



**PRED ŠESTNÁSTIMI MESIACMI SOM NASTÚPIL NA PRVÚ LIEČBU V ŽIVOTE.** Moje rozhodnutie bolo spontánne a prišlo pravdepodobne v poslednej chvíli, keď mi ešte ostala aká-taká chuť dožiť svoj život s čistou myslou. Počas môjho pobytu v resocializácii som mal dve veľké krízy – prvú po piatich a druhú po trinástich mesiacoch, ktoré som nezvládol, a zrecidivoval som. Napriek tomu idem ďalej, hoci je to omnoho ťažšie ako na začiatku.

**Tono, 53 rokov**



**MOJA DROGOVÁ ZÁVISLOSŤ SA ZAČALA V 11 ROKOCH, KEĎ MA 15-ROČNÝ BRATRANEC PONÚKOL MARIHUANOU.** CHCEL SOM SA ZAČLENIŤ DO SKUPINY, KDE BOL ON A JEHO KAMARÁTI, TAK SOM NEDOKÁZAL ODMIEŤNUŤ. PRIJALI MA MEDZI SEBA A MAL SOM POCIT, ŽE SOM STÁLE MOCNEŠÍ. TERAZ VIEM, ŽE SOM BOL LEN SLABÁ A ODPORNÁ TROSKA. NEGATÍVNE VECI SOM POCHOPIL, AŽ KEĎ SOM PRIŠIEL DO RESOCIALIZAČNÉHO STREDISKA. TU SOM ZAČAL POSTUPNE ZISŤOVAŤ, AKO SOM SA CÍTIL A ČO PREŽÍVALA MOJA MATKA. PRVÉ TRI MESIACE SOM FUNGOVAL VZORNE, NO PRIŠLA NA MŇA CHVÍĽA, KEĎ SOM SI MYSEL, ŽE TO DOMA ZVLÁDNEM LEPŠIE A ŽE BUDEM DOMA DUŠOU I TELOM.

**Filip, 16 rokov**



**PREDTÝM, NEŽ SOM SA ZAČAL LIEČIŤ, MI NEZIŠLO NA UM ODHODLAŤ SA K TAKÉMUTO KROKU.** Nikdy som si nepripustil, že som závislý, a mojím argumentom bolo vždy to, že ja sa predsa nemám z čoho liečiť. Rodičia ma nakoniec vyhodili z domu a dostal som na výber. Ulica alebo liečenie. Vybral som si liečenie. Na začiatku som bol veľmi prevzrušený z režimu v resocializačnom zariadení i z toho, aký dlhý čas tam treba stráviť. Postupne som si zvykal. Začal som mať prvé povinnosti, ktoré postupne pribúdali. Musel som sa ich naučiť zvládať, lebo život je práve o tom.

Teraz viem, že keď niečo chcem, tak musím pre to niečo spraviť. Keď potrebujem tričko, musím si naň zarobiť. Mohol by som veľa písať, keby som chcel povedať, čo všetko som tu za tých sedem mesiacov pochopil. Hlavne som prišiel k novým cieľom a novému životnému štýlu. Viem, že ešte nie som na konci, ale pomaly získavam istotu. Chystám sa na prvú priepustku. Vyskúšam si, či to zvládnem, alebo nie.

Som rád, že som v resocializácii. Moje rozhodnutie začať sa liečiť bolo to najdôležitejšie v živote. Bodaj by bolo viac závislých, ktorí by začali takto rozmýšľať.

**Vlado, 21 rokov**

## NIE JE *alebo* JE ŤAŽKÉ ZAČAŤ?



**FETOVALA SOM SEDEM ROKOV. ZA TEN ČAS SOM NIKDY NECHCELA NAOZAJ PRESTAŤ.** Sem-tam som sa tvárila, že chcem prestať a liečiť sa, ale moje liečby vždy vyzerali rovnako: dala som si predpísať veľa liekov, fajčila som a vytešovala som sa, ako nefetujem. Vždy to vydržalo chvíľu a skončila som zase s ihlou v ruke.

Vždy som radikálne odmietala ústavné liečby a nad resocializáciou som nikdy ani neuvažovala. Nechcela som ani počuť o liečení, mala som zimomriavky, keď o tom niekto rozprával. Ja som sa liečiť nechcela, lebo som chcela fetovať a bavilo ma to. Vlastne som sa bála, že ma to odnaučia a pritom budem niekde zatvorená ako v base. Ved' na liečenie chodia iba hlupáci a ja som hlúpa nebola. Takúto mienku som si urobila o liečebných zariadeniach v sedemnástich rokoch, keď ma mama dotlačila na detox do istej liečebne. Predpísali mi tam lieky a bolo to o ničom.

Celé tie roky som sa snažila presvedčiť samu seba, že je to môj osud, byť narkomanka, a nezmením to. V dvadsiatich dvoch rokoch som sa za pomoci rodiny a polície dostala opäť do tej istej liečebne. Zistila som, že svoj život ešte môžem zmeniť a začala som si uvedomovať následky svojho konania a jeho vplyv na moju rodinu. Až vtedy som sa rozhodla: musím prestať fetovať. Prestať fetovať však neznamená len vylúčiť drogu zo svojho života. Musela som ho zmeniť. Liečba v nemocnici mi otvorila oči, ale pri prvej priepustke v konfrontácii so skutočnosťou som, bohužiaľ, zistila, že to sama nezvládnem. Rozhodla som sa pre resocializáciu. Toto rozhodnutie považujem za jedno z najlepších, aké som kedy urobila. Naučila som sa toho veľa. Keď som sem prišla, nevedela som, čo ma čaká. Zo začiatku sa mi všetko zdalo čudné, ale pomaly som si zvykla.

**Jana, 23 rokov**



**SOM TU ŠTVRTÝ MESIAC.** Posledná desiatka rokov môjho života bola dláždená hospitalizáciami v rôznych zariadeniach, ktoré boli prerušované častými recidívami. Začiatok mojej terajšej liečby by sa dal charakterizovať ako hraná aktivita, môj rozum nakoniec liečbu postupne prijal ako nutnosť v živote. Teraz pracujem na budovaní pozitívnych návykov, ktoré som buď nepoznal, alebo som sa od nich dištancoval. Intenzívne pociťujem, aká ťažká, ale aj potrebná je to práca, a program v tomto zariadení mi v tom pomáha.

**Peter, 31 rokov**



**MOJE PREDCHÁDZAJÚCE LIEČENIA BOLI NEÚSPEŠNÉ, LEBO SOM ANI JEDNO NEDOKONČIL.** LIEČIL SOM SA NA ŠTYROCH PSYCHIATRICKÝCH ODDELENIACH A TERAZ SOM PO PRVÝ RAZ – UŽ TAKMER DVA MESIACE – V RESOCIALIZAČNOM ZARIADENÍ. PRVÉ DVA DNI SA MI TU NECHCELO BYŤ, ALE PO TÝŽDNI SOM ZMENIL NÁZOR. TERAZ SI MYSLÍM, ŽE JE TO MOJA JEDINÁ ŠANCA ZARADIŤ SA PO DLHŠOM ČASE OPÄŤ DO ŽIVOTA, LEBO DOTERAZ SOM NEŽIL. DOMOV MA TO VEĽMI NEĽAHÁ, LEBO VIEM, ČO BY NASLEDOVALO A AKÉ NÁSLEDKY BY TO MALO. SOM NARKOMAN, KTORÝ MÁ PRED SEBOU EŠTE VEĽMI DLHÚ CESTU. CHCEM VYMEŇIŤ HEROÍN ZA ŽIVOT A PREŽIŤ HO AKO VÄČŠINA MLADÝCH ĽUDÍ. NECHCEM UŽ PREMRHAŤ ŽIADNY ČAS FETOVAŇM A NIČENÍM SI VLASTNÉHO ZDRAVIA. NECHCEM SPÔSOBOVAŤ MOJEJ RODINE PROBLÉMY A NECHCEM, ABY NA MOJE SPRÁVANIE DOPLÁCALA.

**Mišo, 24 rokov**

**V TOMTO ZARIADENÍ SOM VYŠE DVOCH MESIACOV.**

PO MOJICH SKÚSENOSTIACH Z PREDCHÁDZAJÚCICH ZARIADENÍ SA MI ZDÁ PROGRAM TEJTO RESOCIALIZÁCIE NAJTVRDŠÍ, ALE URČITE NAJVIAC ÚČINNÝ. PRVÉ DNI SOM BOJOVAL SO SVOJÍM DROGÓVÝM DÉMONOM, KTORÉHO SA MI PODARILLO ZATIAĽ ASPŇ ČIASTOČNE UTLMIŤ. NEVIEM, ČI SA MI PODARÍ VYHNAŤ HO Z MOJEJ HLAVY NAVŹDY, ALE PRÁVE PRETO SOM TU, ABY SOM SA S TÝMTO DÉMONOM NAUČIL FUNGOVAŤ A ŽIŤ VONKU NORMÁLNYM ŽIVOTOM. SOM RÁD, ŽE SOM SA NA TENTO ŤAŽKÝ BOJ ODHODLAL.

**Martin, 26 rokov**



**VŠETKO SA ZAČALO MARIHUANOU.** Fajčil som ju asi rok a potom mi už prestala stačiť. Kamaráti mi ponúkli pervitín. Som ľahko ovplyvniteľný a skúsil som ho bez zábran. Odvtedy som už fetoval každý deň, a keď som nemal peniaze, tak som okrádal mamu a z domu som predával všetko, čo malo hodnotu. Nakoniec to mama zistila a začala vybavovať liečenie. Mne bolo všetko jedno, kradol som ešte viac a prestával som chodiť domov. To mamu úplne zničilo, a tak mi vybavila pobyt v resocializačnom zariadení.

Zo začiatku som bol papuľnatý, drzý a nespolupracoval som, ale po mesiaci sa toho dosť zmenilo a začínam sa snažiť. Menej odvrávam, usilujem sa poslúchať a viacej pracujem. Aj keď som v zariadení len mesiac, myslím si, že sa môžem zmeniť. Už sa teším, keď začnem žiť doma normálny život s rodinou a nebudem fetovať. Lebo ten život predtým nebol životom. Bol som manipulovaný a ovládaný pervitínom, a to nie je voľnosť, ale zajatie drogou. Som rád, že som tu, aj keď ma to tu nebvá. Verím, že budem mať opäť dobré vzťahy s rodinou a budem viesť normálny život.

**Marek, 16 rokov**



DO RESOCIALIZAČNÉHO ZARIADENIA SOM SA DOSTAL PRED DESIATIMI MESIACMI NA ZÁKLADE VÝCHOVNÉHO OPATRENIA ZO SÚDU. Zo začiatku som spolupracoval len preto, aby som nešiel hlavou proti múru a nemal to ťažké. Stalo sa viackrát za pobyt, že som porušil nejaké pravidlo, ale beriem to ako súčasť resocializácie, lebo nikto nie je dokonalý.

Po pol roku som sa začal v zariadení cítiť ako doma a záležalo mi na tom, aby všetko fungovalo. Niekedy som poľavil, ale potom som opäť na sebe popracoval. Striedali sa dobré a zlé obdobia. Vďaka spätnej väzbe od komunity a sebaopozorovaniu spoznávam sám seba a na základe toho sa môžem meniť. Postupne sa učím všetko zvládať. Pri riešení ťažkých situácií si počínam lepšie, ako na začiatku liečenia. Odkedy som tu, som získal aj veľa praktických skúseností, naučil som sa dokonca variť. Mám možnosť dokončiť si maturitnú skúšku. Pobyt v resocializácii s ďalšími závislými s rovnakými problémami zmenil môj pohľad a názor na život s drogami a kriminalitou.

**Viktor, 16 rokov**

## ABSTINUJÚCA ALKOHOLIČKA

## Abstinencia alebo nepitie?

■ VIERA

Zdá sa, že keď si položíme otázku z titulku, je to jedno a to isté. Nie je to celkom tak, hoci ľudia, ktorí nemajú problém s alkoholom, v tom veľký rozdiel nevidia.

Mám veľa priateľov, ktorí už dlhé roky úspešne abstinujú, poznám aj takých, ktorí mali po dlhšom období abstinovania recidívu, ale napriek tomu pokračujú v abstinovaní ďalej, lebo už vedia porovnať život v abstinencii so životom, ktorý sa im zásluhou pitia vymyká z rúk. Takisto poznám ľudí, ktorým sa nedarí. Ale aj ľudí, ktorí prestali piť, ale ich život napriek tomu akoby strácal zmysel, nepocitujú v ňom nijakú úľavu okrem toho, že žijú s čistou hlavou. Akoby im triezvy život nič nedával, iba bral. Stále sa zaoberajú myšlienkou, že si už nebudú môcť dať napríklad pivo, prípitok, alebo často hovoria: „Načo je to všetko dobré? Dosiahol som, čo som si zaumienil, našiel som si prácu, posplácal dlhy, teraz mám už aj peniaze, ale aj tak sa necitím šťastný.“ Takýto život ich napriek nepitiu nenaplnia, ba skôr stresuje, hnevá, uvádza do sebaľútosti, ukrivdenosti a často uvažujú o dobrovoľnom odchode z neho. V čom tkvie to, že niektorí z nás vedia nachádzať v novom živote bez návykovej látky energiu, silu a optimizmus? Že vedia vnímať krásu okamžiku, maličkosť a vecí, ktoré druhí ľudia ani nevnímajú?

Keď som bola na liečení, často sa tam hovorilo o zmene myslenia, o práci na sebe a o zmene životného štýlu. Kým som

však nezačala v reálnom živote fungovať bez alkoholu, nevravelo mi to až tak veľa, ba nevedela som si to ani celkom dobre predstaviť. Pre mňa bolo veľkou pomocou, že som už na skupinkách dostala prvé lekcie zo sebaopoznávania a sebadisciplíny. Boli to základy, na ktorých som mohla stavať, a neskôr som sa dostala k doliečovaciemu programu AA, ktorý sa konkrétne zaoberal zmenou osobnosti. Nestačilo však vedieť „ako na to“, ale aj začať dôsledne a trpezlivo na sebe pracovať, teda pracovať na svojich povahových vlastnostiach, ktoré som si doniesla z domu a neskôr „vytrvalo“ dotvárala a pretvárala. Priznať si svoje chyby nie je vôbec ľahké, chce to veľa odvahy a pokory. Tej treba ešte viac, keď sa človek snaží naprávať, čo pokazil. Ale môžem povedať, že je to pre človeka veľmi oslobodzujúce, a môj život sa zmenil. Postupne sa stáva omnoho kvalitnejším, dokonca by som povedala, že plnším, než bol predtým, ako som upadla do závislosti. Je dôležité naučiť sa vnímať prítomnosť, netrápiť sa ďalekou budúcnosťou, zmeniť pohľad na minulosť a pozrieť sa na ňu očami optimistu. Ved' nebyť toho, že som padla na nos, nikdy by som sa neprebudila a nevedela, že život mi ešte toľko toho môže dať. Vedieť brať ako dar to, že sa už konečne môžem zodpovedne postaviť k svojmu životu. A ak za dar človek pocituje vďaka, treba ju aj vyjadriť. Takže by som sa chcela poďakovať nielen lekárom, ale aj vám všetkým, ktorí mi pomáhate abstinovať.

# UŽÍVANIE DROG nie je iba zdravotný problém

**S TÝM, ŽE RODINA, V KTOREJ NIEKTO RÝ JEJ ČLEN JE ZÁVISLÝ OD DROG, JE V SPOLOČNOSTI ETIKETIZOVANÁ (NEJAKO OZNAČENÁ), SA STRETÁVAME ČASTO. TAKÝTO NÁZOR NACHÁDZAME PRI ČÍTANÍ RÔZNYCH PUBLIKÁCIÍ, VO VYJADRENIACH ŠIRŠIEHO OKOLIA V RÁMCI RÔZNYCH PUBLICISTICKÝCH PROGRAMOV VYSIELANÝCH MASMEDIÁLNE, ALE NAJMÄ PRI SLEDOVANÍ SPRÁVNIA SA OKOLIA.**

## ZÁVISLOSŤ DEŠTRUJE CELÚ RODINU

Pojem „postihnutá rodina“ možno v tomto príspevku chápať pejoratívne, keďže ide o postihnutie, ktoré nie je spoločnosťou uznané za životnú udalosť, respektíve sociálnu udalosť, ktorá by bola definovaná v normatívnej podobe. Ide skôr o náhľad na takúto rodinu z pozície širšieho okolia, o nazeranie, ktoré je v ľuďoch zakorenené historickým vývojom závislosti každého druhu. Priznajme si, že ak poznáme rodinu, v ktorej žije jedinec závislý od drog, naše nazeranie na ňu je subjektívne. Každý sa pozeráme svojimi očami a chápeme postavenie takejto rodiny „svojsky“.

Sme ľudia, a preto naše pocity, nálady a vzťahy, v ktorých vyrastáme, umožňujú vidieť veci rôzne, niekedy až nadnesene. To, čo vidíme v rodinách postihnutých závislosťou, v nás môže vzbudzovať a vytvárať také postoje, ktoré evokujú otázku, či je spoločnosť dostatočne pripravená na riešenie komplikovaných vzťahov vznikajúcich pri závislosti od drog.

Ak si pozrieme štatistiky, vo väčšine sa zameriavajú na dopad závislosti od drog na jedinca. Je len málo štatistických prieskumov, ktoré by sa zamerali na sociálne dopady rodín s členom závislým od drog. Máme na mysli najmä dopady vzťahové (rozvodovosť kvôli drogám), finančné (vznik hmotnej núdze v rodine z dôvodu užívania drog). Možno sme sa ani nestretli so štatistikami, ktoré by vyhodnocovali, či závislosť člena rodiny od drog predučuje rodinu na tzv. syndróm spoluzávislosti, respektíve, či možno spoluzávislosť uznať za syndróm tzv. chorej rodiny.

V rámci prieskumu boli respondenti poučení, že pod pojmom „etiketizácia rodiny“ chápeme „označenie“ rodiny, „nálepku“ a v nadnesenom význame akési „etické vylúčenie“ rodiny zo spoločenských vzťahov, jej stigmatizáciu.

Verím, že týmto príspevkom sa mi podarí aspoň malou mierou prispieť k otvoreniu brány vedúcej do sveta medziľudských vzťahov, ktoré môžu naznačiť, či etiketizácia prestáva byť „malým bratom“ diskriminácie osôb závislých od drog. Veď stačí len málo pohrdania zo strany človeka voči človeku, ktorý je iný, respektíve voči sociálnej skupine, ktorou je rodina postihnutá závislosťou, a možno spôsobiť citovú ujmu, ak nie aj spoločenskú, ktorá môže viesť k reťazovej reakcii spôsobujúcej nešťastie iných. V našej spoločnosti sa len veľmi ťažko presadzuje poznatok, ktorý je aj vedecky podložený – závislosť od drog je choroba.

Určite nenadsadím, ak pri skúmaní dôsledkov závislosti hneď v úvode skonštatujem, že v rodine, v ktorej je závislý otec alebo matka, nimi najviac trpia deti. Závislosť však prináša viac obetí a v podstate deštruuje celý rodinný systém a jeho jednotlivých členov. Od tohto faktu sa potom odvíjajú aj deštrukcie spoločenských štruktúr a celých populácií.

Závislosť je v prvom rade hodnotená ako zdravotný problém, bez pozornosti nezostávajú ani nemenej dôležité a v určitých reláciách i dôležitejšie hľadiská, a to sociálne a ekonomické. V súčas-

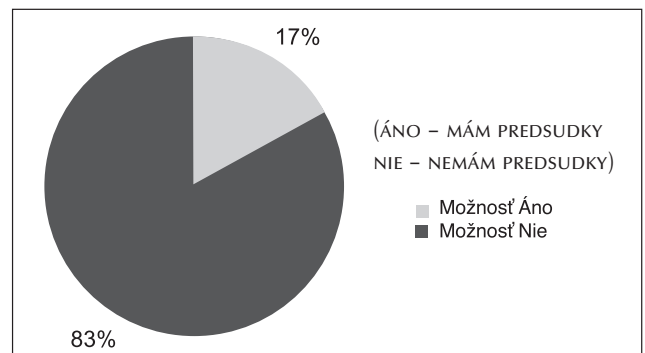
■ PHDR. KATARÍNA JANÍKOVÁ, ÚRAD PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY, BRATISLAVA

nosti už pomerne dobre poznáme pôsobenie drog v ľudskom tele i škody, ktoré v ňom spôsobuje. Rozumieme postupnému vývoju závislosti, niektorým aspektom jej spoločenskej škodlivosti i negatívnym dôsledkom v rôznych oblastiach spoločenského života. Stále nám ale zostávajú problémy prinášajúce mnohé prekvapenia.

## VÝSLEDKY PRIESKUMU

Pozrime sa preto, čo ukázal prieskum v oblasti medziľudských vzťahov, ktoré vznikajú medzi tzv. normálnymi rodinami a rodinami postihnutými závislosťou.

Predsudky voči rodine s drogovou závislým členom existujú v každej spoločnosti. V akom rozsahu si ich vytvárajú naši respondenti, znázorňuje graf.



Prieskum ďalej ukázal, že až 83 % respondentov je ochotných tolerovať príbuzenské, materiálne a iné spoločenské záväzky voči rodine s drogovou závislým členom. No len asi 20 % respondentov je za odkrývanie problémov takýchto rodín v celospoločenskom rozsahu, napríklad cez médiá.

Čo je možno zaujímavé, menej ako 50 % respondentov považuje rodinné rituály a modely správania sa rodiny za základný podiel na vzniku, udržaní alebo prenose drogovej závislosti na členov rodiny.

Výsledky prieskumu ukázali, že naša spoločnosť vcelku rodiny s drogovou závislým členom neetiketizuje.

Prieskum bol zameraný aj na to, aký podiel má rodina na vzniku, udržaní a prenose drogovej závislosti. Robil sa na vzorke žien a mužov zaradených do určitých vekových kategórií. Bola vytvorená aj osobitná kategória podľa vzdelania, a to respondenti študujúci na strednej škole a so stredoškolským vzdelaním a respondenti študujúci na vysokej škole a s vysokoškolským vzdelaním.

Po vyhodnotení vzorky mužov a žien so stredoškolským, resp. vysokoškolským vzdelaním sa zistila zaujímavá skutočnosť. To, že rodinné rituály a modely správania sa rodiny možno považovať za základný podiel vzniku, udržania a prenosu drogovej závislosti, si myslí viac stredoškolsky vzdelaných ľudí, než vysokoškolsky vzdelaných ľudí. A myslí si to viac respondentov z vyšších vekových kategórií, než z nižších vekových kategórií. Je zaujímavé, že aj keď stredoškolsky vzdelaní respondenti pripisujú väčší podiel na vzniku, udržaní a prenose drogovej závislosti rodine než vysokoškolsky vzdelaní respondenti, pri otázke, či sa na vzniku drogovej závislos-

ti v rodine podieľa vo väčšej miere kultúra spoločnosti než výchova v rodine, skoro všetci stredoškolsky vzdelaní respondenti (muži aj ženy) zvolili vplyv kultúry spoločnosti. V tomto sa zhodli s vysokoškolsky vzdelanými respondentmi.

Z toho možno vyvodíť záver, že respondenti s nižším vzdelaním považujú síce rodinu za systém, ktorý sa vo veľkej miere podieľa na vzniku drogovej závislosti, jej udržaní a prenose, ale pokiaľ ide o výchovnú funkciu rodiny, nepovažujú ju až za tak dôležitý faktor vplyvu na vznik závislosti v rodine, akým je kultúra spoločnosti, v ktorej rodina žije. V tomto je rozdiel v porovnaní s vysokoškolsky vzdelanými respondentmi, ktorí vidia dôvod vzniku, udržania a prenosu drogovej závislosti skôr v iných faktoroch (aj v kultúre spoločnosti), než v rodine.

Celkovo bolo možné konštatovať, že obidve kategórie respondentov pripisujú kultúre spoločnosti veľkú mieru zodpovednosti na tom, že rodiny sú postihnuté závislosťou. Vyplýva z toho, že rovnakou mierou sa na tomto postihu zúčastňuje aj tradícia, pretože kultúra spoločnosti kráča s tradíciou ruka v ruke.

Otázky v rámci prieskumu boli zamerané aj na to, aký postoj majú respondenti k jedincovi závislému od drog a k rodinám, v ktorých takýto jedinec žije, ak svoj problém závislosti prezentujú verejne.

Odpovede na otázky, ktoré sa týkali tohto problému, ukázali, že vyššie percento respondentov je za odkrývanie problémov drogovej závislosti pred verejnosťou, a teda nie je za „sociálnu izoláciu“ rodín postihnutých závislosťou.

Je zaujímavé, že z celkového počtu respondentov, ktorí sú za „sociálnu izoláciu“ rodín s drogovou závislým členom, je väčšina vysokoškolsky vzdelaných a sú to muži. Keďže sa dotazníky v rámci prieskumu a pri ich osobnom zbere triedili aj podľa miesta zberu, zistilo sa, že za sociálnu izoláciu a skrývanie problémov závislosti rodiny sú väčšinou respondenti pochádzajúci z menšieho mesta a obce, než respondenti z väčšieho mesta. Takýto výsledok prieskumu nie je taký prekvapujúci vzhľadom na mentalitu našej spoločnosti, v ktorej jedinca – aj vďaka historickému vývoju – boli naučení v menších komunitách problémy skôr potláčať, než vystavovať na verejnosti. Jednoznačný bol prístup respondentov k otázke ochoty zapojiť sa ako rodinný príslušník do procesu resocializácie člena rodiny postihnutého závislosťou od drog.

Otázky v dotazníku a odpovede respondentov na ne mali ukázať aj to, či respondenti považujú rodinu s drogovou závislým členom za „inú“.

Ukázalo sa, že 17 % respondentov považuje takúto rodinu za chorú a zlú a hanbili by sa za ňu, keby v nej žili. Zaujímavé je, že viac mužov ako žien by malo pocit hanby, ak by žili v rodine postihnutej závislosťou. Stredoškolsky vzdelaní muži majú tento pocit hanby vo väčšej miere než vysokoškolsky vzdelaní muži. Zaujímavé bolo aj zistenie, že stredoškolsky vzdelané ženy by radšej pomáhali rodinám postihnutým iným problémom než rodinám postihnutým závislosťou. U vysokoškolsky vzdelaných žien je to naopak. Zberom dotazníkov v jednotlivých lokalitách sa opäť potvrdilo, že pocit hanby za rodinu so závislosťou je väčší v malých komunitách (obciach), než vo väčších mestách.

Tí respondenti, ktorí považujú rodinu s drogovou závislým členom za zlú rodinu, vidia dôvod vo výchove v rodine. Z prieskumu vyplývalo, že je viac takých respondentov, ktorí považujú rodinu s drogovou závislým členom za chorú rodinu, a nie za zlú rodinu.

Respondenti, ktorí neprezentovali predsudky voči rodine s drogovou závislým členom, boli toho názoru, že rodinu netvorí jedinec, a preto sa treba pri riešení problému drogovej závislosti zamerať skôr na závislého jedinca, než na rodinu ako celok – keď sa zachráni jeden chorý článok rodinnej reťaze, zachráni sa celá rodina.

## ČO OSTALO NA DISKUSIU

Na základe vykonaného prieskumu možno skonštatovať, že problém drogovej závislosti je problémom, ktorý našu spoločnosť zaujíma a ku ktorému spoločnosť pristupuje nejednoznačne. Vnímanie problému drogovej závislosti sa v rámci prieskumu skúmalo z rôznych uhlov pohľadu. Bola zmapovaná otázka vzniku, udržania a prenosu drogovej závislosti v rodine a zistilo sa, že vyše polovice osôb zapojených do prieskumu si myslí, že rodinné zázemie nie je zodpovedné za vznik, udržanie a prenos drogovej závislosti. Tieto osoby považujú za podstatné pri vzniku, udržaní a prenose drogovej závislosti iné faktory. Medzi najdôležitejšie, ktoré uvádzali v dotazníku, patrili kultúra spoločnosti, partia, médiá, ktoré ovplyvňujú najmä adolescentov, a iné.

Prieskum ukázal, že naša spoločnosť je za odkrývanie problémov rodín so závislým členom. Ale aj v tejto vzorke sa našli takí, ktorí si myslia, že ak by sa problémy rodín postihnutých závislosťou mali odkrývať pred spoločnosťou, sú to predovšetkým závislí jedinci, ktorí by sa mali s problémom závislosti vyrovnávať a podporu spoločnosti by mali chápať len ako pomocnú „barličku“. Väčšina opýtaných osôb, ktoré sa na prieskume zúčastnili, vidí v odkrývaní problémov rodín postihnutých závislosťou od drog predovšetkým preventívny charakter, ale nie cestu faktickej podpory, či už finančnej alebo inej. Takáto pomoc by sa podľa nich mala ponechať na inštitúcie, ktoré sa problémom závislosti zaoberajú.

Prečo je to tak, nie je ťažké odhaliť. Ľudia vo svojej podstate prejavujú spolupatričnosť s nešťastím iných, ale len po určitú hranicu. Po hranicu svojej peňaženky, dávky empatie, alebo možno len po hranicu, ktorá nezasiahne do vzťahov v ich vlastnej rodine.

Aj napriek tomu je zaujímavé, že viac ako polovica osôb zúčastnených na prieskume je ochotná tolerovať príbuzenské, materiálne a iné spoločenské záväzky voči rodine s drogovou závislým členom. Ako sa však ukázalo, materiálne záväzky by osoby zúčastnené na prieskume tolerovali najmenej. Neprekážajú im príbuzenské vzťahy, ktoré môžu vzniknúť spojením rodín postihnutých závislosťou s rodinami, ktoré postihnuté závislosťou nie sú. Respondenti to v dotazníku odôvodňovali tým, že ak sa vytvára napríklad manželský zväzok, tento sa nevytvára medzi jedincom a rodinou, ale medzi jedincom a jedincom. A podľa nich, jedinec zo závislej rodiny, ktorý sa dostane do príbuzenského vzťahu s rodinou, ktorá nie je postihnutá závislosťou, môže len získať, pretože spoznáva „normálne“ vzťahy.

Na základe výsledkov prieskumu bolo možné konštatovať, že ľudia v našej spoločnosti rodiny s drogovou závislým členom neetiketizujú. Sú ochotní pomáhať, aj keď len do určitej miery a za pomoci iných subjektov, ktoré by mali niesť za ne zodpovednosť.

Napriek takémuto záveru prieskumu sa nemožno uspokojiť s tým, že problém rodín s drogovou závislým členom akoby neexistoval. Problém nevšímavosti voči takýmto rodinám nie je ani tak v médiách. Možno povedať, že tie venujú dostatočnú pozornosť otázke drogovej závislosti, a to aj vo vzťahu k rodine. Problém zakrývania si oči a „pchania hlavy do piesku“ je možné vidieť u zodpovedných v oblasti legislatívy, ktorá ešte nevytvorila dostatočné „mantinely“ na to, aby sa vyšpecifikovalo, čo je rodinná kríza – nielen manželská, ale aj sociálna. Nevytvorili sa samostatné inštitúty ochrany detí pochádzajúcich zo závislých rodín. Nevytvoril sa systém prevencie drogovej závislosti na školách, aj keď všetci vieme, že drogy podnecujú násilie, ničia človeka a rodiny.

Je potrebná celonárodná diskusia venovaná otázke drog a drogovej závislosti. Je potrebný celoplošný výskum, ktorý by ukázal, koľko rodín sa rozpadlo a zničilo v dôsledku drog. Je načase považovať užívanie drog nielen za zdravotný, ale aj za sociálny problém, a nájsť jeho definíciu v nadväznosti na rodinu.

# Chorobná posadnutosť

1. časť

V SÚČASNOSTI SA ČORAZ ČASTEJŠIE STRETÁVAME S TÝM, AKO SA DO POPREDIA HODNOTOVÉHO SYSTÉMU DNEŠNÉHO ČLOVEKA DOSTÁVA OTÁZKA FYZICKÉHO VÝZORU. TELO SA STÁVA PREDMETOM MIMORIADNEHO ZÁUJMU A STAROSTLIVOSTI, OBJAVUJÚ SA SALÓNY KRÁSY NIELEN PRE DOSPELÝCH, ALE UŽ AJ PRE DETI. AKO PÍŠE J. SCHLEGELOVÁ (2001), DŽOGING, FITNES, ATRAKTÍVNE ŠPORTY PRINÁŠAJÚCE DRÁŽDIVÉ RIZIKO (NAPRÍKLAD BUNGEE-JUMPING ČI RAFTING), ZNAČKOVÉ OBLEČENIE, KOZMETIKA, KONTROLOVANÁ STRAVA, DOKONCA I POŽÍVANIE ALKOHOLU ALEBO DROGY PREDSTAVUJÚ PREJAVY DVOJAKEJ TENDENCIE VO VZŤAHU K VLASTNÉMU TELU. JEDNOU Z NICH JE JEHO ÚZKOSTLIVÁ OCHRANA A STAROSTLIVOSŤ OŇ V NAJRÔZNEJŠÍCH PODOBÁCH A NAHRÁDZANIE VNÚTORNEJ PRÁZDNOTY TZV. STYLINGOM – ETICKEJ HODNOTY ŽIVOTA VONKAJŠKOVOU ESTETIZÁCIOU. TÁTO POTREBA ÚZKO SÚVISÍ S POTREBOU ZÍSKAVANIA NEUSTÁLE NOVÝCH TELESNÝCH PÔŽITKOV A S KULTOM SLASTI. NADMERNÉ SLEDOVANIE A UCTIEVANIE FYZICKEJ KRÁSY A VÝZORU VÝZNAMNE DETERMINUJE SPRÁVANIE. MÔŽE VIESŤ K REDUKCII HODNÔT SÚSTREDENÝCH NA TELO A JEHO FORMOVANIE, ALE AJ K NEZDRAVÉMU HLADOVANIU A SMEROVAŤ AŽ K ANOREXII A BULÍMIÍ.

## NESPOKOJNOSŤ DIEVČAT A ŽIEN SO SVOJÍM TELOM

Mnohé výskumy zamerané na nespokojnosť žien so svojím telom vychádzajú z techniky siluety. Účastníkom sa predkladajú siluety postáv od veľmi štíhlych až po veľmi silné. Majú vybrať tú, ktorá je najbližšia ich telesnej postave, aj tú, ktorú považujú za ideálnu. Rozdiel medzi týmito dvoma postavami poukazuje na nespokojnosť s vlastným telom. Početné výskumy ukázali, že ženy volia ako ideálnu postavu štíhlejšiu, než je ich vlastná postava (Tigemannová a Penningtonová, 1990, Wardleová et al., 1993). Dotazníky, rozhovory a techniky odhadovania siluety postavy odhalili podobnú nespokojnosť žien v Amerike, Austrálii i vo Veľkej Británii.

Len málo štúdií sa zaoberalo nespokojnosťou s vlastným telom u žien s diagnózou porúch príjmu potravy. Obvykle sa konštatovalo, že ženy s anorexiou alebo bulímiou sa príliš nelíšia od iných žien v zmysle nespokojnosti so svojím telom. Aj keď nadsadzujú hmotnosť vlastného tela, nie je to o nič viac než v skupine „normálnych žien“ (Smeets, Smit, Panhuysen a Ingleby, 1997).

MEDZI FAKTORY POSILŇUJÚCE STRACH Z TUČNOTY PODĽA F. D. KRCHA (2002) PATRIA TIETO:

- ✓ TLAK MÉDIÍ (HLAVNE TELEVÍZIE) NA PREDSTAVY A VZORY SÚČASNÉHO ČLOVEKA (KLADNÍ A ÚSPEŠNÍ HRDINOVIA SÚ ŠTÍHLI, STÁLE SA HOVORÍ O TOM, KTO AKO VYZERÁ),
- ✓ OBYVATELIA EKONOMICKY ROZVINUTÝCH KRAJÍN PRIBERAJÚ, ALE IDEÁL ŽENSKEJ KRÁSY CHUDNE (VYCHUDNUTÝ „HEROÍNOVÝ“ ALEBO „DETSKÝ“ MÓDNY VZOR),
- ✓ POVRCHNÉ SPÁJANIE VYCHUDNUTOSTI SO ZDRAVÍM, ŠKANDALIZÁCIA OBEZITY (SPÁJANIE NADVÁHY S LENIVOSŤOU, ŠKAREDOSŤOU), MALÁ TOLERANCIA K RÔZNORODOSTI MEDZI ĽUĎMI (DÔRAZ NA KONFORMITU),
- ✓ PRÍLIŠNÁ ORIENTÁCIA A DÔRAZ NA TELESNÝ VZHĽAD,
- ✓ OBEZITA A DIÉTY V RODINE,
- ✓ INDIVIDUÁLNE VLASTNOSTI, AKO ÚZKOSTLIVOSŤ, PEDANTÉRIA, DÔSLEDNOSŤ A PRÍLIŠNÁ CTIŽIADOSTIVOSŤ, NUTKANIE NEUSTÁLE NIČO UPRAŤOVAŤ,
- ✓ NEISTOTA DOSPIEVANIA, NAJMÄ AK JE POSILNENÁ TRAUMOU,
- ✓ TUČNOTA, NEVHODNÉ ROZLOŽENIE TELESNÉHO TUKU A REDUKČNÉ DIÉTY,
- ✓ ZDRAVOTNÉ PROBLÉMY SPOJENÉ S DIÉTOU.

## vlastným telom

■ DOC. PHDR. ĽUBOSLAVA SEIČOVÁ, CSC.,  
FILOZOFICKÁ FAKULTA UNIVERZITY KOMENSKÉHO V BRATISLAVE

Ženy všetkých vekových skupín a rás majú väčšiu tendenciu priberať než muži. Počas dospievania im pribúda telesný tuk, zatiaľ čo muži získavajú skôr svalovú hmotu. F. Krch (1999) v tejto súvislosti poukazuje na psychologickú atmosféru, ktorú podporujú nielen médiá, kde sú obézni zosmiešňovaní ako leniví, škaredí a neschopní, ale aj reklama. Potravinársky a farmaceutický priemysel (propagujúci štíhlosť a diétu stravu) komerčne využíva rastúce nebezpečenstvo nadváhy a strach z obezity na to, aby na trhu uplatnili stále nové a nové nízkokalorické a redukčné produkty.

Údaje prieskumu vykonaného na vzorke 30 000 žien, uvedené v roku 1984 v Glamouri ukázali, že 75 % žien vo veku 18 až 35 rokov bolo presvedčených, že sú tučné, pričom skutočnú nadváhu malo iba 25 % z nich. Z toho 45 % žien s podváhou si myslelo, že je pritučných. A nadôvažok respondentky považovali schudnutie o 5-6 kg za svoj hlavný vytúžený cieľ, dôležitejší ako úspech v práci alebo v láske (Wolf, 2000).

Patologická percepcia vlastného tela typická pre anorektičky, ktoré napriek siluete vychudnutého, vyčerpaného tela sa usilujú o ešte štíhlejší pás, hoci „to už väčšmi nejde“, sú mementom pre všetkých, ktorí produkujú mýtus chudej krásy ako normu pre všetkých. Psychológovia zdôrazňujú, že pri vzniku porúch príjmu potravy hrajú dôležitú rolu meniace sa módné vlny a s nimi súvisiace spoločenské očakávania týkajúce sa ženskej postavy ako určitý tlak ku konformite. Zatiaľ čo v 50. rokoch 20. storočia bola vzorom krásy postava typu presýpacích hodín (M. Monroe, S. Loren), v 70. rokoch svet obdivoval aerobikom tvarované telo J. Fondovej. V 90. rokoch to už boli extrémne chudé modelky s výrazom dieťaťa (K. Moss, K. McMenamyová). (In: Plháková, Míčková, 2000). Modelka K. Moss, predstaviteľka androgyna (obojpohlavnosť v druhotných pohlavných znakoch), ženy-dieťaťa, ženy-chlapca, vyzerá ako nasledovníčka tenučkej Twiggy zo 60. rokov 20. storočia. Tento obraz ženy – chudého dieťaťa v súčasnosti naďalej pretrváva.

## NESPOKOJNOSŤ CHLAPCOV A MUŽOV SO SVOJÍM TELOM

Chorobnou posadnutosťou vlastným telom – adónským syndrómom však trpia aj chlapci, ktorí nutkavo preťažujú telo usilovným tréningom, aby naplnili predstavu ideálneho svalnatého mužského tela. Táto túžba neraz prerastá do bigarexie (závislosti od cvičenia) – poruchy prejavujúcej sa náročným posilňovacím tréningom, nadužívaním bielkovinových preparátov a často i abúzmom liekov. Postihnutí jedinci však nedokážu prerušiť nadpriemerné ťažký tréning ani vtedy, keď dochádza k zraneniam, zápalom šliach a ďalším somatickým komplikáciám. I bigarektici, podobne ako dievčatá s poruchami príjmu potravy, často sledujú svoj obraz v zrkadle, vážia sa a merajú objem rôznych partií svojho tela. Venujú zvýšenú pozornosť štúdiu tabuliek s nutričnými hodnotami potravín a príprave nákladných diét. Ich sociálne vzťahy sa obmedzujú na prostredie fitcentier, mňajú veľké sumy na nákup liekov, výživových doplnkov, poplatky za posilňovňu, čo často prešahuje ich možnosti. Často býva prítomná aj závislosť od androgénov, ktorá spôsobuje podráždenosť a sklon k násilnostiam.

Okrem iného, dlhodobé zneužívanie androgénov hrozí smrteľným nádorovým ochorením. Explozívne správanie s prejavmi paranoidného strachu z prenasledovania s kombináciou megalomaniackého bludu supermanstva býva označované ako kulturistická psychóza. Podľa lekárskeho výskumu je postihnutých bigarexiou asi 1–2 % mužskej populácie v USA (Jedlička, 2002).

Fallonová a Rozin (1985) predložili deväť siluet mužskej postavy 248 študentom v USA, ktorí mali určiť postavu, ktorá im je najviac podobná, ďalej postavu, akú by si priali mať, a postavu, akú by preferovali ženy, pričom nebol zistený žiadny rozdiel medzi ideálom mužov, žien a skutočnou postavou respondentov. Znamená to, že muži vcelku vnímajú svoju postavu tak, že sú s ňou spokojní. Výsledky potvrdili i najnovšie americké a austrálske štúdie. Výskumy tiež ukázali, že muži sa väčšinou snažia zmeniť svoju postavu skôr cvičením ako držaním diét. Ideálna mužská postava je totiž štíhla a mierne svalnatá. Držanie diét je vo všeobecnosti považované za ženskú aktivitu a nepredpokladá sa, že by diéty mohli viesť k získaniu svalnatej postavy, ktorá predstavuje kultúrny ideál práve pre mužov (Brownmillerová, 1984, In: Grogan, 2000).

Britskí vedci oslovili vyše 500 mladých študentov vo veku 11 až 16 rokov (250 dievčat a 257 chlapcov). Chlapcov aj dievčatá rovnako ovplyvňuje okolitý tlak, ktorý núti adolescentov veriť, že vyzeráť podľa spoločenských fyzických ideálov je dôležité. U dievčat to znamená byť veľmi chudá, u chlapcov zasa byť svalnatý. Takmer každá dospievajúca dievčina vníma svoje telo záporne, pričom u chlapcov to boli len tí, ktorí si mysleli, že majú nadváhu (In: Túžba vyzeráť ideálne ovplyvňuje aj chlapcov, 2006).

## NOVÉ FORMY ZÁVISLOSTÍ SÚVISIACE S PORUCHAMI PRÍJMU POTRAVY

**TO, AKO ČLOVEK ZAOBCHÁDZA S JEDLOM, VYPLÝVA ČASTO Z JEHO ŽIVOTNEJ FILOZOFIE. BUĎ SI CHCE DOPRIAŤ VŠETKO, ČO MU ŽIVOT PONÚKA, ALEBO SA OBMEDZUJE, PRETOŽE JE PREŇHO DÔLEŽITÉ, ABY BOL ŠTÍHLY. NEZNAMENÁ TO VŠAK, ŽE BY NEMAL JEŠŤ NIČ.**

**MENTÁLNA ANOREXIA** (závislosť od hladovania) je duševná choroba, ktorá sa vyznačuje abnormálnou snahou schudnúť. Chorý prijíma stále menej potravy, až nakoniec úplne odmieta jedlo. Základným príznakom anorexie je nízka telesná hmotnosť, aspoň o 15 % nižšia, než by človek mal mať vzhľadom na svoj vek a výšku. Obeťou trendu vychudnutosti sa môže stať každý. Najmä pokiaľ ide o ženu vo veku od 14 do 30 rokov. Pre dievčatá v období puberty je porucha príjmu potravy dokonca typická. Po astme a obezite je to ich tretí najčastejší zdravotný problém. Podľa prieskumov umiera na podvýživu až 8 % anorektičiek.

Veľkú skupinu chorých na mentálnu anorexiu tvoria mladé dievčatá, ktoré začali chudnúť, zapáčilo sa im to a so svojou vychudnutosťou a stravovacími návykmi sú spokojné. Diagnóza mentálnej anorexie sa im nepáči, myslia si, že sú len „veľmi štíhle“ a že všetci okolo nich vrátane lekárov prehávajú (Krch, 2002).

Dlho sa viedli diskusie, že príčinou porúch v prijímaní potravy môžu byť obezita a držanie diét v rodine, rozvod rodičov, nedostatok sebavedomia, odmietanie ženského tela a sexuality, pohlavné zneužívanie, vysoké nároky na dospievajúce dievča. Neskôr sa zistilo, že aj iné ženy môžu byť nespokojné so svojím telom, pripadajú si tučné a anorektičkami sa nestanú. Žiadna špecifická príčina, ktorej odstránenie by automaticky viedlo k vyliečeniu, neexistuje. Chorí sa pohybuju v začarovanom kruhu – nikto nevie, či je pokrivený vzťah k jedlu dôsledkom predchádzajúcich problémov živote, alebo tie problémy vyvoláva hlad. Sú to len rizikové faktory, ktoré môžu u každého človeka vyústiť do

inej psychickej poruchy alebo závislosti, nielen do anorexie a bulimie. Pre anorektičky je ale typické okúzenie jedlom – aj keď ho odmietajú prehltnúť, chuti a myšlienok naň sa zbaviť nevedia (Berdnová, 2007).

**MENTÁLNA BULIMIA** (závislosť od jedla) alebo vlčí hlad, je duševná choroba, ktorou trpí približne každá dvadsiata žena medzi 15 a 55 rokom života. Bulimička má hrôzu z tučnosti, súčasne si ale nedokáže jedlo odriecť. Po určitom čase, keď sa snaží dodržovať diétu, nevydrží a zje enormné množstvo jedla. Toho sa potom snaží zbaviť pomocou zvracania alebo preháňadiel. Podľa prieskumov 2 % bulimičiek končia svoj život samovraždou alebo umierajú na následky zvracania.

**ORTOREXIA NERVOSA** (závislosť od zdravej výživy) je chorobná posadnutosť zdravou výživou a zdravým stravovaním. Takto postihnutí jedinci kontrolujú v potravinách obsah živín, zisťujú, či boli plodiny vypestované na biofarme a jedia výlučne biopotraviny. Nutkanie zdravo sa stravovať podporujú spoločenské trendy, lebo niektoré potraviny sa označujú ako nezdruvé. Postupne jedinec konzumuje čoraz menej „zdravého“ jedla – bez farbív, konzervačných látok, a vyhladuje sa podobne, ako pri mentálnej anorexii. Za príznaky ochorenia sa považuje to, keď takto postihnuté osoby premýšľajú viac ako 3 hodiny o zdravom jedle, keď sa nestravujú spoločne s ostatnými a jedia sami, keď jedia len kvalitné veci a opovrhujú tými, ktorí sa stravujú normálne a jedia všetko.

Jesť zdravo však neznamená vyhýbať sa väčšine bežných potravín. Hovoriť o zdravom alebo nezdravom jedle je vlastne nezmysel. Každé jedlo, pokiaľ nie je skazené alebo inak otrávené, je zdravé, pretože dodáva nášmu telu niečo, čo potrebuje. V tomto smere nie je šalát o nič zdravší než chlieb s masťou. O zdravej výžive hovoríme v súlade s pestrosťou, vyváženosťou a primeranosťou jej skladby a množstva (Krch, 2002).

**EXOREXIA** (závislosť od cvičenia) je posadnutosť, pri ktorej ľudia prepadnú cvičeniu a nevedia s ním prestať. Myslia si, že ich organizmus zvládne všetko. Médiá nabádajú tých, čo chcú schudnúť, aby sa namiesto hladovania venovali športu, vďaka ktorému určite schudnú. Jedinci závislí od cvičenia sa napriek tomu, že nebezpečne chudnú, vyžívajú v športe, pretože v ňom dosahujú dobré výsledky a realizujú sa. Ani si neuvedomujú, že sa stávajú od neho závislými. Ak vynechajú čo i len jeden tréning, okamžite sa u nich dostaví pocit viny. Príznaky tohto ochorenia sú rovnaké ako pri anorexii. Americká organizácia, ktorá sa zaoberá problémami stravovania, definuje exorexiu ako chorobu, ktorá je novodobým nástupcom doteraz známych diagnóz zapríčinených chudnutím.

**DIETOVANIE** (závislosť od diét) – v súvislosti s diétami sa často hovorí o racionálnej výžive. „Racionalita“ je heslo, pod ktoré sa môže ukryť akákoľvek hlúposť. Zo zdravia sa stal argument potravinárskeho priemyslu, ktorý vyrába podľa toho, čo je práve v móde. Dnes sú v móde diéty. Výrobcovia sa predhávajú v tom, že práve oni vyrábajú najzdravšie a najmenej energeticky hodnotné výrobky, takže si ich môžete kúpiť a zjesť viac (Krch, 2002).

Ženy držiace diéty ovládajú myšlienky na jedlo a z hladu alebo, naopak, z pocitov viny po opätovnom prejedení sa, sú podráždené a precitlivené. Nedokážu hovoriť o ničom inom, len o jedle, diétach a zdraví. Obťažujú tým svoju rodinu, bývajú vzťahovane a posadnutosť štíhlosťou narúša ich osobný život. Podobné pocity prežívajú státisíce dievčat a žien pokúšajúcich sa o redukčné diéty.

*Pokračovanie spolu so zoznamom použitej literatúry v čísle 3/2007.*

# RESOCIALIZAČNÁ STAROSTLIVOSŤ o závislých od psychoaktívnych látok

■ MGR. ZUZANA MIKOVÁ, MPH, RIADITEĽKA RESOCIALIZAČNÉHO STREDISKA ČISTÝ DEŇ

3. časť

V PREDCHÁDZAJÚCICH DVOCH ČÍSLACH SME SA VENOVALI TEMATICKÝM OKRUHOM ZAMERANÝM NA ZISTENIE NÁZOROV ODBORNÍKOV NA PERSONÁLNU VYBAVENOSŤ RESOCIALIZAČNÉHO ZARIADENIA A NA VYBRANÉ ZLOŽKY RESOCIALIZAČNÉHO PROGRAMU, A TO PSYCHOTERAPIU, KVALIFIKAČNÉ PREDPOKLADY PSYCHOTERAPEUTOV V PRÁCI S KLIENTMI V RESOCIALIZÁCI A POTREBU PRACOVNEJ TERAPIE. V TEJTO ČÁSTI PRINÁŠAME VYHODNOTENIE POSLEDNÝCH DVOCH TEMATICKÝCH OKRUHOV.

## TEMATICKÝ OKRUH D

Tento tematický okruh získaval odpovede na otázky, ktoré sa týkali vytvárania štruktúry komunity a jej charakteristík. Charakteristikami rozumiem počet klientov v komunite, typ závislosti a vek klientov.

EXPERTI ODPOVEDALI NA NASLEDOVNÉ OTÁZKY:

**OTÁZKA D/1: AKÁ JE PODĽA VÁS OPTIMÁLNA KAPACITA RESOCIALIZAČNÉHO STREDISKA?**

**OTÁZKA D/2: POVAŽUJETE ZA NEVHODNÉ, AK SÚ V RÁMCI JEDNEJ TERAPEUTICKEJ KOMUNITY UMIESTNENÍ ZÁVISLÍ S ALKOHOLOVOU ZÁVISLOSŤOU A ZÁVISLOSŤOU OD NELEGALIZOVANÝCH DROG?**

(hodnotenie: 1 - veľmi súhlasím, 5 - veľmi nesúhlasím)

**OTÁZKA D/3: V RÁMCI JEDNEJ KOMUNITY JE VHODNÉ, AK MAXIMÁLNY VEKOVÝ ROZDIEL MEDZI JEDNOTLIVÝMI KLIENTMI:**

- A) NEPRESIAHNE 5 ROKOV
- B) NEPRESIAHNE 10 ROKOV
- C) NEPRESIAHNE 15 ROKOV
- D) NIE JE OBMEDZOVANÝ

### OTÁZKA D/1

**AKÁ JE PODĽA VÁS OPTIMÁLNA KAPACITA RESOCIALIZAČNÉHO STREDISKA?**

| p. č. | Kapacita resocializačného strediska | Počet odpovedí |         |
|-------|-------------------------------------|----------------|---------|
|       |                                     | 1. kolo        | 2. kolo |
| 1.    | 20 klientov                         | 3              | 8       |
| 2.    | 15 – 20                             | 1              | 4       |
| 3.    | 20 – 25                             | 1              | 2       |
| 4.    | Do 30                               | 3              | -       |
| 5.    | Optimálne 6 – 12, únosné do 30      | 1              | -       |
| 6.    | 12 – 14, podľa personálu            | 1              | -       |
| 7.    | 10 – 15                             | 2              | -       |
| 8.    | 20 – 30                             | 1              | -       |
| 9.    | neodpovedal                         | 1              | -       |

### DISKUSIA K TEMATICKÉMU OKRUHU D/1

V odpovedi na túto otázku som v prvom kole získala veľmi heterogénne odpovede, čo som neočakávala. Väčšinový názor bol v intervale 20 – 30 klientov, ďalej v intervale 15 – 25. Raz sa vyskytol názor „podľa personálu“. Avšak metodika kreovania komunity by nemala byť podriadená technickým možnostiam. Naopak, technické (personálne) možnosti treba prispôbiť komunite. Tak, aby táto po vybudovaní čo najefektívnejšie plnila svoju funkciu. Druhé kolo Delphi potvrdilo zhodu z prvého kola.

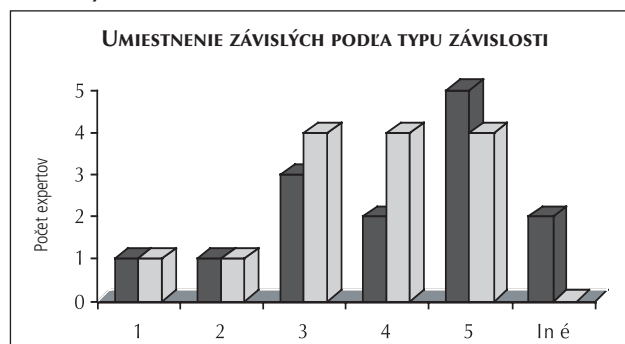
### OTÁZKA D/2

**POVAŽUJETE ZA NEVHODNÉ, AK SÚ V RÁMCI JEDNEJ TERAPEUTICKEJ KOMUNITY UMIESTNENÍ ZÁVISLÍ S ALKOHOLOVOU ZÁVISLOSŤOU A ZÁVISLOSŤOU OD NELEGALIZOVANÝCH DROG?**

(hodnotenie 1 – veľmi súhlasím, 5 – veľmi nesúhlasím)

| p. č. | Stupeň škály | Počet odpovedí |         |
|-------|--------------|----------------|---------|
|       |              | 1. kolo        | 2. kolo |
| 1.    | 1            | 1              | 1       |
| 2.    | 2            | 1              | 1       |
| 3.    | 3            | 3              | 4       |
| 4.    | 4            | 2              | 4       |
| 5.    | 5            | 5              | 4       |
| 6.    | neuviedol    | 2              | -       |

GRAF Č. 7:



### DISKUSIA K TEMATICKÉMU OKRUHU D/2

V otázke koexistencie klientov s rôznymi typmi závislosti v jednej komunite sa experti takmer úplne zhodli už v prvom kole, keď iba dvaja experti priradili hodnotu nižšiu ako 3 k tvrdeniu, že nie je vhodné, ak sú v rámci jednej komunity závislí s rôznym typom závislosti. V druhom kole sa približne opakoval obraz názorov z prvého kola, to znamená, že experti preferujú skôr rôzne typy závislosti v rámci jednej komunity. Otázka býva skôr pertraktovaná medzi samotnými klientmi, keď jedna skupina považuje druhú za viac problematickú a menej perspektívnu z hľadiska prognózy ochorenia.

### OTÁZKA D/3:

**V RÁMCI JEDNEJ KOMUNITY JE VHODNÉ, AK MAXIMÁLNY VEKOVÝ ROZDIEL MEDZI JEDNOTLIVÝMI KLIENTMI:**

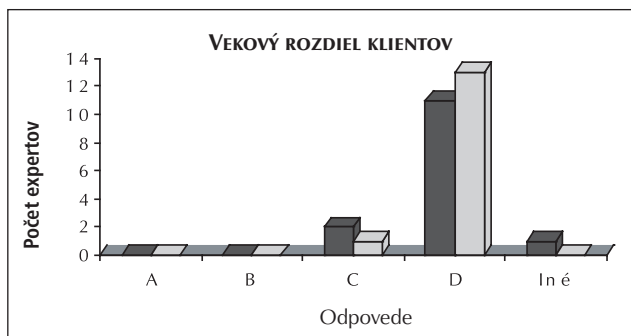
- A) NEPRESIAHNE 5 ROKOV
- B) NEPRESIAHNE 10 ROKOV
- C) NEPRESIAHNE 15 ROKOV
- D) NIE JE OBMEDZOVANÝ

| p. č. | Stupeň škály | Počet odpovedí |         |
|-------|--------------|----------------|---------|
|       |              | 1. kolo        | 2. kolo |
| 1.    | A            | 0              | 0       |
| 2.    | B            | 0              | 0       |
| 3.    | C            | 2              | 1       |
| 4.    | D            | 11             | 13      |
| 5.    | Neodpovedal  | 1              | 0       |

**MATERIÁL PREDKLADANÝ NA POSÚDENIE BOL ZLOŽENÝ Z NASLEDOVNÝCH TEMATICKÝCH OKRUHOV:**

- A PROFESIONÁLNA VYBAVENOSŤ RESOCIALIZAČNÉHO STREDISKA**
- B VYBRANÉ ZLOŽKY RESOCIALIZAČNÉHO PROGRAMU**
- C LOKALIZÁCIA RESOCIALIZAČNÉHO STREDISKA**
- D ŠTRUKTÚRA KOMUNITY A JEJ CHARAKTERISTIKA**
- E ĎALŠIE VÝZNAMNÉ OTÁZKY VO VZŤAHU K RESOCIALIZÁCII ZÁVISLÝCH OSÔB**

GRAF Č. 8:

**DISKUSIA K TEMATICKÉMU OKRUHU D/3**

Možno konštatovať, že experti sa v odpovedi zhodli už v prvom kole. 11 expertov neprisuduje význam vekovému rozdielom v rámci jednej komunity. Vek klienta spravidla súvisí s typom závislosti, keď klienti do 30 rokov sú prevažne narkomani a klienti medzi 30 až 40 rokov a viac sú alkoholici. Odpovede na túto otázku teda zároveň potvrdili stanoviská expertov aj na predchádzajúcu otázku. V druhom kole sa názorová zhoda prejavila takmer ako unifikovaná – 13 expertov zo 14 je presvedčených, že vekový rozptyl klientov v zariadení nie je podstatný.

**ZÁVERY K TEMATICKÉMU OKRUHU D**

Podľa názorov odborníkov je optimálna kapacita komunity 15 – 25 klientov, v rámci ktorej môžu byť klienti bez ohľadu na typ látky, vyvolávajúcej závislosť, a s neobmedzeným vekovým rozpätím.

**TEMATICKÝ OKRUH E**

Posledný okruh bol zameraný na zistenie ďalších významných otázok vo vzťahu k resocializácii závislých a zaradila som ho iba do prvého kola metódy. Jeho cieľom bolo zistiť, akým problémom pripisujú experti význam z hľadiska poskytovanej resocializačnej starostlivosti a vo vyššie uvedených otázkach sa nenachádzali.

Experti uviedli spolu 9 rôznych okruhov, ktorým by sa mala venovať pozornosť. K nim som zaradila podnet z odpovede jedného experta na otázku v okruhu C/2: chyba nám zariadenie pre matky s deťmi.

**OKRUHY NAVRHNUTÉ EXPERTMI SOM ROZDELILA****DO ŠIESTICH ZÁKLADNÝCH SKUPÍN:**

- 1. ODBORNOSŤ, ZODPOVEDNOSŤ TERAPEUTA, JEHO NASADENOSŤ ,**
- 2. PROGRAM, PRAVIDLÁ, REŽIM, „OPÚŠŤANIE HNIEZDA“,**
- 3. FINANCOVANIE RESOCIALIZAČNÝCH ZARIADENÍ,**
- 4. DODRŽIAVANIE ĽUDSKÝCH PRÁV,**
- 5. EVALVÁCIA EFEKTIVITY,**
- 6. ZARIADENIE PRE MATKY S DEŤMI.**

**V ICH VYHODNOCOVANÍ SOM DOSPĚLA K NASLEDOVNÝM ZÁVEROM:**

- 1. SKUPINA: ODBORNOSŤ, ZODPOVEDNOSŤ TERAPEUTA, JEHO NASADENOSŤ**

Vyhodnocujem ju ako akcentovanie toho, čo už bolo uvedené v dotazníku. Experti zrejme akcentovaním tohto typu námietok vyjadrili naliehavosť dosiahnutia konsenzu, pretože otázky s tou-

to tematikou boli variantne obsiahnuté v okruhoch A a B.

- 2. SKUPINA: PROGRAM, PRAVIDLÁ, REŽIM, „OPÚŠŤANIE HNIEZDA“**

Program, jeho štruktúra a režim sú z hľadiska fungovania veľmi dôležité, ale nie je a nemôže byť cieľom expertov dosiahnuť zhodu v tejto otázke. Komunitné zariadenia nemusia byť unifikované a každé môže mať svoje pravidlá, ktoré odrážajú jeho filozofiu. Je zrejme, že inak bude fungovať napríklad zariadenie založené na náboženskej filozofii a inak svetské zariadenie.

- 3. SKUPINA: FINANCOVANIE RESOCIALIZAČNÝCH ZARIADENÍ**

Financovanie resocializačných zariadení podľa legislatívnych rámcov platných v súčasnosti je viaczdrojové. Hlavný zdroj spočíva v zmluvných vzťahoch s vyššími územnými celkami (sociálna starostlivosť je originálna kompetencia), ďalšie pochádzajú z priamych platieb klientov a z darov, príspevkov a grantových programov. Keďže spôsob financovania je pomerne jednoduchý a jasný, myslím si, že pôvodca tejto otázky mal na mysli skôr finančné zabezpečenie z pohľadu jeho dostatočnosti, resp. nedostatočnosti.

- 4. SKUPINA: DODRŽIAVANIE ĽUDSKÝCH PRÁV**

Dodržiavanie ľudských práv je veľmi vážny podnet. Určite mu treba venovať pozornosť. Pripúšťam, že v rámci terapeutických komunit sa môže stať, že v rámci nátlaku skupiny na jednotlivca sa ťažko hľadá správna hranica v rozhodovaní o tom, čo je pre klienta dobré a čo nie. Nezostáva to na ňom, ale na komunite. Tento cenný námet bude potrebné rozpracovať mimo tejto práce a konzultovať ho predovšetkým s odborníkmi z oblasti práva a so psychiatrami (možno s kvalifikáciou súdnych znalcov).

- 5. SKUPINA: EVALUÁCIA EFEKTIVITY**

Na evaluáciu efektivity práce resocializačných zariadení treba minimálne poznať objem financií, ktoré plynú do zariadení v prepočte na klienta i dĺžku abstinencie po ukončení pobytu v zariadení.

- 6. SKUPINA: ZARIADENIE PRE MATKY S DEŤMI**

V Slovenskej republike nefunguje komunita, ktorá by umožňovala pobyt pre matky, príp. otcov s deťmi. Pritom dieťa je často dôvodom, pre ktorý klientka ukončí pobyt predčasne. Vo svete sú takéto komunity bežné, podobná funguje v susednej Českej republike.

**NA ZÁVER**

Závislosť je téma, o ktorej sa pomerne veľa hovorí. A to z rôznych hľadísk. Zasahuje nielen jednotlivca, ale významne ovplyvňuje aj jeho rodinu, miestnu komunitu, ba celú spoločnosť. Je dôležité, že táto diskusia prebieha, a je veľmi dôležité, aby v nej zaznievali aj hlasy teoretikov a praktikov, ktorí sa touto témou zaoberajú v každodennom profesionálnom živote. Prínos prezentovaného prieskumu vidím v tom, že pri zavádzaní zmien v procese resocializácie závislých klientov som tento priestor na vyjadrenie pre odborníkov vytvorila. V ich vyjadreniach som mohla nájsť relatívne správne smerovanie tam, kde bola dosiahnutá zhoda. V otázkach, kde zhoda dosiahnutá nebola, možno pokračovať ďalej. V diskusiách na objasňovanie postojov. A to na fórach, ktoré sú na odbornú diskusiu určené.

# NOVÁ KONCEPCIA pedagogicko- -psychologického poradenského systému

VLÁDA SR SCHVÁLILA V MARCI TOHTO ROKA KONCEPCIU PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉHO PORADENSKÉHO SYSTÉMU A JEHO IMPLEMENTÁCIE DO PRAXE. KONCEPCIA PRESNEJŠIE AKO DOTERAZ VYMEDZUJE OBSAH A FORMY VÝCHOVNÉHO A PSYCHOLOGICKÉHO PORADENSTVA DEŤOM A MLÁDEŽI NAJMÄ V PREVENČII PROBLÉMOVÉHO VÝVINU VO VÝCHOVNO-VZDELÁVACOM PROCESSE V ZÁKLADNÝCH ŠKOLÁCH, STREDNÝCH ŠKOLÁCH, ŠKOLSKÝCH ZARIADENIACH A V RODINE. IDE O REÁLNU VÍZIU EFEKTÍVNEHO A PREPOJENÉHO SYSTÉMU PORADENSTVA, PREVENČIE A INTERVENČIE V REZORTE ŠKOLSTVA.

■ PHDR. ŠTEFAN MATULA, VÝSKUMNÝ ÚSTAV DETSKEJ PSYCHOLÓGIE A PATOPSYCHOLÓGIE, BRATISLAVA

Cieľom koncepcie je zefektívnenie a skvalitnenie systému školského poradenstva a prevencie transformáciou existujúcich pedagogicko-psychologických poradní tak, aby svoju činnosť naďalej vykonávali v súlade s územno-správnym členením Slovenska a zároveň aby mohli poskytovať starostlivosť, služby a pomoc deťom až do ukončenia prípravy na povolanie čo najbližšie ich bydlisku, resp. škole, podľa výberu klienta.

V modernom školskom a výchovnom systéme majú podporné a pomocné orgány a inštitúcie svoje špecifické nezastupiteľné miesto. Týka sa to i pedagogicko-psychologických poradní, ktoré už 50 rokov poskytujú odbornú pedagogickú a psychologickú starostlivosť o deti, metodickú a informačnú pomoc pedagogickým zamestnancom škôl a zákonným zástupcom detí najmä v oblastiach výchovy a vzdelávania, profesijnej a kariérovej orientácie žiakov a prevencie delikventného vývinu detí.

Ukazuje sa, že napriek tomu, že demografický vývoj zaznamenáva pokles počtu detí v populačných ročníkoch, záujem rodičovskej verejnosti o služby školských poradenských a preventívnych služieb stúpa. Tento zvýšený záujem je dôsledkom narastajúcich problémov populácie. Okrem detí, ktoré majú zmyslové, mentálne, telesné a iné zdravotné postihnutie vyžadujúce si špecifické postupy pri vzdelávaní, existuje i ďalšia nezanedbateľná skupina detí, ktoré žiadne pozorovateľné postihnutie nemajú, ale napriek tomu si vyžadujú osobitný prístup pri vzdelávaní (napr. deti s ťažkosťami v učení, deti s prejavmi niektorých príznakov vývinových porúch učenia, citového prežívania, ale i deti s nadpriemerným intelektovým nadaním, športovo talentovaní jedinci a pod.). Stúpa počet detí s osobnostnými a emocionálnymi problémami vrátane detí trpiacich neurózami, psychosomatickými chorobami, detí ohrozených sociálnou patológiou a vývinovými poruchami učenia, detí zo sociálne znevýhodneného prostredia, ohrozených chudobou. V školách narastajú vážne vzťahové problémy a konflikty, a to nielen v komunikácii žiakov medzi sebou navzájom, ale aj vo vzťahu k rodičom a k učiteľom. Deti sú často vystavené neúmernej záťaži a krízovým situáciám.

Epidemiologické štúdie naznačujú, že za ostatných 10 rokov sa potreba poradenských a preventívnych psychologických služieb pre deti a mládež (vrátane komplexnej prevencie) zvýšila z 10 % na 20 %. Ukázalo sa ďalej, že samostatná existencia centier výchovnej a psychologickej prevencie je neudržateľná (aj ekonomicky), a tak sa postupne organizačne včlenili do štruktúry pedagogicko-psychologických poradní. Tomu zodpovedá základný štruktúrny model fáz a oblastí výchovného a psychologického poradenstva a prevencie.

Činnosť inštitúcií výchovného a psychologického poradenstva vrátane sociálneho sa vo vzťahu ku klientom (to znamená: deťom, ich rodičom, pedagógom a iným odborným zamestnancom) uskutočňuje vertikálne v štyroch, spravidla nadväzných fázach, a horizontálne v štyroch oblastiach uvedených v tabuľke.

Na zabezpečenie poskytovania kontinuálnej a komplexnej interdisciplinárnej odbornej výchovnej a psychologickej poradenskej, terapeutickej a preventívno-rehabilitačnej starostlivosti zameranej na deti, ich rodičov (zákonných zástupcov) a pedagogických zamestnancov je dôležité, aby všetky tieto zložky starostlivosti tvorili kontinuálny systém poradenstva.

V zhode so schválenou koncepciou budú pedagogicko-psychologické poradne ako školské poradenské zariadenia v pôsobnosti KŠÚ poskytovať svoje služby v súlade s územno-správnym členením SR. Oproti doterajšej praxi to znamená rozšírenie kompetencií pedagogicko-psychologických poradní (vrátane centier výchovnej a psychologickej prevencie) v okresných mestách aj na stredné (prípadne vysoké) školy v okrese. Po uskutočnení schválenej reformy bude mať od januára 2008 každá pedagogicko-psychologická poradňa v starostlivosti detí od predškolského veku (spravidla od 3 rokov) až po ukončenie prípravy na povolanie. Poradňa sa môže členiť na tieto oddelenia:

- ODDELENIE PORADENSTVA OSOBNOSTNÉHO VÝVINU,
- ODDELENIE PORADENSTVA VZDELÁVACIEHO VÝVINU,
- ODDELENIE PORADENSTVA SOCIÁLNEHO VÝVINU A PREVENČIE (CENTRUM VÝCHOVNEJ A PSYCHOLOGICKEJ PREVENČIE),
- ODDELENIE PORADENSTVA V KARIÉROVOM VÝVINE,
- ODDELENIE PSYCHOTERAPIE,
- ODDELENIE METODIKY VÝCHOVNÉHO PORADENSTVA,
- ODDELENIE ŠPECIÁLNO-PEDAGOGICKÉHO PORADENSTVA.

## ZÁKLADNÉ FÁZY A OBLASTI VÝCHOVNÉHO A PSYCHOLOGICKÉHO PORADENSTVA A PREVENČIE

| DIAGNOSTICKÁ FÁZA                             | PORADENSKÁ FÁZA                                        | TERAPEUTICKÁ FÁZA            | PREVENTÍVNA A REHABILITAČNÁ FÁZA                                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA                     | PSYCHOLOGICKÉ PORADENSTVO                              | PSYCHOTERAPIA                | PSYCHOLOGICKÁ PREVENČIA A SOCIÁLNO-PSYCHOLOGICKÝ TRÉNING               |
| PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA                       | PEDAGOGICKÉ PORADENSTVO                                | LIEČEBNO-PEDAGOGICKÉ METÓDY  | PEDAGOGICKÁ PREVENČIA, REEDUKÁCIA A PSYCHAGOGIKA                       |
| SOCIÁLNA DIAGNOSTIKA                          | SOCIÁLNE PORADENSTVO                                   | SOCIOTERAPIA                 | SOCIÁLNA PREVENČIA A TRÉNING SOCIÁLNEJ KOMUNIKÁCIE                     |
| KOMPLEXNÁ DIAGNOSTIKA KOMPETENČIÍ JEDNOTLIVCA | KARIÉROVÉ PORADENSTVO (INTERDISCIPLINÁRNE) PORADENSTVO | REORIENTÁCIA, REKVALIFIKÁCIA | KOMPLEXNÁ PRÍPRAVA PRE TRH PRÁCE; DOPLNENIE PROFESIONÁLNYCH INFORMÁCIÍ |

Optimisticky predpokladáme, že v organizačnom a koncepčnom začlenení centier prevencie do poradní sa budú môcť intenzívnejšie ako doteraz rozvíjať preventívne činnosti predovšetkým na báze ambulantnej poradenskej komunity, ktorej cieľom je postupné znižovanie výskytu sociálnopatologických fenoménov a výkyvov v správaní detí a mládeže v obvode pôsobnosti poradne. Pritom za sociálnopatologické fenomény v tejto súvislosti pokladáme všetky behaviorálne prejavy v detskom a mládežníckom veku, ktoré spoločnosť pokladá za negatívne a ktoré svojim nositeľom nespôsobujú problémy len doma, v škole alebo v širšom sociálnom prostredí, ale aj osobné psychologické problémy vrátane neriešených konfliktov a duševných kríz.

Psychologickým princípom, ktorý vysvetľuje vznik a pretrvávanie porúch správania, resp. výskyt sociálnopatologických a krízových psychologických fenoménov u detí a mládeže, býva vzhľadom na spúšťacie mechanizmy porúch nedostatočná úroveň psychickej regulácie správania. Preto základným metodickým východiskom zvolených intervencií je optimalizácia psychickej regulácie správania ohrozených detí. Jeho pragmatickým cieľom býva pozitívne ovplyvňovanie najmä difícilného, disociálneho alebo asociálneho správania detí a mladistvých.

Systém komplexnej preventívno-poradenskej starostlivosti o deti a mládež s poruchami správania, v rámci ktorého funguje ambulantná poradenská komunita, sa skladá z troch, organicky na seba nadväzujúcich zložiek.

Ambulantná poradenská komunita koncipuje svoju činnosť na metodologickej báze hlavne selektívnej (sekundárnej) prevencie, systematicky využívajúc stavebnicovite konštruovaný program skupinových psychologických metód a techník najmä:

- PSYCHOLOGICKÉHO PORADENSTVA,
- SOCIÁLNO-PSYCHOLOGICKÉHO UČENIA (V ZMYSLE PRÁC PSYCHOLÓGA A. BANDURU),
- SOCIÁLNO-PSYCHOLOGICKÉHO TRÉNINGU,
- REEDUKAČNÝCH,
- VÝCHOVNÝCH, PRÍP. ŠPECIÁLNOVÝCHOVNÝCH,
- PSYCHOTERAPEUTICKÝCH.

Činnosť ambulantnej poradenskej komunity sa realizuje v troch organicky prepojených a vzájomne sa prelínajúcich rovinách:

1. TRÉNINGOVO-SOCIÁLNO-PSYCHOLOGICKÁ,
2. EXPERENCIÁLNO-PSYCHOTERAPEUTICKÁ,
3. KLUBOVO-KOMUNITNÁ.

#### 1. TRÉNINGOVO-SOCIÁLNO-PSYCHOLOGICKÁ ČINNOSŤ

V rámci tejto činnosti sa využívajú predovšetkým zákonitosti sociálneho učenia s cieľom postupného skvalitňovania psychickej regulácie správania ohrozených detí. Ide najmä o nasledovné všeobecné princípy:

- UČENIE TU A TERAZ
- SPÄTNÁ VÄZBA
- PRIAZNIVÁ A TOLERANTNÁ EMOČNÁ ATMOSFÉRA
- VEDOMIE DOČASNOSTI A ATMOSFÉRA HRY
- KAŽDÝ ČLEN SKUPINY JE SÚČASNE ÚČASTNÍKOM DIANIA A POZOROVATEĽOM ZMIEN
- REÁLNY PRENOS TRÉNOVANÉHO SPRÁVANIA DO SVOJHO KAŽDODENNÉHO ŽIVOTA

#### 2. EXPERENCIÁLNO-PSYCHOTERAPEUTICKÁ ČINNOSŤ

Ide o proces, v rámci ktorého sa pravidelne stretáva skupina ľudí a navzájom si pomáha pri dosahovaní takých zmien v správaní svojich členov, ktoré smerujú k optimalizácii psychickej regulácie.

Terapeutické sily v zmysle humanistickej psychológie A. Maslo-

wa a C. Rogersa zahŕňajú tak intrapsychické, ako aj interpersonálne procesy, pričom dôraz kladieme na využívanie skupinovej dynamiky. Rozumieme ňou všetky sociálne procesy a interakcie s ich emočnými, verbálnymi i neverbálnymi sprievodnými znakmi. Vstupy a intervencie vedúcich skupín (využívajúce zákonitosti skupinovej dynamiky) sa kombinujú s interakciami členov skupiny, ako je to známe z encounterových skupín C. Rogersa. Každý člen skupiny je týmto spôsobom vystavený mnohým vplyvom, ktoré je nútený spracúvať a môže ich v priaznivom ovzduší využívať na podporu svojho vývinu a osobnostného rastu. Dosiahnutá zmena by sa mala prejavovať v jeho správaní v skupine, ale i mimo nej – v bežných životných situáciách. Jedným zo základných cieľov činnosti ambulantnej poradenskej komunity v tejto rovine je kontrola, a hlavne kultivácia emócií, počínajúc ich vyjadrovaním a spracúvaním.

Za účinné činitele a zložky týchto činností ambulantnej poradenskej komunity pokladáme najmä:

- ZLEPŠENIE KOMUNIKÁCIE NA VŠETKÝCH ÚROVNIACH – DETI SA UČIA JASNE KOMUNIKOVAŤ, LEPŠIE VYJADROVAŤ VLASTNÉ MÝŠLIENKY A NÁZORY A BYŤ CITLIVEJŠÍMI K VÝPOVEDIAM OSTATNÝCH;
- KOMUNIKÁCIA CITOVÉHO PREŽÍVANIA – DETI ZÍSKAVAJÚ V SKUPINE SCHOPNOSŤ VYJADROVAŤ SVOJE CITY NOVÝM SPÔSOBOM, ÚPLNEJŠÍM, A SOCIÁLNE PRIJATEĽNEJŠÍM;
- KATARTICKÁ FUNKCIA SKUPINOVEJ PRÁCE – DETI MAJÚ NAPR. MOŽNOSŤ VYJADRIŤ HOSTILNÉ REAKCIE, A TO AJ VO VZŤAHU K AUTORITATÍVNYM POSTAVÁM;
- KOREKTÍVNA REKAPITULÁCIA ZÁŽITKOV Z PRIMÁRNEJ RODINNEJ SKUPINY SO SPÄTNOU ODOZVOU V SKUPINE;
- KOREKTÍVNA SOCIÁLNA SKÚSENOSŤ S VRSTOVNÍKMI;
- SCHOPNOSŤ NIEŠŤ ZODPOVEDNOSŤ ZA SVOJE SPRÁVANIE A ROZHODOVANIE;
- PODPOROVANÝ ROZVOJ SOCIÁLNO-PSYCHOLOGICKÝCH SPÔSOBILOSTÍ;
- SKÚŠANIE NOVÝCH FORIEM SPRÁVANIA A ICH POSILŇOVANIE V SKUPINE;
- ZÍSKAVANIE INFORMÁCIÍ;
- POCIT SPOLUPATRIČNOSTI S OSTATNÝMI ČLENMI SKUPINY.

#### 3. KLUBOVO-KOMUNITNÁ ČINNOSŤ

Členovia ambulantnej poradenskej komunity postupne vytvárajú psychoterapeutické spoločenstvo, fungujúce na klubových princípoch. Takéto spoločenstvo má rozvíjať a podporovať nasledovné charakteristiky:

- POCIT SPOLUPATRIČNOSTI (INTENZÍVNY SKUPINOVÝ ŽIVOT BY MAL VYTVARAŤ POCIT STOTOŽNENIA),
- POCIT SOCIÁLNEHO NAPLNENIA (TÚŽBA NIEKAM PATRIŤ),
- POCIT ZÁVISLOSTI (SPOLOČENSTVO JE ÚTOČISKOM PRED SAMOTOU A ÚZKOŠŤOU).

Táto rovina činnosti by mala postupne vytvárať komplexný psychologický, resp. psychoterapeutický systém, ktorého všetky články budú zmysluplne poprepájané a nebude sa podceňovať žiadna z nich. Tento systém by mal byť organizovaný tak, aby svojim členom umožňoval prežitie korektívnej skúsenosti zároveň s podporou prežívania spolupatričnosti, sociálneho naplnenia, ale aj vzájomnej závislosti. Uplatňovanie spôsobu selektívnej výchovnej a psychologickkej prevencie prostredníctvom centier výchovnej a psychologickkej prevencie možno nesporne považovať za pokus o systémovú zmenu pri uskutočňovaní komplexnej psychologickkej prevencie v školskom rezorte. Jedine systémové zmeny v tejto oblasti majú totiž šancu na úspech v súboji so sociálnou a psychologickou patológiou.

JE VÝRAZNOU OSOBNOSŤOU SLOVENSKEJ FOTOŽURNALISTIKY A PATRÍ MEDZI NAJVÝZNAMNEJŠÍCH DOKUMENTARISTOV SÚČASNOSTI. PÔSOBÍ TIEŽ AKO LEKTOR A KURÁTOR, PODIEĽA SA NA TVORBE DOKUMENTÁRNYCH FILMOV, MÁ ZA SEBOU DESIATKY VÝSTAV DOMA I VO SVETE, JE ČLENOM MEDZINÁRODNEJ POROTY CZECH PRESS PHOTO. JE DRŽITEĽOM OCENENIA OSOBNOSŤ SLOVENSKEJ FOTOGRAFIE A ĎALŠÍCH NOVINÁRSKÝCH CIEN. V ROKU 2005 ZÍSKAL OCENENIE KRIŠTÁĽOVÉ KRÍDLO ZA ORGANIZÁCIU HUMANITÁRNEJ POMOCI PRE ÁZIU PO VLNÁCH CUNAMI. SVOJU NOVINÁRSKU PRÁCU SPOJIL S HUMANITÁRNOU ČINNOSŤOU A ZALOŽIL OBČIANSKE ZDRUŽENIE ČLOVEK V OHROZENÍ POMÁHAJÚCE ĽUĐOM V BIEDE, KTORÉMU PREDSEDÁ –

**ING. ANDREJ BÁN (1964).**



Foto: Autoportrét



Foto: Andrej Bán

## Andrej Bán:

# ZAUJÍMA MA OBYČAJNÝ



**Ako si spomínate na svoje detstvo? Už vtedy ste chceli byť fotografom?**

V detstve ešte ani nie. Keďže nemám súrodencov, prežil som ho s rodičmi a kamarátmi. Spomínam si najmä na prázdniny na chalupe so starými rodičmi v Čiernom Balogu, rázovitej horehronskej obci, kde som začal systematicky fotografovať najmä susedov, drevorubačov či valachov na salaši. Už vtedy ma zaujímali najmä ľudia.



**Aký má pre Vás fotografovanie význam?**

Fotografovanie pre mňa znamená v prvom rade slobodu. Slobodu túlať sa po svete a pozorovať život ľudí, komunikovať s nimi bez slov a komunikovať bez slov aj s tými, ktorí potom moje fotografie vidia. Fotografia je moderný vyjadrovací jazyk, dokáže byť veľmi emocionálna a zároveň autentická.



**Hovoríte, že rád fotografujete zdanlivo nudnú, každodennú súčasnosť. V knihe Iné Slovensko prinášate vlastný pohľad na reálnu tvár našej krajiny. V čom tkvie, že**

**sa dokážete veciam „prizrieť“ s objektívom tak, že to v ľuďoch vyvoláva emócie?**

Neviem na to odpovedať... To by azda mali povedať ľudia, v ktorých moje fotografie vyvolávajú emócie, čo ma teší. Mám rád takú fotografiu, v ktorej je veľa nedopovedaného, naznačeného, v ktorej je tajomstvo. Zvlášť tajomstvo považujem za akúsi esenciu umeleckej tvorby. A preto recepty, ako fotografovať, neviem poskytnúť. Čo však viem, je to, že fotografia je založená na empatii, intuícii, teda opäť na veciach racionálne neuchopiteľných.



**Vo svojej tvorbe sa venujete dlhodobým fotografickým projektom, v ktorých nechýba autenticita situácií, empatia a umelecké cítenie. Ľudia Vás poznajú ako fotografa, ktorý verne zachytáva ľudské rituály, príbehy, vzťahy a osudy... Ako sa chránite, aby ste sa nezačali na svet pozerat' schematicky?**

Pravdupovediac, je to vážny problém. Máte pravdu, schematicizmus – alebo klišé – tvorbu ubíja. Človek potom ide ako by „zo zotrvačnosti“, robí veci overeným a na prvý pohľad

účinným spôsobom, ktorý ho však, ak je úprimný sám voči sebe, neteší. Klamal by som, keby som tvrdil, že čosi podobné ma nepostihlo. Aj preto som už dlhší čas nefotografoval Slovensko, nateraz nepokračujem v tomto projekte. Mám pocit, že táto krajina ma momentálne po 16 rokoch „túlania sa“ neoslovuje, na rozdiel od Kosova, kam sa vraciam rád už sedem rokov a chystám o ňom knihu.



**Ste nielen fotograf dokumentarista, ale aj sociálny fotograf, ktorý zachytáva utrpenie druhých. Pristupujete k tomu citlivo, ale iste nie je pre Vás ľahké vysporiadať sa s tým.**

Utrpenie iných nevyhľadávam, nie je to moje obsesia, ako by sa azda niekomu mohlo zdať. Pravdou však je, že som videl aj tvrdé a kruté situácie. Práve tie ma nútili dodatočne uvažovať o povahe mojej práce a aj vďaka pocitu istej nedostatočnosti som s priateľmi založil organizáciu Človek v ohrození, ktorá adresne, v rámci svojich možností pomáha ľuďom v krízových oblastiach sveta.



**Často sa pohybuje v krízových oblastiach a do mnohých sa systematicky vraciate. Naše problémy oproti tým, ktoré majú ľudia v ohrození, sú banálne. Vy sa snažíte sprostredkovať ich neľahké postavenie, dať o ňom vedieť... Máte skúsenosť, že Vaše zábery a reportáže dokážu priamť ľudí zamyslieť sa?**

Som rád, že mám aj takéto skúsenosti. Svedčia o tom reakcie na moje fotografie a reportáže. A napokon, svedčí o tom aj ohlas verejnosti na aktivity Človeka v ohrození, hoci tu ide o kolektívnu prácu mnohých ľudí, nielen o moje články či fotografie. Aj keď treba dodať, že to nefunguje lineárne. Mnohé veci v ľuďoch musia takpovediac dozrieť, musia si ich uvedomiť s odstupom času, musia prekonať prirodzenú nedôveru...

Platí aj to, že ľudia zväčša na médiá reagujú vtedy, keď sú s niečím nespokojní, keď ich niečo nasrdí. Ak sa im niečo páči, ozvú sa iba výnimočne. Najdôležitejšie je však čosi iné. Akoľkoľvek sa novinár snaží, utrpenie či ťažké postavenie ľudí spostredkuje iba obmedzene a nepresne. Niet nad osobnú skúsenosť, preto radím najmä mladým ľuďom, aby veľa cestovali, túlili sa po svete, spoznávali iné kultúry. To sú veci na nezapltenie, ktoré im nikto nikdy nevezme. Osobná skúsenosť a z nej prameniaca múdrosť a pokora sú tým najväčším bohatstvom.



**Z pocitu hanby, že na Slovensku sú ľudia málo solidárni, ste s priateľmi založili v roku 1999 humanitárnu organizáciu Človek v ohrození. Ste teraz menej skeptický? Pomohla Vaša práca k tomu, aby boli ľudia súdržnejší?**

Dúfam, že pomohla. Som presvedčený, že pomáhamo kultivovať citlivosť Slovákov voči problémom inde vo svete.



**V aktivitách združenia pre verejnú figuruje aj snaha odkrývať skutočný obraz problémov dnešného sveta.**

**Darí sa Vám zvyšovať povedomie mladých ľudí o oblastiach, v ktorých obyvateľstvo trpí v dôsledku konfliktov, katastrof a autoritárskych režimov? Aké bývajú ich postoje?**

Moji kolegovia často a ja občas chodím na besedy so študentmi a mladými ľuďmi vôbec. Naposledy som takto debatoval na festivale Pohoda v Trenčíne. Ohlas a záujem je veľký. Potvrzuje sa mi, že médiá – najmä tie spravodajské – ukazujú iba výsek, fragment reality, často bez hlbších súvislostí. V tom vidím úlohu dokumentaristiky.



**Občianske združenie Človek v ohrození organizuje od roku 2000 Medzinárodný festival dokumentárnych filmov Jeden svet, na ktorom sa prezentujú snímky z rôznych kútov sveta zaoberajúce sa problematikou porušovania ľudských práv, postavenia žien a globálnych problémov. Všetko sú to problémy, ktoré by sme v 21. storočí snád' už ani nemali poznať.**

Realisticky sa nazdávam, že problémy sveta sa nevyriešia nikdy.



**Veľa cestujete do nebezpečných oblastí sveta a pracujete na mnohých projektoch. Ako ventilujete napätie a stres?**

Tým, že sa teším na ďalšiu cestu... Doma dlho neobseďm.

Za rozhovor ďakuje  
Janette Šimková

„OSOBNÁ  
SKÚSEŇ A Z NEJ  
PRAMENIACA  
MÚDROŠ A POKORA  
SÚ TÝM NAJVÄČŠÍM  
BOHATSTVOM.“

## ŽIVOT OBYČAJNÝCH ĽUDÍ

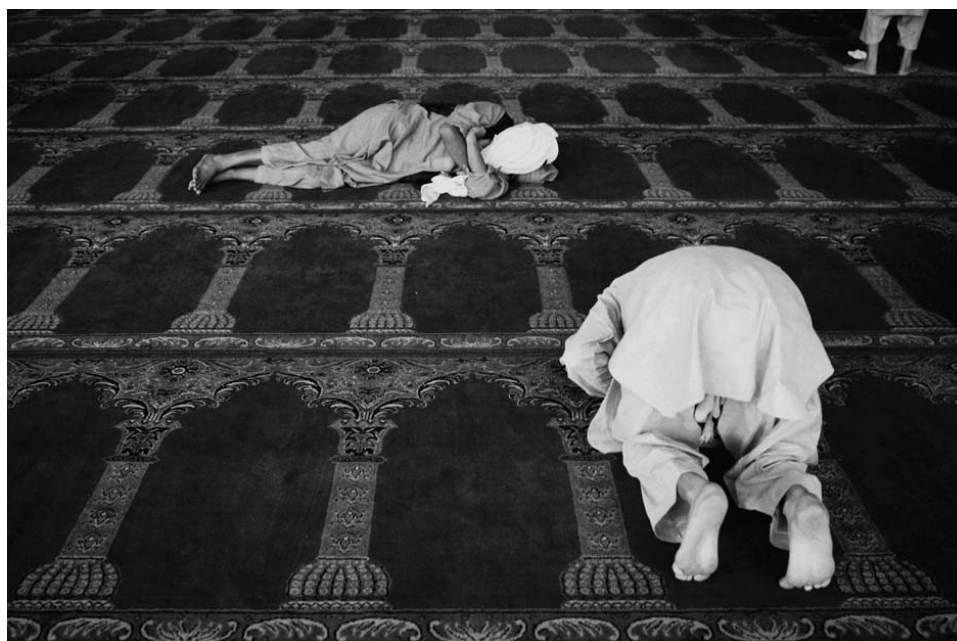


Foto: Andrej Bán

# ČISTÝ DEŇ

V. ROČNÍK

ČÍSLO 3/2007

CENA 30,- Sk

## NÁVYKOVÝCH LÁTKOK A RIZIKOVÉHO

ŠTVŔŤROČNÍK PRE VŠETKÝCH, KTORÍ CHCÚ ŽIŤ BEZ



SPRÁVANANIA – ZDRAVO, POZITÍVNE A HARMONICKY

► Autentické výpovede závislých v resocializácii ► Objektívne poznatky o marihuane  
► Aké majú byť terapeutické komunity? ► Z histórie návykových látok ► Etiketizácia  
rodín s drogovou závislosťou ► Nová koncepcia pedagogicko-psychologického poradenského  
systému ► Ako zorganizovať preventívny program v škole ► Riziká počítačových hier  
a videohier ► Rozhovor s fotoreportérom Andrejom Bánom