NEPRAVDA.

Niekedy sa anorexia môže objaviť u osoby, ktorá mala predtým nadváhu, rozhodla sa držať diétu a následne si vytvorila nadmernú posadnutosť potrebou byť chudá, pričom ešte viac obmedzila svoj príjem potravy. Zároveň však existujú osoby s anorexiou, ktoré začínajú praktizovať obmedzovanie jedla, vyvolávanie vracania alebo prehnanú fyzickú aktivitu, a to bez toho, aby pred vznikom poruchy držali diétu.

Poruchy príjmu potravy sa týkajú len mladých dievčat. NEPRAVDA.

Hoci sú poruchy častejšie u žien (9 z 10 prípadov tvoria ženy), postihujú obe pohlavia a diagnostikujú sa u ľudí všetkých vekových kategórií. Spoločné však býva to, že porucha sa najčastejšie objavuje v adolescencii a ak sa nelieči, pretrváva, kým osoba nepodstúpi odbornú liečbu.

Záchvaty prejedania pri bulímii a poruche záchvatového prejedania sú otázkou slabšej vôle. NEPRAVDA.

Pri bulímii a pri poruche nadmerného prejedania ide o duševné poruchy, ktoré sa vyznačujú tým, že postihnutá osoba nedokáže kontrolovať svoje stravovanie. V žiadnom prípade nejde o nedostatok vôle.

5.5

AKO SPREVÁDZAŤ OSOBU S PPP V EDUKAČNOM PROSTREDÍ

Hlavné oblasti a faktory, na ktoré sa treba zamerať

[1] V edukačnom prostredí je obzvlášť dôležité pochopiť význam sebaúcty. Práca na posilňovaní alebo budovaní pevnej **sebaúcty** už v období adolescencie môže predstavovať účinný ochranný faktor psychického zdravia. Osoby, ktoré majú dobré vnímanie seba samých a dokážu odolne čeliť životným výzvam, majú viac nástrojov na zvládanie výziev spojených s poruchami príjmu potravy. Dôležitú úlohu zohráva aj sociálna opora, napríklad pozitívne a podnetné priateľstvá, ktoré prispievajú k vytvore-

niu prostredia, v ktorom sa človek cíti prijatý a oceňovaný bez ohľadu na svoj fyzický vzhľad.

Napokon je kľúčová **výchova v oblasti vnímania tela**. Programy, ktoré povzbudzujú prijatie rôznorodosti tiel a podporujú vzdelávanie o výžive, môžu pomôcť predchádzať rozvoju dysfunkčných foriem správania. Týmto spôsobom sú ľudia lepšie pripravení čeliť spoločenskému tlaku a udržiavať si zdravý vzťah k jedlu a k vlastnému telu.

[2] V tejto súvislosti je **potrebné zamerať sa na niektoré faktory**. Môžeme ich zoskupiť nasledovne:

- **Individuálne faktory:**

- Dobrá sebaúcta.
- Pozitívny obraz o svojom tele.
- Kritické myslenie voči stereotypom krásy šíreným médiami a voči informáciám o zázračných diétach.
- Emocionálna pohoda.
- Dobrý školský prospech a vzťahy so spolužiakmi.
- Asertivita.
- Dobré sociálne zručnosti.
- Schopnosti riešiť problémy a zvládať záťažové situácie.

- **Rodinné faktory:**

- Príslušnosť k rodine, ktorá neprikladá prehnaný dôraz na hmotnosť a fyzickú príťažlivosť, ale naopak, podporuje pozitívny obraz o vlastnom tele, akceptuje rozdiely medzi ľuďmi a prejavuje rešpekt ku každému bez ohľadu na jeho fyzický vzhľad.
- Konzumácia aspoň jedného hlavného jedla v kruhu rodiny: premena jedenia na spoločenský a rodinný akt.
- Posilňovanie sebaúcty v rodine: chváliť deti za to, aké sú, a pozitívne posilňovať ich osobnosť a schopnosti, nielen to, čo súvisí s fyzickým vzhľadom.
- Podpora zdravých stravovacích návykov a vyváženého životného štýlu. Rodina má byť pre deti vzorom pohody.
- Podpora komunikácie v rodine, vypočutie názorov a vytváranie priestoru na komunikáciu s adolescentmi.
- Spoločné trávenie voľného času: športové aktivity, kultúrne výlety, čítanie, sledovanie televízie, surfovanie po internete a pod.

- **Sociokultúrne faktory:**

- Príslušnosť ku kultúre, ktorá je menej ovplyvnená západnými ideálmi a ktorá akceptuje rôznorodosť telesných tvarov a veľkostí.
- Účasť na športoch alebo v oblastiach, kde sa nekladie dôraz na fyzickú atraktivitu alebo štíhlosť.
- Budovanie a podpora podporných sociálnych vzťahov, v ktorých nie je hmotnosť ani vzhľad hlavným predmetom záujmu.
- Odmietanie nereálnych estetických ideálov, ktoré môžu ohroziť zdravie adolescentov a mladých ľudí.
- Varovanie pred škodlivým obsahom na internete a sociálnych sieťach: webové stránky a sociálne siete, ktoré propagujú anorexiu a bulímiu ako životný štýl.

A

[3] Práca s rodinami

- Posúdiť zloženie a fungovanie rodiny.
- Identifikovať prípadné odchýlky od jej správneho fungovania (dezorganizované rodiny, prísne pravidlá, matky veľmi kritické k fyzickému vzhľadu, rodinné konflikty a pod.).
- Od začiatku nadviazať dobrú komunikáciu s rodinou.
- Podporovať schopnosť a ochotu spolupracovať.
- Zamyslieť sa nad tým, že rodiny môžu podporovať faktory, ktoré prispievajú k udržiavaniu chorôb.

Ako hovoriť s rodinou

Odporúča sa, aby sa prvý kontakt pedagógov uskutočnil iba s rodičmi a počas neho sa prebrali tieto témy: stretnutie so synom alebo dcérou a podozrenie na poruchu príjmu potravy. V ďalšej fáze sa do stretnutia môže zapojiť aj mladý človek. Diskusia o:

- Aktuálnych problémoch.
- Význame včasnej diagnostiky a liečby.
- Existujúcich zdravotných a sociálnych zdrojoch a podpore, ktorú môže poskytnúť výchovné prostredie.

Aspekty, ktoré môžu skomplikovať situáciu v rodine

- Popieranie choroby.
- Biopsychosociálne zmeny, ktoré problém udržiavajú.
- Sociálna izolácia.
- Nadmerná ochrana.

- Nezhody medzi rodičmi.
- Zľahčovanie problému.

[4] Význam výchovného prostredia

Úloha pedagógov je rozhodujúca, pretože majú priamy a nepretržitý kontakt s ohrozenou alebo postihnutou populáciou. Treba zohľadniť tri výchovné úlohy:

- Identifikovať varovné signály a možné prípady.
- Poskytovať podporu a sprevádzanie počas celého procesu.
- Spolupracovať s chlapcom alebo s dievčaťom.

Na druhej strane existujú určité aspekty, ktorým je potrebné venovať pozornosť:

- Zjavné zmeny.
- Fyzické a emocionálne dôsledky.
- Vzťah s rodinou.
- Informovanie príbuzných.
- Podporiť sprostredkovanie v prípade, že sa mladý človek odmieta rozprávať s rodičmi, alebo naopak.

Odporúčania pri sprevádzaní a podpore

- Hlavnou prekážkou je, že človek má ťažkosti priznať si príznaky. Preto budú empatia a vnímaná podpora rozhodujúce, aby sa mladý človek odhodlal hovoriť o svojich obavách, strachoch a správani.
- Vytvárať atmosféru dôvery a podpory.
- Vyhnúť sa obviňovaniu alebo ukazovaniu prstom; vyhnúť sa obviňujúcemu tónu.
- Pedagóg, aj keď je v kontakte s rodinou, sa musí snažiť, aby nebol vnímaný ako spojenec rodiny, ale ako ten, kto sa zaujíma o zdravie a emocionálnu situáciu.
- Treba zohľadniť nedostatok uvedomenia si choroby, tendenciu popierať poruchu a nízku motiváciu k zmene, ktorá je tým výraznejšia, čím kratší je čas trvania poruchy.

[5] Ako pracovať v skupine

Pracovať so všetkými chlapcami a dievčatami na rozvoji týchto zručností:

- Účasť na úlohách.
- Rozdelenie dňa na časti (štúdium, záľuby, priatelia a pod.).
- Aktivity, ktoré podporujú sociálne zručnosti a medziľudské vzťahy.
- Hľadanie nových záujmov.

- Podpora osobnej autonómie a schopnosti rozhodovať sa.
- Naučiť sa verbalizovať a identifikovať problémy, myšlienky a pocity.
- Podnecovať zamyslenie sa nad správaním a postojmi a nad ich dopadom na ostatných.
- Podporovať spontánnosť a hovoriť o emóciách.
- Podporovať pružnejšie pravidlá a zdravú sebaúctu.
- Vyhnúť sa manipulácii a klamstvám ako spôsobu nadväzovania vzťahov.
- Podporovať pozitívne hodnotenie vlastných výsledkov.

[6] Preventívne programy pre školy⁷

Poruchy príjmu potravy sú ochorenia s komplexnou etiológiou, a ich klinický prejav je rôznorodý. V prostrediach, kde sa nachádzajú rizikové skupiny populácie, je nevyhnutné zabezpečiť primeranú prípravu na včasný zásah; pričom je dôležité pôsobiť ako aktívni činitelia prevencie a rozpoznávania.

Hoci psychoterapeutický prístup je ústredným pilierom liečby, **intervencie v školskom a sociálnom prostredí dieťaťa sú rozhodujúce** pre prognózu ochorenia. Všetky terapeutické modely sa zhodujú na dôležitosti úlohy rodiny pri uzdravovaní, preto je nevyhnutné zapojiť ju do celého procesu.

Odporúča sa, aby **rôzni odborníci zapojení** do starostlivosti (pediatri, pedagógovia, poradcovia, psychológovia, psychiatri, sociálni pracovníci, výživoví poradcovia a pod.) pracovali koordinovane, s dohodnutými a integrovanými krokmi v rámci spoločného terapeutického plánu.

Jedným zo základných výchovných princípov je podpora **bezpečného prostredia**, bez predsudkov a založeného na dôvere, kde sa mladí ľudia môžu cítiť slobodne a hovoriť o svojich ťažkostiach bez obavy zo stigmatizovania. Pedagógovia preto musia byť pripravení rozpoznať včasné signály možnej poruchy príjmu potravy, ako je posadnutosť váhou, vyhýbanie sa určitým jedlám alebo nezvyčajné správanie, napríklad vynechávanie jedál alebo nekontrolované prejedanie sa.

Ako odpoveď na výchovné potreby možno preventívne činnosti rozdeliť na aktivity zamerané na **zvyšovanie povedomia a na emocionálnu výchovu**. Pedagógovia môžu organizovať semináre a vzdelávacie stretnutia, počas ktorých sa diskutuje o zdravej výžive, ale predovšetkým sa otvárajú témy prijatia vlastného tela, zvládania stresu a emócií a spoločenského tlaku súvisiaceho s telesným vzhľadom. Tieto stret-

⁷ Národné programy (Španielsko): ZARIMA, DITCA, AMEMC a ďalšie. Medzinárodné programy: Projekt Telo, Telá mladých, Zdravá váha.

nutia musia byť vedené jazykom, ktorý je primeraný veku a musia podporovať interakciu a aktívnu účasť mladých ľudí. Môžu sa vytvoriť **programy** s nasledovným obsahom a cieľmi:

- Zdravé návyky – kritické vnímanie estetických hodnôt.
- Schopnosť čeliť situáciám, odolnosť – prijatie, rozmanitosť.
- Obsah:
 - Zdravé stravovacie návyky: Maslowova pyramída ľudských potrieb, pestrosť, päť jedál denne, každodenný pohyb, falošné mýty, Harvardský tanier zdravého stravovania a pod.
 - Impulzivnosť: racionálne riešenie problémov, sebaovládanie.
 - Médiá: kritické myslenie, vplyv na vlastný vkus a ideály, schopnosť rozlišovať.
 - Asertivita: vyjadriť a rešpektovať vlastný názor.
 - Perfekcionizmus: riziká a negatívne dôsledky.
 - Krása a obraz tela: zmeny súvisiace s pubertou; vplyv nášho vzhľadu na sebaúctu; vývoj ideálu krásy v priebehu dejín; rozmanitosť a pod.
 - Sebaúcta: dôsledky sebaúcty na naše konanie, ako sa o ňu starať.

Ďalším kľúčovým výchovným kritériom je **prispôsobenie intervencií jednotlivcovi**. Každý mladý človek prežíva vzťah k jedlu a vlastnému telu inak; preto je nevyhnutné prispôbiť intervencie individuálnym potrebám. Môže to vyžadovať použitie nástrojov, ako sú dotazníky a individuálne rozhovory, aby sme lepšie porozumeli skúsenostiam a potrebám každého mladého človeka. Napríklad dotazník o vnímaní tela môže obsahovať otázky skúmajúce, do akej miery je mladý človek ovplyvnený médiami alebo spoločenskými očakávaniami a nakoľko sa cíti vo vlastnom tele dobre.



Techniky na hlbšiu prácu s rôznymi aspektmi PPP

Výchovné nástroje a použiteľné materiály

[1] Medzi používané nástroje patria **dotazníky**, ktoré možno použiť na hodnotenie vnímania vlastného tela, sebaúcty a stravovacích návykov mladých ľudí. Existujú štandardizované dotazníky (napr. *Body Image Questionnaire*, *Eating Attitudes Test*), ktoré umožňujú zistiť symptómy súvisiace s poruchami príjmu potravy. Použiť možno aj škály sebahodnotenia, ako napr. *Body Appreciation Scale*, ktorá meria mieru pozitívneho

vzťahu k vlastnému telu. Tieto nástroje môžu odborníci systematicky používať s cieľom monitorovať vývoj vnímania mladých ľudí a včas identifikovať varovné signály.

[2] Ďalším užitočným nástrojom sú **pracovné listy na sebareflexiu**, ktoré povzbudzujú mladých ľudí k premýšľaniu nad vlastnými emóciami a vzťahom k jedlu. Tieto listy môžu obsahovať otázky ako napríklad: „Ako sa cítiš po zjedení svojho obľúbeného jedla?“ alebo „Ako dnes vnímaš svoje telo?“ Tieto cvičenia sú nutné na rozvoj sebavedomia a pochopenie súvislosti medzi emóciami a stravovaním.

[3] **Audiovizuálne zdroje** môžu predstavovať cennú podporu pri edukačných aktivitách. Informačné videá, ktoré sa zaoberajú témami porúch príjmu potravy, sebaúcty a vnímania tela, môžu stimulovať diskusiu a uľahčiť konkrétnejšie pochopenie týchto javov. Vychovávatelia môžu použiť krátke dokumenty, svedectvá alebo animácie, ktoré jednoduchým a priamym spôsobom vysvetľujú, čo sú poruchy príjmu potravy a ako sa dajú riešiť.

[4] Napokon sa odporúča vytvoriť **projekt zameraný na zvyšovanie povedomia**, ktorý aktívne zapojí mladých ľudí do tvorby preventívnych kampaní. To môže zahŕňať tvorbu plagátov, letákov alebo digitálneho obsahu (napr. príspevkov na sociálne siete), ktorých cieľom je šírenie pozitívneho vzťahu k telu (*body positivity*) a prijatia seba samého. Mladí ľudia zapojení do týchto aktivít sa tak nielen naučia šíriť pozitívne posolstvá, ale zároveň si posilňujú vlastnú sebaúctu a komunikačné zručnosti.

Výchovné materiály a testy

Na doplnenie aktivít si vychovávatelia môžu vyhľadať a stiahnuť sériu edukačných materiálov a testov online. Niektoré príklady sú *The Body Image Workbook*, ktorý obsahuje cvičenia na sebareflexiu a aktivity na zlepšenie telesného sebavnímania, alebo *Manuál výživového vzdelávania*, ktorý môže obsahovať praktické informácie o správnej výžive. Okrem toho existujú rôzne štandardizované psychometrické testy, ako napríklad *Eating Disorder Inventory* alebo *Rosenbergova škála sebahodnotenia*, dostupné online na vzdelávacie a preventívne účely. Tieto nástroje pomáhajú monitorovať sebaúctu a správanie spojené so stravovaním.

Je dôležité zdôrazniť, že tieto nástroje musia interpretovať kvalifikovaní odborníci a ich správne použitie si vyžaduje špeciálne školenie, aby boli výsledky presné a zmysluplné.

Workshopy o vnímaní svojho tela a sebaúcte

Tieto workshopy pracujú s konceptom sebaúcty a vnímania tela prostredníctvom aktivít na reflexiu a diskusie. Hlavným cieľom je zlepšiť vnímanie seba a podporiť otvorený dialóg o spoločenských tlakoch súvisiacich s fyzickým vzhľadom.

[1] Cvičenie so zrkadlom. Účastníci sú pozvaní, aby sa pozreli do zrkadla a opísali tri črty svojho vzhľadu, ktoré si vážia na seba. Následne sa v skupine diskutuje o tom, prečo si vybrali tieto črty a aké emócie pri tom prežívali. Toto cvičenie umožňuje mladým sústrediť sa na pozitívne stránky svojho tela a rozvíjať slovník sebaocenenia.

[2] Aktivita s kolážou. Mladí sú požiadaní, aby vytvorili koláž z výstrižkov z časopisov a obrázkov, ktoré podľa nich predstavujú zdravý a realistický obraz tela. Následne sa koláže spoločne analyzujú, pričom sa poukazuje na rozdiely medzi ideálnym telom vnucovaným médiami a reálnym, zdravým obrazom tela. Táto aktivita podporuje kritické uvedomenie si mediálnych odkazov.

Diskusné skupiny a spoločné zdieľanie

Diskusné skupiny sú užitočné pri povzbudzovaní mladých ľudí k otvorenej diskusii o skúsenostiach a pocitoch týkajúcich sa jedla a tela. Vychovávateľia môžu viesť rozhovory pomocou otázok, ktoré podporujú reflexiu a výmenu názorov.

[1] Usmerňujúce otázky pre diskusné skupiny. Niektoré príklady otázok môžu byť: „Aké sú hlavné faktory, ktoré ovplyvňujú tvoj pohľad na telo?“, „Aké tlaky pociťuješ vo vzťahu k svojmu vzhľadu alebo spôsobu stravovania?“, „Ako sa cítiš, keď niekto komentuje tvoje telo?“ Takéto diskusie pomáhajú normalizovať obavy a ukázať, že mnohí účastníci čelia podobným ťažkostiam.

[2] Aktivita zameraná na aktívne počúvanie. Každý účastník je pozvaný, aby sa podelil o skúsenosť alebo myšlienku, zatiaľ čo ostatní počúvajú v tichosti a bez súdenia. Po každom vstupe môžu účastníci klásť otázky alebo zdieľať svoje myšlienky s rešpektom. Táto technika podporuje prostredie počúvania a vzájomnej podpory.

Hranie rolí na zvládanie emócií

Hranie rolí je výborná technika, ktorá pomáha mladým ľuďom preskúmať vlastné pocity a rozvíjať stratégie zvládania stresových alebo spoločensky náročných situácií.

[1] Simulácia náročného rozhovoru. Vychovávatelia môžu vytvoriť scenáre, v ktorých mladí čelia stresovým situáciám, napríklad odpovedajú na negatívny komentár o svojom tele alebo odmietajú vonkajší tlak na chudnutie. Účastníci sa striedajú v úlohách toho, kto komentuje, a toho, kto odpovedá. Po každej simulácii sa diskutuje o tom, ako sa cítili a aké by boli možné alternatívne reakcie. Táto aktivita pomáha rozvíjať sociálne zručnosti a budovať emocionálnu odolnosť.

[2] Cvičenia kognitívnej reštrukturalizácie. Zavádza sa pojem „automatické negatívne myšlienky“ (napr. „Nie som dosť štíhly/štíhla“ alebo „Nestojím za nič“) a pracuje sa na ich preformulovaní. Účastníci majú napríklad napísať negatívnu myšlienku a potom ju nahradiť pozitívnejšou a realistickejšou („Moje telo je v poriadku také, aké je“ alebo „Moja hodnota nezávisí od môjho vzhľadu“). To pomáha znížiť sebakritiku a podporiť pozitívnejšie myslenie.

Edukačné workshopy o výžive a zdravom stravovaní

Dôležitým cieľom je rozvíjať zdravý vzťah k jedlu, bez reštriktívnych pravidiel alebo nutkavého správania. Vychovávatelia môžu predstaviť tému uvedomelej výživy prostredníctvom praktických aktivít.

[1] Simulácia uvedomelého nakupovania. Pripraví sa aktivita, kde mladí simulujú nákup v supermarkete a musia vybrať rôzne vyvážené potraviny. Následne sa diskutuje o ich výbere, o výživovej hodnote a dôležitosti pestrej stravy. Táto aktivita pomáha mladým robiť uvedomelé rozhodnutia a pochopiť význam vyváženej stravy.

[2] Kuchárske workshopy. Účastníci spoločne pripravujú jednoduché a výživné jedlá. Počas prípravy vychovávateľ rozpráva o jednotlivých druhoch potravín, význame porcií a radosť z jedenia v uvoľnenej atmosfére. Táto aktivita sprítomňuje myšlienku zdravej a vyváženej výživy a podporuje pozitívny vzťah k jedlu bez úzkosti a obmedzení.

Arteterapia a písanie

Umelecké techniky, ako kreslenie, maľovanie alebo písanie, môžu pomôcť mladým ľuďom preskúmať svoje pocity kreatívnym a menej priamym spôsobom.

[1] Nakresliť svoje „Ideálne Ja a skutočné Ja“. Mladí sú požiadaní, aby na dvoch samostatných hárkoch nakreslili obraz seba tak, ako sa skutočne vidia, a obraz toho, akí by chceli byť. Následne sa porovnávajú rozdiely medzi týmito dvoma zobrazeniami

a diskutuje sa o dôvodoch, prečo tieto rozdiely existujú. To pomáha účastníkom preskúmať rozdiel medzi vlastným telom a ideálom a poukazuje na vplyv spoločenských očakávaní.

[2] Emocionálne písanie. Vychovávateľa môžu navrhnúť, aby napísali list sebe samému alebo svojmu telu, v ktorom vyjadria vďačnosť alebo preskúmajú bolestivé emócie spojené s fyzickým vzhľadom. Napríklad list môže začínať „Milé telo, chcem ti poďakovať za...“ alebo „Milé telo, chcem, aby si vedelo, že...“. Táto aktivita podporuje súcitnejší vnútorný dialóg so svojím telom.

Projekty zamerané na zvyšovanie povedomia

Zapojenie mladých do projektov zameraných na zvyšovanie povedomia im umožní premýšľať o tom, čo sa naučili, a šíriť pozitívne posolstvá smerom von.

[1] Kampaň za pozitívne vnímanie tela (*body positivity*). Mladí môžu navrhovať plagáty, videá alebo obsah na sociálne siete, ktoré podporujú prijatie tela a telesnú rozmanitosť. Počas tvorby pracujú na posolstvách inklúzie a analyzujú spôsoby, ako čeliť toxickým mediálnym správam.

[2] Informačné dni. Vychovávateľa môžu organizovať dni zamerané na zvyšovanie povedomia o PPP a hnutí za *body positivity*, ktoré sa sústreďuje na boj proti zosmiešňovaniu tela a podporu prijatia všetkých telesných črt bez ohľadu na veľkosť, tvar, farbu pleti, rod alebo fyzické schopnosti. Súčasťou týchto aktivít môže byť aj spochybňovanie štandardov krásy ako umelo vytvoreného spoločenského modelu, ktorý by sa mal opustiť. Chlapci a dievčatá sa aktívne zúčastňujú stretnutí, diskusií a prezentácií. V tomto kontexte možno pozvať aj odborníkov, ako sú výživoví poradcovia alebo psychológovia, na hlbšie preskúmanie témy a odpovede na otázky.





6

KAPITOLA

Behaviorálne závislosti

6.1

AKO ROZPOZNAŤ BEHAVIORÁLNE ZÁVISLOSTI

Každá závislosť skrýva veľkú nespokojnosť

[1] Ešte pred niekoľkými desaťročiami bol **pojem závislosť spájaný výlučne s užívaním drog**, ale v posledných rokoch sa pozornosť začala sústreďovať aj na závislosti, ktoré nezahŕňajú požívanie psychoaktívnych látok. Tieto formy nelátkovej závislosti, ako napríklad nadmerné hranie videohier, sa stali predmetom odborného výskumu a témou v klinickom poradenstve:

- Nadmerné hranie videohier.
- Nutkavé nakupovanie.
- Hranie hazardných hier.
- Závislosť od sexu.
- atď.

Behaviorálne závislosti sa definujú ako **strata kontroly** nad určitým správaním, spôsobujúcim výskyt negatívnych dôsledkov a neschopnosť odolať nutkaniu vykonať škodlivý čin.

Okrem toho, takéto správanie prináša zníženie úzkosti alebo pocit eufórie, čo výrazne ovplyvňuje všetky oblasti každodenného života danej osoby.

Všetky tieto závislosti sú známe ako behaviorálne závislosti (angl. *Behavioral Addictions*), [v slovenčine nazývané aj nelátkové závislosti, pozn. red.]. Vo všeobecnosti ide o príjemné a neškodné ľudské činnosti, ktoré však v závislosti od spôsobu ich vykonávania a za určitých okolností môžu viesť k:

- **Strate sebaovládania.** Jednotlivec stráca kontrolu nad problémovým správaním alebo činnosťou, hoci si uvedomuje, že to môže mať negatívne dôsledky (rodinné, sociálne, ekonomické, akademické, pracovné a právne).
- **Závislosti** od činnosti alebo správania. Osoba potrebuje túto činnosť vykonávať čoraz častejšie, aby dosiahla účinok, ktorý bol dosiahnutý na začiatku.
- **Nebezpečnému zasahovaniu do každodenného života**, čo vedie k prerušeniu činností, ktoré boli predtým príjemné (napríklad dieťa „pripútané“ k videohre môže prestať chodiť von s kamarátmi, hrať futbal a pod.).
- **Abstinenčným príznakom.** Osoba nedokáže zvládvať vlastný diskomfort (nervozitu, podráždenosť atď.), keď sa snaží zbaviť zlovyku praktizovať problémové správanie.

Hoci je dopyt po liečbe v klinickej praxi čoraz častejší, hlavný diagnostický manuál pre poruchy duševného zdravia uznáva ako také iba poruchu hazardného hrania (s hraním hazardných hier) a závislosť od online videohier.

Je potrebné zdôrazniť, že hoci vedecká komunita uznáva existenciu behaviorálnych závislostí, naďalej prebieha otvorená diskusia o niektorých aspektoch, predovšetkým o tom, či zovšeobecnenie tohto pojmu nepovedie **k nadmernej patologizácii každodenných činností vykonávaných v prehnanej miere**. Preto existujú dva kľúčové prvky, ktoré umožňujú považovať správanie za patologické, a teda za poruchu:

Treba poznamenať, že aj keď vedecká komunita pripúšťa existenciu behaviorálnych závislostí, v súčasnosti

- Keď toto správanie narušuje každodenné fungovanie osoby.
- Keď toto správanie dlhodobo pretrváva.

Výskyt behaviorálnych závislostí

[1] Rôzne správy poukazujú na **nárast návykového správania počas pandémie a po nej**. Viac ako 1,1 milióna osôb mladších ako 35 rokov by mohlo byť vo vysokom riziku závislosti od sociálnych sietí ; medzi najviac ohrozenými sú najmladší, pričom online prostredie tvorí takmer 40 % z celkového počtu. Vyplýva to z výskumu inštitútu Demoskopika, ktorý pomocou škály *Bergen Social Media Addiction Scale* (*Bergenova škála závislosti na sociálnych médiách*) zaznamenal niektoré znepokojujúce prejavy správania: od potreby čoraz častejšie používať sociálne siete až po neschopnosť prestať ich používať. Ďalej ide o prejavy úzkosti či nepokoja pri nemožnosti používať sociálne siete, ako aj o zníženie počtu hodín venovaných štúdiu a práci v dôsledku ich nadmerného používania.

Výsledky výskumu inštitútu Demoskopika naznačujú nepriamo úmerný vzťah medzi vekom mladých ľudí a výskytom vysokého rizika závislosti na sociálnych médiách. Inými slovami, čím nižší vek, tým vyšší výskyt znepokojujúcich behaviorálnych faktorov. Výskum konkrétne ukázal, že do kategórie „High Addiction“, teda vysokej úrovne rizika patologickej závislosti, spadá viac než 430-tisíc mladých ľudí vo veku 18-23 rokov, čo predstavuje 38 % z celkového počtu. Nasleduje 390-tisíc osôb vo veku 24-29 rokov (34,5 %) a napokon „dospelí“ mladší než 35 rokov (vo veku 30-35 rokov), ktorých je o niečo viac než 308-tisíc a sú najviac vystavení riziku.

[2] Niektoré charakteristiky:

- Sociálne médiá predbehli osobný kontakt s priateľmi: 85,7 % oproti 36,6 %.
- Prvenstvo: Instagram dominuje nad ostatnými.
- Používanie sociálnych sietí: jeden z desiatich mladých ľudí je v najvyššom riziku závislosti na sociálnych sieťach.
- Nenávisť na internete: väčšina odsudzuje nenávistné prejavy (81,6 %), ale až 40,6 % ich ospravedlňuje.

6.2

TYPOLÓGIA BEHAVIORÁLNYCH ZÁVISLOSTÍ

Rôzne podoby behaviorálnych závislostí

[1] Prvá úvaha sa zameriava na behaviorálne závislosti v **digitálnom prostredí**. Aký je vzťah detí a adolescentov k novým technológiám? Aký je rozdiel medzi nadmerným

a problémovým používaním a závislosťou? Čo môžeme urobiť pre ich prevenciu vo výchovnom, rodinnom a spoločenskom prostredí? Aká je najvhodnejšia forma liečby v týchto prípadoch? Na tieto a ďalšie otázky sa pokúšame odpovedať vždy, keď hovoríme o behaviorálnych závislostiach, ktoré sa v prípade detí a adolescentov vo väčšine prípadov vyskytujú v digitálnom prostredí.

Používanie mobilných zariadení a internetu má mnoho pozitívnych aspektov, ale ich nadmerné používanie môže viesť k problémom so zdravím, zhoršenej kvalite spánku, ťažkostiam v osobných interakciách a dokonca k zhoršeniu školského prospechu.

V posledných desaťročiach priniesla digitalizácia veľké zmeny v spoločnosti a ich rýchla integrácia do každodenného života úplne zmenila náš spôsob správania. Toto digitálne prepojenie ovplyvnilo spôsob, akým sa prezentujeme navonok, nadväzujeme vzťahy, spracúvame informácie, pamätáme si ich, učíme sa a dokonca aj tradičné mechanizmy zapojenia sa do nášho okolia. Jednou z hlavných obáv je dopad tejto reality na deti a mládež.

[2] Zatiaľ čo v minulosti bolo používanie týchto technológií spojené s vlastnením zariadení a profilov na sociálnych sieťach ako s istým prechodovým rituálom začínajúceho dospievania – čo zvyčajne korešpondovalo s nástupom na strednú školu –, dnes **ich používanie začína čoraz skôr** a stáva sa súčasťou každodenného života chlapcov a dievčat.

Táto generácia žije s týmito zariadeniami ako s prirodzenou súčasťou života už od narodenia. Smartfón alebo samotné pripojenie na internet sa tak stáva bežným každodenným nástrojom, ktorý poskytuje paralelný spôsob fungovania popri fyzickom svete a osobných kontaktoch. Pozorujeme aj rozdiely podľa pohlavia: v prípade chlapcov je používanie obrazoviek spojené so zábavou a v prípade dievčat s ich vzťahovou a konverzačnou funkciou.

[3] Deti a adolescenti používajú veľmi výkonné technologické zariadenia, uprednostňujú prenosné zariadenia, vždy pripojené k internetu a zároveň multifunkčné: rozhovory, uchovávanie obrázkov, kalendár a plánovanie, hry, správy, domáce úlohy a pod. Aj keď je trh veľmi dynamický a neustále prináša nové formy, existujú „hviezdne“ aplikácie: Instagram, TikTok a YouTube sa stali bežnými kanálmi. Zároveň sú **nepretržite pripojení** (24 hodín denne, 7 dní v týždni). V dobe nevyhnutnej hyperkonektivity je preto jednou z výziev naučiť sa odpojiť sa a určiť hranice dostupnosti.

Smartfón či samotné internetové pripojenie sa stáva každodenným mechanizmom, ktorý vytvára vlastnú logiku dopĺňajúcu svet reálneho osobného kontaktu.

[4] Týmto spôsobom sa **formujú nové dimenzie** (nové formy poznania), vznikajú trendy a nové **vplyvy** (trhové, profesionálne, vzťahové atď.), ktoré sa stávajú **novými „zásobárňami“** (nepohody, riadenia času atď.) a vytvárajú **nové zdroje vzťahov**, zábavy a organizácie každodenného života (so všetkými dôsledkami).

S rastúcim vekom plní digitálnosť rôzne funkcie v procese osobnostného vývinu: existovať (som), zúčastňovať sa (v skupinách a spoločnosti), získavať informácie (učiť sa a objavovať), nadväzovať vzťahy (interagovať), uvedomovať si seba samého (byť obľúbený, okrem iného) a byť uznávaný (byť potvrdený). V tomto „digitálnom príbehu“ rozprávajú o sebe, stávajú sa autormi a hlavnými postavami vlastného života.

Zároveň sa schopnosť robiť viac vecí naraz vníma ako normálna – napríklad štúdium popri kontrole mobilného telefónu. Napriek tejto zdanlivej schopnosti multitaskingu však netreba zamieňať svižné prepínanie medzi úlohami s hlbokou sústredenosťou.

[5] Záverom možno pozorovať nárast negatívnych dôsledkov a problémov spojených s **nadmerným používaním niektorých aplikácií**: emocionálne ťažkosti, izolácia v domácnosti či výskyt iného rizikového správania. V klinickej praxi, najmä v oblasti duševného zdravia detí a adolescentov, bol zaznamenaný postupný nárast žiadostí o liečbu v súvislosti s nadmerným používaním týchto digitálnych prostredí (bez jednoznačného určenia, či ide o problém so zariadeniami, sociálnymi sieťami, alebo videohrami atď.). Najčastejšie obavy odborníkov a pedagógov sú:

- **Dôsledky nadmerného používania** a potenciálnej závislosti.
- **Nedostatok času** na iné aktivity vrátane osobných stretnutí. *Nadmerné používanie zodpovedá používaniu, ktoré prekračuje frekvenciu a intenzitu, ktorú možno rozumne očakávať vzhľadom na vek a čas. Ide o správanie, ktoré sa objavuje príležitostne a závisí od osoby, pričom ho usmerňujú najmä čas, hranice a pravidlá. Často súvisí s nudou alebo online kontaktmi s priateľmi. Problémové používanie je skôr spojené s konkrétnym konaním, nie nevyhnutne s počtom hodín, ale s dopadom na kvalitu vzťahov a identitu (napr. kyberšikana, konfliktné vzťahy atď.).*
- **Dopad na základné oblasti ako je fyzická aktivita a spánok.** Aj keď súvisiace príčiny zatiaľ nie sú úplne potvrdené, štúdie poukazujú na súvislosť medzi telesnou hmotnosťou, náladou a vnímaním vlastného tela.
- **Kontrola prístupu** a sledovaného obsahu, najmä v súvislosti s „novými“ formami pornografie.

- Nové spôsoby **šikanovania**.
- Nové médiá pre niektoré **problémové správanie**: hazardné hry, sexuálna závislosť atď.
- Vplyv viacerých **psychických a psychiatrických komorbidít** a riziká spojené s nadmerným prezentovaním sa v digitálnom prostredí.
- Otázky **súkromia** a **bezpečnosti**.

[6] Na záver sa dotkneme **poruchy hazardného hrania**. Napriek širokému prijatiu závislého správania vedeckou komunitou, bola iba porucha týkajúca sa hazardu (hranie hazardných hier) zaradená do tej istej kategórie ako závislosti na návykových látkach v najnovšej verzii *Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch DSM-5-TR*.

Spomedzi tzv. „technologických závislostí“ sa doteraz do tohto diagnostického manuálu dostala len porucha hrania online hier, a to konkrétne v prílohe kategórie „Poruchy vyžadujúce ďalší výskum“. Na druhej strane, WHO vo svojej *Medzinárodnej klasifikácii chorôb* (ICD-11) (2019) po prvý raz zaradila poruchu hrania videohier do sekcie „Duševné, behaviorálne alebo neurovývinové poruchy“, hneď za poruchami súvisiacimi s hazardom. V skutočnosti WHO od 1.1.2022 oficiálne uznáva poruchu závislosti od videohier ako samostatnú diagnózu v ICD-11.

Príčiny, ktoré prispievajú k behaviorálnym závislostiam

[1] Bolo zaznamenané zvýšenie negatívnych dôsledkov a problémov spojených s nadmerným používaním niektorých aplikácií, ako sú emocionálne ťažkosti, izolácia v domácom prostredí či výskyt iného rizikového správania. Výskumy poukazujú na existenciu dvoch hlavných pohľadov: poruchy, prejavované navonok (správanie) a vnútorne prežívané poruchy (emocionálne a úzkostné). Prax ukazuje, že pri týchto vnútorných poruchách zohráva digitálne prostredie úlohu „úkrytu“ alebo „uvoľnenia napätia“. Sociálna úzkosť, depresia a emocionálna osamelosť sa javia ako hlavné vysvetľujúce faktory. Chlapec alebo dievča používa internet ako **mechanizmus na posilnenie sebadôvery a kompenzáciu nedostatkov či negatívne prežívaných situácií**.

[2] Ak teda vychádzame z predpokladu, že závislosť – od videohier, sociálnych sietí a podobne – spĺňa viaceré kritériá, ktoré ju klasifikujú ako samostatnú poruchu, potom sa digitálne prostredie a konkrétny spôsob jeho používania stávajú **kauzálnym faktorom** pri vzniku určitých problémov. Zároveň, ak existuje primárna porucha, kto-

rá vedie k problémovému používaniu internetu, toto by sa stalo symptómom inej psychopatológie alebo poruchy duševného zdravia, ktorá jej predchádza (izolácia, nedostatok sociálnych vzťahov, komunikačné ťažkosti). Nie je vylúčené, že sa časom uplatní **model „duálnej patológie“** (známy z oblasti závislosti od návykových látok): porucha duševného zdravia a závislosť od internetu sa vzájomne ovplyvňujú počas svojho vývoja. To bude mimoriadne dôležité, pretože je veľmi pravdepodobné, že symptóm sa postupne prehĺbi natoľko, že ho bude potrebné riešiť samostatne.

[3] Porucha závislosti spojená s internetom je zložitou otázkou. Hoci existuje množstvo príkladov problémového používania (najmä v zmysle závislosti), stále existujú **rozdielne pohľady na to, čo je alebo nie je behaviorálna závislosť spojená s používaním internetu**. Existuje určitý konsenzus v pojmoch ako nadmerné používanie, závislosť alebo návyk, ale je potrebné urobiť viac pre pochopenie toho, či sú tieto problémy príčinou alebo symptómom primárnej poruchy.

Aj keď spoločenské diskusie oscilujú medzi úplnou normalizáciou a patologickým vzťahom, nie všetky excesy vedú k závislosti a nie všetky závislosti sú výlučne spojené s nadmerným používaním.

6.3

VAROVNÉ SIGNÁLY BEHAVIORÁLNYCH ZÁVISLOSTÍ

[1] Vznik návykového správania je zvyčajne viac alebo menej postupný proces, ktorý prechádza od prvých príležitostných kontaktov, pri ktorých človek zažíva príjemné pocity, ktoré ho motivujú k zopakovaniu (pozitívne posilnenie), až po nutnosť konať takto opakovane, aby si uľavil od nepohody (negatívne posilnenie).

Dôležité je tiež zohľadniť vývinové obdobie. V určitých fázach prirodzene dochádza k zmenám vo vzťahoch s rovesníkmi a rodinou, ako aj v každodenných návykoch, napríklad v spánku. V počiatočných fázach akéhokoľvek procesu môže **byť preto ťažké rozlíšiť medzi normálnym správaním adolescenta a správaním ovplyvneným začínajúcou návykovou činnosťou**.

[2] Varovné signály v tomto prípade predstavujú **drobné zmeny, ktoré adolescent začleňuje** do svojho života nenápadne, ale vytrvalo, až sa v určitom momente prestanú javiť ako nezvyčajné alebo ospravedlniteľné pre neho aj pre okolie. Niektoré z týchto ukazovateľov, ktoré sa musia objavovať opakovane a pretrvávajú v čase, sú:

- **Zmena spánkového rytmu:** zmena spánkových návykov a zníženie počtu hodín spánku kvôli návykovej činnosti (napr. zostať v noci online, ísť spať neskoro, ťažkosti s ranným vstávaním).
- **Zmeny v stravovaní:** jedáva rýchlo a nezdravo, aby ušetril čas; niekedy dokonca vynecháva jedlá.
- **Zanedbávanie osobnej hygieny:** musí si spomenúť na základné hygienické návyky, ktoré robil predtým (čistenie zubov, sprchovanie, prezliekanie sa).
- **Zanedbávanie dôležitých oblastí života** v dôsledku zvýšeného času venovaného návykovej činnosti alebo jej plánovaniu. Strata vnímania času.
- **Zmena štýlu trávenia voľného času,** zmena záujmov a prostredia.
- **Strata priateľstiev** alebo nezáujem stretávať sa osobne; má len online kamarátov.
- **Podráždenosť** pri neschopnosti vykonať návykovú činnosť. Môže tiež zostať nečinný, napríklad ležať celé hodiny v posteli.
- **Výkyvy nálady** a tendencia k smútku. Bývajú málo komunikatívni, uzatvárajú sa do svojho sveta a rozčuľujú sa, keď sa ich niekto pýta na každodenný život.
- **Zhoršený školský prospech:** vymeškávanie hodín, častejšie poznámky o nespokupráci alebo nevhodnom správaní, zlé známky či vylúčenie z hodín.
- **Žiadosti o produkty alebo aplikácie s finančnými nákladmi.** Môže dôjsť aj ku krádežiam, zvyčajne malých súm peňazí, najmä u najbližších príbuzných.
- **Nadmerná sústredenosť alebo vzrušenie z aktivity,** ktorá spôsobuje závislosť, s ignorovaním vonkajších podnetov. Napr. neodpovedajú, keď ich niekto volá, zvyšujú hlas alebo používajú vulgarizmy pri interakcii so zariadením.
- **Začne kraďnúť,** zvyčajne malé sumy peňazí, najmä najbližším príbuzným.

V takomto kontexte si pri pozorovaní signálov môžeme položiť tieto otázky:

- Čo pozorujeme, čo nás znepokojuje?
- Čo sa prejavuje v ich správaní, ale doma to nie je zjavné?
- Ktoré zmeny nedávajú zmysel?
- Ktoré prejavy môžu patriť k dospievaniu a ktoré už nie?
- Ide len o negatívnu skúsenosť, dočasný diskomfort alebo o ustálený model fungovania?

Behaviorálna závislosť nie je skutočná závislosť, pretože neobsahuje chemické látky. NEPRAVDA.

Návykové správanie (ako patologické hranie, kompulzívne nakupovanie či závislosť na sociálnych sieťach) aktivuje rovnaké mozgové centrá odmeny v mozgu ako látkové závislosti. Dopamín a ďalšie neurotransmitery zohrávajú kľúčovú úlohu aj pri týchto formách závislosti.

Ľudia s behaviorálnou závislosťou môžu prestať, kedy chcú, stačí pevná vôľa. NEPRAVDA.

Rovnako ako pri látkových závislostiach, aj tu dochádza k strate kontroly a neurologickým zmenám, ktoré sťažujú ukončenie bez pomoci. Pevná vôľa sama často nestačí.

Behaviorálna závislosť sa týka len ľudí s ekonomickými alebo sociálnymi problémami. NEPRAVDA.

Behaviorálna závislosť môže postihnúť kohokoľvek, bez ohľadu na spoločenskú triedu, vek či vzdelanie. Ovplyvňuje ho kombinácia genetických, environmentálnych a psychologických faktorov.

Behaviorálna závislosť nemá také vážne dôsledky ako závislosti od látok. NEPRAVDA.

Behaviorálna závislosť môže vážne poškodiť život človeka, spôsobuje finančné problémy, konflikty vo vzťahoch, stratu zamestnania aj zhoršenie duševného zdravia.

Behaviorálna závislosť je len dočasná móda dnešnej doby. NEPRAVDA.

Hoci niektoré formy (napr. technologické závislosti) sú dnes výraznejšie, mechanizmy návykového správania sú zakorenené v neurobiológii a ľudskom správaní a existujú odjakživa.

Výchovné a podporné intervencie na rozvoj sociálnych a behaviorálnych kompetencií

Detstvo a dospievanie sú kľúčové obdobia vo vývine a dozrievaní človeka. Tieto fázy života sú obzvlášť zraniteľné z hľadiska vzniku závislostí, či už ide o závislosť od látok alebo návykové správanie.

Behaviorálna závislosť znamená závislosť, ktorá ovplyvňuje každodenný život zainteresovanej osoby, nad ktorým stráca kontrolu. Hovoríme o závislosti vtedy, keď hra, používanie internetu alebo videohier získava prioritu pred situáciami, ktoré sú pre mladého človeka považované za dôležitejšie. Ich používanie sa stáva prioritou a je spojené so závažnými dôsledkami pre človeka i jeho okolie.

Diskusia o používaní digitálnych technológií, **problémoch, ktoré prinášajú, a o spôsoboch ich riešenia** je neustále prítomná a v spoločnosti vyvoláva obavy. Používame tieto zariadenia správne? Spadajú všetky zmeny v správaní pod normu? Čo rozumieme pod normálnym, nesprávnym, nadmerným alebo problémovým používaním?

[1] Vo všeobecnosti uvedieme niektoré faktory, na ktorých možno pracovať **v boji proti závislosti od látok alebo návykovému správaniu u mladých ľudí:**

- Udržiavanie zdravého životného štýlu (strava, spánok, šport) a zapájanie sa do zdravých voľnočasových aktivít.
- Zdravé vzťahy s dospelými osobami, ktoré sú pre mladých vzorom.
- Podpora komunitných sietí, ktoré mladým ľuďom poskytujú primeranú oporu.
- Racionálne používanie technológií a podpora zodpovedného trávenia voľného času.
- Vzdelávanie v sociálnych zručnostiach a zvyšovanie povedomia o dôsledkoch užívania drog mládežou.
- Určovanie jasných hraníc a vedomé uplatňovanie disciplíny.
- Ponuka motivujúcich a zdravých voľnočasových aktivít pre mladých.
- Podpora pozitívnych hodnôt v spoločnosti.
- Rovnosť v prístupe k zdrojom a službám.
- Príslušnosť ku komunite a silné sociálne väzby.

[2] Emócie sú subjektívne reakcie na prostredie. Je dôležité učiť deti vyjadrovať, spracúvať, regulovať a primerane usmerňovať svoje emócie. Je to nepretržitý proces počas ich vývinu. **Je potrebné podporovať kvalitnú emocionálnu výchovu.** Celá rodina aj vychovávatelia sa musia naučiť vyjadrovať svoje pocity a byť v súlade so svojimi pocitmi aj správaním:

- **Prejaviť empatiu:** vcítiť sa do dieťaťa alebo adolescenta a snažiť sa prijať jeho pohľad, aj keď s ním nesúhlasíme.
- **Posilňovať ich sebavedomie.** Vytvárať pozitívne očakávania a dôveru, povzbudzovať ich k dosahovaniu cieľov a oceňovať úsilie a vytrvalosť.
- **Učiť ich vyjadrovať sa pozitívnym spôsobom** pomocou asertívnej komunikácie, pri rešpektovaní vlastných práv a bez porušovania práv iných.
- **Venovať čas budovaniu citových väzieb.** Vyjadrovať svoje city a náklonnosť. Nikdy nie sme príliš veľkí na to, aby sme niekomu povedali, že ho máme radi.

[3] **Závislosť na videohrách alebo internete** je zložitý problém, ktorý si vyžaduje rôzne prístupy. Prevencia je základom a zahŕňa podporu zdravých postojov a návykov vo všetkých oblastiach života našich detí. To začína revíziou našej vlastnej úlohy ako vzoru. Uvádame niektoré základne odporúčania:

- **Sme vzory:** deti sa učia predovšetkým napodobňovaním. Používajme informačné technológie zodpovedne, komunikujme a nadšene sa zapájajme do iných aktivít.
- **Určime jasné pravidlá na reguláciu času stráveného na zariadeniach podľa veku.** Určime rozvrh, vyberme vhodný obsah a používajme rodičovské filtre. Zapojenie celej rodiny do tvorby pravidiel pomáha rozvíjať sebaovládanie a spoločnú zodpovednosť.
- **Čas pre rodinu:** podporujeme voľnočasové aktivity bez zariadení. Posilňuje to rodinnú súdržnosť a predstavuje ochranný faktor pre celkové zdravie (fyzické, kultúrne a spoločenské aktivity).
- **Nevyhnutná digitálna gramotnosť:** udržiavanie si prehľadu o digitálnych technológiách nám umožní byť bližšie k našim deťom, poznať riziká a príležitosti, ktoré prinášajú, a efektívnejšie ich sprevádzať (ochrana údajov, zodpovednosť a rešpekt v online prostredí).
- **Podporujeme dialóg a kritické myslenie,** ktoré pomáhajú robiť lepšie rozhodnutia a zdieľať prípadné pochybnosti alebo problémy.
- **Rýchle odhalenie „niečoho, čo nefunguje“** pomáha zastaviť negatívnu špirálu a nasmerovať situáciu správnym smerom. Ak sa objavia varovné znaky, poraďme sa so školou, všeobecným lekárom alebo špecializovaným centrom.

Stratégie na preventívnu prácu s rôznymi aspektmi závislosti

[1] Odporúčania na prevenciu v rodinnom prostredí

Prevencia sa chápe ako súbor organizovaných stratégií zameraných na predchádzanie výskytu návykového správania. Tieto intervencie majú za cieľ znížiť rizikové faktory a posilniť ochranné faktory proti tomuto typu správania. Tento cieľ sa dosahuje prostredníctvom rôznych stratégií uplatňovaných v rozličných oblastiach a na troch úrovniach podľa cieľovej skupiny:

- **Univerzálna prevencia:** zameraná na celú populáciu; ide o najvšeobecnejšiu formu prevencie.
- **Selektívna prevencia:** zameraná na rizikovú populáciu.
- **Indikovaná prevencia:** zameraná na ľudí, ktorí už majú problém.

Rodina (alebo dospelí, opatrovatelia či prostredie, v ktorom deti žijú) zohráva kľúčovú úlohu v digitálnej výchove detí a adolescentov. Vychovávať znamená sprevádzať, usmerňovať, viesť a ochraňovať. Jej úloha v tomto novom kontexte je rozhodujúca z dôvodu, aby mohli svoje deti sprevádzať na ich digitálnej ceste. Ide však o výzvu, ktorá si vyžaduje čas a odhodlanie.

Začnime hodnotami **pozitívneho digitálneho rodičovstva**. Podľa Dohovoru OSN o právach dieťaťa ide o „rodičovské správanie založené na najlepšom záujme dieťaťa, ktoré je starostlivé, podporujúce, nenásilné a ktoré ponúka uznanie a sprevádzanie, vrátane nastavenia hraníc, ktoré dieťaťu umožňujú rozvíjať svoj potenciál naplno“. Rodičia nesú hlavnú zodpovednosť za výchovu a rozvoj svojich detí a za starostlivosť o ich záujmy. Preto musí byť pohoda a rozvoj dieťaťa prioritou.

Na základe týchto zásad sa odporúča:

- **Ísť príkladom.** Deti sa učia napodobňovaním, preto je dôležité konať v súlade s tým, čo hovoríme. Albert Einstein povedal: „Ísť príkladom nie je hlavný spôsob, ako ovplyvniť druhých, je to jediný spôsob.“ Rodina má byť príkladom zodpovedného používania informačných a komunikačných technológií.
- **Určiť pravidlá a hranice** primerané veku. Obmedziť čas, miesto a spôsob používania zariadení. Ako?
 - Podporovať chvíle bez technológií: nepoužívať elektronické zariadenia počas jedál (nadväzovať komunikáciu počas týchto chvíľ) ani pred spaním, pretože stimulujú mozgovú aktivitu a zhoršujú spánok.

- Uprednostniť spoločné priestory v domácnosti na používanie zariadení a zdieľať ich.
- Zosúladiť čas používania s prednosťou každodenných povinností: školských, domácich a pod.
- **Podporovať pozitívnu komunikáciu medzi rodičmi a deťmi.** Je dôležité nastoliť dobrú komunikáciu, aby sa deti nebáli hovoriť o svojich „veciach“. Komunikácia má byť obojstranná:
 - Počúvať deti so záujmom, „ich očami“, aktívne, so zohľadnením a rešpektovaním ich názorov.
 - Hľadať priestor a príležitosti na rozhovor.
- **Podporovať kritické myslenie.** Učiť deti porovnávať informácie a zisťovať ich zdroje. Nie všetko, čo sa objaví na internete, je pravdivé a presné.
- **Precvičovať digitálnu etiketu.** viesť deti k empatii a rešpektu. Používanie sociálnych sietí by sa malo riadiť rovnakými pravidlami ako komunikácia tvárou v tvár.
- **Zdieľať voľnočasové aktivity a záujmy v rodine:** športové, kultúrne atď. Vypracovať zoznam spoločných záujmov a vytvoriť priestor pre spoločné chvíle, kde sa rodina stretáva.
- **Učiť ich chrániť osobné údaje** a súkromie a rozumieť dôležitosti digitálnej reputácie. Rodičia by tiež mali obmedziť zverejňovanie obrázkov svojich detí na sociálnych sieťach. Mnohí rodičia totiž praktizujú tzv. *sharenting* (*share* – zdieľať a *parenting* – rodičovstvo), čiže nadmerné zdieľanie detí na sociálnych sieťach, teda neustále dokumentovanie a informovanie o pokrokoch svojich detí.

Intervencie:

- Workshopy pre rodiny na podporu zdravého používania technológií ich deťmi, so zameraním na rodiny s deťmi vo veku od 0 do 3 rokov.
- Workshopy pre rodičov a deti, kde spoločne reflektujú používanie technológií.
- Vytvorenie online priestorov na overených webových stránkach so špecifickými informáciami a poradenskou službou.
- Tvorba a šírenie informačných a preventívnych materiálov.

[2] Odporúčania na prevenciu v školskom prostredí

Aj keď je rodina hlavným činiteľom vo výchove svojich detí, škola a vzdelávacie inštitúcie zohrávajú zásadnú úlohu ako priestory učenia a socializácie. Preto sú veľmi

vhodným miestom na realizáciu preventívnych aktivít. Môžeme predpokladať, že čím sú chlapci a dievčatá staršie, tým viac času trávia pred obrazovkami, majú viac účtov na sociálnych sieťach, vlastnia viac digitálnych zariadení a majú väčší prístup na internet. Školské prostredie zároveň umožňuje realizovať univerzálnu aj selektívnu prevenciu, čím pridáva ďalšiu úroveň do preventívneho úsilia.

Jednou z výziev, ktorým školy čelia, je život s technológiami. V mnohých školách sa používajú technické zariadenia (počítače, projektory, tablety, televízory, školské sociálne siete), zatiaľ čo iné zariadenia (mobilné telefóny, herné konzoly) sú zakázané.

Ďalšou výzvou sú nejasné alebo protichodné signály zo strany rodín, a preto by školská prevencia mala zahŕňať aj prácu s dospelými, ktorí sú vzormi pre chlapcov a dievčatá, aby bolo možné uskutočniť komplexný preventívny plán.

Intervencie:

- Workshopy pre chlapcov a dievčatá, zamerané na rozvoj kritického myslenia o digitálnych zariadeniach.
- Workshopy pre chlapcov a dievčatá, zamerané na emocionálne aspekty používania technológií.
- Workshopy pre dospelých, zamerané na podporu kritického pohľadu na digitálne technológie.

[3] Odporúčania na prevenciu závislosti na úrovni komunity

Skúsenosti s prevenciou ukazujú, že je potrebné konať v rôznych oblastiach, ktoré tvoria komunitu. Cieľom nie je realizovať izolované iniciatívy, ale integrovať ich do jednotnej a komplexnej stratégie prostredníctvom aktívnej účasti komunity, zapojenia a zdieľania zodpovednosti rôznych spoločenských aktérov, spájania síl, horizontálnej komunikácie a spoločne definovaných cieľov a preventívnych stratégií.

Vychovávateľa v oblasti športu a voľného času. Títo profesionáli sú pre mladých ľudí referenčnými osobami, ktoré zohrávajú kľúčovú úlohu ako sprievodcovia a môžu identifikovať rizikové situácie i problematické správanie.

- **Médiá.** Informácie a správy, ktoré médiá šíria, ako aj spôsob ich spracovania majú vplyv na občanov; preto by sa mali využívať na šírenie osvedčenej praxe, odporúčaní a zdrojov.

- **Odborníci z oblasti primárnej a zdravotnej starostlivosti.** Ako podporovatelia zdravia môžu zohrávať úlohu pri sprostredkovaní zdravých návykov a včasnej diagnostiky.
- Je potrebné zjednotiť a integrovať prevenciu do rôznych oblastí života komunity s globálnym pohľadom naprieč sektormi.

Intervencie:

- Preventívne aktivity medzi rovesníkmi, v rámci ktorých sú mladí ľudia vyškolení na sprostredkovanie zdravotných posolstiev.
- Organizovanie informačných a osvetových kampaní a využívanie médií na riešenie problémov v oblasti zdravia a informačných a komunikačných technológií.
- Podpora technického vzdelávania sociálnych pracovníkov v oblasti prevencie a rozpoznávania problémového používania digitálnych zariadení u adolescentov.
- Vypracovanie intervenčných a referenčných protokolov pre problémové používanie technológií u adolescentov a mladých ľudí.
- Vypracovanie odborných dokumentov a metodických príručiek na prevenciu a intervenciu v oblasti používania a zneužívania informačných a komunikačných technológií.

[4] Odporúčania na prevenciu závislosti na úrovni prostredia alebo štruktúr

Ide o typ prevencie, ktorý sa ukázal ako veľmi účinný, hoci jeho stratégie bývajú často nepopulárne a stretávajú sa s výrazným odporom mladých ľudí a rôznych skupín. Ide o zmenu kultúrneho, sociálneho a fyzického prostredia. Tieto stratégie zahŕňajú:

- Reguláciu počtu herní a stávkových kancelárií.
- Reguláciu prístupu k hazardným hrám.
- Zmeny vo forme hazardných hier a vo výške výhier.
- Zvýšenie vekovej hranice pre vstup do herní.
- Zavedenie prísnejšieho sankčného režimu za porušenie platných predpisov.
- Upozornenia na gamblersťvo v priestoroch herní a stávkových kancelárií.





7

KAPITOLA

Psychóza

7.1

AKO ROZPOZNAŤ PSYCHÓZU

Je to čudný pocit, akoby niečo prichádzalo zvnútra

V nasledujúcich riadkoch uvádzame najdôležitejšie informácie o psychóze: čo to je; aké sú príčiny jej rozvoja; aké sú jej príznaky a varovné signály; ako sa lieči; ako prebieha proces uzdravovania; ako možno predchádzať jej opätovnému návratu.

Psychóza je porucha duševného zdravia, pri ktorej človek **vníma realitu skreslene a dochádza u neho k výraznému narušeniu mentálnych schopností** (myslenia, prežívania a správania). Napríklad: „Začal som počuť hlasy z televízie, z reklám, z internetu... Sledovali ma cez internet, špehovali ma... všetko so mnou súviselo.“

Príznaky psychózy sa líšia od človeka k človeku, ale medzi najčastejšie patria: bludy či nepravdivé presvedčenia, halucinácie, zmeny nálady a citového rozpoloženia, zmätené myslenie a zmeny v správaní. Tieto príznaky výrazne ovplyvňujú každodenné fungovanie človeka vo všetkých oblastiach života (v štúdiu, práci aj v medziľudských vzťahoch) a majú významný dopad na jeho rodinu. Výskyt týchto príznakov sa označuje ako psychotická epizóda alebo psychotická kríza.

Príznaky psychózy

[1] Psychóza je duševný stav, pri ktorom človek stráca kontakt s realitou alebo je tento kontakt výrazne narušený (WHO, 1992). Okrem toho sa vyskytuje aj množstvo ďalších špecifických príznakov, ktoré zasahujú do každodenného života, menia správanie a vyžadujú lekársku pomoc (Volkmar, 1996).

[2] Najdôležitejšie klinické príznaky psychotických porúch, ako ich popisuje Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch (American Psychiatric Association, 2013), sú:

- **Halucinácie.** Ide o imaginárne vnímania, ktoré sa dejú bez prítomnosti vonkajších podnetov. Objavujú sa nedobrovoľne, bývajú veľmi intenzívne a vyvolávajú v človeku silnú úzkosť. Postihnutý môže počuť, cítiť, voňať alebo vidieť veci, ktoré v skutočnosti neexistujú. Najčastejšie sa vyskytujú sluchové halucinácie.
- **Bludy.** Ide o falošné a pevne zakorenené presvedčenia, ktorým človek pevne verí a ktoré sa nedajú vyvrátiť logickými argumentmi. Ich obsah môže byť veľmi rôzny. Najčastejšie sa vyskytujú bludy prenasledovania a vzťahovacie bludy.
- **Dezorganizované myslenie.** Je to strata logických asociácií v myslení a vzťahov medzi myšlienkami. Postihnutá osoba môže preskakovať z jednej témy na druhú, alebo dokonca stráca niť rozprávania, čím sa stáva nezrozumiteľným.
- **Výrazne narušené alebo abnormálne motorické správanie či pohyby (vrátane katatónie).** Ide o rôznorodé motorické správanie alebo nezmyselné pohyby, ktoré narušajú každodenné aktivity jednotlivca. Osoba môže byť extrémne aktívna, alebo naopak, ostať nečinná celý deň.
- **Negatívne príznaky.** Sú to príznaky poukazujúce na ochudobnenie osobnosti, ktoré ovplyvňujú náladu a spoločenské fungovanie. Medzi prevažujúce negatívne príznaky patrí znížená schopnosť prejavovať emócie, sociálne stiahnutie, celkový nedostatok energie (abulia), neschopnosť zažívať potešenie z činností, ktoré obvykle prinášali radosť (anhedónia) a emocionálna ľahostajnosť.

Okrem uvedených príznakov sa pri psychóze môžu vyskytovať aj ďalšie príznaky, ako napríklad **kognitívne symptómy** (problémy so sústredením, pomalé spracovanie informácií, výpadky pamäti) a **afektívne symptómy** (depresia či úzkosť).

Všetky tieto príznaky nie sú vždy stabilné; môžu sa meniť u jednotlivca i medzi jednotlivcami, a to z hľadiska nástupu, priebehu a trvania poruchy, s veľkou inter- a intraindividuálnou variabilitou (Heckers et al., 2013).

Výskyt psychóz

Psychotické poruchy sa zvyčajne objavujú na konci dospievania alebo na začiatku dospelosti. Prvé príznaky sa najčastejšie objavujú medzi 18. a 24. rokom života, ale väčšina prípadov sa potvrdí vo veku 13. až 30. rokov. Odhaduje sa, že približne 3 zo 100 mladých dospelých počas svojho života zažijú psychotickú epizódu. Včasná diagnostika a liečba sú rozhodujúce pre úspešné uzdravenie.

7.2 TYPOLÓGIA PSYCHÓZY

Rôzne podoby psychózy

[1] Prítomnosť určitých špecifických príznakov a ich trvanie určujú, o aký typ psychotickej poruchy ide. Hlavné diagnostické príručky⁸ opisujú tieto diagnózy:

- **Krátkodobá psychotická porucha.** Postihnutý človek má jeden alebo viacero z nasledujúcich príznakov: bludy, halucinácie, dezorganizovanú reč a výrazne dezorganizované alebo katatonické správanie. Okrem toho aspoň jeden z týchto troch príznakov: bludy, halucinácie alebo dezorganizovaná reč. Epizóda poruchy trvá aspoň jeden deň ; príznaky však musia trvať najmenej jeden mesiac a môže dôjsť k úplnému návratu do stavu pred ochorením.
- **Psychotická porucha vyvolaná látkami alebo liekmi.** V tomto prípade človek zažíva bludy a/alebo halucinácie. Anamnéza, lekárske vyšetrenie alebo laboratórne testy musia preukázať, že tieto príznaky vznikli počas alebo krátko po intoxikácii alebo abstinencii od látky, alebo po intoxikácii liekom a že daná látka alebo liek môžu vyvolať aktuálne príznaky. Táto porucha spôsobuje klinicky významný diskomfort alebo narušenie fungovania v sociálnej, pracovnej alebo inej dôležitej oblasti života.
- **Schizofrénia.** Postihnutá osoba má najmenej dva z týchto príznakov: bludy, halucinácie, dezorganizovanú reč, výrazne dezorganizované alebo katatonické

⁸ Ako je známe, najpoužívanejšími príručkami na diagnostiku duševných porúch sú Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch (DSM-5) Americkej psychiatrickej asociácie a Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov (ICD-10) Svetovej zdravotníckej organizácie.

správanie a/alebo negatívne príznaky. Musí mať aspoň jeden z týchto troch príznakov: bludy, halucinácie alebo dezorganizovanú reč. Táto porucha výrazne zhoršuje alebo naruša úroveň fungovania osoby v jednej či viacerých základných oblastiach, ako sú práca, medziľudské vzťahy alebo starostlivosť o seba. Príznaky poruchy trvajú najmenej šesť mesiacov.

- **Schizofrenická porucha.** Postihnutá osoba má najmenej dva z nasledujúcich symptómov: bludy, halucinácie, dezorganizovaná reč, výrazne dezorganizované alebo katatonické správanie a/alebo negatívne príznaky. Aspoň jeden z nasledujúcich troch symptómov musí byť prítomný: bludy, halucinácie alebo dezorganizovanú reč. Epizóda poruchy trvá najmenej jeden mesiac, ale menej ako šesť mesiacov.
- **Bludná porucha.** Postihnutá osoba má jeden alebo viac bludov, ktoré trvajú aspoň jeden mesiac. Halucinácie sa zvyčajne nevyskytujú; ak sa vyskytnú, nie sú významné a viažu sa na obsah bludu. Fungovanie človeka nebýva veľmi narušené a jeho správanie nie je výstredné alebo zvláštne.
- **Schizoafektívna porucha.** Postihnutá osoba má najmenej dva z týchto príznakov: bludy, halucinácie, dezorganizovaná reč, výrazne dezorganizované alebo katatonické správanie a/alebo negatívne príznaky. Okrem toho musia byť splnené aj diagnostické kritériá pre poruchu nálady (manickú alebo závažnú depresívnu epizódu).
- **Zdieľaná psychotická porucha.** Potvrdí sa vtedy, keď dve alebo viac osôb zdieľajú rovnakú bludnú tému alebo systém bludných myšlienok a vzájomne sa vo svojich presvedčeniach podporujú. Tieto osoby majú mimoriadne blízky vzťah. Existujú časové a situačné dôkazy, že bludy pasívnej (ovládanej) osoby boli vyvolané kontaktom s aktívnou (dominantnou) osobou.
- **Psychotická porucha spôsobená iným zdravotným stavom.** Postihnutá osoba má výrazné halucinácie alebo bludy. Z klinickej anamnézy, fyzikálneho vyšetrenia alebo laboratórnych testov musí byť preukázané, že príznaky poruchy sú priamym fyziopatologickým dôsledkom iného zdravotného stavu. Porucha sa nedá lepšie vysvetliť inou duševnou poruchou a spôsobuje významný diskomfort či narušenie v sociálnej, pracovnej alebo inej dôležitej oblasti života.
- **Nešpecifikovaná psychotická porucha.** Táto kategória sa používa v prípadoch, keď sú prítomné charakteristické príznaky poruchy zo schizofrénneho spektra alebo inej psychotickej poruchy, ktoré prevažujú a spôsobujú klinicky významný diskomfort alebo zhoršené fungovanie v sociálnej, pracovnej alebo inej oblasti, ale nespĺňajú všetky kritériá pre nijakú z porúch v diagnostickej kategórii. Používa sa v situáciách, v ktorých sa lekár rozhodne nešpecifikovať dôvod ne-

splnenia kritérií v diagnostickej kategórii. Zahŕňa aj situácie, v ktorých nie sú dostatočné informácie na presné stanovenie diagnózy.

Je dôležité mať na pamäti, že v počiatočných štádiách poruchy môže byť stanovenie presnej diagnózy ťažké a diagnóza sa môže v priebehu času meniť, ako choroba postupuje. Okrem toho diagnóza nemôže byť stanovená, ak je možné príznaky pripísať fyziologickým účinkom látky (drogy alebo lieku) alebo inému zdravotného stavu.

Príčiny, ktoré prispievajú k psychóze

Psychóza je duševný stav charakterizovaný **skresleným vnímaním reality**. Porozumenie príčinám, ktoré môžu viesť k týmto skúsenostiam, je podstatné pre správnu diagnózu a liečbu.

Príčiny psychózy možno rozdeliť do viacerých oblastí: biologickej, psychologickkej a sociálnej. Všetky sú navzájom prepojené a často sa prekrývajú.

[1] Biologické faktory. Hrajú kľúčovú úlohu pri rozvoji psychóz. Genetika patrí medzi najviac skúmané oblasti, keďže výskumy ukazujú, že ľudia, ktorí majú v rodine niekoho s psychiatrickou poruchou, najmä so schizofréniou alebo príbuznými poruchami, majú významne vyššie riziko rozvoja psychózy. S psychotickými skúsenosťami sa spájajú aj neurochemické odchýlky, najmä tie, ktoré súvisia s neurotransmitermi, ako sú dopamín a serotonín. Napríklad nadmerná aktivita dopamínu v určitých oblastiach mozgu je spojená s psychotickými príznakmi, ako sú bludy a halucinácie.

[2] Štrukturálne faktory. Okrem genetických a neurochemických vplyvov môžu k vzniku psychózy prispieť aj štrukturálne faktory. Niektoré štúdie ukazujú, že osoby so schizofréniou môžu mať štrukturálne rozdiely v mozgu, ako sú zväčšené mozgové komory alebo znížený objem sivej mozgovej hmoty. Tieto odchýlky môžu ovplyvniť spôsob, akým mozog spracováva informácie a reaguje na vonkajšie podnety, čo môže byť jednou z príčin skresleného vnímania reality.

[3] Psychologické faktory. Zastávajú rovnakú dôležitosť. Traumatické skúsenosti, najmä v detstve, sa spájajú s rozvojom psychózy v dospelosti. Traumy, ako fyzické, emocionálne alebo sexuálne zneužívanie, môžu narušiť duševné zdravie a viesť k poruchám osobnosti, čím sa zvyšuje riziko psychotických skúseností. Okrem toho môžu stavy ako úzkosť či depresia, najmä ak sa tieto poruchy neliečia, predurčiť osobu k rozvoju psychózy.

[4] Dysfunkčné kognitívne schémy. Ďalším psychologickým aspektom, ktorý je potrebné zvážiť, sú dysfunkčné kognitívne schémy. Osoby, ktoré majú sklon chybným spôsobom interpretovať informácie alebo ktoré rozvíjajú paranoidné myšlienky, môžu byť náchylnejšie na psychotické skúsenosti. Tieto schémy môžu byť ovplyvnené stresujúcim prostredím alebo vzťahovými faktormi, ktoré zvyšujú zraniteľnosť.

[5] Enviromentálne faktory. Na rovine vplyvu prostredia môžu rôzne faktory pôsobiť ako spúšťače psychózy. Psychotické epizódy môžu zvlášť u citlivých jednotlivcov spustiť aj situácie, ktoré spôsobujú intenzívny stres, ako je strata milovanej osoby, významné životné zmeny (napr. rozchod alebo prepustenie z práce) či ekonomické ťažkosti. Ďalším enviromentálnym faktorom, ktorý môže podnietiť psychotické epizódy, je užívanie psychoaktívnych látok, napríklad alkoholu, drog alebo liekov. Zvlášť užívanie látok obsahujúcich kanabinoidy, napr. THC v marihuane, sa spája so zvýšeným rizikom psychózy, najmä u jednotlivcov s genetickou predispozíciou.

Sociálny kontext, napríklad izolácia alebo stigmatizácia, môže stav osoby s predispozíciou na psychózu ešte zhoršiť. Nedostatok sociálnej podpory a blízkych vzťahov môže prispieť k pocitom osamelosti a beznádeje, čím sa zvyšuje pravdepodobnosť psychotických epizód. V tomto zmysle zohráva podpora od priateľov, rodiny a komunity zásadnú rolu pri ochrane duševného zdravia.

[6] Zdravotné príčiny. Nakoniec je dôležité zvážiť, že psychóza môže byť aj dôsledkom všeobecného zdravotného stavu, napríklad infekcií, neurologických alebo metabolických ochorení. Poruchy ako delírium alebo encefalitída môžu viesť k psychotickým príznakom. Preto je nutné podčiarknuť význam kompletného lekárskeho vyšetrenia, aby sa vylúčili iné možné príčiny.

7.3

VAROVNÉ SIGNÁLY PSYCHÓZY

Nie je vždy jednoduché identifikovať psychózu. Predtým, ako sa objavia psychotické príznaky, sa môžu prejavovať niekoľko dní alebo dokonca aj niekoľko týždňov dopredu iné menej špecifické príznaky alebo varovné signály. Varovné signály sú všetky indikátory, ktoré poukazujú na odchýlku od normálneho stavu. Musia sa opakovať a trvať dlhší čas. Možno ich nájsť v niektorých z nasledujúcich odrážok:

- Pocit zvýšeného napätia, strachu alebo úzkosti.

- Rýchle myšlienky a neschopnosť sústrediť sa na jednu vec: mať naraz veľa myšlienok.
- Stupňujúca sa tichosť a izolácia.
- Cítiť sa zle naladený, menej pripravený robiť veci alebo byť podráždený.
- Byť viac unavený.
- Zakúšať zvláštne pocity, ktoré spôsobujú, že sa človek cíti zmätený.
- Strata chuti do jedla alebo úbytok hmotnosti.
- Časté zabúdanie.
- Náhla nespavosť.
- Zanedbávanie fyzického vzhľadu.

Včasné zistenie a liečba poruchy v počiatočných fázach sú nevyhnutné na uzdravenie postihnutých osôb. Preto je **veľmi dôležité poradiť sa s odborníkom** hneď, ako tieto príznaky začnú meniť každodenné aktivity alebo spôsobovať diskomfort.

7.4

HLAVNÉ MÝTY A MYLNÉ PREDSTAVY O PSYCHÓZACH

Uvádžame niektoré z mýtov o psychóze.

Psychóza sa nedá účinne liečiť. NEPRAVDA.

Existujú rôzne typy liečby na psychózu: psychologická, sociálna a podporná. Lieky sú potrebné na liečenie príznakov a dosiahnutie stability, čím pomáhajú postihnutej osobe viesť „normálny“ život.

Osoby s psychózou sú nebezpečné. NEPRAVDA.

Osoby s psychickou poruchou majú v porovnaní s ľuďmi bez tejto poruchy oveľa vyššiu pravdepodobnosť, že sa stanú obeťami násilia alebo zneužívania zo strany iných osôb. Len v niektorých prípadoch, ak osoba nie je liečená alebo sa primerane nedrží liečby, môže mať silné halucinácie alebo bludné myšlienky, ktoré ju nútia uveriť veciam, ktoré v realite neexistujú, čo môže viesť k tomu, že ublíži sebe alebo niekomu inému.

Osoby postihnuté psychózou urobili niečo zlé. NEPRAVDA.

Psychická porucha sa môže rozvinúť u kohokoľvek, bez ohľadu na pohlavie, vek či spoločenské postavenie. Hoci psychózu niekedy môže vyvolať veľmi silný stres alebo

užitie toxických látok, psychóza nie je spôsobená jednou príčinou, ale výskytom a vzájomnou interakciou rôznych faktorov. Niektoré z nich sú biologické, napríklad genetická predispozícia, zatiaľ čo iné sú sociálne a spojené so životným štýlom.

Všetky lieky majú veľa nežiaducich účinkov a potláčajú vôľu osoby. NEPRAVDA.

Nie každá liečba má ten istý efekt, ani sa nesnaží potlačiť vôľu osoby, ani neprodukuje rovnaké neopísateľné účinky. V skutočnosti existuje čoraz viac liekov, ktoré sú dobre znášané a majú len mierne nežiaduce účinky. S vhodnou kontrolou a sledovaním zo strany odborníkov by možné nežiaduce účinky mali byť minimalizované.

Ľudia, ktorí mali psychotickú krízu, sa nemôžu zotaviť a musia byť umiestnení do ústavnej starostlivosti. NEPRAVDA.

Poznatky o psychózach sa neustále prehlbujú, čo viedlo k zlepšeniu farmakologickej a psychologickkej liečby, ktorá pomáha postihnutým osobám uzdraviť sa. Osoby postihnuté psychózou sa môžu úplne uzdraviť, študovať alebo pracovať, zakladať si rodiny a venovať sa svojim spoločenským aktivitám. V niektorých prípadoch, keď uzdravenie nie je úplné, je cieľom liečby dosiahnuť kvalitu života podobnú tej, akú mali pred psychotickou epizódou. V tomto procese uzdravovania zohráva veľmi dôležitú úlohu začlenenie do komunity.

Osoby postihnuté psychózou sú extravagantné a správajú sa divne. NEPRAVDA.

Médiá a hollywoodske filmy často používajú nesprávne slová ako „psychotický“ či „schizofrenik“ na označenie osoby, ktorá spáchala zvrátené alebo bizarné činy, alebo sa správa zvláštne a odlišne od ostatných. Väčšina ľudí postihnutých psychózou sa však nijako výrazne nelíši od ostatných a kráča ulicami našich miest nepovšimnutá.

Psychóza je dedičná. NEPRAVDA.

Mať rodičov alebo súrodencov trpiacich psychózou neznamena, že sa u človeka rozvinie porucha. Väčšina ľudí postihnutých psychózou v skutočnosti nemá príbuzných s rovnakou poruchou. Hoci je pravda, že genetická zložka zohráva úlohu pri rozvoji psychózy, neexistuje jeden gén, ktorý by jej vznik vysvetľoval, ale podieľajú sa na nej rôzne biologické a environmentálne faktory.

Užívanie marihuany nespôsobuje rozvoj psychózy. NEPRAVDA.

Aj keď sa u každého, kto užíva marihuanu, psychóza nevyvinie, jej účinná látka je úzko spojená s rozvojom psychotických príznakov. Stále viac sa potvrdzuje súvislosť medzi užívaním marihuany, najmä v skupinách mladších osôb, a zvýšeným rizikom rozvoja psychických porúch.

Psychóza súvisí so spôsobom, akým človeka vychovávali jeho rodičia. NEPRAVDA.

Navzdory najrozšírenejšiemu mýtu minulého storočia psychóza nemá nič spoločné s výchovou, vzdelávaním alebo správaním rodičov. Toto presvedčenie spôsobilo veľký pocit viny u rodičov a ešte väčší diskomfort v rodinách s osobami postihnutými psychózou. Príčiny psychózy sú multifaktoriálne, genetické aj environmentálne.

7.5

AKO SPREVÁDZAŤ OSOBU S PSYCHÓZOU V EDUKAČNOM PROSTREDÍ

Účinná výchovná intervencia: empatia, aktívne počúvanie a emocionálna podpora

Na to, aby sme sa detailne venovali kritériám a výchovným opatreniam reagujúcim na psychotické poruchy mladých ľudí, je potrebné zamerať sa na stratégie a praktické cvičenia, ktoré môžu vychovávatelia uviesť do praxe.

Účinná výchovná intervencia pri psychóze u mladých musí byť založená na kombinácii empatie, aktívneho počúvania a emocionálnej podpory v bezpečnom a prijímajúcom prostredí a na využívaní **odborných nástrojov a metód**, ktoré mladým umožňujú pochopiť a zvládnuť svoju psychotickú skúsenosť.

Nasledujúca časť predstavuje kompletnú príručku pre prácu vo výchovnom a komunitnom prostredí, založenú na špecifických aktivitách, podporných nástrojoch a praktických nápadoch.

[1] Vytvorenie prostredia podpory a porozumenia. Vychovávateľ si musí predovšetkým vybudovať vzťah dôvery, v ktorom sa mladí necítia súdení, ale prijatí. To zahŕňa prístup, ktorý normalizuje rozhovor o psychotických poruchách a vytvára prostredie, kde môžu mladí otvorene hovoriť o svojich skúsenostiach bez obáv zo stigmatizácie. Konkrétnym príkladom je organizovanie týždenných momentov „otvoreného priestoru“, počas ktorých môžu mladí slobodne vyjadriť svoje emócie a myšlienky. Táto aktivita sa môže udiť aj cez tzv. „emočný kútik“ – miesto s tabuľami, na ktoré si účastníci zapisujú svoje pocity či kľúčové slová, ktoré opisujú ich skúsenosti. Cieľom je podporiť komunikáciu a zdieľanie skúseností, čo pomáha mladým ľuďom uznať vlastné psychické ťažkosti a vyrovnáť sa s nimi.

[2] Skupinové aktivity založené na dialógu a diskusii. Skupinová diskusia predstavuje účinný nástroj na podporu zdieľania a diskusie medzi rovesníkmi. Vychovávateľ môže organizovať tematické stretnutia, pri ktorých sa skúmajú špecifické aspekty psychotickej skúsenosti, ako napríklad „pochopenie vnútorných hlasov“ alebo „zvládanie pocitov izolácie“. Tieto stretnutia musia byť vedené s veľkou citlivosťou, aby účastníci mohli hovoriť o svojich skúsenostiach spontánne a úprimne bez tlaku na „správne“ odpovede. Na podnietenie diskusie možno použiť sériu usmerňujúcich otázok, napríklad: „Čo to pre teba znamená cítiť sa pochopený/á?“, „Aký spôsob by ti pomohol hovoriť o tom, čo prežíváš?“ Okrem toho pre tých, ktorí majú ťažkosti vyjadriť svoje emócie verbálne, môžu byť veľmi prínosné tvorivé techniky, ako je kreslenie alebo písanie.

[3] Projekty na posilnenie (*empowerment*) a odolnosť. Cieľom projektu na posilnenie je poskytnúť mladým ľuďom s psychotickými ťažkosťami zručnosti a sebadôveru potrebnú na zvládanie každodenných výziev. Vychovávatelia môžu vytvoriť individualizované cesty svojpomoci, v rámci ktorých si každý mladý človek stanoví praktické a realistické ciele na zlepšenie svojho duševného zdravia. Napríklad cesta môže obsahovať stanovenie krátkodobých cieľov ako „stanoviť si spánkový režim“ alebo „vykonávať dychové techniky na zvládanie úzkosti“.

[4] Vytváranie edukačných a svojpomocných materiálov. Edukačné materiály, ako sú brožúry, príručky a informačné videá, predstavujú cenné prostriedky, do ktorých môžu mladí nahliadnuť aj samostatne. Tieto materiály by mali jednoduchým a priamym spôsobom vysvetliť, čo sú psychotické poruchy, aké sú ich bežné príznaky a ako ich zvládať. Príručka môže obsahovať časti ako napríklad „Čo sú to bludy?“, „Ako zvládať halucinácie“ alebo „Stratégie na zníženie spoločenskej izolácie“. Materiály by mali byť interaktívne a pútavé, mohli by byť doplnené cvičeniami na sebareflexiu ako napríklad: „Napíš list svojej úzkosti“, alebo otvorenými otázkami na zamyslenie ako: „V ktorých momentoch dňa sa cítiš najpokojnejšie?“. Okrem tlačenej formy je užitočné vytvoriť aj digitálnu verziu materiálov, ľahko dostupnú na mobilných zariadeniach.

[5] Praktické cvičenia na zlepšenie sociálnych zručností a zvládanie stresu. V komunitnom prostredí je dôležité ponúkať praktické cvičenia, ktoré upevňujú sociálne zručnosti a znižujú úroveň stresu. Vychovávateľ môže organizovať hranie rolí v modelových situáciách alebo simulácie sociálnych interakcií, počas ktorých sa mladí učia zvládať každodenné rozhovory a komunikáciu. Napríklad simulácia sa môže týkať telefonického rozhovoru, konfliktu s rovesníkom či nepríjemnej situácie na verejnosti. Vďaka simuláciám sa mladí učia rozpoznávať a regulovať svoje emocionálne reakcie

a zároveň získavajú konštruktívnu spätnú väzbu od vychovávateľa a od rovesníkov. Ďalšie cvičenia môžu zahŕňať riadené relaxačné aktivity, ako sú „progresívna svalová relaxácia“, štvorcové (štvorfázové) dýchanie, alebo meditačné cvičenia, ktoré pomáhajú znižovať úzkosť a zlepšovať celkovú pohodu.



Techniky na hlbšiu prácu s rôznymi aspektmi psychózy

Tieto aktivity sa zameriavajú na techniky spracovania emócií, zlepšovanie sociálnych zručností a posilňovanie schopnosti vnímať a kontrolovať vlastnú psychotickú skúsenosť. Každá z nich má jasné ciele, popis aktivity a praktický návod na realizáciu.

[1] Umelecké projekty na vyjadrenia emócií a myšlienok. Cieľom je vytvoriť bezpečný priestor, ktorý mladým ľuďom umožní neverbálne prejaviť komplexné emócie a spracovať psychotické skúsenosti. Konkrétne, vychovávateľ navrhne aktivity, ako sú kreslenie, maľovanie, tvorivé písanie či koláž, na preskúmanie pocitov, myšlienok a vnútorných obrazov. Tieto aktivity umožňujú spracovať a prepracovať vnútorné skúsenosti, ktoré sa niekedy ťažko vyjadrujú slovami. Uvádzame dve praktické formy:

- **Kreslenie emócií.** Pozveme mladých, aby vizuálne zobrazili svoje prevládajúce pocity. Môžu pri tom použiť farby a tvary, ktoré podľa nich znázorňujú duševné stavy ako úzkosť, strach alebo nádej. Na záver si môžu sami vybrať, či svoje dielo zdieľajú s ostatnými, alebo si ho ponechajú na reflexiu.
- **Písanie listu sebe samému.** V tomto cvičení sú účastníci vyzvaní, aby napísali list svojmu „budúcemu ja“ alebo „minulému ja“. Takto môžu slovami vyjadriť svoje túžby, obavy alebo opakujúce sa myšlienky, čo podporuje sebareflexiu a väčšie sebaopoznanie.

[2] Skupinová diskusia pre rovesnícku konfrontáciu. Táto aktivita uľahčuje vzájomnú podporu, zdieľanie skúseností a znižovanie vnútornej aj vonkajšej stigmy súvisiacej s vlastným psychickým stavom. Skupinová diskusia predovšetkým vytvára bezpečný priestor, v ktorom môžu mladí diskutovať o svojich psychotických skúsenostiach. Stretnutia sú vystavané okolo tém, ako napríklad „pochopenie svojich vnútorných hlasov“ alebo „prekonanie pocitu osamotenía“. Uvádzame dve praktické formy:

- **Riadené zdieľanie na určitú tému.** Každé stretnutie sa začína témou, o ktorej sa diskutuje. Napríklad, „Ktoré stratégie ti pomáhajú upokojiť sa, keď cítiš úzkosť?“, „Čo pre teba znamená mať vnútorné hlasy?“ Vychovávateľ uľahčuje rozhovor a podporuje aktívne počúvanie a vzájomný rešpekt.

- **Skupinové aktivity na preskúmanie stigmy.** Vychovávateľ môže navrhnúť aktivity, ako napríklad písanie negatívnych výrokov na plagát, ktorý sa následne symbolicky zničí alebo nahradí výrokmí sebaaprijatia, čím podporuje vytváranie pozitívneho obrazu o sebe a pocitu spolupatričnosti.

[3] Projekty samostatnosti a osobné ciele. Cieľom je posilniť výkonnosť upevnením dôvery vo vlastné schopnosti a motivácie cez dosahovanie malých cieľov. To znamená, že vychovávatelia pomáhajú mladým identifikovať jednoduché a konkrétne ciele, napríklad stanoviť denný režim alebo zlepšiť schopnosť postarať sa o seba. Každý mladý človek si môže zvoliť osobný cieľ, napláňovať náležité kroky a sledovať svoj rast. Uvádzame dve praktické formy:

- **Založenie denníka cieľov.** Každý mladý človek si vedie denník, do ktorého si zapisuje svoje ciele, prekážky, s ktorými sa stretol, a pokroky, ktoré urobil. Napríklad, ak je cieľom vstávať každý deň v rovnakú hodinu, zapisovanie úspechov a ťažkostí umožní mladému človeku mať hmatateľnú spätnú väzbu a premýšľať o malých zlepšeniach. Každý týždeň môže vychovávateľ venovať chvíľu času spoločnému nahliadnutiu do denníka, poskytnúť konštruktívnu spätnú väzbu a pochváliť.
- **Plánovanie a prehodnocovanie cieľov.** Na začiatku každého mesiaca vychovávateľ vedie mladých pri plánovaní konkrétnych a realistických cieľov. Mladý človek si napríklad môže stanoviť cieľ „zúčastniť sa skupinovej aktivity“ alebo „skrátii čas trávený v izolácii“. Pravidelne sa uskutočňuje zhodnotenie napredovania a podľa potreby sa upravuje akčný plán. Vychovávatelia majú povzbudiť mladých, aby sa tešili aj z malých pokrokov, čo posilňuje ich dôveru vo vlastné schopnosti.

[4] Písanie reflexií. Rozvíjanie schopnosti osobnej analýzy a sebauvedomenia prostredníctvom skúmania myšlienok a pocitov spojených s psychotickou skúsenosťou. V zásade je reflexívne písanie účinným nástrojom, ktorý mladým ľuďom umožňuje pretaviť svoju skúsenosť do slov, čím sa podporuje proces introspekcie a emocionálneho spracovania. Môžu používať osobné zošity, bez nutnosti zdieľania, alebo sa môžu zapojiť do skupinových aktivít, pri ktorých sa slobodne diskutuje. Uvádzame dve praktické formy:

- **Denný alebo týždenný diár.** Pozvime mladých, aby si na dennej alebo týždennej báze vedli diár, do ktorého si zapisujú svoje emócie a ťažké i pekné momenty. Písanie môžu sprevádzať otázky na zamyslenie, ako napríklad: „Čo som sa dnes naučil/a o sebe?“, „Ktorý moment dňa bol pre mňa najdôležitejší?“, „Čo mi pomohlo cítiť sa lepšie?“.

- **List svojmu strachu alebo vtieravým myšlienkam.** Táto aktivita spočíva v napísaní listu adresovanému emócii, napríklad strachu, alebo skúsenosti, ako je vnútorný hlas. Cieľom je konfrontovať sa so svojimi obavami alebo myšlienkami bez pocitu viny a preskúmať emócie objektívnym a racionálnym spôsobom.

[5] Program psychoedukácie v spolupráci s rodinami. Cieľom tohto programu je vzdelávať nielen mladých ľudí, ale aj ich rodiny, aby lepšie porozumeli psychóze, znížila sa stigma a posilnila podpora zo strany rodiny. Z praktického hľadiska vychovávateľ organizuje pravidelné vzdelávacie stretnutia s rodinami, na ktorých sa vysvetľujú mechanizmy psychózy, spôsoby komunikácie a techniky zvládania stresu v rodine. Zapojenie rodín je nutné pre vytvorenie komplexného podporného prostredia. Uvádzame dve praktické formy:

- **Informačné stretnutia o charakteristikách psychotických porúch.** Na týchto stretnutiach sa vysvetľujú príznaky, príčiny a techniky zvládania psychózy. Využívajú sa konkrétne prípady alebo praktické príklady, pričom sa vždy rešpektuje súkromie.
- **Diskusia o empatickej komunikácii a pozitívnej podpore.** Na stretnutiach sa navrhujú spôsoby, ako zvládať ťažké rozhovory, pričom sa vysvetľuje dôležitosť aktívneho počúvania a povzbudzujúcich slov. Praktické príklady ako napríklad „Som tu, aby som ťa vypočul, bez toho, aby som ťa súdil“ môžu byť užitočné pri poskytovaní vzorov pozitívnej komunikácie.

[6] Aktivity na budovanie denného režimu a časového managementu. Cieľom je poskytnúť štruktúry a modely, ktoré mladým ľuďom pomôžu vytvoriť si stabilný denný režim, čo je nutné na zvládanie úzkosti a psychotických príznakov. Nastavenie denného režimu pomáha zlepšiť stabilitu a znížiť stres tým, že zlepšuje schopnosť časového managementu. Je možné plánovať denné alebo týždenné aktivity, ktoré zohľadňujú záujmy a potreby mladých ľudí. Uvádzame dve praktické formy:

- **Vytvorenie personalizovaného týždenného kalendára.** Mladí si vytvárajú vlastný kalendár, v ktorom rozdeľujú čas medzi rutinné aktivity (napr. budiček, jedlo, škola) a osobné či oddychové činnosti. Tento kalendár sa môže každý týždeň aktualizovať a podľa potreby prispôbiť, čím sa podporuje pocit kontroly a predvídateľnosti.
- **Previerka režimu.** Na konci týždňa môže vychovávateľ ponúknuť spätnú väzbu k týždennému režimu: zvýrazní, ktoré aktivity fungovali dobre, a upozorní na oblasti, kde je priestor na zlepšenie.

[7] Podporné aktivity na seba prijatie a znižovanie stigmy. Cieľom je podporiť pozitívny postoj k sebe samému a k vlastnej skúsenosti, znížiť vnútornú stigmatizáciu a povzbudzovať k milosrdnejšiemu pohľadu na seba. To znamená, že vychovávateľ sprevádza mladých cez aktivity zamerané na reflexiu, osvetu a seba prijatie, ktoré pomáhajú zmierňovať seba odsudzovanie a rozvíjať pozitívny a autentický sebaobraz. Uvádzame dve praktické formy:

- **Založenie „zošita úspechov“.** Pozvať mladých, aby si viedli zošit, do ktorého si budú zapisovať každodenné malé úspechy, zručnosti, v ktorých sa zlepšujú, alebo pozitívne momenty. Tento zošit slúži ako viditeľná pripomienka ich pokroku a hodnoty.
- **Pozitívne tvrdenia a sebareflexia.** Počas každého stretnutia mladí môžu vybrať alebo vytvoriť pozitívne tvrdenie o sebe (napr. „Dokážem čeliť ťažkostiam“ alebo „Každý deň sa zlepšujem“). Vychovávateľia vedú reflexiu o týchto tvrdeniach a pomáhajú ich zvnútorniť, čím podporujú pozitívnejší pohľad na seba.



8

KAPITOLA

Sebapoškodzovanie

8.1

AKO ROZPOZNAŤ SEBAPOŠKODZOVANIE

Rezanie ako volanie o pomoc pri vyjadrovaní bolesti duše

[1] Čo sa rozumie pod pojmom sebapoškodzujúce správanie? Koľko typov sebapoškodzovania poznáme a aké sú varovné signály? Okrem odpovedí na tieto otázky sa budeme venovať aj spúšťacím a ochranným faktorom, stratégiám, ktorými sa treba riadiť, keď sa sebapoškodzovanie potvrdí, a kedy a koho požiadať o pomoc.

Sebapoškodzovanie, konkrétne **nesuicidálne sebapoškodzovanie**, sa definuje ako priame a úmyselné **ničenie vlastného telesného tkaniva bez zámeru spáchať samovraždu**. Po desaťročiach nárastu jeho výskytu medzi adolescentmi a mladými dospelými a v dôsledku rastúceho vedeckého záujmu o túto tému bola porucha zaradená do piateho vydania *Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch (DSM-5)* ako fenomén, ktorý si vyžaduje klinickú pozornosť, ak sú splnené stanovené kritériá závažnosti.

Takéto správanie sa nevyskytuje výlučne v súvislosti s duševnou poruchou a **nie vždy si vyžaduje klinickú intervenciu**, keďže je čoraz častejšie zaznamenávané aj v bežnej populácii. V mnohých prípadoch je možné zasiahnuť aj mimo zdravotníckeho systému. V posledných desaťročiach sa totiž zaznamenal nárast sebapoškodzovania u chlapcov a dievčat bez stanovenej diagnózy duševného ochorenia, pričom toto správanie predstavuje **spôsob vyjadrenia subjektívneho diskomfortu**.

[2] Možno rozlíšiť dva spôsoby sebapoškodzovania: **priame poškodenie** (rezné rany, popáleniny, škrabance, uhryznutia, údery a pod.) a **nepriame poškodenie** (nadmerné užívanie liekov, prejedanie sa, nadmerné pitie alkoholu alebo vystavovanie sa rizikovým situáciám, ako sú extrémne športy, nebezpečná jazda a pod.). Tento pojem sa **nevzťahuje** na formy protestu voči stanoveným spoločenským alebo náboženským normám. Súčasný pojem **nesuicidálneho sebapoškodzovania** sa na klinickej úrovni i vo výskume vzťahuje primárne na priame, nie na nepriame formy sebapoškodzovania. Keď teda hovoríme o nesuicidálnom sebapoškodzovaní, vo väčšine prípadov máme na mysli práve prvý typ.⁹

[3] Podľa DSM-5 **kritériá na stanovenie diagnózy** poruchy nesuicidálneho sebapoškodzujúceho správania zahŕňajú:

- Päť alebo viac dní opakovaného sebapoškodzujúceho správania za posledný rok (v súčasnosti sa táto hranica prehodnocuje, pretože niektorí autori navrhujú zvýšiť ju na desať dní).
- Sebapoškodzovanie musí mať určitú funkciu, napríklad:
 - Oslobodiť sa od negatívnych myšlienok alebo pocitov.
 - Vyriešiť medziosobný konflikt.
 - Navodiť pozitívny stav.
- Sebapoškodzovanie musí byť spôsobené:
 - Negatívnymi myšlienkami alebo pocitmi.
 - Opakovanými myšlienkami na sebapoškodzovanie.
 - Nutkaním vykonávať sebapoškodzovanie.
- Nepatrí sem správanie, ktoré nie je spoločensky sankcionované, ako napríklad protestné akcie alebo činy na vyjadrenie identity.

⁹ Od roku 2013 DSM-5, medzinárodný klasifikačný systém duševných porúch, zahŕňa priame a opakované (najmenej päťkrát) sebapoškodzujúce správanie ako novú kategóriu, ktorá je predmetom štúdia: porucha sebapoškodzujúceho nesuicidálneho správania (často označovaná skratkou NSAB, *non-suicidal self-injury*).

Príznaky sebapoškodzujúceho správania

Sebapoškodzujúce správanie je **komplexným prejavom emocionálneho a psychického diskomfortu** a môže mať rôzne formy a spôsoby.

Porozumenie príznakom spojeným s týmto typom správania je dôležité pre jeho rozpoznanie a primeranú intervenciu.

[1] Jedným z najviditeľnejších príznakov je **fyzické sebapoškodenie**, ktoré sa môže prejavovať rôznymi spôsobmi, napríklad reznými ranami, popáleninami, modrinami alebo údermi do niektorých častí tela. Tieto činy môžu byť vykonané na miestach, ktoré sa dajú ľahko zakryť, ako sú ruky a stehná, aby sa skryli jazvy alebo stopy po zraneniach. Osoba môže tieto činy vykonávať rituálnym spôsobom, pomocou špecifických predmetov alebo podľa konkrétneho postupu, ktorý jej môže poskytnúť pocit kontroly alebo dočasného oslobodenia od ťaživých emócií.

[2] Sebapoškodzujúce správanie je často spojené s **intenzívnymi a ťažko zvládnuteľnými emóciami**, ako sú smútok, úzkosť, hnev alebo pocit prázdnoty. Osoba, ktorá sa dopúšťa takýchto činov, môže opisovať okamžité emočné uvoľnenie po sebapoškodení, akoby fyzické zranenie bolo spôsobom, ako vyjadriť alebo zmierniť vnútornú emocionálnu bolesť. Toto správanie môže poskytnúť dočasný pocit úľavy alebo kontroly, čím vytvára cyklus, v ktorom osoba, aby sa vyrovnala s emocionálnym diskomfortom, cíti nutkavú potrebu tento čin opakovať.

[3] Okrem toho sa sebapoškodzujúce správanie bežne spája so **zníženou sebaúctou** a pocitmi sebaopohrdania. Jednotlivec, ktorý si spôsobuje zranenie, môže v sebe živiť negatívny obraz o sebe, cítiť sa nehodný lásky alebo pozornosti, a sebapoškodzovanie sa stáva spôsobom sebatrestania za pozorované nedostatky alebo zlyhania. Toto sebatrestanie možno vnímať aj ako formu vyjadrenia bolesti v situáciách, v ktorých sa osoba cíti neschopná komunikovať svoje utrpenie druhým.

[4] Okrem fyzických znakov zohrávajú pri prejavení sebapoškodzovania kľúčovú úlohu aj emocionálne a behaviorálne príznaky. Možno si všimnúť zmeny v spoločenských vzťahoch, keď je jednotlivec náchylný izolovať sa od priateľov a rodiny, čím vytvára bariéru, ktorá druhým bráni porozumieť jeho duševnému stavu. Táto uzavretosť môže vyplývať zo strachu z odsúdenia alebo nepochopenia. Osoba môže zároveň vykazovať znaky **úzkosti** alebo **depresie**, prejavujúce sa kolísavou náladou, ťažkosťami so sústredením a pocitmi zúfalstva.

[5] V niektorých prípadoch ľudia, ktorí praktizujú sebapoškodzujúce správanie, môžu tiež využívať fyzickú bolesť ako formu **zvládania** (*coping*), pri ktorej sa vonkajšia bolesť stáva spôsobom, ako sa vyrovnáť s vnútornou bolesťou. Táto stratégia sa môže javiť ako pokus premeniť emocionálnu úzkosť na hmatateľnú bolesť, s ktorou sa dá zdanlivo ľahšie vyrovnáť. Toto riešenie je však len dočasné a často vedie k ďalším emocionálnym a fyzickým komplikáciám.

[6] Je dôležité poznamenať, že hoci sa sebapoškodzujúce správanie môže javiť ako spôsob zvládania bolesti, nerieši hlbšie príčiny a môže viesť ku komplikáciám, ako sú infekcie, trvalé jazvy a zvýšené riziko samovražedného správania. Ľudia, ktorí sa dopúšťajú takýchto činov, často nemajú úmysel spôsobiť si smrť, ale skôr hľadajú únik od bolesti. Nedostatok primeranej podpory a dlhodobé prežívanie diskomfortu však môžu viesť k samovražedným myšlienkam alebo pokusom o samovraždu.

Výskyt sebapoškodzovania

[1] **Priame sebapoškodzovanie** je rozšírené najmä medzi adolescentmi a mladými dospelými. Výskumy ukazujú, že výskyt tohto správania v týchto vekových skupinách sa pohybuje medzi 18 % a 45 %, s najčastejším nástupom medzi 12. a 14. rokom života. Skutočný výskyt **nepriameho sebapoškodzovania** nie je presne známy a môže byť oveľa vyšší. Dlhodobé (longitudinálne) štúdie však poukazujú na prirodzený vývoj správania, pri ktorom s pribúdajúcim vekom dochádza k prechodu od priamych foriem **sebapoškodzovania** k nepriamym. U dospelých sa výskyt sebapoškodzovania znižuje a pohybuje sa okolo 6 %. Všetky tieto činy môžu byť sporadické (menej než päť epizód ročne), bez predchádzajúcich rizikových faktorov, bez klinických príznakov duševnej poruchy a bez narušenia schopnosti človeka fungovať.

V menšom počte prípadov, u osôb vystavených špecifickým rizikovým faktorom, sa však tieto činy opakujú v čase a sú spojené s prítomnosťou komorbidných psychiatrických príznakov, vrátane samovražedného správania počas sebapoškodzovania alebo v neskoršom období. Populačné štúdie ukazujú, že 9-11 % mladých ľudí a až 3 % dospelých spĺňajú diagnostické kritériá pre opakované nesuicídálne sebapoškodzovanie. A v populácii osôb s duševnými poruchami 60 % prípadov sebapoškodzovania môže byť spojených s akoukoľvek psychiatrickou diagnózou, s vyšším výskytom porúch príjmu potravy u osôb mladších než 18 rokov a s vyšším výskytom porúch osobnosti, najmä hraničnej poruchy osobnosti, u osôb starších ako 18 rokov.

[2] Tradične sa sebapoškodzovanie považovalo za prevažne ženský jav. Mnohé štúdie o výskyte a rozsahu sebapoškodzovania tento pohľad potvrdzovali. Existujú však aj súčasné štúdie, ktoré spochybňujú závery starších štúdií, a niektoré výskumy poukazujú na menšie rozdiely vo výskyte medzi pohlaviami či rodmi.

Jeden aspekt je však dobre zdokumentovaný: **používanie rôznych metód** pri nesuicidálnom sebapoškodzovaní **medzi chlapcami a dievčatami**. Kým dievčatá sú náchylnejšie k rezom, škrabancom a poraneniam, ktoré spôsobujú krvácanie, chlapci sú náchylnejší k úderom a páleniu.

8.2 TYPOLÓGIA SEBAPOŠKODZUJÚCEHO SPRÁVANIA

Rôzne podoby sebapoškodzujúceho správania

[1] Sebapoškodzujúce správanie sa môže prejavíť v rôznych formách, pričom každá z nich má svoje špecifické znaky. Uvádzame prehľad hlavných typov sebapoškodzovania:

- **Rezanie sa.** Toto je jedno z najbežnejších sebapoškodzujúcich správání. Spočíva v robení zárezov do pokožky ostrými predmetmi, ako sú nože, žiletky alebo sklo.
- **Pálenie sa.** Niektorí ľudia si spôsobujú popáleniny cigaretami, zapaľovačmi alebo inými rozžeravenými predmetmi.
- **Škrabanie alebo hryzenie sa.** Zahŕňa hlboké škrabanie pokožky alebo jej hryzenie až do vzniku rán.
- **Búchanie sa.** Údery päťami, udieranie si hlavy o stenu alebo iné tvrdé povrchy sú ďalšími formami sebapoškodzovania.
- **Trhanie si vlasov.** Tento prejav, známy ako „trichotillománia“, spočíva v trhaní si vlasov až do ich vytrhnutia.
- **Požívanie toxických látok.** Napríklad užívanie liekov v nesmrteľných dávkach alebo prehltanie nepožiteľných predmetov.
- **Sebaotrava.** Sem patrí užívanie látok, ako sú drogy alebo alkohol, spôsobom, ktorý poškodzuje vlastné telo.
- **Nutkové správanie.** Niektoré formy sebapoškodzovania môžu byť nutkové, napríklad obhrýzanie nechťov až do krvácania alebo pichanie ihl do kože.

- **Nepriame sebapoškodzovanie.** Zahŕňa činnosti ako je promiskuitné sexuálne správanie, hazardné hranie alebo užívanie návykových látok.

Príčiny, ktoré prispievajú k sebapoškodzovaniu

[1] Až 27,6 % európskych adolescentov uvádza, že sa aspoň raz v živote úmyselne sebapoškodili (Brunner et al., 2014). Prečo však adolescenti, keď raz začnú so sebapoškodzovaním, zvyknú pokračovať v tomto správaní?

Je dôležité mať na pamäti, že sebapoškodzovanie zvyčajne nepredstavuje pokus o ukončenie života, ale mechanizmus zvládania problému alebo ťažkostí. Mnohí ľudia, ktorí sa sebapoškodujú, vysvetľujú, že to robia preto, že sa **cítia neschopní zvládnuť intenzívne emócie** (ako sú smútok alebo hnev) a uchylujú sa k sebapoškodzovaniu, aby sa pokúsili tieto pocity zmierniť, zvládnuť alebo pred nimi utiecť. Fyzická bolesť pritom môže odpútať pozornosť od emocionálnej bolesti a ponúknuť dočasnú úľavu.

Skutočnosť, že po sebapoškodení nastáva emocionálna úľava, môže viesť k tomu, že jednotlivец začne rovnakú stratégiu používať na zvládanie ťažkých emócií aj v budúcnosti. Tento účinok však netrvá dlho a v strednodobom a dlhodobom horizonte sa pravdepodobne objavajú ešte nepríjemnejšie pocity, ako napríklad pocit viny alebo strach. Ďalšou možnou príčinou sebapoškodzovania je **sebatrestanie**, teda poškodenie seba s cieľom potrestať sa kvôli pocitu viny alebo nadmernej sebakritiky.

[2] Okrem toho osoby, ktoré sa sebapoškodujú, majú tendenciu zároveň prežívať **väčší emocionálny diskomfort, vzťahové problémy a horší školský prospech**. V niektorých prípadoch môže sebapoškodzovanie predstavovať určitú formu volania o pomoc a žiadosť o pozornosť.

[3] V skratke možno povedať, že sebapoškodzovanie môže vzniknúť v dôsledku:

- **Negatívneho posilnenia.** Adolescent sa mohol naučiť, že takéto správanie predstavuje krátkodobý účinný spôsob úniku od negatívnych emócií (úzkosti, smútku, pocitu viny, hnevu, zúfalstvu), ktoré spôsobujú veľký psychický diskomfort. Zároveň môže slúžiť ako prostriedok na dosiahnutie zdanlivo účinnej emocionálnej regulácie v momentoch, keď sa tieto emócie objavujú. V tomto prípade je cieľom sebapoškodzovania uniknúť alebo odpojiť sa od príčiny intenzívnej emocionálnej bolesti a presunúť pozornosť na fyzické poškodenie namiesto na aspekty osoby spôsobujúce utrpenie.

Niektoré hlboké zranenia môžu byť emocionálne (traumatické udalosti, napr. strata blízkej osoby, emocionálne zneužívanie alebo skúsenosti s opustením), fyzické (skúsenosti s fyzickým násilím alebo sexuálnym zneužívaním) alebo mediálne (vystavenie sa obsahu, ktorý normalizuje alebo oslavuje sebapoškodzovanie prostredníctvom sociálnych sietí, televízie alebo videohier).

- **Pozitívneho sociálneho posilnenia.** Adolescent sa mohol naučiť, že keď sa takto správa, získava oveľa väčšiu a okamžitú sociálnu pozornosť alebo sociálne posilnenie od skupiny rovesníkov alebo dospelých, než by získal iným osvojeným správaním alebo nepoškodzovaním sa. Inými slovami, vníma, že toto správanie vytvára sociálne zmeny, ktoré považuje za pozitívne (napr. odkedy sa sebapoškodzuje, dostáva od skupiny viac náklonnosti, podpory a prijatia).
- **Vyvolania zmeny v prostredí.** Adolescent sa mohol naučiť, že keď sa takto správa, dochádza k zmenám v jeho prostredí, ktoré sú priaznivé pre jeho dobrý pocit a ktoré sa mu páčia. Posilnenie získané sebapoškodzovaním v tomto prípade nespočíva v pozornosti iných, ale v následných sekundárnych spoločenských výhodách (napr. po sebapoškodení sa dospelí rozhodnú, že adolescent už nemusí čeliť požiadavkám primeraným jeho veku, ako je dochádzka do školy a skladať skúšky, alebo je oslobodený od preberania zodpovednosti).
- **Budovania identity.** Adolescent môže v tomto správaní nájsť formu identity a pocit spolupatričnosti ku skupine. V tomto prípade správanie vyjadruje životnú ideológiu, alebo sa identifikuje s mestskými subkultúrami (napr. subkultúrou emo), alebo vyjadruje filozofické a emocionálne úvahy, ktoré sprostredkujú tragický pohľad na ľudskú existenciu. V tomto prípade sa sebapoškodzovanie zvyčajne vykonáva v rámci skupiny a je sociálne posilňované ostatnými členmi, ktorí zdieľajú túto formu identity.

8.3

VAROVNÉ SIGNÁLY SEBAPOŠKODZUJÚCEHO SPRÁVANIA

V mnohých prípadoch môže byť sebapoškodzujúce správanie sporadické a preto nemusí spĺňať kritériá závažnosti potrebné na stanovenie klinickej alebo medicínskej diagnózy. Avšak zvyšovanie frekvencie výskytu a používanie rôznych metód môže byť premennou, ktorá naznačuje negatívnu prognózu. Preto **môže byť včasná rozpozna-**

nie a zásah veľmi užitočný, aby sa predišlo tomu, že sporadické sebapoškodzujúce správanie sa stane zdravotným problémom.

V tomto zmysle je dôležité venovať pozornosť niektorým **varovným signálom**, ktoré nám môžu naznačovať, že sa jednotlivec sebapoškodzuje, aby sa problém dal identifikovať už v počiatočných fázach. Medzi tieto signály patria:

- Opakované zranenia, ktoré sa nedajú vysvetliť (napr. rezy, popáleniny, škrabance alebo nevysvetliteľné modriny).
- Nosenie oblečenia neprimeraného ročnému obdobiu alebo teplote (napr. sweater v lete).
- Odmietanie aktivít, ktoré vyžadujú prezliekanie (napr. telesná výchova, plávanie).
- Pravidelné nosenie obvazov.
- Prejavovanie alebo verbalizovanie myšlienok súvisiacich so sebapoškodzovaním (napr. prostredníctvom kresieb, rozhovorov s rovesníkmi atď.).
- Častá potreba súkromia.
- Nosenie alebo skrývanie predmetov, ktorými možno rezať (napr. žiletky, črepy, nožnice, nože).
- Trávenie veľkého množstva času v kúpeľni alebo v spálni.
- Nájdenie stôp krvi v odpade.

Je dôležité si uvedomiť, že varovné signály môžu pomôcť odhaliť možné situácie sebapoškodzovania, ale ich prítomnosť neznamená nevyhnutne, že sa dotýčaný človek sebapoškodzuje. Za problém možno správanie považovať vtedy, keď sa sebapoškodzovanie stane pravidelnou rutinou.

8.4

HLAVNÉ MÝTY A MYLNÉ PREDSTAVY O SEBAPOŠKODZUJÚCOM SPRÁVANÍ

Niektoré mylné predstavy o sebapoškodzujúcom správaní sú:

Sebapoškodzujúce správanie je pokusom o manipuláciu. NEPRAVDA.

Hoci sa niektorí ľudia naučili, že jediným spôsobom, ako získať pozornosť druhých, je dopúšťať sa nesesťuďného sebapoškodzovania, samotný fakt, že sa sebapoškodzuje, neznamená, že sú manipulátori. Skôr naznačuje, že potrebujú určitú formu pozornosti a ešte si neosvojili vhodnejšie stratégie, ako ju získať.

Nesuicidálne sebapoškodzovanie je patologické a iracionálne správanie. NEPRAVDA.

Aj keď sa sebapoškodzovanie môže zdať niektorým ľuďom nepochopiteľné, vždy má v momente, keď k nemu dochádza, dôležitý zámer, a preto nie je iracionálnym činom. Ľudia, ktorí sa sebapoškodzujú, to zvyčajne robia preto, aby sa cítili lepšie alebo aby dosiahli okamžitú emocionálnu úľavu, hoci to môže mať z dlhodobého hľadiska negatívne následky.

Sebapoškodzovanie je varovným signálom, ktorý naznačuje, že človek chce spáchať samovraždu. NEPRAVDA.

V zásade je nesuicidálne sebapoškodzovanie správanie, ktoré sa deje bez osobného úmyslu, teda bez úmyslu spôsobiť si smrť. Ide o nezdravý spôsob zvládania diskomfortu pri absencii zdravších a prospešnejších stratégií. Je však pravda, že mnohé štúdie potvrdzujú, že nesuicidálne sebapoškodzovanie je rizikovým faktorom pre samovraždu. Znamená to, že keď sa človek často a vážne sebapoškodzuje, zvyčajne riskuje rozvinutie samovražedných myšlienok, ktoré ho môžu priviesť k pokusu o samovraždu.

Sebapoškodzovanie predpokladá duševnú poruchu. NEPRAVDA.

Toto správanie sa nevyskytuje vždy v kontexte duševnej poruchy. V skutočnosti sa čoraz častejšie objavuje v neklinickej populácii a v mnohých prípadoch je možné intervenovať aj mimo kontextu liečby duševných chorôb. V posledných desaťročiach došlo k nárastu nesuicidálneho sebapoškodzovania u chlapcov a dievčat bez akejkoľvek diagnózy v oblasti duševného zdravia ako spôsobu vyjadrenia diskomfortu.

Sebapoškodzovanie nie je problém; robí ho veľa ľudí. NEPRAVDA.

Mnoho ľudí sa môže sebapoškodzovať – možno každý z nás pozná niekoho, kto to robí – a pritom nemusia mať problémy s duševným zdravím, ale sebapoškodzovanie nie je zdravý spôsob zvládania diskomfortu. Aj keď sa môže zdať, že krátkodobo funguje, používanie tejto stratégie v strednodobom a dlhodobom horizonte môže mať veľmi problematické dôsledky a bráni človeku osvojiť si zdravšie stratégie.

Je nevyhnutné vyriešiť problémy z minulosti, aby človek prestal so sebapoškodzovaním. NEPRAVDA.

Neexistuje dôvod myslieť si, že musíte počkať, kým prekonáte všetky negatívne skúsenosti z minulosti, aby ste prestali so sebapoškodzovaním. V skutočnosti práve ukončenie sebapoškodzovania môže pomôcť začať riešiť aj ostatné problémy.

Nesuicidálne sebapoškodzovanie je spôsob, ako upútať pozornosť. NEPRAVDA.

Ľudia sa sebapoškodzujú z mnohých rôznych dôvodov a mnohí ľudia svoje sebapoškodenia skrývajú, aby ich nikto nevidel. Aj u tej istej osoby sa dôvody a formy sebapoškodzovania môžu časom meniť.

Sebapoškodzovanie je problémom adolescentov. NEPRAVDA.

Nie, nesuicidálne sebapoškodzovanie ako mechanizmus zvládania sa môže objaviť v akomkoľvek veku, ale je pravda, že častejšie sa vyskytuje medzi adolescentmi a mladými dospelými.

Sebapoškodzovanie nemá v krátkodobom horizonte následky. NEPRAVDA.

Sebapoškodzovanie môže mať následky v krátkodobom i dlhodobom horizonte, pričom dlhodobé následky môžu byť najzávažnejšie. Krátkodobo ide o správanie, ktoré môže viesť ku stigmatizácii. Okrem toho zasahuje do sociálnych a medziľudských vzťahov, keďže vedie k izolácii, pocitom nepochopenia, obavám a nepokoju v sociálnom a rodinnom prostredí. Medzi dlhodobé dôsledky, okrem chronifikácie bezprostredných dôsledkov, patrí skutočnosť, že sebapoškodzovanie sa môže stať bežným spôsobom zvládania diskomfortu, čo bráni osvojeniu si adaptívnejších stratégií so všetkým, čo s tým súvisí. Na druhej strane existuje riziko, že toto sebapoškodzujúce správanie sa môže spojiť s vážnejšími problémami, ako je rozvoj myšlienok na smrť.

8.5

AKO SPREVÁDZAŤ OSOBU SO SEBAPOŠKODZUJÚCIM SPRÁVANÍM V EDUKAČNOM PROSTREDÍ

Dôležitosť rozvoja odolnosti u adolescentov

[1] Ochranné faktory pri sebapoškodzujúcom správaní sú rovnaké ako pri ktorejkoľvek poruche alebo emočnom probléme. Súvisia so **schopnosťou či zručnosťou jednotlivca zvládať negatívne alebo stresujúce životné udalosti** bez toho, aby sa u neho rozvinulo dysfunkčné alebo patologické správanie.

V tomto zmysle hovoríme o resiliencii (odolnosti) ako o schopnosti čeliť negatívnym životným udalostiam (Dray et al., 2017). Bola tiež definovaná ako schopnosť človeka prispôbiť sa náročným situáciám a vytrvať tvárou v tvár ťažkostiam, alebo ako schopnosť vzchopiť sa po traumatickej či stresujúcej udalosti (Norris et al., 2009). Rozvoj odolnosti počas dospievania (medzi 12. a 18. rokom) sa považuje za účinnú al-

ternatívu pri zvládaní niektorých duševných porúch, ktoré sa vyskytujú v dnešnej spoločnosti.

Štúdie ukazujú, že nie všetci adolescenti, ktorí prežívajú nepriaznivé situácie, majú problémy s duševným zdravím. Niektoré štúdie preukázali, že kľúčom by mohla byť odolnosť, ktorá je **ústredným faktorom pri zotavovaní sa z traumy a nepriaznivých udalostí** (Rutter, 2013). Odolnosť môže pôsobiť ako ochranný faktor proti rozvoju duševných porúch, a preto jej absencia môže byť rizikovým faktorom pre celý rad klinických ochorení (Srivastava et al., 2019).

Emocionálna pohoda a odolnosť sú úzko späté pojmy. Čím sme odolnejší, tým je menšia pravdepodobnosť, že sa u nás rozvinú problémy s duševným zdravím, a tým je väčšia pravdepodobnosť, že budeme mať psychickú pohodu.

Odolnosť je schopnosť čeliť novým situáciám a prispôbiť sa im. Odolní ľudia sa dokážu prispôbiť zmenám. Majú schopnosť čeliť ťažkostiam, frustráciám a stresu, ktoré sú súčasťou nášho každodenného života. Preto mnohí odborníci považujú odolnosť za protilátku na epidémiu duševných porúch a za cestu k psychickej pohode.

[2] Na akých zručnostiach môžeme pracovať, aby sme podporili odolnosť u adolescentov?

Zručnosti, ktoré tvoria **emocionálne učenie**, sú jedným z kľúčových bodov, na ktorých treba pracovať. Štúdie identifikovali niekoľko špecifických zručností, ktoré sú rozhodujúce pri podpore odolnosti:

- Emocionálna samoregulácia.
- Schopnosť sebauvedomenia (intuícia).
- Sociálne povedomie (schopnosť vžiť sa do situácie iných a pochopiť ich pocity a myšlienky).
- Vzťahové zručnosti (nadväzovanie a udržiavanie vzťahov, aktívne počúvanie, ponúkание pomoci a požiadanie o pomoc atď.).
- Schopnosť robiť zodpovedné rozhodnutia.

Okrem toho, v tejto spoločnosti preplnenej podnetmi je dôležité, aby si adolescenti osvojili schopnosť spojiť sa s prítomným okamihom a so svojimi emóciami bez ich posudzovania, teda **osvojili si prax bdelej pozornosti**. To znamená trénovať schop-

nosť udržať pozornosť v prítomnosti, jednoducho pozorovať zážitok, opísať ho slovami a nechať sa ním unášať. To im potom zasa pomôže vyhnúť sa impulzívnosti pri konaní alebo rozhodovaní.

Ďalším aspektom, na ktorom treba pracovať, je **sebaúčinnosť** (*self-efficacy*), čiže vnímanie vlastnej schopnosti dosiahnuť to, po čom túžime. Keď pracujeme na sebaúčinnosti, adolescenti začínajú mať väčšiu istotu, že môžu dosiahnuť svoje ciele. Aby dosiahli v živote svoje ciele, musia konať, a na to je nevyhnutné, aby verili, že môžu uskutočniť to, po čom túžia. Ak sa necítia schopní dosiahnuť ciele, majú tendenciu klásť si hranice a vzdávať sa ešte skôr, než to vôbec skúsia. Preto je dôležité zabezpečiť, aby adolescenti nadobudli presvedčenie: „Môžem dosiahnuť svoj cieľ. Skúsím to, prečo nie?“

„Nikdy nevieš, aký si silný, dokiaľ byť silný nie je tvojou jedinou voľbou“

Bob Marley.

V tomto bode vidíme dôležitosť vzťahu medzi odolnosťou a našou sebaúctou. Ak máme silnú a zdravú sebaúctu, budeme schopnejší čeliť ťažkostiam, s ktorými sa stretávame. V dôsledku toho sa odolnosť prejaví ako väčšia schopnosť prekonávať prekážky. Zároveň, rozvíjaním odolného správania posilňujeme aj svoju sebaúctu, čo zlepšuje aj náš pohľad na seba samých.

Ako sa teda môžeme stať odolnými? Ak si osvojíme nasledujúce postoje a budeme ich rozvíjať, môžeme dosiahnuť pozitívne výsledky. Niekoľko odporúčaní:

- Nenechajme sa zastrašiť zmenami, ktoré považujeme za nevyhnutné.
- Uvedomme si, že krízy, ktoré určite prídu, nie sú neprekonateľné.
- Buďme odhodlaní, rozhodujme sa bez strachu; neúspech spôsobený našimi činmi nás nesmie zastaviť.
- Spomeňme si na naše predchádzajúce skúsenosti, keď sme dokázali prekonať ťažkosti.

Naše rozhodnutia, odhodlanie a optimizmus pri prekonávaní prekážok sú rozhodujúce pre náš ďalší rast a pre to, aby nás prekážky nezastavili.

Pre adolescentov bude tiež kľúčové naučiť ich efektívne **stratégie zvládania** mnohých situácií, s ktorými sa budú stretávať, pričom treba mať na pamäti, že stále musia čeliť výzvam a novým situáciám. Schopnosť rozvíjať efektívne stratégie na zvládanie situácií im pomôže znížiť stres vyvolaný novými situáciami alebo aj situáciami, ktoré

nie sú nové, ale spôsobujú stres. Medzi tieto stratégie patria najmä komunikačné zručnosti, asertivita a riešenie problémov.

[3] Čo môžu urobiť odborníci v oblasti výchovy, aby podporili odolnosť?

Edukačné prostredia môžu urobiť veľa pre podporu psychickej pohody mladých ľudí.

Tieto prostredia sú zároveň privilegované, pretože ponúkajú priestor na realizáciu univerzálnych preventívnych programov – teda programov určených všetkým mladým ľuďom, nielen tým, ktorí už vykazujú ťažkosti. Cieľom týchto programov je posilniť psychickú pohodu adolescentov tým, že im pomáhajú rozvíjať zručnosti podporujúce ich vlastnú odolnosť.

Navyše sú to privilegované prostredia, pretože je to priestor, ktorý ponúka príležitosť realizovať univerzálne preventívne programy (čiže programy určené všetkým mladým, nielen tým, ktorí vykazujú ťažkosti) na podporu psychickej pohody adolescentov tým, že im poskytnú zručnosti na podporu ich vlastnej odolnosti. Školská trieda sa môže stať ideálnym miestom na uplatnenie všetkých vyššie uvedených zručností.

Okrem realizácie univerzálnych preventívnych programov by mohli edukačné centrá uskutočniť rôzne kroky, ktoré **podporujú odolnosť** a tým aj psychickú pohodu, napríklad:

- Poskytovať návody na budovanie zdravých vzťahov.
- Modelovať a posilňovať vhodné správanie a postoje.
- Ponúkať príležitosti na stanovenie životných cieľov.
- Vytvárať priestor na diskusiu a reflexiu o dôležitých otázkach dospievania.
- Budovať pozitívne vzťahy medzi samotnými mladými ľuďmi, ako aj medzi odborníkmi, dospelými a adolescentmi.
- Zvyšovať povedomie o duševnom zdraví a znižovať stigma spojenú s touto témou.
- Podporovať pocit spolupatričnosti adolescentov v edukačnej komunite.
- Podporovať aktívnu účasť adolescentov na aktivitách, ktoré napomáhajú vytváranie odolnej školskej kultúry.





9

KAPITOLA

Samovražda

9.1

SAMOVRAŽDA: UZNANIE ZÁVAŽNOSTI PROBLÉMU

Samovražda je súkromná voľba a problém všetkých

Táto kapitola sumarizuje najdôležitejšie informácie o samovražde: varovné signály; rizikové a ochranné faktory u adolescentov, dospelých a starších ľudí; rôzne výchovné opatrenia; hlavné odporúčania pre smútiacich pozostalých; a najrozšírenejšie mýty o tomto vážnom probléme, ktorému musíme čeliť spoločne.

[1] Hovoriť o samovražde predstavuje veľkú výzvu nielen pre odborníkov, ktorí sa tejto téme venujú, ale aj pre tých, ktorí chcú tento jav pochopiť, poznať jeho príčiny, prispieť k jeho prevencii a zmierniť jeho stigma. Samovražda je vážnym problémom verejného zdravia a vo všeobecnosti patrí medzi najčastejšie vonkajšie, teda neprirodzené príčiny smrti. Podľa údajov WHO z roku 2019 zomrie v dôsledku samovraždy každých 40 sekúnd jeden človek, čo predstavuje približne 700 000 odvrátiteľných úmrtí ročne na celom svete. Otázka samovraždy je stále sprevádzaná spoločenskou stigmu a odhaduje sa, že skutočný počet samovrážd je podhodnotený, pretože mnohé úmrtia sa neevidujú ako samovraždy. Nehovoriac o dôsledkoch mnohých pokusov o samovraždu, ktoré sa neskončia smrťou a o ktorých nie sú žiadne záznamy.

[2] Prevencia samovrážd je považovaná za prioritu verejného zdravia a za prioritný cieľ Akčného programu na odstránenie nedostatkov duševného zdravia, ktorý bol zavedený v roku 2008. V Akčnom pláne pre duševné zdravie na roky 2013-2020 sa členské štáty WHO zaviazali pracovať na dosiahnutí globálneho cieľa – znížiť národné miery samovrážd o 10 %, ale čísla zostali takmer nezmenené.

Samovražedné správanie zahŕňa celé spektrum prejavov od pokusu o samovraždu a jej prípravu až po dokonanú samovraždu.

Príznaky samovraždy

[1] Samovražedné správanie pozostáva z nasledujúcich prejavov:

- **Samovražedné myšlienky.** Tieto myšlienky sa pohybujú od pasívneho premýšľania o túžbe zomrieť až po aktívne myšlienky na samovraždu, vrátane plánovania samotného pokusu. Existuje široká zhoda v tom, že plánovanie samovraždy identifikuje človeka ako osobu s vysokým rizikom spáchania samovraždy. Keď hovoríme o samovražedných myšlienkach, máme na mysli osoby s aktívnymi samovražednými myšlienkami a túžbou zomrieť, a teda aj s vysokým rizikom spáchania samovraždy. Toto „vysoké riziko“ hodnotí psychiater alebo psychológ, či už v ambulancii alebo na pohotovostnom oddelení nemocnice.
- **Samovražedné vyhrážky.** Chápeme ich ako verbalizáciu týchto myšlienok a teda ako ukazovatele vysokého rizika.
- **Samovražedné gestá.** Ide o všetky prípravné činy, ktoré predchádzajú samotnému pokusu o samovraždu, bez toho, aby k pokusu došlo. Vieme, že ide o samovražedné gesto, keď rozumieme, čo sa deje, bez toho aby nám to osoba slovne oznámila.
- **Pokus o samovraždu.** Ide o sled činov vykonaných osobou, ktorá plánuje ukončiť svoj život, pričom výsledkom týchto činov je smrť.
- **Dokonaná samovražda.** Je to pokus, ktorý končí smrťou osoby.

Výskyt samovraždy

[1] V posledných desiatich rokoch zaznamenala miera samovrážd významné trendy na celosvetovej úrovni, ovplyvnené rôznymi faktormi, medzi ktoré patria vek, pohlavie a socioekonomické charakteristiky. Údaje naznačujú, že samovražda zostáva jed-

nou z hlavných príčin úmrtí vo svete, s odhadom viac než 700 000 samovrážd ročne podľa štatistík Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO).

[2] Vekovou skupinou najviac postihnutou samovraždami sú adolescenti a mladí dospelí, zvlášť vo veku od 15 do 29 rokov. Táto veková skupina vykazuje rastúcu mieru samovrážd, často súvisiacu s faktormi, ako sú poruchy duševného zdravia, spoločenský tlak a skúsenosti s diskrimináciou. Zaujímavé je, že miery samovrážd u starších ľudí, najmä nad 70 rokov, sú takisto významné a odhaľujú výzvy spojené so sociálnou izoláciou, stratou blízkych a zhoršujúcim sa zdravotným stavom.

[3] Výrazné rozdiely vo výskyte samovrážd možno pozorovať aj medzi pohlaviami. Muži majú výrazne vyššiu mieru samovrážd než ženy, pričom celosvetový priemer ukazuje, že muži páchajú samovraždy takmer trikrát častejšie ako ženy. Ženy však majú tendenciu prejavovať samovražedné správanie iným spôsobom, a to vyššou mierou pokusov o samovraždu, čo možno pripísať rôznym faktorom, vrátane používania menej smrteľných metód.

[4] Z geografického hľadiska sa výskyt samovrážd po celom svete líši. Medzi regióny s najvyššou mierou samovrážd patrí východná Ázia, s krajinami ako Južná Kórea a Japonsko, kde k tomuto fenoménu prispievajú kultúrne faktory, pracovné tlaky a spoločenské očakávania. Niektoré krajiny východnej Európy, napríklad Lotyšsko a Litva, majú tiež znepokojivo vysokú mieru samovrážd, ktorá je často spojená s hospodárskymi krízami, nezamestnanosťou a problematickým životným štýlom.

Naopak, niektoré oblasti Afriky a Blízkeho východu vykazujú relatívne nižšie miery samovrážd, ale to neznamená, že problém neexistuje. Skôr môže byť podhodnotený kvôli stigmatizácii a kultúrnym tabu okolo samovrážd. V mnohých z týchto oblastí nedostatok prístupu k službám duševného zdravia a obavy zo spoločenských následkov sťažujú rozpoznanie a liečbu duševných porúch.

9.2

PRÍČINY, KTORÉ PRISPIEVAJÚ K SAMOVRAŽDE

Existujú skúsenosti, ktoré stavajú adolescentov a mladých ľudí do zraniteľnej situácie, či už pre závažnosť danej situácie, jej dlhodobý charakter alebo preto, že sa v ich detstve nahromadila séria stresujúcich alebo bolestivých životných skúseností. Tieto situácie môžu byť rozmanité a zároveň rôznorodé:

- Vzťahové konflikty s rovesníkmi, problémy s nadväzovaním vzťahov a s prijatím v skupinách, ku ktorým patria.
- Konflikty v rodine alebo rozpad rodiny.
- Problémy v škole.
- Finančné problémy.
- Problémy súvisiace s telesnými alebo duševnými chorobami.
- Úmrtie člena rodiny alebo blízkej osoby.
- Skúsenosť samoty, diskriminácie, násilia alebo zneužívania.

Práve u týchto adolescentov v zraniteľnej situácii sa môže správanie súvisiace so smrťou vyskytovať častejšie. Keď hovoríme o samovražednom správaní, máme na mysli akýkoľvek čin, ktorý má do určitej miery za cieľ smrť. Môže sa prejavovať rôznymi spôsobmi: mať myšlienky spojené so smrťou, plánovať spôsob smrti, vykonávať určité prípravy alebo dokonca uskutočniť čin so samovražedným úmyslom.

9.3

VAROVNÉ SIGNÁLY SAMOVRAŽDY

[1] Signály, ktoré nás môžu upozorniť na riziko samovraždy, sú rôzne. Na jednej strane ide o **akékoľvek vyjadrenie negatívneho obrazu o sebe samom**. Prejaví sa to napríklad vo výrokoch typu: „Nestojím za nič“, „Môj život nemá zmysel“. Musíme tiež dávať pozor na **zmeny v správaní**, ktoré naznačujú stratu záujmu o veci, ktoré mala daná osoba rada.

Smrť v dôsledku samovraždy je **hlavnou príčinou neprirodzenej smrti medzi adolescentmi a mladými ľuďmi**. Počet samovrážd a pokusov o samovraždu, o ktorých vieme, spustil poplašný signál na celom svete. Samovražda zostáva nepohodlnou a zamlčovanou príčinou smrti, najmä keď postihne adolescentov a mladých ľudí. Epidemiologické údaje o úmrtiach kvôli samovražde hovoria jasne: odhaduje sa, že na celom svete je štvrtina samovrážd spáchaná osobami mladšími ako 25 rokov.

V prípade adolescentov uvádzame niektoré varovné signály:

- Nedostatok nádeje do budúcnosti; katastrofické myšlienky napríklad „Život nestojí za to“ alebo „Nič sa nezmení“.

- Nedostatok krátkodobých alebo strednodobých životných plánov.
- Zlá nálada, pocity smútku, neschopnosť a nízka sebaúcta.
- Zmeny v životnom štýle, spánkových a stravovacích návykoch a pokles školského výkonu.
- Ťažkosti podeliť sa o diskomfort alebo utrpenie s rodinou a priateľmi.
- Izolovanie sa doma a slabá komunikácia s rodinou a priateľmi.
- Prerušenie aktivít, ktoré sa predtým vykonávali, alebo neschopnosť užívať si ich.
- Sebapoškodzovanie (napr. rezy na predlaktiach, stehnách), spravidla vykonávané s cieľom regulovať negatívne emócie.
- Utrpenie v dôsledku šikany alebo ťažkosti nadväzovať trvalé sociálne vzťahy.
- Zistenie alebo vyjadrenie traumatických skúseností (napr. sexuálne zneužívanie, týranie), ktoré spôsobujú veľké utrpenie.
- Neprimerané emotívne reakcie v konfliktných situáciách alebo nedostatok zdrojov na ich zvládanie.

9.4

HLAVNÉ MÝTY A MYLNÉ PREDSTAVY O SAMOVRAŽDE

V kolektívnom nevedomí sa zahniezdil celý rad mýtov, mylných presvedčení a predsudkov spojených s tabu a stigmou súvisiacimi so samovraždou, proti ktorým musíme bojovať. Tieto presvedčenia nepomáhajú ani nechránia, a sú len málo užitočnými pokusmi vysvetliť, prečo je samovražda taká hrozná.

Človek, ktorý spácha samovraždu, chce zomrieť. NEPRAVDA.

Ľudia, ktorí sa pokúšajú o samovraždu a spáchajú ju, sú často ambivalentní voči životu i smrti. Niektorí ľudia zomrú pri pokuse o samovraždu, hoci by radšej žili ďalej. Chcú sa len definitívne oslobodiť od emocionálneho utrpenia, ktoré prežívajú.

Každý, kto sa pokúsil o samovraždu, to nikdy neprestane skúšať. NEPRAVDA.

Je pravda, že niektorí ľudia sa pokúsia o samovraždu viackrát v krátkom časovom období, ale samovražedné myšlienky nemusia byť trvalé. V niektorých prípadoch sa už nevrátia.

Ľudia, ktorí hovoria, že sa chcú zabiť, to neurobia. NEPRAVDA.

Približne 75 % ľudí, ktorí spáchajú samovraždu, pred činom vyslalo nejaké varovanie. Títo ľudia nechcú len upútať pozornosť. Tieto varovné odkazy by sa nikdy nemali ignorovať. Hovoriť o nich môže byť spôsob, ako požiadať o pomoc.

Hovoriť o samovražde môže niekoho povzbudiť k jej spáchaniu. NEPRAVDA.

Existuje veľa stigmy spojenej so samovraždou. Väčšina ľudí, ktorí o nej uvažujú, nevie, s kým sa o tom môže porozprávať. Rozprávanie o samovražde môže byť príležitosťou na prevenciu a ponukou nového a alternatívneho pohľadu na situáciu.

Samovražde sa nedá predísť, pretože ide o impulzívny čin. NEPRAVDA.

Percentuálny podiel prípadov, pri ktorých neboli pozorované príznaky, rizikové faktory či predchádzajúce indikátory, je veľmi nízky. Týmto prípadom je nepochybne veľmi ťažko predísť, ale vo väčšine situácií existuje množstvo indikátorov samovražedného správania. Preto je prevencia tým najlepším spôsobom, ako môžeme týmto ľuďom pomôcť.

9.5

AKO SPREVÁDZAŤ OSOBU SO SUICIDÁLNYMI MYŠLIENKAMI V EDUKAČNOM PROSTREDÍ

Rozvíjať zručnosti a bezpečné prostredie pre sociálno-emocionálne učenie

[1] Jednou z najdôležitejších výchovných činností je vytváranie **bezpečného a prijímajúceho priestoru**, v ktorom môžu mladí ľudia slobodne hovoriť o svojich emóciách a ťažkostiach bez strachu z odsudzovania. V tomto kontexte vychovávateľ pôsobí ako osoba, ktorá počúva aktívne s empatiou, dôverou a porozumením bez posudzovania. Na dosiahnutie tohto cieľa môže organizovať individuálne alebo skupinové rozhovory neformálnym spôsobom v prijímajúcom a neodsudzujúcom prostredí.

Napríklad, vychovávateľ môže zaviesť „Týždeň počúvania“, počas ktorého si mladí môžu rezervovať individuálne stretnutia v príjemnom prostredí, napríklad v knižnici alebo spoločenskej miestnosti, aby hovorili o svojich skúsenostiach a emočných výzvach. Počas týchto stretnutí môže vychovávateľ klásť otvorené otázky, ako naprí-

klad: „Je niečo, o čom by si dnes chcel/a hovoriť?“ alebo „Ako si sa cítil/a tento týždeň?“. Tým podporí komunikáciu a povzbudí autentickú reflexiu.

[2] Je dôležité zdôrazniť **faktory, ktoré môžu chrániť pred samovražednými myšlienkami**, ako napríklad:

Zníženie bolesti alebo posilnenie schopností zvládať problémy (coping):

- Posilňovať schopnosť riešenia konfliktov.
- Zistiť, či je vhodné vyhľadať odbornú pomoc, najmä pri problémoch s užívaním alkoholu a drog.

Forma aktívnej spirituality alebo náboženskej viery:

- Tvárou v tvár toľkému utrpeniu môže nádej vychádzajúca z viery pomôcť znovuobjaviť krásu vlastného života a zmysel jeho spoločného prežívania.
- Praktizovať osobnú aj skupinovú nábožnosť.
- Veriť v uzdravenie z porúch.

Zlepšenie väzieb na členov skupín, ktorých je človek súčasťou, alebo na projekty, ktoré realizuje samostatne:

- Posilňovanie sociálnych zručností.
- Dobrá rodinná komunikácia, spolupráca a účasť na rodinných aktivitách.
- Sebadôvera.
- Rodinná a sociálna podpora: pocit, že človek je užitočný a oceňovaný dôležitými ľuďmi, či už rodinou alebo rovesníkmi.
- Pocit, že má projekty alebo úlohy, ktoré ešte treba dokončiť.



Praktické techniky na hlbšiu prácu s rôznymi aspektmi samovraždy

Tieto aktivity majú za cieľ poskytnúť konkrétne nástroje na zvládanie náročných emócií a na budovanie vzťahov, ktoré sú založené na dôvere. Nasleduje opis niekoľkých praktických aktivít a špecifických techník, ktoré možno využiť v školskom alebo komunitnom prostredí.

Skupiny rovesníckej podpory. Vytvoriť priestor na zdieľanie a podporu, kde mladí ľudia môžu otvorene hovoriť o svojich skúsenostiach, cítiť sa pochopení a menej osamelí. V praxi to znamená, že pedagógovia organizujú skupinové stretnutia vedené

facilitátorom, počas ktorých sú mladí ľudia pozvaní zdieľať svoje myšlienky a skúsenosti spôsobom, ktorý je rešpektujúci a, ak si to želajú, anonymný. Mimoriadny dôraz sa kladie na vzájomné počúvanie a podporu bez posudzovania.

Materiály. Stoličky usporiadané do kruhu na podporu interakcie. Pedagóg môže porozdávať kartičky s otázkami alebo podnetmi, napríklad: „Porozprávaj o chvíli, keď si sa cítil/a pod tlakom“ alebo „Na čo si u seba hrdý/á?“

Frekvencia. Týždenné alebo dvojtyždenné stretnutia v dĺžke jednej hodiny.

Hranie rolí (role-playing) na riešenie konfliktov. Rozvíjať schopnosť zvládať konflikty a každodenné ťažkosti prostredníctvom simulácie problémových situácií. Účastníci sú rozdelení do dvojíc alebo menších skupín a dostanú scenáre, ktoré napodobňujú bežné konfliktné situácie (napr. nehoda s priateľom alebo neprijatá kritika). Počas aktivity stvárňujú rôzne úlohy a hľadajú riešenia. Následne pedagóg vedie diskusiu s cieľom analyzovať použité stratégie.

Materiály. Kartičky so scenármi konfliktov, prípadne doplnkové rekvizity na oživenie scény.

Frekvencia. Mesačné alebo dvojtyždenné stretnutia v dĺžke jednej hodiny.

Cvičenie „Strom života“. Posilňovať sebaúctu a podporovať sebauvedomenie tým, že im pomôže vizualizovať vlastné zdroje a ciele. Mladí ľudia nakreslia strom, ktorý predstavuje ich samých: korene symbolizujú osobné zdroje (napr. rodinu, priateľov, osobné kvality), kmeň predstavuje hodnoty a silné stránky, vetvy ukazujú budúce ciele a plody symbolizujú pozitívne skúsenosti alebo dosiahnuté úspechy.

Materiály. Papier a farbičky, prípadne predlohy, ktoré pomôžu pri kreslení stromu.

Frekvencia. Jednorazová aktivita alebo opakovaná aktivita každých 3-6 mesiacov na sledovanie zmien.

Premietanie a diskusia o filmoch s emocionálnymi témami. Podporiť dialóg a reflexiu o emocionálnych a vzťahových témach prostredníctvom analýzy filmov, ktoré sa zaoberajú emóciami, ťažkosťami adolescentov a prekonávaním náročných chvíľ. Mladí sú vyzvaní, aby navrhli filmy alebo seriály, ktoré sa zaoberajú touto témou. Pedagógovia následne organizujú premietanie filmov s emocionálnymi témami (napr. o priateľstve, odvahe, bolesti), po ktorom nasleduje riadená diskusia. Počas diskusie kladú otázky typu: „Ktorá postava ťa najviac oslovila a prečo?“ alebo „Ako sa vyvíjal príbeh vzhľadom na pôvodný problém?“

Materiály. Projektor alebo televízor, zoznam vhodných a podnetných filmov, otázky na zamyslenie pre účastníkov.

Frekvencia. Raz mesačne, celková dĺžka približne dve hodiny (film + diskusia).

Návrhy filmov

„Scialla! (Stai sereno)“ („Hlavně klid“) (2011) od Francesca Bruniho. Film sa venuje ťažkostiam vo vzťahu otca a syna, výzvam dospievania a životným rozhodnutiam. Môže otvoriť dialóg o témach osobnostného rastu a o tom, ako zvládať rodinné a sociálne konflikty.

„Intouchables“ („Nedotknuteľní“) (2011). Film sa zaoberá témami zdravotného postihnutia a priateľstva, ukazujúc, ako rozdiely môžu obohacovať a viesť k osobným objavom.

„Bianca come il latte, rossa come il sangue“ („Biela ako mlieko, červená ako krv“) (2013) od Giacomu Campiottiho. Rozpráva príbeh dospievajúceho chlapca, ktorý sa zamiluje do chorého dievčaťa. Film skúma objavovanie lásky, bolesti a prekonávanie ťažkostí, čo sú dôležité témy pre mladých ľudí v období dozrievania.

„The Perks of Being a Wallflower“ („Ten, kto stojí v kúte“) (2012) od Stephena Chboského. Film rozpráva o priateľstve, traumách a duševnom zdraví prostredníctvom života tínedžera, ktorý bojuje s vnútornými démonmi. Je ideálny na diskusiu o sebaúcte, odolnosti a sile osobných vzťahov.

„Good Will Hunting“ („Dobrý Will Hunting“) (1997) od Gusa Van Santa. Príbeh mladého génia sužovaného traumami a neistotou. Prostredníctvom stretnutí s terapeutom čelí svojim strachom a objavuje vlastnú hodnotu. Je vhodný na diskusiu o sebaúcte a osobnostnom raste.

„It's Kind of a Funny Story“ („Něco jako komedie“) (2010) od Anny Bodenovej a Ryana Flecka. Dej sa odohráva v psychiatrickej nemocnici a rozpráva príbeh tínedžera, ktorý vyhľadá pomoc kvôli samovražedným myšlienkam. Je to zaujímavý film, ktorý skúma tému depresie a dôležitosť podpory.

Dotazník na sebahodnotenie emocionálnej pohody. Pravidelne hodnotiť emocionálnu pohodu a identifikovať prípadné príznaky diskomfortu u mladých ľudí. Dotazník umožňuje sledovať ich duševný stav a v prípade potreby včas zasiahnuť. Pedagógovia rozdáajú anonymný dotazník s otázkami, ktoré pomáhajú mladým zamyslieť sa nad vlastnou emocionálnou pohodou. Otázky môžu zahŕňať napríklad:

„Ako často sa cítiš smutný/á alebo frustrovaný/á?“ alebo „Keď sa cítiš diskomfortne, čo robíš, aby si sa cítil/a lepšie?“

Materiály. Dotazníky v papierovej alebo digitálnej forme, anonymné odpovede na ochranu súkromia.

Frekvencia. Aplikujú sa každé tri mesiace alebo podľa potreby.

Rozprávanie osobných príbehov (Storytelling). Podporiť otvorenosť a zdieľanie osobných skúseností v bezpečnom a rešpektujúcom prostredí, kde mladí môžu počúvať a zdieľať príbehy o osobnostnom raste a prekonávaní ťažkostí. Konkrétne: v malých skupinách sú mladí ľudia pozvaní porozprávať významný osobný príbeh, napríklad o prekonaní náročného momentu alebo situácii, v ktorej sa cítili ocenení. Po každom zdieľaní skupina vyjadruje pozitívne komentáre a podporné otázky, pričom vždy rešpektuje hranice, ktoré si každý účastník určí.

Materiály. Príjemné prostredie, diktafón (len so súhlasom účastníkov, na neskoršie počúvanie a diskusiu nahrávky).

Frekvencia. Mesačné stretnutia alebo stretnutia podľa požiadaviek skupiny.

Aktivita vizualizácie budúcnosti (Vision Board). Pomôcť mladým ľuďom vytvoriť pozitívnu a motivujúcu predstavu o svojej budúcnosti, posilniť ich nádej a motiváciu dosiahnuť svoje ciele. Účastníci vytvoria „Nástenku snov/cieľov“ („Vision Board“) – koláž z obrázkov, slov a symbolov, ktoré predstavujú ich sny a ciele do budúcnosti. Môžu vystrihovať obrázky z časopisov alebo kresliť symboly, ktoré vyjadrujú to, čo chcú dosiahnuť.

Materiály. Časopisy, nožnice, lepidlo, kartón, fixky a výtvarné pomôcky.

Frekvencia. Ročná alebo polročná aktivita, užitočná na prehodnotenie a aktualizáciu vlastných túžob.

Šikanovanie



10.1 AKO ROZPOZNAŤ ŠIKANOVANIE

Šikana je prejavom násilia

Všeobecná deklarácia práv dieťaťa vo svojich článkoch potvrdzuje právo na vzdelanie a ochranu pred praktikami, ktoré môžu podporovať rasovú, náboženskú alebo inú formu diskriminácie. Rovnako zdôrazňuje právo dieťaťa byť vychovávané v duchu porozumenia, tolerancie, priateľstva medzi národmi, mieru a všeobecného bratstva. Zdravé spolunažívanie v školskom prostredí je právom a povinnosťou všetkých členov edukačnej komunity, pričom jeho základom je dôstojnosť jednotlivca.

Šikanózne správanie možno definovať ako **negatívne (neprijemné, urážlivé), opakované a úmyselné konanie jednej alebo viacerých osôb zamerané proti osobe, ktorá má ťažkosti brániť sa.**

Podľa tejto definície možno jav šikany opísať takto:

- Agresívne správanie alebo správanie zamerané na úmyselné ublíženie inému.
- Vykonávané opakovane a počas dlhšieho času.
- V rámci medziľudského vzťahu charakterizovaného skutočnou alebo vnímanou nerovnováhou moci či sily.

Zdá sa, že k šikanovaniu dochádza bez zjavnej provokácie zo strany osoby, ktorá je jeho terčom. Táto definícia objasňuje, že šikana môže byť chápaná ako forma zneužívania medzi rovesníkmi. To, čo ju odlišuje od iných foriem zneužívania, je kontext, v ktorom sa odohráva, a charakteristiky vzťahu medzi zúčastnenými stranami.

Šikana je akékoľvek zastrašovanie alebo fyzická, psychologická či sexuálna agresia voči osobe školského veku, vykonávaná opakovane tak, že spôsobuje obeti alebo skupine obetí ujmu, strach a/alebo úzkosť (podľa definície WHO a medzinárodnej mimovládnej organizácie *Bullying without Borders*).

Aktéri zapojení do situácií šikanovania

Okrem šikanéra a obete existujú aj iné osoby, ktoré sa na situácii podieľajú, aj keď nepriamo. Tu je stručný opis jednotlivých aktérov:

[1] Najčastejší typ *obete* je pasívna alebo submisívna osoba, ktorá zvyčajne vykazuje niektoré z nasledujúcich charakteristík:

- Opatrná, citlivá, tichá, uzavretá v sebe a plachá.
- Úzkostná, neistá, nešťastná a s nízkym sebavedomím.
- Depresívna a náchylnejšia k myšlienkam na samovraždu než rovesníci.
- Často bez priateľov; ľahšie si vytvára vzťahy s dospelými než s rovesníkmi.
- Ak ide o chlapcov, bývajú fyzicky slabší než ich vrstovníci.

Existuje aj iný, menej početný typ obetí – provokatívne obete charakterizované kombináciou úzkostných a agresívnych vzorcov správania. Títo chlapci a dievčatá často trpia problémami so sústredením a môžu mať aj poruchy učenia. Ich správanie môže vyvolávať podráždenie a napätie v okolí. Niektoré z týchto detí sú hyperaktívne. Mnohí žiaci, najmä v triednom kolektíve, ich správanie často vnímajú ako provokujúce.

[2] Na druhej strane *šikanéri* často vykazujú niektoré z nasledujúcich znakov:

- Silná potreba dominovať a podmaniť si ostatných žiakov a presadzovať svoju vôľu.
- Impulzívni; ľahko sa nahnevajú.
- Nízka miera empatie voči obetiam.
- Často sú spurní a agresívni voči dospelým, vrátane učiteľov a rodičov.
- Často zapojení do iných antisociálnych alebo delikventných aktivít, ako je vandalizmus, kriminalita alebo užívanie drog.
- Ak ide o chlapcov, bývajú fyzicky silnejší ako ich obete.

Je možné identifikovať niektoré psychologické črty, ktoré sú základom šikanovania. Po prvé, šikanéri majú silnú potrebu moci a nadvlády; zdá sa, že majú radosť z kontroly a ponižovania iných. Po druhé, vzhľadom na rodinné prostredie, v ktorom mnohí z nich vyrastali (Olweus, 1993), je prirodzené predpokladať, že si vytvorili určitý stupeň nepriateľstva voči okolitému svetu; tieto pocity a impulzy môžu viesť k tomu, že budú mať uspokojenie zo spôsobovania škody a utrpenia iným. Po tretie, v ich správaní je často prítomná „nástrojová alebo zištná zložka“ – šikanéri často nútia svoje obeť, aby im dávali peniaze, cigarety, pivo či iné cennosti.

[3] Svedkovia:

- Sú pozorovateľmi, ktorí sa môžu postaviť na stranu šikanéra alebo obhajovať obeť.
- Môžu prispievať k zosilneniu šikanovania.
- Môžu podporovať šikanérov.
- Môžu situáciu ignorovať.

[4] Škola môže byť:

- Vnútna organizácia.
- Miesto diania.
- Aktívny činiteľ zneužívania.
- Inštitúcia, ktorá zaujme postoj.
- Tá, ktorá zavádza pravidlá prevencie a riešenia prípadov.
- Tá, ktorá je schopná riešiť konflikty.

[5] Spoločnosť nesie zodpovednosť, pretože:

- Sociálna zraniteľnosť zvyšuje pravdepodobnosť zraniteľnosti v škole, ktorá sa tak stáva odrazom spoločnosti.
- Popiera existenciu problému.

Príznaky šikanovania

Obeť šikanovania vykazuje **rôzne príznaky a signály**, ktoré sa môžu prejaviť v rôznych formách: fyzické, psychologické, emocionálne, verbálne, sexuálne obťažovanie alebo kyberšikana. Uvádzame tri hlavné kategórie: fyzické, behaviorálne a emocionálne.

„Nemôžeme dosiahnuť inkluzívne a spravodlivé vzdelanie pre všetkých, ak sa deti nemôžu učiť v bezpečných školách bez násilia, vrátane násilia zo strany spolužiakov, pedagógov a ďalšieho školského personálu, ako aj telesných trestov.“ (UNESCO 2020).

[1] Obete šikanovania môžu pociťovať **fyzické príznaky** (telesné prejavy), ktoré sú často spojené s chronickým stresom a úzkosťou, ktoré šikana spôsobuje. Medzi najčastejšie fyzické príznaky patria: časté bolesti hlavy, bolesti brucha alebo iné tráviace ťažkosti bez zjavnej príčiny. Neustály stav napätia sa môže prejavovať aj poruchami spánku, ako je nespavosť, nočné mory alebo ťažkosti so zaspávaním. Bežným príznakom je aj chronická únava, súvisiaca s nedostatkom spánku alebo úzkosťou. V niektorých extrémnejších prípadoch možno zaznamenať modriny či fyzické zranenia, ktoré sa dievča alebo chlapec môžu pokúšať zakryť zo strachu alebo hanby.

[2] Šikana často vedie k **behaviorálnym príznakom**, teda k výrazným zmenám v správaní obete. Môže sa prejavovať náhlým poklesom školského výkonu, pretože dotyčná osoba môže stratiť záujem alebo mať ťažkosti so sústredením. Úzkosť a stres s tým spojené môžu viesť aj k zvýšenej absencii, keď sa obeť snaží vyhýbať škole alebo iným prostrediam, kde sa šikana odohráva. Ďalším **behaviorálnym** prejavom je sociálna izolácia: obeť sa môže začať vyhýbať spoločenským aktivitám, uprednostňovať samotu alebo sa strániť priateľov a rodiny. Niektorí si vytvoria fóbiu voči určitým miestam alebo situáciám spojeným so šikanou, napríklad chodiť do školy alebo cestovať autobusom.

Okrem toho sa môžu objaviť aj sebaoškodzujúce sklony, snaha fyzicky si ublížiť alebo únik do návykových látok, ako sú alkohol či drogy, s cieľom zmierniť emocionálne utrpenie. Zmeny v stravovacích návykoch – ako strata chuti do jedla alebo nutkavé prejedanie – môžu taktiež signalizovať psychický a behaviorálny diskomfort.

[3] Obete šikanovania často rozvíjajú **emocionálne** príznaky depresie a úzkosti, ktoré môžu mať rôznu intenzitu. Môžu pôsobiť smutne alebo melancholicky väčšinu času, prejavujú výrazný pocit bezmocnosti a nízke sebavedomie. Často sa cítia nedostatočne alebo vinné a začínajú veriť, že šikana je nejakým spôsobom ich vlastnou vinou. Pri dlhodobej šikane sa môžu objaviť aj myšlienky na samovraždu, čo predstavuje vážny výstražný signál. Tieto osoby môžu byť tiež ľahko podráždené, mať výbuchy hnevu alebo silné emocionálne reakcie, ktoré sa zdajú byť neprimerané vzhľadom na situáciu.

Obete môžu mať problém jasne vyjadriť svoje pocity a často sa snažia svoju bolesť zakrývať. To môže viesť k zdanlivému nezáujmu alebo apatii voči mnohým aktivitám, ktoré im predtým prinášali radosť – stav známy ako anhedónia.

Výskyt šikanovania

Šikanovanie sa stalo problémom verejného zdravia, ktorý postihuje deti a adolescentov bez ohľadu na ich sociálne postavenie, vek, rasu, pohlavie alebo náboženstvo. Organizácia Spojené národy pre vzdelávanie, vedu a kultúru (UNESCO) uvádza, že približne 246 miliónov detí a mladých ľudí na svete zažíva nejakú formu školského násilia – najčastejšou formou je šikanovanie.

Podľa oficiálnej štúdie medzinárodnej mimovládnej organizácie *Bullying without Borders* (január 2022-apríl 2023) pre Ameriku, Európu, Áziu, Oceániu a Afriku:

- 6 z 10 detí zažíva denne nejakú formu šikanovania alebo kyberšikanovania.
- Výskyt šikanovania a kyberšikanovania rastie v Mexiku, USA a Španielsku.

Štúdia UNESCO v 144 krajinách (2020) uvádza:

- 1 z 5 študentov na svete trpí šikanovaním.
- Jedným z hlavných dôsledkov pre obeť je zhoršenie školských výsledkov: pravdepodobnosť vymeškania vyučovania sa zdvojnásobuje.
- Šikanovanie negatívne ovplyvňuje aj zdravie obetí.
- UNESCO varuje pred potenciálnymi negatívnymi účinkami na pohodu a duševné zdravie.

Každoročne zomrie 200 000 detí a adolescentov na celom svete v dôsledku šikanovania a kyberšikanovania.

„Mladí, ktorí tým trpia, majú dvakrát vyššiu pravdepodobnosť, že sa budú cítiť osamelo, nebudú vedieť v noci spať a budú mať samovražedné myšlienky,“ varuje agentúra.

Okrem týchto faktov vieme, že:

- 85 % prípadov sa odohráva v škole.
- 82 % detí so zdravotným postihnutím je v škole šikanovaných.
- 74 % detí vo veku 8 až 14 rokov už aspoň raz zažilo šikanu.
- Viac než 90 % prípadov šikanovania sa neoznami pedagógom.
- Viac ako 60 % šikanérov sa v dospelosti dopustí trestného činu.
- Tri milióny detí každý mesiac vynechávajú školu kvôli šikane.
- 9 z 10 homosexuálnych chlapcov je obťažovaných pre svoju sexuálnu orientáciu.

Čo sa týka kyberšikanovania:

- V siedmich európskych krajinách sa v rokoch 2010-2014 podiel chlapcov a dievčat vo veku 11-16 rokov, ktorí zažili kyberšikanu, zvýšil zo 7 % na 12 %.
- Hoci sa odohráva vo „virtuálnom svete“, má veľmi reálne dôsledky na zdravie detí.
- Šikanovanie a kyberšikanovanie sú priamo zodpovedné za viac ako 200 000 úmrtí ročne.
- Sociálne siete ako Facebook, Twitter, Instagram a WhatsApp môžu vytvárať nezdravé a nebezpečné prostredie pre deti, adolescentov a mladých ľudí.
- Obťažovanie na sociálnych sieťach je ťažko kontrolovateľné a neexistuje žiadna národná ani medzinárodná legislatíva, ktorá by obete chránila.

10.2

PRÍČINY, KTORÉ PRISPIEVAJÚ K ŠIKANOVANIU

Spúšťače a motivácie, ktoré vedú jednotlivca k páchaniu šikanovania, sú rôznorodé a môžu sa líšiť prípad od prípadu. Medzi hlavné dôvody patria:

[1] Potreba moci a kontroly. Mnohí šikanéri sa snažia uplatňovať moc nad ostatnými, aby sa cítili silní a dominantní. Môže to byť dôsledok osobnej neistoty alebo prostredia, v ktorom je moc vnímaná ako znak úspechu a nadsadenosti. V takýchto prípadoch sa šikanovanie stáva prostriedkom na potvrdenie spoločenského postavenia a ovládania ostatných.

[2] Konformita voči skupine a sociálny tlak. Šikana sa často prejavuje v rámci skupín, kde členovia participujú, aby sa cítili prijatí a rešpektovaní rovesníkmi. V týchto situáciách šikanér koná tak, aby sa prispôbil očakávaniam skupiny, najmä v období dospievania, keď je sociálne uznanie obzvlášť dôležité. Aj tí, ktorí sa spočiatku nezapájajú do agresívneho správania, môžu byť k tomu tlačení, aby sa vyhli vylúčeniu zo skupiny.

[3] Závisť a žiarlivosť. Niektoré prejavy šikany pramenia zo závesti alebo žiarlivosti. Ak má niekto pocit, že jeho spolužiak je úspešnejší – v škole, v spoločenskom živote alebo doma – môže sa ho pokúsiť „stiahnuť nadol“ prostredníctvom šikanovania, aby sa sám necítil tak nedostatočný.

[4] Osobné skúsenosti s násilím alebo vylúčením. Mnohí šikanéri majú za sebou vlastné traumatické skúsenosti alebo boli sami vylúčení. V takých prípadoch môže byť šikanovanie spôsobom, ako získať späť kontrolu alebo ventilovať hnev a frustráciu na niekom, kto je vnímaný ako slabší. Niekedy sa z obete šikanovania stáva šikanér, aby sa vyhol opakovaniu vlastného utrpenia alebo sa „pomstil“.

[5] Nedostatok empatie a emocionálne problémy. Niektorí jednotlivci šikanujú, pretože nedokážu vnímať bolesť a utrpenie, ktoré spôsobujú ostatným. Nedostatok empatie v kombinácii so slabým zvládaním vlastných emócií môže viesť k agresívnemu správaniu. Najmä mladí ľudia, ktorí majú ťažkosti so zvládaním hnevu alebo frustrácie, môžu konať impulzívne a agresívne.

[6] Zábava a túžba po rozptýlení. V niektorých prípadoch je šikanovanie motivované jednoducho túžbou po zábave. Niektorí šikanéri, najmä mladší, môžu považovať bolesť a poníženie iných za zdroj pobavenia. Táto motivácia je často spojená s nedostatočným uvedomením si dôsledkov svojich činov a nedostatočnou zodpovednosťou.

[7] Pocit beztrastnosti. Napokon, šikanovanie môže byť motivované pocitom, že človek môže konať bez následkov. V prostrediach, kde chýbajú jasné pravidlá alebo dospelí nezasahujú včas, môžu šikanéri nadobudnúť presvedčenie, že ich činy nebudú potrestané, čo ešte viac podporuje ďalšie agresívne správanie.

10.3

VAROVNÉ SIGNÁLY ŠIKANOVANIA

Znaky, ktoré sme už predtým opísali, možno pozorovať v správaní osoby, v jej sociálnych vzťahoch, technologických návykoch a celkovom zdravotnom stave.

[1] Používanie technológií zohráva v modernej šikane zásadnú úlohu, najmä kvôli rozmachu kyberšikanovania. Preto možno hovoriť o **technologických indikátoroch**. Obete môžu vykazovať rôzne znaky súvisiace s používaním elektronických zariadení. Napríklad si možno všimnúť prudký nárast alebo pokles v používaní telefónu, tabletu či počítača. V niektorých prípadoch sa obeť stane posadnutou neustálym kontrolovaním notifikácií zo strachu pred ďalšími útokmi alebo urážlivými správami. Naopak, iné osoby sa môžu technológiám úplne vyhýbať, aby sa vyhli ďalšiemu zneužívaniu cez sociálne siete či správy.

Ďalším dôležitým ukazovateľom je zmena online návykov. Obet' môže náhle prestať používať sociálne siete alebo si úplne zmazať účty. Bežné je aj časté menenie telefónneho čísla alebo hesiel ako snaha uniknúť šikanérom. Náhle a nevysvetliteľné zvýšenie času stráveného online môže naznačovať, že obet' hľadá uistenie alebo podporu, alebo čelí novým prípadom digitálneho šikanovania.

[2] Šikanovanie často výrazne ovplyvňuje sociálne vzťahy obete, preto sú **zmeny v medziľudských vzťahoch** ďalším varovným signálom. Mnohí jednotlivci sa začínú vyhýbať priateľom, ktorí pre nich predtým veľa znamenali, a rozvíjajú silnú nedôveru voči rovesníkom i ostatným ľuďom. Toto správanie môže byť spôsobené tým, že sa obet' už necíti bezpečne a nevie, komu môže veriť, hlavne ak bola v minulosti zradená alebo zosmiešnená priateľmi.

V rodinnom prostredí môže obet' pôsobiť vzdialene a uzatvorene; môže odmietať hovoriť o svojich problémoch alebo ich bagatelizovať, keď sa jej niekto opýta. V iných prípadoch obet' môže hľadať neustálu podporu od rodičov alebo príbuzných, pretože sa sama bojí čeliť školskému či spoločenskému prostrediu.

Vplyv na spoločenské vzťahy sa môže prejaviť aj tým, že obet' má tendenciu obklopovať sa mladšími alebo menej obľúbenými ľuďmi, v snahe vyhnúť sa neželanej pozornosti. V niektorých prípadoch obet' môže hľadať pochopenie a podporu v online komunitách, čím však riskuje, že sa stane terčom ďalšej šikany.

Správanie spolužiakov môže zahŕňať napríklad nasledovné:

- Neprijemné vtipy, nadávky, urážky.
- Urážlivé alebo výhražné správy či e-maily.
- Používanie hanlivých prezývok.
- Vylúčenie z večierkov alebo z mimoškolských aktivít.
- Izoláciu.
- Zosmiešňovanie pre oblečenie, vzhľad, gestá a pod.

Až 75 % detí a adolescentov, ktorí zažili alebo stále zažívajú šikanu či kyberšikanu, trpí poruchami duševného zdravia, napríklad depresiou, úzkosťou, bulímiou alebo anorexiou.

Každý konflikt medzi žiakmi je šikanovanie. NEPRAVDA.

Aby sa konflikt považoval za šikanu, udalosti musia pretrvávať v čase (opakovať sa), musí byť prítomná nerovnováha moci medzi poškodenou osobou a osobu, ktorá koná, musí existovať zámer ublížiť zo strany tej druhej osoby a poškodená osoba musí byť v obrannom postavení.

Obeťami sú iba mladí ľudia. NEPRAVDA.

Šikana môže postihnúť kohokoľvek, bez ohľadu na vek, vzdelanie, sociálne alebo ekonomické postavenie.

Medzi ženami nie je šikana bežná. NEPRAVDA.

Prípady šikany sa medzi pohlaviami zásadne nelíšia. Rozdiel je najmä v spôsobe konania. Muži častejšie používajú fyzickú agresiu, zatiaľ čo ženy viac využívajú verbálnu alebo sociálnu formu agresie. Existuje výrazný rozdiel v správaní žien, ktoré sú zároveň zraniteľnejšie.

Šikanujú iba „zlí chlapi“. NEPRAVDA.

Šikanéri môžu byť deti alebo adolescenti s ťažkosťami v medziľudských vzťahoch, ktorí sa snažia riešiť vlastné neistoty alebo traumy tým, že získavajú kontrolu nad inými ľuďmi. Nie sú „zlí“, ale potrebujú pomoc, aby pochopili a zmenili svoje správanie.

Kyberšikanovanie nie je také vážne ako fyzické šikanovanie. NEPRAVDA.

Kyberšikana môže byť rovnako vážna, alebo dokonca ešte ničivejšia. Obsah sa šíri veľmi rýchlo, zostáva dlhodobo dostupný a môže výrazne prehĺbiť pocity poníženia a izolácie obete.

Ochranné faktory, ktoré môžu predísť vzniku šikanovania

[1] Pri sprevádzaní je potrebné zohľadniť niektoré faktory, ktoré môžu ochrániť potenciálne obete pred šikanou:

- Jedným z najdôležitejších ochranných faktorov je **zdravé sebavedomie**. Deti alebo adolescenti s dobrým vnímaním seba samých a dôverou vo vlastné schopnosti majú tendenciu lepšie zvládať konfliktné situácie a sú menej zraniteľní voči útokom šikanérov.
- Ďalším kľúčovým faktorom je **podpora rodiny**. Obete, ktoré majú starostlivých a prítomných rodičov, ktorí počúvajú ich problémy a podporujú ich, majú väčšiu pravdepodobnosť vyhľadať pomoc a prekonať ťažkosti spojené so šikanou.
- **Pozitívne vzťahy s rovesníkmi** predstavujú tiež dôležitý zdroj podpory. Mať skupinu spoľahlivých priateľov alebo aj len jednu referenčnú osobu v sociálnej sieti môže poskytnúť pocit bezpečia a ochrany a zároveň znižuje riziko sociálnej izolácie, ktorá často zvyšuje riziko stať sa cieľom šikany.
- **Vzájomný rešpekt a empatia** podporujú porozumenie a prijatie rozdielov. V tomto zmysle sa posilňuje individuálna aj kolektívna zodpovednosť; každý mladý človek je povzbudzovaný, aby sa staral o ostatných a zasahoval v prípade agresívneho alebo diskriminačného správania.
- Napokon, **bezpečné a inkluzívne školské prostredie** môže slúžiť ako silný ochranný faktor. Keď má škola jasné pravidlá proti šikane, všímavý personál a atmosféru rešpektu a začlenenia, žiaci sa cítia chránení a v bezpečí.
- **Zvládanie emócií** poskytuje nástroje na vyjadrovanie vlastných pocitov zdravým a pozitívnym spôsobom, čím sa predchádza násilnému správaniu.
- Povedomie a scitlivosť (osveta) zohrávajú dôležitú úlohu, pretože je zásadné, aby všetci chlapci a dievčatá pochopili, čo je **šikana**, a dokázali rozpoznať jej rôzne formy.

[2] Ochranné faktory pre šikanérov. Aby sa predišlo tomu, že sa chlapci a dievčatá stanú šikanérmi, je nevyhnutné včas zasiahnuť v rôznych oblastiach.

Jedným z najúčinnějších ochranných faktorov je **prítomnosť pozitívnych vzorov** (rodičov, pedagógov alebo trénerov), ktorí učia deti rešpektu, empatii a vedeniu dialógu ako spôsobu riešenia konfliktov. Keď mladí ľudia vidia u svojich dospelých vzorov konštruktívne správanie, majú väčšiu tendenciu napodobňovať ich vo vzťahoch s rovesníkmi.

Ďalším ochranným faktorom je **schopnosť zvládať emócie**. Edukačné programy, ktoré pomáhajú deťom a adolescentom rozvíjať sociálne a emocionálne zručnosti, napríklad zvládanie hnevu a empatiu, môžu výrazne znížiť pravdepodobnosť, že si zvolia agresívne správanie. **Pozorný dohľad dospelých**, doma i v škole, je kľúčový pri prevencii šikanovania. V prostredí, kde dospelí pozorne sledujú správanie detí a včas zakročia, majú potenciálni šikanéri menej príležitostí konať bez následkov.

[3] Prevencia šikany v edukačných prostrediach si **vyžaduje integrovaný prístup, ktorý zahŕňa nielen chlapcov a dievčatá, ale aj pedagógov, rodičov a celú edukačnú komunitu.** Edukačné intervencie by mali byť zamerané na vytváranie prostredia rešpektu a inklúzie a na rozvoj sociálnych a emocionálnych kompetencií mladých ľudí. Tu sú niektoré účinné intervencie a ich praktické aplikácie:

- **Sociálno-emocionálna výchova.** Jedným zo zásadných zásahov je začlenenie sociálno-emocionálnej výchovy do školského učiva. Tento typ edukácie pomáha chlapcom a dievčatám rozpoznať a zvládať vlastné emócie, rozvíjať empatiu voči druhým a budovať pozitívne vzťahy. Napríklad školy môžu zaviesť programy s aktivitami, ako je hranie rolí, kde žiaci prevezmú úlohy šikanéra, obete a pozorovateľa, aby diskutovali o emóciách a dôsledkoch agresívneho správania. Týmto spôsobom sa žiaci učia vcítiť do situácie iných a získavajú hlbšie pochopenie bolesti, ktorú šikana spôsobuje.
- **Formovanie pedagogického personálu.** Ďalším kľúčovým krokom je vzdelávanie pedagogického personálu. Učitelia by mali byť vybavení stratégiami na identifikáciu a riešenie prejavov šikanovania. Školenia môžu zahŕňať simulácie situácií šikany, diskusie o tom, ako efektívne zasiahnuť a ako podporiť obeť. Napríklad učiteľ sa môže naučiť rozpoznávať príznaky diskomfortu u svojich žiakov a včas zasiahnuť napríklad rozhovorom s obeťou v súkromí a v prípade potreby zapojením rodičov.
- **Vytvorenie pravidiel proti šikane.** Školy by mali vypracovať a zaviesť jasné a spoločné pravidlá proti šikane. Tieto pravidlá by mali definovať, čo sa považuje za šikanovanie, aké sú dôsledky pre šikanérov a aká podpora je poskytovaná obetiam. Napríklad škola môže vytvoriť etický kódex správania, ktorý musia všetci žiaci podpísať na začiatku školského roka, čím uznávajú dôležitosť bezpečného a rešpektujúceho prostredia. Tieto pravidlá by mali byť viditeľné a prístupné, napríklad prostredníctvom plagátov vyvesených v triedach a na chodbách.
- **Iniciatívy na zapojenie mladých ľudí.** Povzbudzovanie mladých ľudí, aby sa stali aktívnymi nositeľmi zmeny, predstavuje ďalší účinný spôsob prevencie šikany. Školy môžu vytvárať pracovné skupiny alebo výbory proti šikane, ktoré pozostávajú zo žiakov prejavujúcich záujem a angažovanosť. Tieto skupiny môžu organizovať podujatia, ako napríklad dni osvetu, počas ktorých sa riešia témy súvisiace so šikanou a podporujú sa hodnoty rešpektu a inklúzie. Praktickým príkladom môže byť „Týždeň láskavosti“, počas ktorého sú žiaci povzbudzovaní k prejavom láskavosti a zdieľaniu pozitívnych skúseností.

- **Aktivity na budovanie tímu (*teambuilding*).** Aktivity na budovanie tímu môžu pomôcť posilniť väzby medzi mladými ľuďmi a tým znížiť riziko šikany. Školy môžu organizovať výlety, kolektívne športy alebo spoločné projekty, pri ktorých mladí pracujú spolu na dosiahnutí spoločného cieľa. Napríklad komunitný záhradnícky projekt môže povzbudiť chlapcov a dievčatá k spolupráci a rozvoju pocitu zodpovednosti a spolupatričnosti. Tieto spoločné skúsenosti môžu zlepšiť súdržnosť skupiny a vytvoriť prostredie, v ktorom je šikana menej pravdepodobná.
- **Vytváranie bezpečných priestorov.** Školy by mali vytvárať bezpečné priestory, kde môžu chlapci a dievčatá slobodne vyjadrovať svoje obavy. To môže zahŕňať zavedenie „hodín vypočutia“, počas ktorých sa môžu stretnúť so školským psychológom alebo dôveryhodným učiteľom a diskutovať o problémoch súvisiacich so šikanou. Okrem toho zavedenie anonymného systému na hlásenie šikany môže pomôcť mladým ľuďom cítiť sa bezpečnejšie pri oznamovaní problémových situácií bez strachu z odplaty.
- **Spolupráca s rodinami.** Zapojenie rodín je nevyhnutné pre účinnú stratégiu prevencie. Školy môžu organizovať stretnutia alebo workshopy zamerané na vzdelávanie rodičov o signáloch šikany a o tom, ako môžu podporovať svoje deti. Príkladom môže byť stretnutie venované rodičom, kde sa bude diskutovať o dôležitosti podpory empatie a rešpektu v rodine, ako aj o spôsoboch riešenia prípadných nahlásenia šikany, ktoré dostanú od svojich detí. Vytvorenie otvorenej komunikačnej línie medzi školou a rodinou podporuje širšiu sieť podpory.
- **Monitorovanie a hodnotenie.** Nakoniec je kľúčové sledovať a hodnotiť účinnosť zavedených intervencií. Školy môžu uskutočniť prieskumy medzi žiakmi, aby získali spätnú väzbu o školskej atmosfére a postoji k šikane. Tieto informácie môžu viesť k úpravám existujúcich programov a pravidiel. Napríklad, ak prieskum ukáže, že sa žiaci necítia bezpečne pri nahlásení prípadov šikany, škola môže prehodnotiť svoj prístup k hláseniu a zlepšiť systémy podpory.

Skúsme rýchlo a stručne zhrnúť v desatore, čo by sme mali robiť a mať na pamäti pri riešení šikany:

1. Obťažovanie nie je „žart“.
2. Každý človek môže byť páchateľom či obeťou šikanovania a kyberšikanovania.
3. V situáciách šikanovania má každý svoju úlohu.
4. Chlapci a dievčatá sa správajú odlišne, pokiaľ ide o prejavy agresivity.
5. Šikanovanie medzi mladými je zdravotný problém, ktorý sa týka všetkých.

6. Mužské a ženské obete šikanovania potrebujú pomoc.
7. Aj chlapci a dievčatá, ktorí šikanujú, potrebujú pomoc.
8. Na zastavenie situácie je potrebný rozhodný prístup.
9. Ide o otázku základných ľudských práv.
10. Spolupráca rodiny je nevyhnutná.



Techniky na hlbšiu prácu s rôznymi aspektmi šikany

Výchovné aktivity, ktoré môžu pedagógovia realizovať, zahŕňajú rôzne skupinové a individuálne činnosti, hodnotiace nástroje a cielené edukačné zdroje.

[1] Rozhovory

Rozhovor s obeťou:

- Komunikovať, že chápeme, aké ťažké je hovoriť o tom, čo sa stalo alebo deje, ale zároveň zdôrazniť dôležitosť to urobiť.
- Rozprávať pokojne a zabrániť obeti, aby sa obviňovala za to, čo sa stalo alebo deje.
- Nehovoriť príliš veľa, ale pozorne a empaticky počúvať.
- Jasne vyjadriť, že nechceme zhoršiť ani podporovať problém!



Niekoľko príkladov otázok, ktoré treba klásť citlivo počas rozhovoru

Ako sa máš? Ako sa cítiš v škole alebo v centre?

Čo ťa trápi?

Čo sa stalo?

Kde a kedy?

Kto to urobil?

Prečo si myslíš, že to robia?

Videl to niekto?

Kto pozná túto situáciu?

Povedal/a si to niekomu? Ak áno, komu?

Môže ti niekto s tým pomôcť?

Odkedy sa tieto situácie dejú?

Ako sa cítiš, keď sa takéto veci dejú?

Čo robiť, keď sa to znova udeje?

Aký je tvoj názor na vyriešenie tohto problému?



Kľúčové posolstvá

To, čo sa stalo, nie je tvoja zodpovednosť.

Nie si na to sám/sama.

Veríme ti.

Nikto nemá právo, aby si sa cítil/a vinný/á.

Sme tu, aby sme ti pomohli.

Rozhovor s útočníkom:

- Hovoriť pokojne, rešpektujúcim a neagresívnym tónom hlasu a vyhýbať sa hádkam, ktoré vyvolávajú odpor.
- Vyhýbať sa morálnym hodnoteniam alebo morálnym súdom.



Niekoľko príkladov otázok

Ako sa cítiš v škole alebo v centre? Aké máš obavy?

Rozumieš si so svojimi spolužiakmi alebo so spolupracovníkmi?

Povedali mi, že pred pár dňami sa stalo niečo s X. Čo sa stalo? Kde a kedy? Prečo si myslíš, že sa to stalo? Ako sa cítiš, keď sa takéto veci dejú?

Podľa tvojho názoru, ako sa cíti X? Ako by sa tento problém mohol vyriešiť?

Vnímaš šikanovanie (agresiu) medzi rovesníkmi v škole ako problém?

Aké sú podľa teba najčastejšie formy šikanovania medzi rovesníkmi? Ako často sa takéto veci dejú? Prečo si myslíš, že niektorí chlapci alebo dievčatá takéto veci robia? Robil/a si niekedy takéto veci? Myslíš si, že to, čo sa stalo s X, by sa mohlo považovať za šikanovanie alebo kyberšikanovanie?



Kľúčové posolstvá

Je dôležité uvedomiť si dôsledky svojich činov.

Skús sa vcítiť do kože osoby, ktorá je obeťou.

Uznanie od ostatných môžeš získať iným spôsobom.

Čo môžeš urobiť, aby si napravil a odčinil škodu?

Skutočná sila spočíva v schopnosti zmeniť sa.

Rozhovor s pozorovateľmi:

- Zvyšovať povedomie medzi rovesníkmi o fenoméne šikanovania a kyberšikanovania, podporovať empatiu voči tým, ktorí sú jeho obeťami.
- Pomáhať prelomiť zákon ticha, aby sa odhalili prípady šikanovania alebo kyberšikanovania, ktoré sú skryté pred dospelými.
- Povzbudzovať identifikáciu a nahlásovanie obetí šikanovania a šikanérov.
- Snažiť sa zapojiť pozorovateľov tak, aby prešli z pasívnych divákov na aktívnych spolupracovníkov.
- Zabezpečiť dôvernosc informácií (mlčanlivosť).



Niekoľko otázok

Ako ste sa cítili, keď ste boli svedkami šikanovania?

Aká bola vaša reakcia vtedy? Urobili ste niečo alebo niečo povedali?

Čo vám zabránilo zasiahnuť, ak ste nič nerobili?

Premýšľali ste niekedy o tom, ako sa obeť v tom momente cítila?

Keby ste boli na mieste obete, čo by ste chceli, aby ostatní pre vás urobili?

Myslíte si, že by sa šikanér správal inak, keby niekto zasiahol?

Mali ste príležitosť hovoriť s obeťou alebo jej po incidente ponúknuť podporu?

Ak by sa to stalo znova, zachovali by ste sa inak?



Kľúčové posolstvá

To, čo sa deje, nie je žart.

To, čo sa stane, má na vás vplyv.

Všetci sme spoluzodpovední.

Ako si myslíte, že sa cíti ten, kto zažíva negatívne správanie?

Sila zmeniť veci je v skupine.

Rozhovor s rodinou:

- Tieto rozhovory by sa mali viesť samostatne s rodinami zapojených detí.
- Je dôležité poskytnúť jasné informácie a viesť pokojnú komunikáciu.
- Treba používať vhodné komunikačné prostriedky (empatia, vyjadrenia v prvej osobe a pod.), aby sa rodina nevyplašila.
- Je potrebné objasniť, že škola alebo vzdelávacie centrum a rodina majú spoločný cieľ, a preto je potrebná ich spolupráca a angažovanosť.
- Odporúča sa vzbudiť nádej, že sa situácia môže zlepšiť.

Odporúča sa sústrediť sa na fakty, nie na osobu, a vyhýbať sa hodnoteniu a obviňovaniu rodiny.

[2] Anonymné dotazníky na hodnotenie vnímania šikanovania. Anonymné dotazníky sú účinným nástrojom na získanie celkového obrazu o školskom prostredí a o možných prípadoch šikanovania. Chlapci a dievčatá môžu odpovedať na otázky, ktoré skúmajú ich vnímanie tohto javu v škole, ako aj ich vlastné skúsenosti. Praktické otázky z rôznych oblastí by mohli zahŕňať:



Otázky o všeobecnom vnímaní šikanovania

- Ako často sa podľa teba vyskytuje šikanovanie v našej škole?
- Ktoré formy šikany považuješ za najbežnejšie (fyzické, verbálne, online, vylúčenie)?
- Myslíš si, že šikanovanie je vážny problém v našom školskom prostredí?

Otázky o osobných skúsenostiach

- Bol si už niekedy obeťou šikanovania? Ak áno, akým spôsobom?
- Bol si už niekedy svedkom šikanovania? Ak áno, ako si reagoval/a?
- Cítiš sa pohodlne, keď kvôli šikane požiadaš o pomoc pedagóga či dospelého?
- Myslíš si, že pedagógovia adekvátne zasahujú, aby zastavili šikanovanie?

Otázky o školskom a sociálnom prostredí

- Cítiš sa akceptovaný/á a rešpektovaný/á svojimi priateľmi?
- Myslíš si, že je dostatok informácií o tom, čo robiť v prípade šikanovania?
- Veríš, že v našej komunite sú aktivity alebo projekty na prevenciu šikanovania?

Otázky o skupinovej dynamike a rovesníckej podpore

- Videl/a si niekedy niekoho, kto zasiahol, aby zastavil šikanovanie? Ak áno, kto to bol (priateľ, iný spolužiak, pedagóg)?
- Podporil/a alebo bránil/a si niekedy priateľa, ktorý bol obeťou šikanovania? Ak nie, čo ťa zdržalo?
- Myslíš si, že medzi mladými ľuďmi panuje dobrá spolupráca a rešpekt?

Otázky o používaní sociálnych médií a kyberšikanovaní

- Dostával/a si niekedy urážlivé správy/komentáre na sociálnych sieťach od priateľov?
- Myslíš si, že kyberšikanovanie je vážnejšie alebo menej vážne ako „tradičné“ šikanovanie?
- Cítiš sa bezpečne pri používaní sociálnych médií bez strachu, že sa staneš obeťou šikanovania?

Otázky o možných intervenciách a zlepšeniach

- Aké kroky by podľa teba mohli pomôcť predchádzať šikanovaniu?
- Páčili by sa ti diskusné stretnutia alebo špecifické projekty na tému šikanovania?
- Myslíš si, že osvetová kampaň medzi mladými ľuďmi by mohla situáciu zlepšiť?

[3] Program osvetu v triede, ale aj počas katechéz či skupinových stretnutí. Vychovávateľia môžu venovať sériu stretnutí zvyšovaniu povedomia o šikanovaní, počas ktorých sa budú skúmať kľúčové témy ako empatia, inklúzia a vzájomný rešpekt. Každá lekcia môže obsahovať praktické aktivity, skupinové diskusie a spoločné reflexie. Praktický príklad: Aktivita „Ja, šikanér a obeť“. Úlohou žiakov je predstaviť si, ako by sa cítili v koži obete, šikanéra a pozorovateľa. Žiaci môžu svoje pocity zapísať a následne zdieľať v malých skupinách. Táto aktivita podporuje rozvoj emocionálneho uvedomenia a empatie, čím pomáha lepšie pochopiť dôsledky šikanovania.

[4] Dielňa (workshop) o emóciách a nenásilnej komunikácii. Špeciálne zameraná dielňa na zvládanie emócií a asertívnu komunikáciu môže pomôcť mladým ľuďom vyjadrovať svoje pocity bez použitia násilia. Používajú sa techniky nenásilnej komunikácie a aktívneho počúvania, ktoré učia, ako sa vyjadrovať s rešpektom k druhým.

Cvičenie „Hovorím, ty počúvaš“. Účastníci sa rozdelia do dvojíc. Jeden z nich rozpráva o svojich emóciách alebo o náročnej skúsenosti, zatiaľ čo druhý aktívne počúva bez prerušenia, kladie len otvorené otázky na upresnenie. Na záver druhý účastník zopakuje, čo pochopil, aby si overili, či správne zachytil posolstvo. Táto technika podporuje vzájomné porozumenie a posilňuje empatiu.

[5] Vytvorenie „Charty hodnôt“. Spoločná charta hodnôt, ktorú vytvorí trieda, môže posilniť zmysel pre komunitu a záväzok voči rešpektu a vzájomnému prijatiu. „Chartu hodnôt“ je vhodné vypracovať spolu so žiakmi, aby sa cítili aktívne zapojení do tvorby sociálnych a behaviorálnych pravidiel.

Praktický príklad. Začnite otvorenou diskusiou o tom, čo pre žiakov znamenajú pojmy „rešpekt“ a „prijatie“. Potom môžu navrhnúť základné hodnoty a zásady, ktoré sa spoločne spíšu a všetci ich podpíšu. Hotová charta zavesí sa v triede ako trvalá pripomienka. Tento proces im umožňuje cítiť sa zodpovedne a povzbudzuje ich k plneniu prijatých záväzkov.

[6] Skupinové projekty na tvorbu materiálov na zvýšenie povedomia. Organizovanie skupinových projektov, pri ktorých žiaci vytvárajú plagáty, videá alebo krátke prezentácie osvetu o šikane. Tento typ projektov rozvíja spoluprácu, kreativitu a umožňuje mladým ľuďom vyjadriť sa a šíriť pozitívne odkazy medzi svojimi rovesníkmi.

Praktický príklad. Rozdeľte triedu do menších skupín a každej priradte inú tému, napríklad: „Čo je to šikana?“, „Ako sa proti šikane brániť?“, „Prečo je empatia dôležitá?“. Skupiny môžu vytvoriť plagáty, natočiť krátke videá alebo pripraviť digitálne prezentácie, aby predstavili svoje posolstvo a zdieľali svoju prácu s ostatnými členmi školy alebo komunity.

[7] Programy rovesníckeho tútorstva. Zavedenie systému rovesníckeho tútorstva, v ktorom starší alebo vyškolení starší žiaci alebo animátori sprevádzajú a podporujú mladších spolužiakov. Tieto programy rovesníckeho tútorstva sú účinné pri vytváraní príjemného a inkluzívneho prostredia, najmä pre nových žiakov, ktorí môžu byť zraniteľnejší voči šikanovaniu.

Praktický príklad. Vyškolte skupinu starších žiakov v rozpoznávaní a riešení situácií šikany. Títo „tútori“ sa následne týždenne stretávajú so svojimi „zverencami“ a spoločne diskutujú o každodenných výzvach, zdieľajú skúsenosti a poskytujú rady, ako zvládnuť prípadné diskomfortné situácie.

[8] Scénky (role-playing) na tému šikany. Technika hrania rolí umožňuje žiakom prakticky si vyskúšať rôzne úlohy v rámci šikany: obeť, šikanéra a pozorovateľa. Pomáha im lepšie pochopiť emócie a dôsledky šikany a vedie ich k zamysleniu nad vlastnými reakciami v reálnych situáciách.

Praktický príklad. V rámci hrania rolí rozdeľte chlapcov a dievčatá do malých skupín a každému tímu priradte scenár s konkrétnou situáciou šikany. V každej skupine si žiaci rozdelia úlohy: jeden bude obeť, druhý šikanér, ďalší pozorovateľ a jeden žiak sa ujme roly obrancu. Po odohraní scénky nasleduje spoločná diskusia, v ktorej každý vyjadrí, ako sa v svojej úlohe cítil a aké alternatívne riešenia by podľa neho boli lepšie. Táto aktivita podporuje emocionálnu inteligenciu, empatiu a aktívne postoje proti šikane.

[9] Pravidelné stretnutia diskusnej skupiny a riadené diskusie. Organizovanie pravidelných diskusných stretnutí umožní žiakom slobodne vyjadriť svoje názory na atmosféru v škole a problémy, ktoré vnímajú; vytvorí bezpečný priestor na otvorenú

komunikáciu. Tieto stretnutia vedie pedagóg, ktorý moderuje rozhovory a podporuje konštruktívnu reflexiu.

Praktický príklad. Počas stretnutí je možné klásť otázky ako napríklad: „Ktoré situácie v škole ti spôsobujú diskomfort?“, „Čo by si očakával/a od spolužiakov alebo dospelých, aby si sa cítil/a bezpečnejšie?“, „Čo by sa podľa teba mohlo zmeniť, aby bola atmosféra v škole lepšia?“. Po diskusii môžu žiaci sformulovať aj konkrétne návrhy, ktoré sa budú realizovať spoločne s pedagógmi.

[10] Používanie denníka emócií. Denník emócií je osobný nástroj, ktorý pomáha chlapcom a dievčatám reflektovať svoje pocity a zaznamenávať každodenné zážitky. Podporuje sebauvedomenie a rozvoj emočnej inteligencie, čo je kľúčové pri rozpoznávaní a zvládání náročných situácií, vrátane šikany.

Praktický príklad. Na konci každého dňa si chlapci a dievčatá môžu do denníka zapísať, ako sa cítili, čo tieto pocity vyvolalo a čo by mohli nabudúce urobiť inak alebo lepšie. Pedagóg môže z času na čas pozvať deti, aby sa dobrovoľne podelili o niektoré anonymné či všeobecné myšlienky. Takéto zdieľania môžu poslúžiť ako podnet na diskusiu o pozitívnych stratégiách zvládania emócií a riešení konfliktov.

[11] Vytvorenie skupiny „Veľvyslancov rešpektu“. „Veľvyslanci rešpektu“ sú dobrovoľní študenti, ktorí sa aktívne zapájajú do podpory pozitívneho a inkluzívneho prostredia v škole. Táto skupina môže byť oporou pre chlapcov a dievčatá, ktorí sa cítia osamelo alebo prežívajú ťažkosti, a zároveň organizovať aktivity zamerané na prevenciu šikanovania.

Praktický príklad. Veľvyslanci, vybraní spomedzi chlapcov a dievčat, ktorí prejavujú rešpekt a empatiu, absolvujú školenie zamerané na rozpoznávanie a bezpečné riešenie situácií šikany. Spolu s pedagógmi môžu pripravovať tematické podujatia, ako je napríklad „Deň láskavosti“ či „Týždeň inklúzie“, počas ktorých budú viesť skupinové aktivity a menšie podujatia zamerané na posilnenie pocitu spolupatričnosti.

[12] Stretnutia s odborníkmi a priame svedectvá. Pozvanie odborníkov, ako sú psychológovia alebo organizácie špecializované na boj proti šikane, môže mladým ľuďom poskytnúť vonkajší a dôveryhodný pohľad na riešenie tohto problému. Priame svedectvá bývalých obetí alebo ľudí, ktorí šikanu prekonali, môžu chlapcov a dievčatá povzbudiť, aby vyhľadali pomoc alebo sa postavili sami za seba.

Praktický príklad. Počas stretnutia s odborníkom môžu chlapci a dievčatá klásť otázky o tom, ako sa správať pri šikane a ako zvládať svoje emócie v náročných situáciách. Host, ktorý sa podelí o svoju skúsenosť obete a o to, ako našiel potrebnú podporu, môže motivovať žiakov, aby sa v prípade ťažkostí otvorili dospelým.

[13] Interaktívne projekty na podporu rešpektu k rozdielom. Projekty, ktoré oslavujú rozmanitosť, napríklad vytvorenie „Múru rozmanitosti“, kde každý žiak napíše jedinečnú vlastnosť o sebe, môžu posilniť inklúziu a pomôcť chlapcom a dievčatám vidieť hodnotu individuálnych rozdielov.

Praktický príklad. Chlapci a dievčatá môžu vytvoriť veľký plagát alebo nástennú maľbu s kresbami, odkazmi a obrázkami, ktoré znázorňujú pozitívne rozdiely medzi ľuďmi. Môžu zahrnúť slová ako „empatia“, „priateľstvo“ a „solidarita“. Takáto aktivita pomáha budovať príjemné prostredie, v ktorom sú rozdiely oslavované a rešpektované.

[14] Premietanie a diskusia o filmoch s emocionálnou tematikou. Cieľom je podporiť dialóg a reflexiu o emocionálnych a vzťahových témach prostredníctvom analýzy filmov, ktoré sa venujú problematike emócií, tínedžerských ťažkostí a prekonávaniu náročných momentov. Môžu byť odporúčané niektoré filmy, ale zaujímavé je aj nechať mladých ľudí vyhľadať ďalšie filmy a seriály na danú tému.

Pedagógovia zorganizujú premietanie filmov, ktoré sa zaoberajú témami ako šikana alebo problémy s inklúziou, po ktorom nasleduje riadená diskusia. Počas diskusie možno klásť otázky, napríklad: „Ktorá postava na teba zapôsobila najviac a prečo?“ alebo „Ako sa vyvíjal príbeh vzhľadom na pôvodný problém?“.

„Come te nessuno mai“ („Nikto ako ty“, resp. „Ako ty nikto nikdy“) (1999) – Režisér Gabriele Muccino zobrazuje dynamiku a zmätky dospievania počas obdobia školskej dochádzky. Film ponúka pohľad na typické problémy adolescentov, ich neistoty a túžbu po začlenení.

„Mean Girls“ („Protivné baby“) (2004) – Aj keď ide o komédiu, tento film skúma zložité mocenské hry a dynamiku vylučovania medzi adolescentmi na americkej škole. Je to ľahký, ale účinný spôsob, ako otvoriť diskusiu o šikanovaní, vplyve skupiny a význame autenticity.

„Cyberbully“ („Teror na sieti“) (2011) – Film sa zaoberá témou kyberšikany prostredníctvom príbehu tínedžerky, ktorá je obeťou online šikanovania. Skve-

lý nástroj na rozhovor o výzvach a nebezpečenstvách sociálnych médií a o tom, aké dôležité je uvedomovať si svoje konanie na internete.

„Después de Lucía“ („Lucía, a co pak“) (2012) – Film režiséra Michela Franca. Po smrti manželky Lucie sa Roberto presťahuje do Mexico City so svojou sedemnášročnou dcérou Alejandrou. Zapísaná na škole, ktorú navštevujú deti vyššej strednej triedy mesta, má Alejandra počas jednej párty sex s kamarátom, ktorý ju natočí na telefón. Nasledujúci deň sa video rozšíri v škole a Alejandra sa stáva terčom posmechu a urážok, pričom je označená ako „ľahká“. Alejandra je čoraz izolovanejšia, počas školského výletu ju spolužiačky fyzicky ponižujú a chlapci ju znásilnia pred ľahostajnými očami všetkých. Na pokraji svojich síl dievča utečie a Roberto, zatiaľ čo hľadá dcéru, uskutočňuje neúprosňú pomstu.

„To This Day Project“ (2013) – Krátky animovaný film založený na básni Shanea Koyczana, bývalej obete šikanovania, ktorý poetickým a hlbokým spôsobom rozpráva o svojich skúsenostiach. Aj keď je krátky, je silným nástrojom na diskusiu o emočnom dopade šikanovania a dôležitosti počúvať a podporovať obeť.

„La classe degli asini“ („Trieda oslov/hlupákov“) (2016) – Na základe skutočného príbehu film rozpráva o učiteľke, ktorá bojuje za začlenenie marginalizovaných a zdravotne postihnutých detí do verejnej školy. Ponúka edukačný pohľad na boj proti diskriminácii a podporuje zamyslenie nad školou ako miestom inklúzie.

„Wonder“ („Obyčajná tvár“) (2017) – Na základe rovnomennej knihy R.J. Palacio rozpráva príbeh Auggieho, chlapca narodeného s tvárovou deformáciou, a jeho ťažkú skúsenosť so začlenením do školy. Film podporuje hodnoty ako prijatie, empatia a rešpekt k rozdielom.

„I ragazzi dello Zecchino d'Oro“ („Chlapci zo Zecchino d'Oro“) (2019) – Film situovaný v 60. rokoch rozpráva príbeh detí, ktoré sa zúčastňujú na známom zbore, ich priateľstvá, solidaritu a výzvy. Opisuje dôležitosť komunity a spolupráce, ako aj inklúziu a odolnosť.

„Il ragazzo dai pantaloni rosa“ („Chlapec v ružových nohaviciach“) (2024) – Film Margherity Ferri je inšpirovaný skutočným príbehom Andreu Spezzacate-ny, pätnásťročného chlapca, obete homofóbnej šikany a kyberšikany, ktorý si vzal život 20.11.2012.





Záver

[1] Naši adolescenti a mladí ľudia sú varovným znamením zraneného sveta a ukazujú, že spoločnosť a svet čelia vážnym ťažkostiam. Pohoda populácie mladých ľudí predstavuje edukačnú prioritu: **prevencia, rozpoznanie, sprevádzanie a liečba duševných chorôb.**

Ako sme už uviedli na začiatku, treba zdôrazniť, že stigma sa vyskytuje vo všetkých oblastiach života človeka s duševnou poruchou: v edukačnom prostredí, v rodine, medzi partnermi, priateľmi a pod. Stigma udržiava diskriminačné správanie a často sa živí predsudkami a stereotypmi, ktoré sú stále prítomné v médiách, filmoch, knihách a piesňach, ktoré konzumujeme. Preto je nutné aktivovať procesy **uvedomovania (scitlivovania) v našich edukačných prostrediach.** Potrebujeme sa formovať na prácu s „**novou**“ **edukačnou pozornosťou**, ktorá zapojí všetky naše prostredia, najmä mladých ľudí, aby mohli priniesť skutočné zmeny vedúce k odstráneniu sociálnej a štrukturálnej stigmy a tým aj sebastigmatizácie.

Práve s cieľom spustiť proces počiatočného poznania a sprevádzania v edukačnej oblasti sme sa v tejto príručke venovali niektorým z najčastejších porúch u mladých ľudí, ktoré sú zdrojom diskomfortu pre mnohých z nich v našom prostredí. Pre nás, vychovávateľov, je kľúčové podporovať emocionálnu a duševnú pohodu a starať sa o ňu.

Ako saleziánski vychovávatelia veľmi dobre poznáme dôležitosť **vytvárania rodinnej atmosféry** pre výchovu detí, chlapcov a dievčat, adolescentov a mladých ľudí. Podobne ako don Bosco, aj my musíme naďalej pestovať umenie urobiť prvý krok, prekonávať vzdialenosti a bariéry, vytvárať radosť a túžbu opäť sa stretnúť a byť priateľmi. Toto umenie spočíva aj v tom, že s trpezlivosťou a oddanosťou vytvárame atmosféru bohatú na ľudskosť. V takomto rodinnom prostredí sa deti a mladí cítia slobodne, môžu sa prejaviť, byť sami sebou a s radosťou prijímať hodnoty, ktoré im ponúkame. Táto pedagogika rodinného ducha je zároveň školou viery pre mladých. Ponúkame im bezpodmienečnú lásku a prijatie, aby mohli postupne a s osobnou slobodou objavovať dôveru a dialóg, ako aj slávenie a prežívanie viery v komunitu.

Preto rodinný duch, ktorý charakterizuje **Preventívny systém dona Bosca**:

- sa rozvíja prostredníctvom významných vzťahov, ako sú pastoračné otcovstvo a materstvo, prítomnosť, starostlivosť, blízkosť, bratské spoločenstvo, pomoc, vzájomné uznanie, dialóg, odpustenie, realizmus, prostredie, ktoré lieči rany, prekonávanie ideologických postojov a jednotný projekt;
- sa stáva viditeľným prostredníctvom rozpoznateľných návrhov, ktoré vytvárajú pozitívnu atmosféru, prostredie prispôbené jednotlivcovi i skupine, s využitím pastoračnej tvorivosti, ktorá kladie do centra oslavy a slávnostné chvíle.

Chceme ponúknuť harmonické a súdržné prostredie ľudí, štruktúr, fyzických priestorov, nástrojov a predovšetkým atmosféru, ktorá dokáže zapojiť mladých do intenzívneho rodinného ducha.

[2] „*Výchova mysle bez výchovy srdca nie je výchovou.*“ Tento výrok Aristotela je dodnes mimoriadne aktuálny a podporovaný empirickými dôkazmi. Neexistuje totiž žiadny proces učenia, ktorý by bol úplne zbavený emócií. Najnovšia vedecká literatúra poukazuje na silné prepojenie medzi emocionálnymi a kognitívnymi systémami. Emócie totiž zohrávajú zásadnú úlohu pri určovaní kvality ľudského poznávania.



Bibliografia

[ÚVOD, pozn. red.]

World Health Organization (1948). *Constitution*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>.

World Health Organization. (2024). *Mental health of adolescents*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.

Huber, M. et al. (2011). *Health: How Should We Define It?* British Medical Journal, 343, 235-237.

World Health Organization. (2022). *Mental Health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

2 KAPITOLA

American Psychiatric Association (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

Giorgio, D. (2015). *Il disturbo d'ansia sociale: Teoria e terapia*. Milano: Franco Angeli.

Heimberg, R. G., Dodge, C. L., Becker, R. E. (2018). *Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence and Practice*. New York: Guilford Press.

Mazzarini, L., Monteleone, P. (2016). *Ansia e fobia sociale: Comprendere e affrontare il disturbo*. Roma: Edizioni Erickson.

Nardone, G., Portelli, C. (2005). *Strategie per affrontare l'ansia sociale*. Roma: Tecniche Nuove.

Riva, P. (2019). *Ansia sociale: Come affrontarla e superarla*. Milano: Sperling and Kupfer.

3 KAPITOLA

Bañuelos, M., Planella, M., de Giacomini, F. (2019). *Trastornos afectivos (I): Síndrome depresivo en AAVV, Hospitalización psiquiátrica breve. Manual Clínico*. Madrid: Editorial Panamericana.

Kessler, RC., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, KR., et al. (2003). *The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. JAMA, 289(23), 3095-105.

Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Rodríguez, A., Fernández, A., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., et al. (2011). *Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents*. Psychiatric Services, 62(2), 152-61.

Marcus, M., Yasamy, MT., Ommeren, Mv., Chisholm, D., Saxena, S. (2012). *WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2021). *Mental health action plan 2013–2030*. Geneva: WHO; 2018. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión. [Citované 13.10. 2021].

4 KAPITOLA

Falabella M. (2001). *L'ABC della psicopatologia. Esplorazione, individuazione e cura dei disturbi mentali*. Roma: Edizione Magi.

Lalli, N. (2009). *I disturbi somatoformi: aspetti clinici e psicoterapeutici*. Milano: Franco Angeli.

Liotti, G., Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Looper, K. J., Kirmayer, L. J. (2002). *Psychosomatic symptom presentation and somatization in primary care*. Psychiatric Clinics of North America, 25(3), 579-602.

Miniati, M., Rucci, P. (2019). *Manuale di psichiatria clinica*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

Rief, W., Martin, A. (2014). *How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: A critical evaluation and a proposal for modifications*. Annual Review of Clinical Psychology, 10, 339-367.

5 KAPITOLA

American Psychiatric Association (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.

World Health Organisation. (2018). *The 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD- 11)*.

Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. (2000). *Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras*. Medicina clínica (Barc), 114(13), 481-6.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.

Lock J., La Via MC. (2015). AACAP. *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54(5), 412-25.

6 KAPITOLA

Bianchi di Castelbianco, F. (2017). *Disturbi del comportamento in età evolutiva: Dalla diagnosi all'intervento*. Roma: Edizioni Centro Studi Erickson.

Canevaro, A., Trisciuzzi, L. (2019). *Inclusione scolastica e disturbi del comportamento: Strumenti e strategie*. Roma: Carocci Editore.

Di Blasio, P., Lis, A. (2018). *La psicologia dell'età evolutiva*. Bologna: Il Mulino.

Frick, P. J., Viding, E. (2017). *The Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders*. New York: Wiley.

Kazdin, A. E. (2021). *Parent Management Training: Treatment for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behaviour in Children and Adolescents*. New York: Oxford University Press.

Lochman, J. E., Wells, K. C. (2019). *Cognitive-Behavioural Interventions for Emotional and Behavioural Disorders: School-Based Practice*. New York: Guilford Press.

Pietropolli Charmet, G. (2020). *Adolescenti fragili: La fatica di crescere*. Bari-Roma: Laterza.

7 KAPITOLA

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed*. Washington, DC: American psychiatric Association.

Cardno, A. G., Marshall, E. J., Coid, B., Macdonald, A. M., Ribchester, T. R., Davies, N. J., Venturi, P., Jones, L. A., Lewis, S. W., Sham, P. C., Gottesman, I. I., Farmer, A. E., McGuffin, P., Reveley, A. M., Murray, R. M. (1999). *Heritability estimates for psychotic disorders: the Maudsley twin psychosis series*. Archives of general psychiatry, 56(2), 162–168. <https://doi.org.sire.ub.edu/10.1001/archpsyc.56.2.162>

Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. (1992) *Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Heckers, S., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tandon, R., Tsuang, M., Van Os, J., Carpenter, W. (2013). *Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5*. Schizophrenia research, 150(1), 11-14. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1016/j.schres.2013.04.039>.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades (10ª. ed) (CIE-10)*. Madrid: OMS.

Khamker, N. (2015). *First episode schizophrenia*. South African Family Practice, 57(5), 29-33.

Vila-Badia, R., Butjosa, A., Del Cacho, N., Serra-Arumí, C., Esteban-Sanjusto, M., Ochoa, S., Usall, J. (2021). *Types, prevalence and gender differences of childhood trauma in first-episode psychosis. What is the evidence that childhood trauma is related to symptoms and functional outcomes in first episode psychosis? A systematic review*. Schizophrenia research, 228, 159-179. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1016/j.schres.2020.11.047>.

Volkmar F. R. (1996). *Childhood and adolescent psychosis: a review of the past 10 years*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35(7), 843-851. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1097/00004583-199607000-00009>.

8 KAPITOLA

Nock, M.K. (2010). *Self-Injury*. Annual Review of Clinical Psychology, 6, 339-63.

Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., Crawford, H. (2013). *The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature*. Archives of Suicide Research, 17(1), 1-19.

Skegg, K. (2005). *Self-harm*. Lancet, 366, 1471-83.

Ladouceur, C.D. (2012). *Neural systems supporting cognitive-affective interactions in adolescence: the role of puberty and implications for affective disorders*. Frontiers in Integrative Neuroscience, 6, 65.

Fox, K.R., Franklin, J.C., Ribeiro, J.D., Kleiman, E.M., Bentley, K.H., Nock, M.K. (2015). *Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury*. Clinical Psychology Review, 42, 156-67.

Bresin, K., Schoenleber, M. (2015). *Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis*. Clinical Psychology Review, 38, 55-64.

Yates, T.M., Carlson, E.A., Egeland, B. (2008). *A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample*. Developmental psychopathology, 20(2), 651-71.

Klonsky, E.D., Moyer, A. (2008). *Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis*. British Journal of Psychiatry, 192(3), 166-70.

Hankin, B.L., Abela, J.R.Z. (2011). *Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 21/2 year longitudinal study*. *Psychiatry Research*, 186(1), 65-70.

Dray, J., Bowman, J., Campbell, E., Freund, M., Wolfenden, L., Hodder, R. K., et al. (2017). *Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(10), 813-824. doi: 10.1016/j.jaac.2017.07.780

Norris, F.H., Tracy, M., Galea, S. (2009). *Looking for Resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress*. *Social Science Medicine*, 68(12), 2190-8. Doi:10.1016/j.soc-scimed.2009.03.043

Rutter, M. (2013). *Annual Research Review: Resilience in child development*. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 474-487. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02615>.

Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C.W., et al. (2014). *Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 55(4), 337-48.

Vega, D., Sintes, A., Fernández, M., Puntí, J., Soler, J., Santamarina, P., Soto, À., Lara, A., Méndez, I., Martínez-Giménez, R., Romero, S., Pascual, J.C. (2018). *Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why?* *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(4), 146-55. Epub 2018 Jul 1. PMID: 30079928.

9 KAPITOLA

Bertolotti, G., Zotti, A. M. (2020). *Il suicidio in adolescenza: Prevenzione e intervento*. Milano: Franco Angeli.

De Leo, D., Padoan, L. (2017). *Il suicidio: Comprendere, prevenire e curare*. Torino: Bollati Boringhieri.

Forte, A., Vichi, M., Ghirini, S., Orri, M., Pompili, M. (2021). *Trends in suicides among Italian youth aged 10 to 25: A nationwide register study*. *European Psychiatry*, 64 (S1), S173-S174. (<https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/trends-in-suicides-among-italian-youth-aged-10-to-25-a-nationwide-register-study/1F9F2802D444DC819C9F8487C0541D3F>).

Ferrara, P., Ianniello, F., Cutrona, C., Quintarelli, F., Vena, F., Del Volgo, V., Caporale, O., Malamisura, M., De Angelis, M. C., Gatto, A., Chiaretti, A., Riccardi, R. (2014). *A focus on recent cases of suicides among Italian children and adolescents and a review of literature*. *Italian Journal of Pediatrics*, 40(1), 69 (<https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-014-0069-3>).

Pompili, M. (2019). *Prevenzione del suicidio: Un manuale per operatori sanitari e sociali*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

Springer, P. (2024). *Global public concern of childhood and adolescence suicide: a new perspective*. Springer. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s12519-024-00828-9>).

Springer, P. (2024). *Youth Suicide Prevention and Intervention*. Springer. (<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-031-06127-1>).

Tondo, L., Baldessarini, R. J. (2018). *Suicidio e disturbi dell'umore: Diagnosi, trattamento e prevenzione*. Bologna: Il Mulino.

Wasserman, D. (2009). *Suicide among Italian adolescents: 1970–2002*. European Child and Adolescent Psychiatry. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-009-0007-x>).

10 KAPITOLA

Ardone R., Gatti C. eds. (2009). *Disagio adolescenziale e dispersione formativa dei giovani in obbligo formativo. Una ricerca intervento nei centri di formazione professionale della Provincia di Roma*. Roma: Edizioni Kappa.

Baraldi, S., Bianchi, M. (2015). *Bullismo e cyberbullismo: Educare alla relazione*. Molfetta: Edizioni La Meridiana.

Borg, M. (2008). *Il bullismo: un fenomeno in crescita*. Milano: Franco Angeli.

Olweus, D. (1993). *Bullying at School: What We Know and What We Can Do*. Malden: Blackwell Publishing.

Pellegrini, D. (2010). *Bullismo e Cyberbullismo. La scuola che cambia*. Trento: Edizioni Erickson.

Rigby, K. (2010). *Bullying in Schools: How Successful Can Interventions Be?* Australian Council for Educational Research.

Ruggeri, A. (2016). *Il bullismo: percorsi di prevenzione e intervento*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.

Smith, P. K., Sharp, S. (2005). *School Bullying: Insights and Perspectives*. London: Routledge.

Sorrentino, A. (2014). *Prevenzione del bullismo: strategie e interventi*. Roma: Carocci.

Save the Children – ponúka usmernenia a edukačné programy týkajúce sa šikanovania v školách.