

MENTAL

Elektronický časopis o mentálnom zdraví



JÚL – DECEMBER

č.2/2018

vol.6





Redakcia

ŠÉFREDAKTOR:
PhDr. Peter KUSÝ, PhD.

ZÁSTUPCA ŠÉFREDAKTORA:
Mgr. Michaela PTÁKOVÁ
Mgr. Lucia VOZAFOVÁ

ČLENOVIA REDAKCIE:
Mgr. Barbora BARIAKOVÁ, PhD.
Mgr. Viktória PANČÍKOVÁ, PhD.
Mgr. et Mgr. Petra PAČESOVÁ, PhD.
Mgr. Andrea ZELIENKOVÁ
Mgr. Ľubica PROFANTOVÁ
Anton GREBÁČ

GRAFICKÁ ÚPRAVA:
Bc. Stanislava KONUŠIKOVÁ

KOREKTÚRA:
Mgr. Marek KRŠKA

RECENZENTI:
Mgr. Alžbeta BARATKOVÁ, PhD.
Mgr. Lukáš VAŠKO, PhD.

KONTAKT NA REDAKCIU:
redakcia@sasap.sk
www.emental.sasap.sk



Obsah

Editoriál	4
Osobná pohoda ako súčasť kvality života: Pomáha nám športovanie k vyššej miere osobnej pohody?	6
Využitie progresívnej svalovej relaxácie pri práci s poruchami spánku a zvládaním tenzie	16
Čo robiť, keď si chcem efektívne poradiť so stresovou situáciou?.....	28
Nepanikař! Nová aplikace pomáhá při depresi či úzkostech.....	42
Interview Marina Bluvshstein	48
Interview Arthur Clark	50
Recenzia: Interpersonálna teória hudby. Teoretické východiská, výskumné výsledky a možnosti aplikácie	54
EFPSA - Krok za hranice, krok vpred	60
Pokyny pre prispievateľov.....	62



MARINA BLUVSHTEIN, PHD. LP

Editoriál / Editorial

Dear Readers!

I am drafting this editorial and trying to imagine all of you – miles away – studying the most fascinating science of all sciences, a science of human nature. Far away from you, in a different country, and in a different language, I too study human nature. As we study human nature, we do – inevitably – study ourselves, in our daily integrations with others, our communities, and the humankind. This is what makes my editorial exercise so exciting – as humankind, we are the one, the one with humanity, the one with our universal human worries, with our universal human need for a sense mastery, and our universal human desire to feel belonging. A little over 100 years ago, Austrian psychiatrist Alfred Adler observed social conditions, individual human maladies, and social ills, and concluded that there is only one thing that can save us from the madness of world wars and from devastating wars within our communities – a miracle of communal feeling. By the time you complete your studies, you will likely have a heavy toolbox, with all sorts of tools and manuals directing you to what to do, with whom and when, in order to reduce symptoms, or to increase life satisfaction, or to eliminate certain risks, or all the above. Although helpful – with some clients, for some conditions, and only sometimes – none of these tools will ever replace the only true miracle leading to improvement of self, others, and the humankind. Adler called on us to see with the eyes of another, hear from the ears of another, and feel with the heart of another – as a prerequisite of human mastery and a core of professional mastery.

Happy reading and healthy living to all of you!

*Marina Bluvshstein, PhD. LP
Adler University, Chicago, IL, USA*



Personal well-being as a part of quality of life: Help sport activity to increase personal well-being?

Osobná pohoda ako súčasť kvality života: Pomáha nám športovanie k vyššej miere osobnej pohody?

Petra Pačesová

Abstrakt

Kvalita života a s ňou súvisiaca osobná pohoda sú dnes predmetom záujmu odbornej aj laickej verejnosti s cieľom zamerať sa na zvýšenie prežívania ich pozitívnych aspektov a zníženie prežívania tých negatívnych. Príspevok ponúka teoretický prehľad o problematike kvality života človeka a osobnej pohody ako jej súčasti. Zameriava sa predovšetkým na mieru prežívanej osobnej pohody v súvislosti s vykonávanou športovou aktivitou, a diskutuje benefity v oblasti mentálneho zdravia človeka.

Kľúčové slová: kvalita života, osobná pohoda, športová aktivita

ÚVOD

Napriek tomu, že v súčasnosti sa konštruktu osobnej pohody venuje výskumná i odborná pozornosť, pozitívnym stránkam ľudského života nebola v psychológii dlho venovaná adekvátna pozornosť. Osobná pohoda sa dostala do popredia vedecko-výskumného záujmu psychológov až v posledných dvadsiatich rokoch (Blatný et al., 2010).

Osobná pohoda a kvalita života sú súvisiace pojmy. S kvalitou života ako takou sa spája aj športová aktivita na akejkoľvek úrovni. Športovanie súvisí s kvalitou života tak aktívneho športovca, ako aj bežného človeka. To, akej výkonnostnej úrovni športovej činnosti sa jedinec venuje, súvisí okrem iného aj so životným štýlom, ktorý ovplyvňuje kvalitu života človeka (Stejskal a Zusková, 2010).

KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvalita života sa objavil v 20. rokoch 20. storočia v súvislosti s oblasťou podpory nižších spoločenských vrstiev. Na kvalitu života môžeme nazerať ako na objektívnu a subjektívnu. Objektívna kvalita života predstavuje fyzické zdravie a sociálny status človeka, subjektívna sa odvíja najmä od emocionálnej stránky človeka a predstavuje spokojnosť so životom vo všeobecnosti.

Z hľadiska tejto stránky kvality života je dôležitá nielen vlastná emocionálna človeka, ale tiež kognitívne hodnotenie jednotlivých aspektov v živote. Subjektívna a objektívna kvalita života pritom nemusia byť navzájom priamo-úmerné (Payne et al., 2005).

Z hľadiska psychológie je dôležitý práve pojem spokojnosť, kvalitne žije teda ten človek, ktorý je so svojím životom spokojný (Křivohlavý, 2002). Vo všeobecnej rovine môžeme kvalitu života definovať ako „dôsledok interakcie rôznych faktorov“. Sú to sociálne, zdravotné, ekonomické a environmentálne podmienky, ktoré sa kumulatívne a veľmi často neznámym (alebo neprebádaným) spôsobom integrujú, a tak ovplyvňujú ľudský rozvoj na úrovni jednotlivcov i celých spoločností“ (Payne et al., 2005, s. 207).

FAKTORY OVPLYVNÚJÚCE KVALITU ŽIVOTA

S kvalitou života súvisia vnútorné aj vonkajšie faktory. Vnútorné zahŕňajú vrodené dispozície, psychickú a telesnú výbavu. Medzi vonkajšie faktory patrí najmä prostredie, v ktorom človek žije, a na ktoré sa musí adaptovať – ekonomické, materiálne, kultúrne či pracovné podmienky (Vaďurová a Mühlbacher, 2005). Kvalitu života tvoria jednot-



livé aspekty (Kučera in Hnilicová, 2004):

- telesné zdravie,
- osobné bezpečie,
- materiálne a finančné zabezpečenie,
- interpersonálne vzťahy,
- participovanie v komunite, spoločnosti,
- možnosť rastu,
- sebarealizácia, sebanaplnenie.

V širšom ponímaní aspektov kvality života (okrem vyššie uvedených) však môže ísť aj o iné faktory, prípadne aspekty (Payne et al., 2005), napr.:

- aktivita (možnosť vzdelania, poznávania, cestovania, osobného rozvoja v zamestnaní a pod.),
- harmónia (duševná a telesná pohoda, sloboda a vyrovnanosť vo všetkých oblastiach bez obmedzovania slobody iných),
- prepojenosť (dobré ľudské vzťahy s rodinou, priateľmi, i ostatnými členmi spoločnosti; psychická a fyzická pohoda),
- prostredie (kvalita fyzického prostredia),
- autonómia (možnosť venovať sa svojim záujmom, sebarozvíjať sa, ide o sebestačnosť, nezávislosť, utváranie vlastných názorov a úsudkov),
- city (život s láskou, úprimnosťou, dôverou a vierou v spokojnosť v osobnom i pracovnom živote, psychická pohoda),

- rast a vývin (sebarozvoj, rešpektovanie vlastných potrieb a vlôh, dostupnosť vzdelania a zodpovedajúce postavenie v zamestnaní s cieľom vzrastajúcej kvality budúceho života),

- morálne hodnoty (život sa stáva kvalitným, ak prináša uspokojenie nielen človeku samotnému ale i druhým),

- poriadok (usporiadané rodinné pomery, hodnotový systém),

- korene (definuje sa ako láska k vlasti),

- kontinuita (chápanie vlastných chýb ako skúseností a možností poučiť sa z nich, spokojnosť s vývinom, rastom a vlastnosťami osobnosti vlastných detí veľmi ovplyvňuje kvalitu života človeka),

- autenticita (sebarealizácia, činnosti, ktoré jedinca naplňujú, zmysel života),

- smerovanie (pocit uspokojenia po dosiahnutí svojho cieľa, následné stanovovanie ďalších cieľov),

- zdravie (napriek tomu, že aj chorí, resp. postihnutí jedinci môžu viesť kvalitný život, je dobrý zdravotný stav jedným z najdôležitejších komponentov kvality života človeka).

V rámci kvality života je z hľadiska zdôraznenia prežíanej spokojnosti človeka ako takej (Křivohlavý, 2002) evidentné isté prepojenie s iným pojmom – osobnou pohodou (subjective well-being).



OSOBNÁ POHODA AKO SÚČASŤ KVALITY ŽIVOTA

Vzťah konceptu kvality života a subjektívnej osobnej pohody reflektuje niekoľko prúdov. Z uvedeného tak vyplýva deficit v oblasti terminológie týchto pojmov (Džuka 2004):

- Prvý prúd neberie do úvahy vzťah kvality života a subjektívnej osobnej pohody a preto je aj výskumná činnosť v týchto oblastiach nezávislá a neprepojená.

- Z hľadiska druhého prúdu je koncept kvality života považovaný za multidimenzionálny koncept, ktorý integruje subjektívnu pohodu v rôznych životných oblastiach – napr. životná úroveň alebo sociálna opora.

- Podľa tretieho prúdu sú koncepty kvality života a osobnej pohody chápané ako synonymá.

- Štvrtý prúd nazerá na osobnú pohodu ako na indikátor kvality života človeka.

Predovšetkým na základe existencie uvedeného štvrtého prúdu reflektujúceho vzťah kvality života a osobnej pohody sa domnievame, že pojem „osobná pohoda“ môžeme považovať za subkategóriu pojmu kvalita života, ktorá je zároveň aj ukazovateľom jej úrovne. V tomto zmysle budeme pojem osobná pohoda v rámci tohto príspevku operacionalizovať.

O tom, že uvedené pojmy by nemali byť chápané ako synonymá svedčí aj poznatok, že na rozdiel od konceptu kvality života (quality of life), ktorý sa rozvíjal v kontexte sociálnych vied a medicíny, je osobná pohoda (subjective well-being) originálnym psychologickým konceptom (Džuka a Dalbert, 2006).

Osobná pohoda je definovaná ako dlhodobý emočný stav, ktorý zahŕňa telesný, psychický a sociálny aspekt a významnou mierou sa podieľa na celkovej kvalite života človeka. Pojem osobnej pohody býva operacionalizovaný ako zážitok, ktorý trvá minimálne týždne, nie okamihy (Diener a Biswas-Diener, 2008; Kebza a Šolcová, 2005). Osobná pohoda je teda „pretrvávajúci emočný stav, v ktorom je reflektovaná celková spokojnosť človeka s vlastným životom. Stav osobnej pohody je však vyjadrený v rôznych emočných zážitkoch a kognitívnych obsahoch a preto nie je považovaný za jednoduchý konštrukt, ale skôr za širokú kategóriu rôznych psychologických premenných“ (Blatný et al., 2010). Osobná pohoda je v najširšom zmysle slova tvorená dvoma základnými aspektmi, a to kognitívnym a emocionálnym. Kognitívny aspekt zahŕňa vedomé hodnotenie vlastného života, resp. spokojnosť s vlastným životom. Emocionálny aspekt zahŕňa nálady, emócie a afekty, pretože ľudia prežívajú istú mieru spo-



kojnosti bez toho, aby o nej vedome premýšľali. Ide najmä o dlhodobé prežívané emócie, ich frekvenciu a intenzitu.

V konečnom dôsledku tak môžeme tvrdiť, že osobná pohoda je výsledkom prítomnosti pozitívnych afektov a neprítomnosti negatívnych a tiež celkovej spokojnosti s vlastným životom (Blatný, 2001; Blatný et al., 2010; Myers a Diener, 1995 in Blatný, 2010).

OSOBNÁ POHODA A ŠPORTOVÁ AKTIVITA

Často diskutovaným aspektom osobnej pohody je tiež telesná zdatnosť (fitness). Z hľadiska vymedzenia pojmu športová aktivita a jeho odlíšenia od pojmu pohybová aktivita existuje v súčasnosti viac definícií. Vychádzať pritom možno z delenia telesných aktivít podľa autorov Fuchs, Klaperski, Gerber a Seelig (2015), ktorí tento pojem definujú ako telesné aktivity so zvýšeným výdajom energie, ktoré človek vykonáva za účelom prežívania radosť, socializácie alebo upevňovania zdravia.

Z hľadiska skúmania miery osobnej pohody v súvislosti so športovou aktivitou sa využíva tiež poňatie osobnej pohody podľa autora Grob et al. (1991 in Džuka, 1995). Autor uvádza pozitívne a negatívne dimenzie tohto konštruktu. K pozitívnym dimen-

ziám patrí pozitívny postoj k životu, tzn. postoj človeka voči udalostiam v živote a jeho vnútorné presvedčenie, že žije zmysluplný život a dimenzia sebaocenenie, inými slovami miera akceptácie seba samého alebo presvedčenie človeka o tom, že je cenný a že niečo významné môže dokázať. K negatívnym dimenziám osobnej pohody patrí dimenzia depresívne naladenie, tzn. miera prežívania neradostného a bezzmyslového života, dimenzia telesné ťažkosti, teda telesné reakcie a problémy s nimi súvisiace a dimenzia uvedomovanie si problémov, ktorá zahŕňa úroveň a hĺbku uvedomovania si problémov vo svojom osobnom a sociálnom prostredí.

V odbornej a vedeckej literatúre nájdeme tiež viacero štúdií, ktoré odhalili, že respondenti, ktorí sa venujú športovej aktivite vykazujú vyššiu mieru osobnej pohody alebo niektorých jej komponentov. Domnievame sa, že je to práve preto, že športová aktivita, nielen na rekreačnej, ale aj výkonnostnej či vrcholovej úrovni v sebe nesie mnohé benefity ako napr. aspekty psychohygieny, relaxácie, zvýšeného sebavedomia (v prípade úspešne zvládnutej alebo prekonanej prekážky v súvislosti so športovaním). „Športová aktivita má vplyv na osobnú pohodu človeka, pretože prispieva k nezávislému životu, vytváraniu sociálnych väzieb, k emočnému zdraviu a k adaptívne-



mu fungovaniu človeka“ (Balatka, 2007).

Tak isto výskumné štúdie autorov Penedo a Dahn (2005) a McAuley a Rudolph (1995) preukázali pozitívny efekt vykonávania športovej aktivity mužov a žien na pozitívne aspekty osobnej pohody.

K podobným záverom prišli aj autori Pačesová a Šmela (2018a), výskum ktorých sa sústredil na 107 žien v období neskej adolescence. Výsledky preukázali, že športujúce ženy majú významne vyššiu mieru pozitívneho postoja k životu a tiež mieru sebaocenenia ako nešportujúce ženy. Taktiež bola zistená významne vyššia miera niektorých negatívnych dimenzií subjektívnej osobnej pohody - depresívneho naladenia a uvedomovania si problémov u nešportujúcich žien v porovnaní so športujúcimi. V úrovni prežívania telesných ťažkostí medzi ženami neexistoval významný rozdiel.

Podobné výsledky preukázal aj výskum zameraný na mužov v období neskej adolescence. Výsledky odhalili, že športujúci muži majú významne vyššiu mieru pozitívneho postoja k životu a tiež mieru sebaocenenia ako nešportujúci muži. U nešportujúcich mužov, v porovnaní so športujúcimi, bola preukázaná významne vyššia miera niektorých negatívnych dimenzií osobnej pohody – telesných ťažkostí a depresívneho naladenia. V úrovni uvedo-

movania si problémov medzi mužmi z hľadiska športovania neexistoval významný rozdiel. S odvolaním sa na tieto zistenia sa môžeme domnievať, že športová aktivita je významným pozitívnym činiteľom v rámci pozitívnych aspektov subjektívnej osobnej pohody a eliminuje niektoré z tých negatívnych (Pačesová a Šmela, 2018b).

Autori Cramer, Nieman a Lee (1991) skúmali vzťah medzi pravidelnou športovou aktivitou a mierou osobnej pohody. Výskumný súbor tvorilo 35 žien v USA. Výsledky výskumu autorov preukázali, že športovanie zvyšuje mieru osobnej pohody respondentiek. K rovnakým záverom prišiel vo svojej štúdii aj Fox (1999), ktorý preukázal pozitívny efekt športovej aktivity na osobnú pohodu anglických mužov a žien. Rovnako Weyerer a Kupfer (1994) zistili, že fyzická aktivita zvyšuje mieru osobnej pohody a dokonca na ňu pôsobí preventívne.

Autori De la Cruz-Sanchez, Moreno-Contreras, Pino-Ortega a Martinez-Santos (2011) skúmali vzťah voľnočasovej športovej aktivity a osobnej pohody v súbore, ktorý tvorilo vyše 29 tisíc mužov a žien v Španielsku. Autori prišli k záveru, že voľnočasová športová aktivita súvisí s nižším výskytom negatívnych indikátorov duševného zdravia (napr. depresívne naladenie, depresívna symptomatika a úzkosť).



Na zistenie vzťahu medzi frekvenciou športovej aktivity a vybranými aspektami osobnej pohody 3403 mužov a žien vo Fínsku sa zamerali autori Hassmén, Koivula a Uutela (2000). Výsledky výskumu preukázali negatívny asociačný vzťah medzi mierou osobnej pohody a frekvenciou vykonávania športovej aktivity. Respondenti, ktorí sa športovej aktivite venovali 2 až 3-krát týždenne, vykazovali nižšiu mieru skúmaných psychologických premenných ako napr. depresia a stres, v porovnaní s respondentami, ktorí sa športovej aktivite nevenovali vôbec. Podobne Ensel a Lin (2004) na základe výskumu amerických respondentov uvádzajú, že čím viac jedinec športuje, tým menej sa u neho manifestujú negatívne psychické a tiež somatické symptómy.

Uvedené zistenia ohľadom negatívnych aspektov môžeme vnímať ako doplnenie zistení a informácií o pozitívnych aspektoch osobnej pohody z hľadiska vykonávanej športovej aktivity mladých ľudí. Skúmanie všetkých aspektov osobnej pohody pomáha vytvoriť celistvý obraz o možnostiach vplyvu športovania na mieru osobnej pohody človeka.

ZÁVER

Na základe vyššie uvedených poznatkov môžeme pozitívne aspekty osobnej pohody charakterizovať ako

pozitívny postoj k životu, primeranú úroveň sebahodnotenia, určitú spokojnosť alebo životnú pohodu. Vo všeobecnosti výsledky výskumov preukázali vyššiu mieru pozitívnych aspektov osobnej pohody športujúcich respondentov v porovnaní s nešportujúcimi. Tieto výsledky sú doplnené zisteniami ohľadom negatívnych aspektov osobnej pohody, medzi ktoré môže patriť úzkostná a depresívna symptomatika, psychosomatické problémy, bolesť a pod. Práve tieto aspekty osobnej pohody sa všeobecne vo vyššej miere vyskytujú u nešportujúcich respondentov. Medzi benefity športovej aktivity v oblasti mentálneho zdravia patrí tiež zvýšenie úrovne osobnej pohody človeka.

ABSTRACT

The quality of life and personal well-being as a part of it are subjects of interest in the professional and laic public in order to focus on the increasing level of their positive aspects and reducing the level of those negative. The paper offers a theoretical overview on the issue of quality of life and personal well-being as a part of it. It focuses primarily on the level of personal well-being experienced in relation to the sport activity, and discusses benefits in the area of human mental health.



Key words: quality of life, subjective well-being, sport activity

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- Balatka, O. (2007). Vliv pohybových aktivit na kvalitu života v regionech. In V. Hošek a P. Tíligler (Eds). *Psychosociální funkce pohybových aktivit jako součást kvality života dospělých*. Praha: Univerzita Karlova, FTVS. 94 – 117.
- Blatný, M. et al. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing.
- Blatný, M. (2001). *Osobnostní determinanty sebehodnocení a životní spokojenosti: mezzipohlavní rozdíly*. Československá psychologie. 65(5), 385 – 392.
- Cramer, S. R., Nieman, D. C. a Lee, J. W. (1991). *The effects of moderate exercises training on psychological well-being and mood state in women*. Journal of Psychosomatic. Research. 35(4-5), 437 – 449.
- De La Cruz-Sanchez, E., Moreno-Contreras, M. I., Pino-Ortega, J. a Martinez-Santos, R. (2011). *Leisure time physical activity and its relationships with some mental health indicators in Spain through the National Health Survey*. Salud Mental. 34(1), 45 – 52.

- Diener, E. a Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Džuka, J. a Dalbert, C. (2006). *The belief in a just world and subjective well-being in old age*. Aging and Mental Health. 10, 439 – 444.
- Džuka, J. (2004). *Kvalita života a subjektívna pohoda – teórie a modely, podobnosť a rozdiely*. In: J. Džuka (Ed). *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská Univerzita. 42 – 53.
- Džuka, J. (1995). *Faktorová analýza modifikovanej verzie Bernského dotazníka subjektívnej pohody (BDP)*. Československá psychologie. 39(6), 512 – 522.
- Ensel, W. M. a Lin, N. (2004). *Physical fitness and the stress process*. Journal of Community Psychology. 32, 81 – 101.
- Fox, K. R. (1999). *The influence of physical activity on mental well-being*. Public Health Nutrition. 2(3a), 411 – 418.
- Fuchs, R., Klaperski, S., Gerber, M., a Seelig, H. (2015). *Messung der Bewegungs- und Sportaktivität: Der BSA- Fragebogen: Eine methodische Zwischenbilanz*. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 23(2), 60 – 76.
- Hassmén, P., Koivula, N. a Uutela, A. (2000). *Physical exercise and Psychological Well-Being*.

- A population Study in Finland. Preventive Medicine. 30(1), 17 – 25.*
- Kebza, V. a Šolcová, I. (2005). Koncept osobní pohody (well-being) a jeho psychologické a interdisciplinární souvislosti. In: M. Blatný, J. Dosedlová, V. Kebza, a I. Šolcová (Eds). *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Vydavatelství MSD, s. 9 – 37.
 - Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Portál.
 - Kučera, Z. (2004) Podpora zdraví a kvalita života. In Hnilicová, H. (Ed.) *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni: Institut zdravotní politiky a ekonomiky*. 108 – 120.
 - McAuley, E. a Rudolph, D. (1995). *Physical Activity, Aging, and Psychological Well-Being. Journal of Aging and Physical Activity. 3(1), 67 – 96.*
 - Pačesová, P. a Šmela, P. (2018a). Subjektívna osobná pohoda ako súčasť kvality života: líši sa subjektívna osobná pohoda žien na základe ich športovej aktivity? In Merica, M. (Ed.) *Žiak, pohyb, edukácia [elektronický dokument]: vedecký zborník 2018*. 300 – 308.
 - Pačesová, P. a Šmela, P. (2018b). *Osobná pohoda ako súčasť kvality života: líši sa subjektívna osobná pohoda mužov na základe ich*

športovej aktivity?. In Baisová, K. a Kružliak, M. (Eds.) *Telesná výchova a šport v živote človeka: konferenčný recenzovaný zborník vedeckých prác*. Zvolen: Vydavateľstvo Technickej univerzity. 223 – 233.

- Payne, J. et al. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Penedo, F. J. a Dahn, J. R. (2005). *Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. Current Opinion in Psychiatry. 18(2), 189 – 193.*
- Stejskal, T. a Zusková, K. (2010). Tréningový proces a adaptabilita športovca: Tréningový proces ako stresor. In ZUSKOVÁ, K. a kol. (Ed.) *Osobnosť športovca z pohľadu vybraných oblastí psychológie a športu*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. 63 – 86.
- Vaďurová, H. a Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita.
- Weyerer, S. a Kupfer, B. (1994). *Physical Exercise and Psychological Health. Sports Medicine. 17(2), 108 – 116.*

AUTOR:

Mgr. et Mgr. Petra PAČESOVÁ, PhD.
Katedra športovej edukológie a športovej humanistiky
Fakulta telesnej výchovy a športu
Univerzity Komenského v Bratislave
e-mail: petra.pacesova@uniba.sk





KAZUISTIKA

Using of progressive muscle relaxation in sleep disorders and
reduction of anxiety

Využitie progresívnej svalovej relaxácie pri práci s poruchami spánku a zvládáním tenzie

Peter Kusý

ABSTRAKT

Kazuistika popisuje prípad 18 ročného mladého muža, ktorý prichádza po odporučení obvodného lekára. Na začiatku sa zdá byť vystrašený, rozrušený, napätý a úzkostný, pričom ho trápi už niekoľko týždňov nespavosť a problémy so spánkom. Cieľom terapeutickkej intervencie bolo zlepšiť celkovú kvalitu spánku a znížiť vnútornú tensiu. Po úvodnej diagnostickej fáze a uzavretí kontraktu s klientom sme využili primárne nácvik progresívnej svalovej relaxácie pod terapeutickým dohľadom. Klient tak cvičil denne 1–2 krát svalovú relaxáciu po dobu 2 mesiacov, viedol si spánkový denník (ranné/večerné protokoly). Kvalita spánku sa postupne zlepšila, zvýšil a predĺžil sa počet spánkových fáz v pomere k bdelym fázam. Na konci pri katamnestickej rozhovore popisuje, že už dokáže spať celú noc, budí sa len zriedka a celkovo sa cíti pokojnejšie, cez ceň nie je unavený a dokáže sa koncentrovať.

Kľúčové slová: progresívna svalová relaxácia, poruchy spánku, vnútorná tensia.

ÚVOD

Predkladaná kazuistika predstavuje konkrétny prípad 18-ročného mladého muža, ktorý nás navštívil ambulantne v sprievode matky po odporučení obvodného lekára. Zdal sa byť značne rozrušený, vystrašený, napätý, úzkostný. Mal ťažkosti s vyjadrovaním, bolo pre neho náročné popisovať, čo sa stalo, koktal a veľkú časť za neho komunikovala jeho matka, ktorá prejavovala o syna strach. Popisoval, že potrebuje pomoc, lebo už niekoľko nocí nemôže poriadne spať, viackrát sa budí, spánok je skôr ľahký, len na max. hodinu.

Klient bol obeťou útoku dvoch páchatelov (jedného poznal, druhý bol neznámy), ktorí ho vydierali so zbraňou (priložili mu pištoľ k hlave) a hrozili ublížením na živote. Podľahol ich tlaku a po donútení im vyhovel. Otvoril si tak viaceré študentské účty v rôznych bankách, resp. zobral telefóny na paušál. Situáciu spoločne s matkou nahlásili na políciu a celá udalosť je momentálne predmetom vyšetrovania PZ. Výrazne psychotraumatizujúca udalosť mu narúša kvalitu spánku, sám uvádza, že je stále v strese a v strachu z toho, že mu niečo jeden z páchatelov spraví (druhého medzičasom zadržali, takže toho sa neobáva). Často sa prebúdzal na zlé sny, je po nich rozrušený, vystrašený, úzkost-

ný a má potom problém opätovne zaspáť. Od svojej obvodnej lekárky údajne dostal na predpis Zolpidem, avšak uvádza, že to nepomáha a je to bez efektu, preto ho svojvoľne po niekoľkých dňoch vysadil. K dispozícii sme však nemali žiadnu spisovú dokumentáciu, keďže klient nenavštevoval okrem všeobecnej obvodnej lekárky pre deti a dorast žiadneho iného špecialistu.

Dva týždne po dovŕšení 18. roku má výrazne narušený spánok, opisuje hyperinsomnickú symptomatiku s problémami so zaspávaním, resp. striedanie dlhších bdelych fáz a veľmi krátkych spánkových fáz. Zároveň skoro vstáva, cestuje do školy v Bratislave a počas dňa sa cíti unavený a cíti, že je ťažšie koncentrovaný.

KONTRAKT S KLIENTOM A TERAPEUTICKÉ CIELE

Prvé tri stretnutia boli skôr úvodné, diagnostické, kde sme sa snažili zachytiť na jednej strane ťažkosti, s ktorými klient prichádza, na druhej strane jeho predstavy a očakávania od prípadnej spolupráce v rámci individuálnej terapeutickkej práce. Klient tak uvádza, že by potreboval pomoc zlepšiť spánok a odstrániť problémy so zaspávaním, resp. tiež znížiť vnútorné napätie, stres, obavy a strach, ktoré sú už niekoľko týždňov veľmi intenzívne

a výrazne zasahujú do jeho každodenného fungovania. Spoločne sme sa tak dohodli na individuálnych stretnutiach v týždňových intervaloch po dobu dvoch mesiacov, pričom po uplynutí znova prehodnotíme a v prípade potreby aktualizujeme ciele – s možnosťou ďalšieho pokračovania terapeutickú intervenciu. Primárnym cieľom v rámci terapeutickú práce tak bolo eliminovať vnútornú tenziu po silnom traumatickom zážitku, ktorý bol na pozadí aktuálneho psychického rozpoloženia klienta a zároveň zlepšiť jeho kvalitu spánku.

DIAGNOSTICKÁ FÁZA A TERAPEUTICKÝ PLÁN

Pre potreby nasledujúcej terapeutickú intervencie, môžeme zaradiť prvé tri stretnutia do vstupnej diagnostickú fázy, kde sme cielene sledovali hneď niekoľko diagnostickú cenných premenných – osobnosťnú štruktúru, kvalita spánku, významní druhí a problémové oblasti v živote klienta. V rámci batérie diagnostickúch metód sme sa rozhodli použiť pre základnú orientáciu osobnú (subjektívnu aj objektívnu) a rodinnú anamnézu, pričom hneď v úvode bolo možné hovoriť s klientom a jeho matkou (spolu a tiež s každým zvlášť). Z osobnej anamnézy je dôležité spomenúť, že ide o 18-ročného mladého muža,

ktorý navštevuje SOU v Bratislave (stavebný odbor). Vzhľadom na množstvo času, ktoré venuje cestovaniu z/do školy, mu ostáva len veľmi málo voľného času na záujmy a aktivity. V minulosti (okolo 7. roku) navštevoval nejaký čas logopéda (alebo psychológa, nevedel si presne spomenúť) pre problémy s koktavosťou a dyslexiou, ktorá mu bola v tom čase diagnostikovaná. Úroveň komunikačných schopností sa časom zlepšila a k zhoršeniu došlo až teraz po niekoľkých rokoch, keď zažil výrazne traumatizujúcu udalosť, ktorá ho rozrušila. Z rodinnej anamnézy treba uviesť, že klient pochádza z úplnej rodiny, žije v spoločnej domácnosti s oboma rodičmi a piatimi mladšími súrodencami. Matka sa zdá byť hyperprotektívna, prísna, kontrolujúca a klient má s ňou skôr ambivalentný vzťah. Pôsobí dominantne, extrovertne, mierne hystericky, často za neho hovorí, chráni ho, málokedy ho púšťa k slovu a argumentuje tým, že „*koktá, ťažko sa mu to vysvetľuje, tak to radšej poviem za neho*“. Vzťah medzi rodičmi vníma ako problematický, často sa hádajú, avšak nechce sa do toho starať. Klient má piatich mladších súrodencov, s ktorými má dobrý vzťah, venuje sa im, občas sa o nich stará, hrá sa s nimi a podobne.

Ďalej v rámci vstupnej diagnostiky sme použili metódy integrovanej

psychoterapie (Knobloch, 1997) ako napr. životnú krivku a Vancouverský dotazník problémových oblastí¹. Pomocou životnej krivky sme získali množstvo základných anamnestických údajov z osobnej histórie klienta. V rámci Vancouverského dotazníka klient uvádza ako problémové oblasti najmä *Iné symptómy (úzkosť, nespavosť a pod.)*, kde uvádza, že je celkovo nevyspatý a cíti strach, obavy, často akoby sklúčené pocity na hrudi. Ďalšou problémovou oblasťou v jeho živote je kategória *správanie, výraz, reč*, pričom to komentuje tým, že „*reč preto, lebo kokcem*“. Nakoniec ako problémovú oblasť vníma aj *voľný čas*, ktorého má vďaka dochádzaniu do školy len veľmi málo a rád by ho mal viac. Ako alternatívu ku skupinovej schéme, ktorá tvorí dôležitú súčasť práce metódami integrovanej psychoterapie, sme využili test kresby stromu rodiny (viď napr. Zakouřilová, 2014), kde klient dokresľoval a vyfarboval na strome s predkreslenými postavami v rôznych pozíciách seba a všetky významné osoby v jeho okolí (primárne rodinnom prostredí). Následne sme sa dopytovali k jednotlivým postavám a percepcii vzťahov v rodine zo strany klienta. Z rodinného

prostredia vyplynulo, že má v celku dobrý vzťah so všetkými piatimi mladšími súrodencami, ktorým sa často venuje, hrá sa s nimi a doma pomáha pri starostlivosti o nich. Zdá sa, že najbližšie má k otcovi, ktorého v súvislosti s postavou na strome popisuje ako pokojnejšieho, prizerajúceho sa, vo vzťahu k matke skôr submisívnejšieho. Matka, ako bolo naznačené, je dominantnejšia, hyperprotektívna, kontrolujúca a organizujúca, možno aj preto sa zdá, že vzťah klienta k nej je skôr ambivalentný. Z rodiny medzi významné osoby klient uvádza ešte strýka z matkinej strany, ktorý je podobne ako ona skôr dominantný, organizujúci, kontrolujúci, rád vedie a má veci pod kontrolou. V súčasnosti spolu veľa komunikujú ohľadom incidentu, ktorý sa klientovi stal, pretože strýkov kamarát je policajt, tak mu radil, ako má postupovať a čo má ďalej robiť.

Pre diagnostiku osobnosti sme použili *Lüscherov test farieb* (zrealizovali sme dva výbery zo základných 8 farieb) a *Baum test*, pri ktorých klient ochotne spolupracoval. Kresba stromu je orientovaná v ľavej dolnej časti, čo môže naznačovať klientovu subjektivitu, zameranie na seba, opatrnosť, zároveň určitý regres

1 Autor je terapeutom integrovanej psychoterapie (pre viac informácií viď www.incip.cz), preto pracuje často s metódami tohto terapeutického prístupu (vrátane diagnostickúch metód).



(napr. zhoršený rečový prejav v súvislosti s traumou). Primárnu väzbu má vytvorenú najmä s matkou (aj keď sa zdá ambivalentná), je skôr introvertnejší, pričom stresovú záťaž zvnútorňuje a reaguje senzitívne. Objavila sa u neho ambivalencia v oblasti intenzívneho citového prežívania, emočného vyladenia a skôr emočná labilita. Vôľové a aktivizačné schopnosti pri realizácii určitej činnosti, podávaní výkonu, sú oslabené. Primárne potrebuje dosiahnuť a udržať pokoj a celkovú harmóniu. Je pomerne senzitívny, citlivo reaguje na zvýšené napätie a vonkajší patologický agens (nižšia miera frustračnej tolerance a reziliencie), cíti sa podráždene a bezradne. Celkovo je skôr vyčerpaný, presýtený stresom, cíti únavu a nedostatok energie a výrazne potrebuje pokoj a odpočinok. Je ochotný angažovať sa, kooperujúci a usmerniteľný. Snaží sa vyhýbať ďalším sklamaniam a konfliktom. Jeho súčasné sklamanie a smútok sú prekryté ľahostajnosťou, bagatelizáciou, resp. ostentatívnym spoliehaním sa na seba. Citlivo

vníma súčasný stav osamelosti, avšak potláča potrebu identifikovať sa s niekým, otvoriť sa a splynúť. Navonok tak demonštruje „sebestačnosť“ a nezávislosť.

Vzhľadom na pretrvávajúce problémy s kvalitou a intenzitou spánku, bol pri úvodnej diagnostickej fáze využitý *Pittsburghský index kvality spánku – PSQI* (pre viac informácií viď Backhausová & Riemann, 2003). Klient v ňom uvádza obvyklý čas, kedy si ide ľahnúť cca okolo 22:00, čas potrebný k zaspatiu je asi 20 min a zvyčajne vstáva každé ráno o 4:30 hod. Celkovo dosahuje skóre 15 (z možných 21), čo ukazuje na zhoršenú kvalitu spánku. Problematické sú najmä opakujúce sa zlé sny (nočné mory), krátke spánkové a naopak dlhé bdelé fázy, celkový nepokoj a stres pri zaspávaní a podobne. Ukazuje sa u neho veľmi nízka efektivita spánku (asi 7,7%). Tieto zistenia nám naznačili, že psychotraumatický zážitok u klienta zrejme naštartoval poruchy spánku. Dalo by sa uvažovať o neorganickej, primárnej insomnii, ako ju chápu



Backhausová a Riemann (2003).² Vzhľadom na vážne narušenie kvality a intenzity spánku (vrátane spánkového rytmu a rušivých výrazne negatívnych snov), sme sa rozhodli intervenovať pomocou progresívnej svalovej relaxácie. Klient s touto ponukou súhlasil, doposiaľ nemal žiadnu skúsenosť s akýmkoľvek relaxačnými metódami, preto nemal špeciálne očakávania. Terapeutický plán sme nastavili na individuálne stretnutie s nácvikom progresívnej svalovej relaxácie so sprievodom (využitie heterosugescie) v týždňových intervaloch po dobu dvoch mesiacov (spolu 8 stretnutí). Klient zároveň dostal za úlohu viesť si denne spánkový denník (ranný a večerný protokol zvlášť), kde zaznamenával svoju únavu počas dňa, koncentráciu, náladu, prípadný spánok cez deň, kofeínové/alkoholové nápoje, resp. kvalitu spánku a pocit oddychnutosti, odhad dĺžky spánku, budenie sa

počas noci, trvanie bdelých fáz, čas ranného vstávania, prípadná medikácia pred spaním (Backhausová & Riemann, 2003).

TERAPEUTICKÁ INTERVENCIA – NÁCVIK PROGRESÍVNEJ SVALOVEJ RELAXÁCIE

Po úvodných troch stretnutiach v rámci diagnostickej fázy bola klientovi navrhnutá možnosť nácviku relaxácie pod dohľadom terapeuta. Najskôr sme ho poučili o základných princípoch a špecifikách progresívnej svalovej relaxácie, ktorú odporúčajú využiť pri poruchách spánku viacerí autori (napr. Öst, 1987; Murtagh & Greenwood, 1995; Backhausová & Riemann, 2003 a iní). Hneď na štvrtom stretnutí mal možnosť zoznámiť sa s progresívnou svalovou relaxáciou zážitkom na sebe³. Prvé relaxačné cvičenie bolo v sprievode

2 Na tomto mieste treba dodať, že psychologická intervencia (vrátane diagnostiky a následného terapeutického zásahu) bola realizovaná mimo zdravotníckeho zariadenia ambulantnou formou v rámci bezplatných služieb. Tie boli poskytované klientom, ktorí si nemohli dovoliť platené psychologické služby, resp. boli odporúčení spádovo obvodnými lekármi a inými odborníkmi. Keďže nešlo o zdravotnícku starostlivosť, v rámci diagnostickej fázy sme nepracovali s diagnózami na základe klasifikačných manuálov (napr. MKCH 10), ktoré sú akceptované v našich podmienkach. Samozrejme v prípade, že by problém klienta vyžadoval psychodiagnostické vyšetrenie, resp. špeciálnu psychoterapeutickú, resp. psychiatrickú starostlivosť, posunuli by sme klienta kompetentným odborníkom.

3 Využili sme pôvodnú formu od Bernsteina a Borkovca (1973), ktorá neobsahuje žiadne sugestívne prvky.



terapeuta (autor kazuistiky), ktorý ho počas relaxácie inštruoval, spravádzal a prechádzal s ním spoločne nácvikom pocitov napätia/uvoľnenia v jednotlivých svalových partiách na celom tele. Cvičenie trvalo asi 20 minút, prebehlo bez komplikácií a ťažkostí, v štandardnej polohe ležmo. Klient bezprostredne po cvičení pri reflexii uvádza, že *„to bolo super, také v pohode pocity, príjemné to bolo“*. Po ukončení relaxácie sa cíti príjemne, uvoľnene, má viditeľne lepšiu náladu, viac sa usmieva, je komunikatívnejší, menej úzkostný. Spoločne sme si prešli jednotlivými časťami tela, venovali sme sa partiám, ktoré sa mu nepodarilo úplne uvoľniť a zintenzívniť pocit uvoľnenia (najmä lýtkové svaly a oblasť predkolenia na oboch nohách). Klient je ubezpečený, že pri prvej skúsenosti s relaxačnými metódami vôbec, je to prirodzená reakcia a dá sa očakávať, že časom odznie. Zároveň sme sa s klientom dohodli na spoločnom nácviku v domácom prostredí, pričom súhlasil, že bude cvičiť 1-2 krát denne (podľa možnosti) po dobu jedného týždňa,

kým nebudeme mať ďalšie stretnutie. Bude si zároveň viesť spánkový denník (ranné a večerné protokoly) a v prípade, že sa počas nácviku svalovej relaxácie objavia nejaké komplikácie, ťažkosti, niečo, čo by ho prekvapilo, zaskočilo, resp. tomu nerozumel, zaeviduje si to a budeme sa tomu pri ďalšom stretnutí venovať. Ďalšie stretnutia po dohode s klientom plynuli podľa terapeutického plánu – tzn. venovali sme sa poslednému týždňu, analyzovali a reflektovali skúsenosti z nácviku svalovej relaxácie v domácom prostredí a zároveň sme sa venovali spánkovému denníku, ktorý klient poctivo vypracoval a vždy so sebou priniesol. Cvičiť sa mu darilo vždy každý večer pred spaním (vždy s „prebúdzacím manévrom“, čo mu bolo odporúčané⁴) a niekedy aj poobede, keď prišiel zo školy (resp. cez víkend). Popisoval, že cvičenia trvali zvyčajne 15-20 minút a zo začiatku mal problém si vybaviť v správnom poradí všetky svalové partie, ktoré postupne napínal a uvoľňoval, avšak opakovaním sa to zlepšilo a posled-

4 Klientovi bolo vysvetlené, že nácvik relaxácie v posteli môže viesť k neúspechu (podľa Backhausovej a Riemanna, 2003), avšak nemal možnosť cvičiť v pokoji, bez rušivých okolitých podnetov inde ako vo svojej izbe a v posteli, čo je pochopiteľné. Tiež mu nebolo odporúčané prechádzať v prvých týždňoch relaxačného tréningu plynule do spánku, čo akceptoval a začínal cvičiť najskôr vždy s prebudením – aj keď išlo o čas pred zaspátím večer.



né dni sa už nemusel sústrediť na to, či prechádza jednotlivé časti správne. V podobnom duchu sa opakovali aj ďalšie stretnutia, pričom stále si udržiaval frekvenciu cvičenia min. 1x denne (večer pred spaním) a od 5. týždňa relaxačného tréningu prechádzal zo svalovej relaxácie plynulo do spánku. Na stretnutiach sme každý týždeň zároveň realizovali nácvik progresívnej svalovej relaxácie s heterosugestívnym vedením terapeuta, čo nám umožňovalo sledovať efekt relaxácie na klienta bezprostredne po cvičení. Klient neuvádzal žiadne komplikácie, asi v polovici terapeutického procesu sa mu začali okrem zrelaxovaných prechádzaných svalových partií zobrazovať jednoduché imaginatívne obrazy. Venovali sme sa im, hovorili o nich, popisoval ich, asocioval k nim a nakoniec ich mal možnosť nakresliť. Tieto zážitky boli pre neho určitým *mysterium fascians*, oceňoval ich a zdalo sa, že sa z nich teší⁵.

EFEKT RELAXÁCIE PRI ZLEPŠENÍ KVALITY SPÁNKU A ZNÍŽENÍ VNÚTORNEJ TENZIE

Uvedomujeme si, že zachytiť efekt akejkoľvek terapeutickkej intervencie je veľmi náročné. V terapeutickom procese nám tak často ostáva len opakované pozorovanie a overovanie hypotéz, ktoré si priebežne pokladáme a na základe zmien v práci s klientom ich aktualizujeme. Metódy, ktoré sme v rámci intervencie použili a bližšie popísali vyššie (napr. pozorovanie, rozhovor, spánkový denník a protokoly, nácvik progresívnej svalovej relaxácie a pod.), nám pomohli sledovať meniaci sa stav klienta v terapeutickom procese. Z protokolov vyplýva, že počas celého obdobia klient neužíval pred spaním žiadne medikamenty, aj keď ich mal od obvodného lekára indikované v prípade potreby na zlepšenie celkovej kvality spánku a upokojenie. Už po prvom týždni od začiatku cvičenia progresívnej svalovej relaxácie, sa mu tak podľa protokolov výrazne zlepšila kvalita spánku. Klient sám popisoval: *„po relaxácii sa mi lepšie potom zaspáva, taký som kludnejší,*

5 Vzhľadom na terapeutické pozadie autora kazuistiky sa s ponúknutými obrazmi klienta nepracovalo terapeuticky hlbšie a viac sme im pozornosť nevenovali (ako je tomu v niektorých iných prístupoch – napr. Katatýmne imaginárna psychoterapia a pod.).

nemám taký stres ako predtým“. Čas zaspávania bol počas celého obdobia pomerne konštantný (medzi 22. a 23. hod.) a rovnako aj čas stávania, kedy cez týždeň vstával medzi 4:45 a 5:00 a cez víkend medzi 7. a 8. hod. Už počas prvého týždňa uvádzal, že sa zobudil len párkrát za noc a podarilo sa mu skôr zaspať. Navyše prebudenia už nesúviseli vždy len s nočnými morami, ako tomu bolo dovtedy. Sám hovoril: „už sa mi tak nesníva o tom, čo sa mi stalo, len občas mám také myšlienky, ako som mal pištoľ pri hlave a vyhrážali sa mi“. Doba bdenia počas noci sa postupom času zmenšovala, až v posledných týždňoch bolo niekoľko nocí, kedy sa vôbec nezobudil. Nao-pak sám uvádzal, že mal tvrdší spánok, nie tak plytký, ako na začiatku a celkovo sa cítil menej vystrašene. Už nemal obavy z toho, čo sa môže stať, že sa stretne s agresormi, ktorí ho vydierali a vyhrážali sa mu. Bol oveľa pokojnejší, rečový prejav sa mu tiež zlepšil, zdalo sa, že koktanie je už len ojedinelé, zatiaľ čo na začiatku mal veľký problém povedať bez ťažkostí celú vetu. Nakoniec sme zaradili ako rediagnostickú metódu Vancouverský dotazník problémových oblastí, ktorý vyplňal po dva a pol mesiaci. Tentokrát sa intenzita problematikosti v oblastiach *Iné symptómy (úzkosť, nespavosť atď.)*, *Správanie*, *výraz*, *reč* a *Voľný čas* znížila. Aj keď nemá viacej voľného

času, vzhľadom na to, že sa necíti tak unavený, keď príde zo školy, je viac motivovaný a má celkovo viac energie, dokáže to málo voľného času, ktoré má, využiť efektívnejšie a viac si ho užiť. Pri poslednom 11. sedení sme sa dohodli na kontrolnom katamnesticom stretnutí o mesiac, s čím súhlasil. Zároveň mu bola ponúknutá možnosť, že ak bude potrebovať v prípade potreby kedykoľvek ďalšie stretnutie, môže to pokojne využiť.

Na katamnesticke stretnutie prichádza klient po mesiaci od posledného kontaktu. Zdá sa byť uvoľnený, pokojný, veselý, spontánne komunikuje, koktanie sa objavuje len občas. Popisuje, že jedného z páchatelov zobrali do väzby, čím mu odľahlo, že ho už nebude atakovať. Čo sa týka kvality spánku a vnútornej tenzie, referuje, že už necvičí svalovú relaxáciu každý deň, ale občas, keď si na to spomenie (asi 3-4 krát do týždňa). Kvalita spánku sa značne zlepšila, cez deň už nebýva unavený, dokáže sa v škole koncentrovať, večer zaspáva bez ťažkostí. Snové obsahy sa tiež zmenili, nebudí sa už na výrazne negatívny emočný náboj snov, len si občas ráno spomenie, že sa mu niečo snívало. Necíti už tlak na hrudi, zvýšené búšenie srdca, chvenie v oblasti žalúdka, dokáže sa lepšie koncentrovať na svoje telo, dýchanie a tepovú frekvenciu, čo je

zrejme výsledkom osvojenia si svalovej relaxácie.

ZÁVEREČNÉ ZHRNUTIE

Terapeutický a preventívny potenciál relaxačných metód vo všeobecnosti je dobre známy už veľmi dlho. Ako uvádza Hašto (2013), človek, ktorý si ich osvojí, sa stáva odolnejším voči rôznym formám duševnej a telesnej záťaže, jeho rovnováha je stabilnejšia a celková radosť zo života plnšia. Relaxačné metódy, ako Autogénny tréning, či Progresívna svalová relaxácia, sa tak stávajú hodnotnými prostriedkami prevencie a liečby nepokoja moderného človeka, čím zvyšujú jeho celkovú kvalitu života. Táto kazuistika popisuje prípad 18-ročného klienta s hyperinsomnickou symptomatikou a zvýšenou vnútornou tenziou, ktoré vznikli zrejme ako reakcia na traumatizujúcu udalosť v živote klienta pred krátkym časovým obdobím. Klient tak vyhľadal pomoc ambulantnou formou, kde sme pracovali formou nácviku progresívnej svalovej relaxácie. Celková kvalita spánku sa po 2-mesačnom každodennom cvičení zlepšila (neskôr v treťom mesiaci to bolo už len 3-4 krát týždenne podľa potreby) a zároveň sa znížila miera vnútornej tenzie, ktorá bola citelná na začiatku terapeutického procesu. V katamnesticom rozhovore mesiac po po-

slednej intervencii klient potvrdzuje tieto závery, pričom mu progresívna svalová relaxácia slúži ako osvedčená metóda a vie ju následne využívať v prípade potreby kedykoľvek.

ABSTRACT

The case study describes a real case of an 18 years old young man who comes after a doctor's recommendation. At first he appears to be scared, upset, tense and anxious, suffering from insomnia and sleep problems for several weeks. The goal of the therapeutic intervention was to improve the overall quality of sleep and reduce internal tension. After the initial diagnostic phase and agreeing to the contract with the client, we primarily used the practice of progressive muscle relaxation under therapeutic supervision. The client thus practiced muscle relaxation 1-2 times a day for 2 months and led a sleep log (morning/evening protocols). Sleep quality gradually improved, increased and extended the number of sleep stages in relation to awake phases. At the end in the catamnesis interview, he describes that he can sleep the whole night, he is rarely awakened, and overall he feels more peaceful, he is not tired and is capable to concentrate.

Key words: progressive muscle relaxation, insomnia, inner tension.

REFERENCIE:

- Backhaus, J. & Riemann, D. (2003). *Poruchy spánku*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Bernstein, D. A. & Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training*. Champaign, Illinois: Research Press.
- Hašto, J. (2013). *Autogénny tréning. Nácvik koncentratívneho sebauvoľnenia*. 3. vyd. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Knobloch, F. & Knoblochová, J. (1993). *Integrovaná psychoterapie*. Praha: Grada.
- Murtagh, D. R. & Greenwood, K. M. (1995). Identifying effective psychological treatments for insomnia: A metaanalysis. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*. 63(1), 79-89.
- Öst, L. G. (1987). Applied relaxation. Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behavior Research and Therapy*, 25. 397-409.
- Zakouřilová, E. (2014). *Speciální techniky sociální terapie rodin*. 1. vyd. Praha: Portál.

Internetové odkazy:

- www.incip.cz

AUTOR:

PhDr. Peter KUSÝ, PhD.

Katedra pedagogických štúdií, Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave / SPDDD Úsmev ako dar
e-mail: peterkusy7@gmail.com
web: www.psychoptimal.eu



zdroj: pexels.com



ČO ROBIŤ KEĎ...? / WHAT TO DO IF ...?

What to do if i want to deal efficiently with a stress situation? Čo robiť, keď si chcem efektívne poradiť so stresovou situáciou?

Michaela Ptáková

ABSTRAKT

V článku sa budeme zaoberať prežívaním stresu, reakciami na závažné stresové a krízové situácie a možnostiam zvládania ich. V prvej časti definujeme pojem stres, popíšeme jeho fázy a typy. Následne predstavíme reakcie na závažný stres a poruchy prispôsobenia definované podľa MKCH-10. Popíšeme aj obdobia známe ako životné krízy a doplníme ich o možnosti psychologické krízovej intervencie.

V druhej časti sa zameriame na zvládanie záťažových situácií. Popíšeme fázy, v ktorých riešenie záťažových situácií prebieha a predstavíme konkrétne spôsoby ako si človek okamžite môže poradiť s problémami.

Kľúčové slová: stres, reakcie na závažný stres, životné krízy, krízová intervencia, riešenie problémov.





ÚVOD

Človek je vo svojom živote „stavaný“ na to, aby prežil rôzne životné udalosti a traumy, riešil každodenné väčšie či menšie konflikty, znášal frustráciu, zvládal úzkosť a stres. Akoby to nestačilo, pristupuje k tomu ešte psychologicky najzložitejšia výzva, a to naučiť sa žiť so svojou osobnosťou a zvládať vývinové úlohy v jednotlivých etapách života. Zdá sa tak, že uchovanie duševného zdravia je takmer nemožné (Heretik, Heretik jr. a kol., 2007). Avšak samotné životné udalosti ešte nemusia vyvolať u každého závažnú reakciu. Na rovnakú udalosť môžu rôzni ľudia reagovať rozlične: napr. úmrtie v rodine môže vyvolať rôzne reakcie u blízkych osôb (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Ako už z úvodu vyplýva, v príspevku sa budeme zaoberať prežívaním stresu, reakciami na závažné stresové a krízové situácie a možnostiam na zvládanie týchto situácií. V prvej časti zadefinujeme pojem stres, popíšeme jeho fázy a typy. Následne predstavíme reakcie na závažný stres a poruchy prispôsobenia definované podľa MKCH-10. Popíšeme aj obdobia známe ako životné krízy a doplníme ich o možnosti psychologickej krízovej intervencie. V druhej časti sa zameriame na zvládanie záťažových situácií. Popíšeme fázy, v ktorých riešenie záťažových

situácii prebieha a predstavíme konkrétne spôsoby ako si človek okamžite môže poradiť s problémami. O svoje skúsenosti sa ako odborníčka z praxe podelí Mgr. Viktória Pančíková, PhD., lektorka v ProSchool – viac ako len vzdelávanie. Do jej odborného portfólia patria témy ako stres, adaptačné vzdelávanie, mentoring, motivácia zamestnancov, koučing, realizácia firemného vzdelávania, vzdelávanie učiteľov, príprava lektorov a rozvoj manažérskych kompetencií.

STRES – DEFINÍCIA, TYPY A FÁZY

Prvý autor, ktorý sa zaoberal teóriou stresu, bol kanadský fyziológ narodený v Komárne, Hans Selye. Vo svojej monografii *Život a stres* (1966, s.82) popísal stres ako „stav prejavujúci sa vo forme špecifického syndrómu, ktorý predstavuje súhrn všetkých nešpecificky vyvolaných zmien v rámci daného biologického systému.“ Vo výskume sa venoval produkcii hormónov nadobličiek, ako biologickej reakcii na pôsobenie stresora na organizmus. Priebeh tejto reakcie nazval **všeobecný adaptačný syndróm** (GAS – *general adaptation syndrom*) a má tieto tri fázy:

1. alarmová (poplachová) reakcia,
2. štádium rezistencie, odolnosti,
3. štádium vyčerpania.



Stresová hypotéza sa stala jednou zo základných paradigiem psychosomatickej a behaviorálnej medicíny. Veľmi skoro sa však ukázalo, že biologický výklad je príliš redukcionistický. Od 60. rokov 20. storočia sa začal preto psychologický výskum zameriavať na to, ktoré spôsoby správania – zvládacie (copingové) stratégie – a ktoré vlastnosti osobnosti – tzv. mediátory, rozhodujú o patogennosti prežitého stresu (Heretik, Heretik jr. a kol., 2007). Stres, ako stav organizmu, sprievádzajú viaceré telesné a psychické ťažkosti. Vedie aj k narušeniu medziludských vzťahov, poklesu výkonnosti alebo vysokej únavy. Zaujímavé však je, že mierny stres spočiatku vedie k zvýšeniu výkonnosti. Stres vyvolávajú všetky mimoriadne náročné životné situácie, ale tiež situácie, ktoré nie sú až tak náročné. Tie zaťažujú nie svojou intenzitou, ale dĺžkou trvania. Vzhľadom na intenzitu rozlišujeme dva typy stresu: **hyperstres** prekračujúci hranice adaptability, schopnosti vyrovnáť sa so stresom a **hypostres**, ktorý ešte nedosiahol hranice nezvládnuteľnosti, ale dlhodobým pôsobením môže viesť k tomu, že tieto hranice prekročí. Stresové situácie nemusia byť nevyhnutne nepríjemné či negatívne. Stresujúco pôsobia i mnohé príjemné udalosti v živote človeka. Podľa kvality stresovej situácie tak rozlišujeme medzi **distre-**

som, čo je nepriaznivá, negatívna situácia ako napr. úmrtie, rozvod či ťažká skúška a **eustresom**, čo je kladná, ale náročná situácia ako napr. svadba (Oravcová, 2007).

Prečo je podľa Dr. V. Pančíkovej potrebné venovať sa téme stresu a vzdelávať ľudí v tejto oblasti?

Z môjho pohľadu je tých dôvodov veľa. Ale medzi hlavné by som zaraďila to, že stres a jeho prežívanie je dnes už akoby každodennou súčasťou našich životov. Bežne sa stretávame so situáciami, keď kolega, rodič či partner pod vplyvom stresu „vybuchne“, vyleje si zlosť, je dlhodobo podráždený, alebo žije v časovom tlaku, čo sa prejavuje napríklad večným nestíhaním a následnou podráždenosťou. A obhajujeme to slovami, veď je v strese... Považujeme to za niečo, čo sa stalo normálnym a spoločnosťou akceptovaným. Mnoho ľudí dlhodobo ostáva v strese a nemajú potrebu alebo nevedia to riešiť. Stále sa objavuje viac prípadov aj mladých prepracovaných a preťažených ľudí, často na pokraji syndrómu vyhorenia, alebo na pokraji fyzických či psychických síl. Tento postoj je však pre nás škodlivý.

Takým špecifikom je aj situácia, že ľudia si stres spájajú s nepríjemnými a veľmi vážnymi situáciami, prevažne však s krátkodobými. Od takých ako je naozaj úmrtie v rodine, ale aj strata zamestnania, či bežnejšie zále-



žítosti ako skúšky, pohovory či návšteva lekára. A majú pravdu. Ale nie až tak si uvedomujeme, že stres vyvolávajú aj situácie, ktoré sú menej náročné, a ak ich dlhodobo nezvládame, môžu sa na kvalite nášho života prejavíť veľmi negatívne. Tu je špecifický časový stres a tlak na výkon. Paradoxom sa stalo to, že dnešná spoločnosť je síce silne orientovaná na výkon, čo na jednej strane spôsobuje stres, ale pokiaľ to nebudeme riešiť, vplyvom nezvládnutého (di)stresu budú naše výkony klesať. Práve preto je dôležité nájsť rovnováhu.

Ako som už naznačila, dnes sa k problematike stresu celkovo ako spoločnosť stavíme laxne. Aj keď pociťujeme a dlhodobo prežívame prejavy stresu ako napr. bolesti hlavy, napätie šije a chrbta, nervozitu, apatiu či naopak výbuchy zlosti a hnevu, neberieme to vážne. Často siahneme po tabletke a príčiny neriešime. Nechceme síce generalizovať, ale pokiaľ niekto pod vplyvom prežívaného stresu schudne, je to brané dokonca pozitívne. Často ignorujeme už aj vážnejšie prejavy a dôsledky stresu, ako napr. nespavosť, poruchy v intímnej oblasti atď., až kým to nie je veľmi vážne. Potom to začneme riešiť.

Ďalším z dôvodov je to, že každý jeden z nás si prirodzene vytvára vlastné stratégie zvládania stresu. Niektorí viac vedome, niektorí úplne nevedome. Tieto stratégie nie sú vždy optimálne a často sú to straté-

gie, ktoré radíme medzi negatívne, a tam patrí napríklad konzumácia alkoholu za účelom uvoľnenia napätia, ignorovanie problémov a už spomenutá ventilácia emócií “na niekom”, a pod. Práve vzdelávanie v tejto oblasti pomáha ľuďom vytvoriť si pozitívne stratégie zvládania stresu, ktoré sú efektívnejšie a nepoškodzujú nás, naše vzťahy či okolie. Toto sú z môjho pohľadu hlavné dôvody, prečo je potrebné edukovať sa v danej problematike.

REKIE NA ZÁVAŽNÝ STRES, PORUCHY PRISPÔSOBENIA

Ako už bolo spomenuté v úvode, každý človek (ne)zvláda stresové situácie iným spôsobom. Psychológovia sa preto v praxi môžu stretnúť s reakciami na stres v najrozličnejších podobách, od ľahkých foriem, až po tie, ktoré si vyžadujú odbornú pomoc. V tejto časti predstavíme problémy, ktoré sú „hraničné“ z viacerých hľadísk. Bude sa jednať o reakcie na závažný stres a poruchy prispôsobenia a ďalej o obdobia známe pod názvom životné krízy. Do prvej skupiny zahrňujeme tri najzávažnejšie psychické poruchy, a to akútnu reakciu na stres, posttraumatickú stresovú poruchu a poruchu prispôsobenia. V druhej skupine definujeme obdobia spadajúce



pod životné krízy a predstavíme, čo je to krízová intervencia.

Podľa MKCH-10, dostupnej na stránke Národného centra zdravotníckych informácií (www.nczisk.sk), patria reakcie na závažný stres a poruchy prispôsobenia pod kategóriu F 43.

Pod túto kategóriu spadajú:

F 43.0 Akútna reakcia na stres. Ide o prechodnú poruchu, ktorá vzniká u jednotlivca bez inej zjavnej psychickej poruchy ako odpoveď na výnimočný fyzický a psychický stres a ktorá zvyčajne odznie v priebehu hodín alebo dní. Individuálna zraniteľnosť a odolnosť hrajú úlohu pri vzniku a vážnosti akútnej stresovej reakcie. Príznaky sú typicky zmiešané, premenlivé a zahŕňajú začiatkové štádium omráčenia so zúžením vedomia a pozornosti, neschopnosťou vnímať stimuly a dezorientáciou. Príznaky sa zvyčajne zjavujú v priebehu minút od stresujúceho stimulu alebo udalosti a strácajú sa v priebehu dvoch alebo troch dní (často už po niekoľkých hodinách). Na epizódu môže byť čiastočná alebo kompletná amnézia.

F 43.1 Posttraumatická stresová porucha. Ide o oneskorenú alebo pretrvávajúcu odpoveď na stresujúcu udalosť alebo situáciu, mimoriadne ohrozujúcu alebo katastrofickú, ktorá zapríčiňuje prenikavé utrpenie skoro každému človeku. Typické črty zahŕňajú epizódy opa-

kovaného prežívania traumy v dotieravých spomienkach (spätne záblesky), snoch alebo nočných morách, na pretrvávajúcom pozadí pocitu “umŕtvenia” a emočného otupenia, strátenia iných ľudí, nereagovania na okolie, anhedonie a vyhýbania sa činnostiam a situáciám pripomínajúcim traumy. Porucha vzniká po traume s časovým odstupom niekoľkých týždňov až mesiacov. Priebeh je kolísavý, ale vo väčšine prípadov možno očakávať vyliečenie.

F 43.2 Porucha prispôsobenia. Ide o stavy subjektívneho utrpenia a emočnej poruchy, ktoré bránia v sociálnom účinkovaní a výkonnosti. Vznikajú v čase adaptácie na závažné zmeny v živote alebo na stresovú situáciu. Stresor poškodil pacientove sociálne spojenia (ovdovenie, rozvod), širší systém sociálnych istôt a hodnôt (sťahovanie, emigrácia), alebo znamenal vážny vývojový medzník alebo krízu (nastúpenie do školy, rodičovská rola, nedosiahnutie sledovaného osobného cieľa, penzionovanie). Prejavy sú rozličné, vrátane sklúčenej nálady, úzkosti, strápenosti, pocitu neschopnosti zvládnuť situáciu, plánovať do budúcnosti, alebo pokračovať v súčasných pomeroch; býva aj určité zhoršenie vo vykonávaní bežných denných úloh. Poruchy správania môžu byť sprievodným javom najmä v puberte.



ŽIVOTNÉ KRÍZY A KRÍZOVÁ INTERVENCIA

V klinickej psychológii sa **kríza** chápe ako strata duševnej rovnováhy, ktorú ešte nemožno pokladať za chorobu. Je to stav, keď akútna záťaž prekračuje alebo hrozí prekročením hranice odolnosti človeka a prestávajú fungovať bežné stratégie zvládania. Má svoju vnútornú dynamiku a vývin – buď odznie spontánne alebo sa zvládne pomocou krízovej intervencie resp. prerastie v diagnostikovateľné ochorenie. Psychogénymi etiologickými činiteľmi kríz sú najmä traumy, životné udalosti a vývinové krízy (Heretik, Heretik jr. a kol., 2007).

Krízová pomoc je komplexom služieb, ktoré odpovedajú na klientovo prežívanie vlastnej životnej situácie. Pod **krízovou intervenciou** rozumieme akútny profesionálny zásah zo strany pomáhajúceho profesionála u klienta, ktorý sa ocitol v kríze a nedokáže adekvátne riešiť svoju problémovú situáciu. Vníma ju ako neodkladnú, naliehavú a v stave núdze ju nie je schopný riešiť vlastnými silami a z vlastných zdrojov. Cieľom je eliminovať ohrozenia, poskytnúť klientovi bezpečie, podporu, nádej a vedenie, aby pocítil úľavu, aby sa zvýšila jeho schopnosť situáciu zvládnuť a aby sa vrátil na predkrízovú úroveň života. Krízová pomoc je krátkodobá, trvá väčšinou

do siedmich dní a v dosahu má krízové lôžko. Krízová intervencia je prakticky zameraná činnosť, je to čas konať (Šrobárová, 2016).

FORMY KRÍZOVEJ INTERVENČIE A PRÍKLADY PRACOVÍSK POSKYTUJÚCICH TÚTO FORMU POMOCI

Špatenková a kol. (2004) uvádzajú nasledovné formy krízovej intervencie:

Ambulantná pomoc – klient sa osobne dostaví do poradne/ambulancie určitej inštitúcie primárne alebo sekundárne určenej k poskytovaniu pomoci ľuďom v kríze, napr. ambulancie krízových centier (ambulancie psychoterapeutických pracovísk, ordinácie klinického psychológa, psychiatrické ordinácie, rodinná poradňa a pod.).

Hospitalizácia – klient v kríze sa krátkodobo umiestni na tzv. „krízové“ lôžko, najlepšie v inštitúcii na to určenej, teda v krízovom centre, ale môže to byť aj v nemocnici, psychiatrickej liečebni, domove dôchodcov a pod. K hospitalizácii dochádza v prípade, že klientov stav mu neumožňuje zostať v domácom prostredí.

Zoznamy krízových centier sú dostupné napríklad na stránkach Úradu práce sociálnych vecí a rodiny, kde sú zoradené podľa krajov:



https://www.upsvr.gov.sk/buxus/docs//urady/VK/oznamy_2015/kontakty_na_subjetky_poskytujuce_pomoc_obetiam_domaceho_nasilia_a_tyrania.pdf

alebo na stránkach *Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny*:

<https://www.mpsvr.sk/files/ministerstvo/akreditacie/zoznam-akreditovanych-subjektov-krizove-strediska.pdf>

Terénne a mobilné služby – krízový mobilný tím alebo krízový intervent sa dostavia na miesto, kde sa nachádza jedinec (popríklad jednotlivci) v kríze. Môže to byť škola, domov, nemocnica, ulica alebo miesto, kde došlo ku katastrofe alebo nešťastiu.

Na Slovensku pôsobí v tejto oblasti napríklad *Modrý anjel* alebo *ADRA Slovensko*.

Telefonická pomoc – klientom v kríze ponúka podporu a pomoc prostredníctvom telefónu. Zabezpečujú ju zvyčajne linky dôvery, môžu byť úzko špecializované na nejakú skupinu klientov (Projekt Q-centrum pre LGBT komunitu, Linka detskej istoty a Linka detskej dôvery pre deti a mládež), popríklad na konkrétny problém (OZ Dom svetla Slovensko pre problematiku HIV a AIDS, OZ Integra pre problematiku siekt a pod.) alebo môžu poskytovať služby celému širokému spektru volajúcich (linka dôvery Ligy za duševné zdravie).

Internetová pomoc – sa realizuje prostredníctvom internetu. Na Slovensku poskytuje svoje služby online poradňa Ligy za duševné zdravie alebo internetová poradňa pre mladých IPčko.sk.

S akými témami/problémami sa v súvislosti so stresom stretáva Dr. Pančíková najčastejšie? V ktorých oblastiach si ľudia nevedia poradiť a čo ich najviac zaujíma?

Dá sa povedať, že väčšina otázok a problémov ľudí z hľadiska zvládania stresu je práve z pracovného života. Preto sa často venujeme aj problematike časového stresu. Zameriavame sa na time management, teda na to, ako si čas zadeliť a efektívne s ním narábať. S tým blízko súvisia aj problémy ako preťažovanie zamestnancov a tlak na výkon. Ďalšou oblasťou, ktorá sa popravde ťažko rieši, je keď nadriadený v práci pôsobí ako stresor pre svojich zamestnancov, svojím správaním a prístupom. V rámci vzdelávania manažmentu sa často venujeme vzťahu stres a optimálny výkon. Na to, aby sme podávali dobré výkony, určitú mieru stresu potrebujeme, na druhej strane, ak je stres príliš vysoký, výkon hneď začne klesať. Toto by mal vedieť každý manažér.

Vo všeobecnosti najčastejšie dostávam otázku: Čo mám robiť, aby som nebol v strese? A moja odpoveď je najčastejšie, že neviem :). Aby som



to uviedla na správnu mieru. Stres je veľmi individuálny, každý ho prežíva inak, každého stresuje niečo iné. Aj mieru odolnosti má každý inú. Prostredníctvom vzdelávania môžem ľuďom odovzdať širokú paletu osvedčených techník zvládania stresu a časového stresu, ale každý jeden si musí nájsť to, čo vyhovuje jemu. Na to jeden univerzálny recept neexistuje. Keby áno, ľudí by sme v tejto oblasti vzdelávať nemuseli a neriešili by sme dôsledky nezvládnutého a dlhodobého stresu. Aktuálny trend je opačný. Dopyt po informáciách z tejto oblasti sa neustále zvyšuje.

ZVLÁDANIE ZÁŤAŽOVÝCH SITUÁCIÍ

Pre zvládnutie záťažových situácií musí človek vyvinúť úsilie primerané náročnosti danej situácie, vychádzajúc z odhadu vlastných možností. Za zvládanie sa už klasicky považuje všeobecne prijímaný pojem Lazarusa a Cohena - *coping*. Definícií je mnoho, tie novšie považujú coping za úsilie jedinca zvládnuť problémovú situáciu bez ohľadu na úspešnosť alebo neúspešnosť tohto procesu. Pre zvládanie používajú jednotlivci rôzne postupy označované ako copingové stratégie. Ide o vzorce správania, ktoré človek použije na zvládnutie záťažovej situácie (Oravcová, 2007).

Riešenie záťaže prebieha väčšinou v troch fázach:

a. mobilizáciou psychických síl: vytváraním si pohotovosti k činnosti na základe orientácie v nových podmienkach, kedy sa jedinec obvykle dostáva do stavu určitej pripravenosti.

b. riešením záťažovej situácie: ktorá sa uskutočňuje buď pasívnym odolávaním nepriaznivým vplyvom (je vhodné v dobe, keď nie je možné zmeniť okolnosti) alebo aktívnym vyrovnávaním sa.

c. spôsobom vyrovnania sa so záťažou:

- kedy sa **vyriešenie záťaže** prejavuje určitou eufóriou, nasledovanou dočasným poklesom energie a situačným útlmom s následným zotavením, obvykle sprevádzaným pozitívnym zážitkom uspokojenia z vyriešenia záťažovej situácie.

- alebo nastane **situácia zlyhania**, ktorá je sprevádzaná na začiatku silným útlmom, ktorý je vyvolaný zážitkom neúspechu, nasleduje určité psychické zotavenie, v rámci ktorého si niektorí jedinci hľadajú vyrovnávacie mechanizmy, ktoré nepomáhajú. Na to dochádza vo väčšine prípadov k zážitku absolútneho zlyhania, kedy sa oslabuje aj celková odolnosť voči záťaži (Pauknerová a kol., 2012).

Dr. Pančíková sa venuje aj pozitívnym a negatívnym stratégiám



zvládania stresu. Ktoré stratégie vy osobne považujete za najefektívnejšie?

Samozrejme pozitívne. Naše telo je prirodzene obdarené dvomi reakciami na stres. A to útok a únik. V živote ohrozujúcich situáciách sú doposiaľ pre nás veľmi významné. V bežnom živote však nepoužiteľné. Predstavte si situáciu, že sedíte v čakárni u zubára. Pravdepodobne by ste z tade najradšej odišli, čiže ušli. Ale vy nemôžete, lebo si tým nijak nepomôžete. Zub vás neprestane bolieť. Tak namiesto toho je pre vás výhodnejšie využiť niektorú z techník zvládania stresu, ktorá vám čakanie, a teda aj prežívaný stres zmierni.

Keď hovoríme o copingových stratégiách, teda pozitívnych stratégiách zvládania stresu, môžeme ich rozdeliť do troch kategórií. Môžeme voliť stratégiu, že sa stresovým situáciám vyhneme, sem patrí napríklad nácvik asertívneho správania, ďalej sú to stratégie zamerané na riešenie problému. A potom tie verejnosti najznámejšie, a to stratégie na zmiernenie dôsledkov prežívaného stresu. To je presne to, ako si napríklad môžeme pomôcť v čakárni u zubára. Množstvo tipov a odporúčaní nájdete aj na internete. Medzi najznámejšie patrí šport a cvičenie, relaxácia a oddych. Sem spadajú aj masáže, wellness a obľúbené dychové cvičenia. Ďalej preferencia zdravého životného štýlu a stravovania, a pod. Pri týchto

stratégiách je však dôležité vedieť aj to ako ich realizovať, a aj prečo. Internet na to väčšinou neodpovedá. Práve preto sa na to sa snažím na vzdelávaní vždy poukázať. Vezmite si už len taký šport. Ak má v práci niekto ťažký deň, potom ide bezhľadovo do fitness centra, odmaká tam dve hodiny, pravdepodobne príde domov úplne vyčerpaný a unavený. A tri dni bude mať svalovicu. A tri dni rozprávať, že na čo tam šiel, keď ho všetko bolí. Pozitívnych prínosov to bude mať menej, ak vôbec nejaké. Každý by mal cvičiť primerane. Niekedy stačí začať chôdzou, záťaž pomaly a primerane zvyšovať. V tomto prípade je dôležitá aj pravidelnosť. Je dobré, ak si nájdete aj spoločnosť. Tá vás bude nie len motivovať, ale celkovo cvičenie aj príjemné. Ľuďom, ktorí cvičia, sa posilňuje srdce. Následne, keď sú v strese, ich srdce sa menej ničí. A ľudia, ktorí cvičia, lepšie spia. A neho- voriac o tom, že šport má aj mnoho iných benefitov. Vlastne všetko so všetkým súvisí, preto medzi tipmi často nachádzate práve zdravý životný štýl. A to je len malá ukážka z toho, prečo šport pri strese pomáha. Povedať ľuďom športujte, nestačí.

Vzdelávanie vždy vediem v kontexte, ako si človek môže pomôcť sám. Ale účastníkov oboznámim aj s inými možnosťami zvládania stresu, ako Biofeedback, Jacobsonova progresívna relaxácia, Schultzov autogénny



tréning a Bensonova relaxácia, ale na to sú už iní odborníci.

NIEKOĽKO TIPOV, AKO SI PORADIŤ S PROBLÉMAMI

Reagovať primerane v záťažovej situácii (umenie zvládnuť záťaž), sa môže jednotlivec do istej miery naučiť. K lepšiemu zvládaniu mu poslúžia určite aj teoretické vedomosti, ale predovšetkým úprava vlastného režimu života (Oravcová, 2007). Pre inšpiráciu, čo sa pod takou úpravou myslí, ponúkame dvadsať spôsobov ako si poradiť s problémami podľa popredného českého psychiatra a psychoterapeuta prof. MUDr. J. Praška, CSc. (2003), ktoré môžete okamžite vyskúšať:

1. **Rieš problém ihneď.** Vyhneš sa tak hromadeniu negatívnych emócií a stresujúcim automatickým myšlienkam.
2. **Opri sa o dôverný a pevný vzťah.** Pokiaľ je tvoj najbližší vzťah ovplyvnený problémami či neistotou, snaž sa ho zlepšiť.
3. **Použi humor.** Vytvoríš si tým odstup, ktorý ti môže pomôcť proti úzkosti a stresu.
4. **Dodaj svojmu životu šťavu.** Pokiaľ považuješ svoj život za všedný, plánuj si víkendy, cestuj, vzdelávaj sa, ...

5. **Urči si priority.** Keď cítiš časový tlak a nestíhaš, rozhodni sa, čo je naozaj dôležité.

6. **Využi skúsenosti z minulosti.** Bol si už v podobnej situácii? Čo si urobil? Ak to pomohlo vyriešiť situáciu, urob to opäť. Ak nie, vyskúšaj nový prístup.

7. **Cvič.** Pre telo je celodenná nečinnosť stresujúca. Pohyb pomôže pri prekonávaní depresie a načerpať novú energiu.

8. **Dožič si dostatok odpočinku.** Spánok je potrebný na obnovu energie. Namiesto ponocovania radšej vstaňte skôr, zacvičte si a dajte si vlažnú sprchu.

9. **Nesnaž sa za každú cenu splniť všetky požiadavky.** Pokiaľ cítiš, že ľudia od teba veľa očakávajú, pripomeň im, že aj ty si iba človek. Pokiaľ naliehajú, nauč sa pokojne s nimi dohodnúť alebo jasne povedať „NIE“.

10. **Prijmi to, čo nemôžeš ovplyvniť.** Niektoré situácie nedokážeš kontrolovať ani zmeniť. Prijmi to ako fakt.

11. **Odolaj prejedaniu sa, opíjaniu a fajčeniu.** Skús jesť do stavu polosýtosti. Jedz zdravo, pestrú stravu a v pravidelných intervaloch. Alkohol pi príležitostne a len malé množstvo. Ak piješ, aby si uvoľnil napätie, okamžite s tým prestaň. Fajčenie neupokojuje, naopak zvyšuje napätie. Skús ho obmedziť alebo úplne prestať.



12. **Obmedz kofeín.** Kofeín je stimulátor, ktorý často súvisí s rozvojom psychického a telesného napätia a úzkosti. Pi preto radšej vodu, ovocné čaje, bezkofeínovú kávu alebo minerálku.

13. **Pravidelne relaxuj.** Vyhrad' si určitý denný čas pre seba.

14. **Dopraj aspoň jednu príjemnú aktivitu.** Mysli na seba a poteš sa niečím príjemným, či už prechádzkou, telefonátom s priateľmi, knihou, hudbou či milovaním sa.

15. **Vytvor si „oporné systémy“.** Zaujmy a koníčky pomôžu, keď budeš mať v živote problémy, s ktorými si nebudeš vedieť dať rady.

16. **Nepokúšaj sa stať nadčlovekom.** Chceš mať úspech vo všetkom a všetko urobiť? Nikto nie je nadčlovekom. Namiesto toho skús úspech v rozumných medziach, v rozumných veciach.

17. **Vži sa do druhých.** Predstav si, že by niekto z tvojich priateľov mal rovnaký problém. Čo by si mu poradil? Mohla by tá rada pomôcť aj tebe?

18. **Exponuj a experimentuj.** Jedným z hlavných faktorov, ktoré udržiujú stres je vyhýbanie sa problému. Krátkodobo to síce môže uľaviť, z dlhodobého hľadiska to situáciu iba zhoršuje. Rieš problémy, vystav sa im, hľadaj rôzne spôsoby.

19. **Nepříjemné veci rob ako prvé.** Pokiaľ si tú najnepríjemnejšiu vec odložíš, tá bude stále v tvojej mysli a ty budeš tým pádom v strese.

20. **Zaujmi relaxovaný postoj.** Ľudia vnímajú druhých podľa toho, ako vyzerajú. Nájdi si spôsob, ako pôsobiť uvoľnene (hovor pomalšie, neseď na kraji stoličky, uvoľni ramená, neobhrýzaj si nechty, nehraj sa s ceruzkou). Pomôže ti, pokiaľ si budeš uvedomovať, že aspoň navonok vyzeráš pokojne.

Ak by ste mali vybrať tú najdôležitejšiu informáciu, ktorú má človek o strese vedieť, aká by to bola?

Vybrať len jednu je ťažké. Ale manažmentu a riadiacim pracovníkom by som rada pripomenula, že ich ľudia potrebujú rovnováhu vo svojich životoch, a ak budú v práci príliš stresovaní a pod tlakom, môže to ovplyvniť aj ich súkromný život. A zasa problémy v súkromnom živote dokážu negatívne ovplyvniť ich prácu. Je to taký kolobeh, nemôžeme sa spoliehať na to, že sa kolegovia doma "zresetujú", prídu do práce spokojní a ich výkon bude 100 %. Nevládnutý a dlhodobý stres môže mať ďalšie a vážnejšie následky nielen na život našich kolegov, ale nepriaznivo ovplyvňuje pohodu na pracovisku a hlavne pracovný výkon.

Vo všeobecnosti je prežívanie stresu veľmi individuálne, na každého platí niečo iné a každého stresuje niečo iné. Preto nikomu nehovorte v snahe pomôcť: Nestresuj sa! Vôbec to nepomáha. Radšej mu povedzte to, ako si môže v takýchto situáciách pomôcť.

Posledná myšlienka, ktorá mi prišla na um a s ktorou by som sa s vami rada podelila je, že efektívne zvládanie stresu prispieva k zvýšeniu kvality nášho života, a preto by malo byť v našom záujme sa tejto problematike venovať.

ZÁVER

V článku sme sa zaoberali prežívaním stresu, spoznali sme jeho fázy a typy. Predstavili sme tri najzávažnejšie psychické reakcie na závažné stresové situácie, a to akútnu reakciu na stres, posttraumatickú stresovú poruchu a poruchu prispôsobenia. Oboznámili sme sa so životnými krízami a v rámci krízovej intervencie sme uviedli príklady viacerých slovenských pracovísk poskytujúcich túto formu pomoci. Pri zvládání záťažových situácií sme popísali fázy, v ktorých riešenie týchto situácií prebieha. Na záver sme uviedli dvadsať konkrétnych spôsobov ako si človek okamžite môže poradiť s problémami, ktoré úzko súvisia so stresom. Článok poukázal aj vďaka odborníčke z praxe na to, že napriek tomu, že prežívanie stresu je dnes každodennou súčasťou našich životov, stavíme sa k tejto problematike celkovo ako spoločnosť stále laxne. Považujeme preto za dôležité sa tejto téme naďalej venovať a prinášať či už nové informácie,

alebo pripomínať tie, ktoré sú známe, funkčné a prakticky využiteľné.

ABSTRACT

This article will deal with the issue of stress, responses to severe stress and crisis situations and opportunities to manage these situations. In the first part we define the concept of stress, describe its phases and types. Afterwards, we will present responses to severe stress and adjustment disorders defined by ICD-10. We will also describe the periods known as life crises and we will add them to the possibilities of psychological crisis intervention.

In the second part we will focus on handling the stressful situation. We will describe the phases in which the stressful situations are being solved and introduce specific ways how one can immediately deal with the problems.

Key words: stress, responses to severe stress, life crises, crisis intervention, problem solving.

ZOZNAMBIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV:

- Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. (2015). Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada.

- Heretik, A., Heretik, A. jr. a kol. (2007). Klinická psychológia. Nové Zámky: Psychoprof. Oravcová, J. (2007). Kapitoly zo sociálnej psychológie. Žilina: Edis.
- Pauknerová, D. a kol. (2012). Psychologie pro ekonomy a manažery. Praha: Grada.
- Praško, J. (2003). Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti. Praha: Grada.
- Selye, H. (1956). Život a stres. Martin: Obzor.
- Šrobárová, S. (2016). Krízová intervencia v multidisciplinárnom ponímaní v riešení vybraných akútnych sociálnych problémov. Ružomberok: Verbum.
- Špatenková, N. a kol. (2004). Krízová intervence pro praxi. Praha: Grada.

Internetové zdroje:

- Národné centrum zdravotníckych informácií. Medzinárodná klasifikácia chorôb - MKCH. Dostupné na: <http://www.nczisk.sk/standardy-v-zdravotnictve/pages/medzinarodna-klasifikacia-chorob-mkch-10.aspx>
- Organizácie poskytujúce pomoc obetiam domáceho násillia. Dostupné na: https://www.upsvr.gov.sk/buxus/docs/urady/VK/oznamy_2015/kontakty_na_subjetky_poskytujuce_pomoc_obetiam_domaceho_nasilia_a_tyrania.pdf
- Zoznam akreditovaných subjektov - Krízové strediská. Dostupné na: [\[vanych-subjektov-krizove-strediska.pdf\]\(#\)](https://www.mpsvr.sk/files/ministerstvo/akreditacie/zoznam-akredito-

</div>
<div data-bbox=)

Internetové stránky:

- IPčko.sk. Dostupné na <http://www.ipcko.sk/>
- Liga za duševné zdravie. Dostupné na <https://www.dusevnezdravie.sk/linky-pomoci/>
- Linky detskej istoty. Dostupné na <http://www.ldi.sk/>
- Linky detskej dôvery. Dostupné na <https://linkadeti.sk/domov>
- Modrý anjel. Dostupné na: <http://www.modryanjel.sk/>
- ADRA Slovensko. Dostupné na: <https://www.adra.sk/pomoc-obetiam-nasilia-kit/>
- OZ Dom svetla Slovensko. Dostupné na: <http://hivaid.sk/potrebujem-poradit/>
- OZ Integra. Dostupné na: <https://www.integra.fost.sk/kontakt.html>
- Q-centrum. Dostupné na: <https://qcentrum.sk/o-nas/>

AUTOR:

Mgr. Michaela PTÁKOVÁ, Median Kliniken Daun - Thommener Höhe, Daun, Germany
e-mail: michaela.ptakova@gmail.com

ODBORNÍK Z PRAXE:

Mgr. Viktória PANČÍKOVÁ, PhD., ProSchool, s.r.o., www.proschool.sk



PREDSTAVUJEME VÁM

Don't panic! The new app helps by depression or anxiety

Nepanikař! Nová aplikace pomáhá při depresi či úzkostech

Veronika Kamenská & Michaela Ptáková

ABSTRAKT

Tři studenti Vysokého učení technického v Brně vytvořili první českou mobilní aplikaci, která uživatelům zdarma poskytne rychlou psychologickou pomoc, když ji potřebují. Kromě toho, že obsahuje různé pomocné techniky, jako jsou dechová cvičení nebo meditace, aplikace pomáhá už jen svou existencí – samo vědomí, že pomoc máte na dosah ruky u sebe v mobilu, totiž může být rozhodující. Aplikace je k dispozici zdarma uživatelům na Google play i v App store a v současné době si ji stáhlo už přes 18 000 uživatelů.

S nápadem na vytvoření této aplikace přišla V. Kamenská, která v příspěvku sdílí informace, jako table aplikace vznikala, komu je určená, jaké obsahuje moduly a jaké plány s ní má v budoucnu.

Klíčové slová: mobilní aplikace, prevence, duševní onemocnění, první pomoc.

PROČ APLIKACE VZNIKLA

Před dvěma lety u mě samotné propuklo duševní onemocnění a hledala jsem aplikaci, která by mi mohla pomoci. Bohužel v dané době existovaly aplikace jen v anglickém jazyce, a navíc byly velmi jednostranně zaměřené – např. jen na depresi nebo panickou ataku. Když jsem po dvou letech založila na Instagramu projekt „Mlčení není řešení“, kde jsem informovala o duševních onemocněních a radila jsem z pozice člověka, který si duševním onemocněním prošel, zjistila jsem, že se situace ani po dvou letech nezměnila a žádná aplikace v českém jazyce není, chtěla jsem to změnit. Nápad vytvořit podobnou aplikaci byl v mé hlavě už delší dobu, ale impulzem pro vytvoření byla soutěž Angelini university award na téma duševního zdraví.

KDO ZA APLIKACÍ STOJÍ

Sama bych tuto aplikaci vytvořit nedokázala, ale naštěstí mám kamarády aťáky, Tomáše Chlubnu a Aleše Řezáče, kteří se rozhodli do toho se mnou jít a pomoci nabídnout lidem rychlou psychologickou pomoc zdarma. Já v současné chvíli studuji na VUT biomedicínu, Aleš s Tomem studují na fakultě informačních technologií a všichni tři se známe ze studií na břeclav-

ském gymnáziu. Kromě nás se ale na aplikaci podílelo mnoho dalších lidí, kteří pomáhali s testováním aplikace – jednak to byli lidé s duševním onemocněním, ale i psychologové a psychiatři. Aplikace byla v průběhu vývoje aktualizována a postupně jsme doplňovali některé funkce. Chystají se další aktualizace a překlady do několika světových jazyků.

KOMU JE URČENA?

Aplikace je určena všem, kteří se potýkají s duševními obtížemi. Může také pomoci i při zvládání stavů trémy třeba před vystoupením či prezentací ve škole. Vzhledem k menší dostupnosti odborné pomoci pro děti a dospívající jsme cílili spíše na ně, ale obecně se dá říct, že ji může využívat každý, kdo má u sebe chytrý telefon.

S ČÍM MŮŽE POMOCI

Aplikace má pět základních modulů: Deprese, Úzkost/panika, Sebepoškozování, Myšlenky na sebevraždu a Kontakty na odbornou pomoc. Snažíme se, aby uživatele stabilizovala v akutních situacích a aby poté uživatel mohl vyhledat odbornou dlouhodobější pomoc. Pokud má uživatel pocit, že aplikace mu v daný okamžik už nedokáže pomoci, obsahuje i kontakty na lin-



ky důvěry, krizová centra nebo chat poradny. Každý modul obsahuje tipy, které mu mohou pomoci. Právě tyto tipy jsme získávali od lidí, kteří trpí duševním onemocněním, a doplnily jsme je o rady odborníků, aby si zde každý uživatel aplikace mohl najít to, co mu nejvíce vyhovuje. Během vývoje jsme aplikaci konzultovali s odborníky, abychom měli jistotu, že aplikace nikomu neublíží, ale naopak pomůže. Spolupracovali jsme s psychologkami z Břeclavi, Brna a Zlína, dále s psychiatrickou z fakultní nemocnice v Brně a v neposlední řadě i s pacienty s duševním onemocněním, kteří nám pomáhali aplikaci testovat.

PĚT ZÁKLADNÍCH MODULŮ:

1. DEPRESE

Modul Deprese zahrnuje funkci Co mi může pomoci, která nabízí tipy, co dělat při obtížích (např. cvičení, meditace, poslech hudby, pozorování videí, kreslení nebo řízená relaxace). Další funkcí je Plánování aktivit, které motivuje uživatele k vytvoření plánu toho, co by chtěl v nejbližší době dokázat (zvládnutou aktivitu si může označit jako splněnou nebo ji kdykoliv změnit, popř. smazat). A poslední částí modulu je funkce Co mě potěšilo, kte-

rá vede k hledání pozitiv prožitého dne.

2. ÚZKOST/PANIKA

Modul Úzkost/panika má za úkol pomoci uživateli rychle překonat pocity úzkosti nebo panické ataky. Obsahuje Dechová cvičení, která jsou navržena tak, aby vedla k rychlému zklidnění. Uživatel při nich dostává instrukce doprovázené grafickým postupem, se kterým se může synchronizovat. Na výběr jsou dva druhy cvičení – první je zaměřený na hluboké dýchání, při kterém se střídá pouze nádech a výdech, druhý je zaměřený na tzv. krabicové dýchání, tedy plný nádech, zádrž dechu, plný výdech, a opět zádrž dechu. Další funkcí modulu je Počítání, ve kterém uživatel počítá jednoduché matematické rovnice. Soustředí se díky tomu na jinou činnost, zaměstná tím svůj mozek, přestane se věnovat fyziologickým reakcím svého těla, a díky tomu pak dojde ke zklidnění. Příklady jsou náhodně generovány a obsahují jednoduché sčítání, odčítání a násobení čísel 0 až 9. Součástí matematických výpočtů je i kontrola správnosti výsledků. Poslední částí je sada doporučení Co dělat při úzkosti, která uživateli nabízí rychlou inspiraci, co v případě akutního problému udělat (např. dýchat podle aplikace,



počítat od 100 do 0, podívat se na oblíbený film apod.).

3. CHCI SI UBLÍŽIT

Modul Chci si ublížit se snaží odvést uživatelovu pozornost jiným směrem. Nabízí opět dvě Dechová cvičení a v části Co mi může pomoci jsou k dispozici osvědčené rady, kterými se může uživatel inspirovat (vzít kostku ledu nebo červenou fixu a přejíždět po kůži v místě, kde si chtěl ublížit, přenést své emoce do dopisu a ten potom zničit, křičet, cvičit nebo se snažit tlumit energii malováním, řízenou relaxací apod.).

4. MYŠLENKY NA SEBEVRAŽDU

V tomto modulu jsou k dispozici činnosti, které by mohly myšlenkám na sebevraždu pomoci předejít, nebo alespoň přesvědčit uživatele o hodnotě jeho života. Jedná se o Záchranný plán, který si uživatel sám nebo s podporou svých nejbližších vytvoří ve chvíli, kdy myslí racionálně, aby v případě krize měl k dispozici oporu. Uživatel definuje, komu napíše, co napíše, co udělá nebo kam půjde v případě krize, a vytvoří si tím bezpečné alternativy ve svém životě. V této části také může uvést seznam lidí, kterým na něm záleží a kterým by svým chováním mohl ublížit. V další části Důvody, proč ne je obsažen seznam věcí, aktivit a lidí,

kterých si uživatel váží natolik, že by kvůli nim sebevraždu páchat neměl. V seznamu jsou již předvyplněné položky, kterých se uživatel může držet, popřípadě se jimi inspirovat a dále sám připsat další body, které jsou pro něj podstatné. I v tomto modulu najde uživatel dvě Dechová cvičení.

5. KONTAKTY NA POMOC

V posledním modulu najde uživatel telefonní čísla s možností přímého telefonování na záchrannou službu, tísňové volání, linku bezpečí a dále kontakty na krizová centra po celé ČR. Pro případ, že by uživatel raději upřednostnil kontakt bez mluvení, může si v aplikaci otevřít seznam internetových stránek na chat krizových center.

CO PLÁNUJETE DO BUDOUCNA?

V nejbližší době plánujeme rozšíření aplikace o minihru k odvedení pozornosti při úzkostech, u depresivních stavů možnost si průběžně zaznamenávat náladu, aby například odborník při úpravě léků se mohl přesvědčit, že vše funguje, jak má. A během léta bychom rádi aplikaci přeložili do angličtiny, aby k ní měli přístup i lidé ze zahraničí.

Z RECENZÍ APLIKACE

„Děkuji za tuhle úžasnou aplikaci, velmi mi pomáhá se vypořádat se s mnoha překážkami v mém životě. Při jakékoliv panice či záchvatu úzkosti na ulici stačí vytáhnout mobil, posadit se na lavičku a otevřít aplikaci. Konečně něco, co nám lidem pomůže. Děkuje!“

„Děkuji za aplikaci, může mi být užitečná v těžké chvíli, kdy jsem sám a bezradný se svou depresí a úzkostí a nevím kudy kam.“

„Doporučuji klientům a ti si ji velmi chválí – tipy pro rozptýlení u úzkostných atak jsou užitečné, zatím žádné výhrady. :) Díky za to!“

ZÁVER

V roce 2019 byla vytvořena první česká mobilní aplikace „Nepanikař!“. Účelem aplikace je poskytnutí rychlé psychologické pomoci. Má pět základních modulů: Deprese, Úzkost/panika, Sebepoškozování, Myšlenky na sebevraždu a Kontakty na odbornou pomoc. Každý modul obsahuje tipy, které mohou člověku v nouzi pomoci. Na vývoji aplikace se podíleli tři studenti Vysokého učení technického v Brně a byla konzultována s odborníky z praxe, konkrétně s psychologkami z Břeclavi, Brna a Zlína, dále s psychiatrickou z fakultní nemocnice v Brně a s pacienty s duševním onemocněním.

ABSTRACT

Three students of Brno University of Technology created the first czech mobile application that will provide users with fast psychological help for free when they need it. Aside from the fact, that it contains various helpful techniques such as breathing exercises or meditation, the app only helps by its existence – knowing that help is on your mobile phone, can be decisive. The app is available for free to users on Google Play and the App store and is currently downloaded by over 8,000 users.

The idea to create this application came from V. Kamenská, who shared with us information, as this application was created, to whom it is intended, what modules it contains and what plans she has with this application for the future.

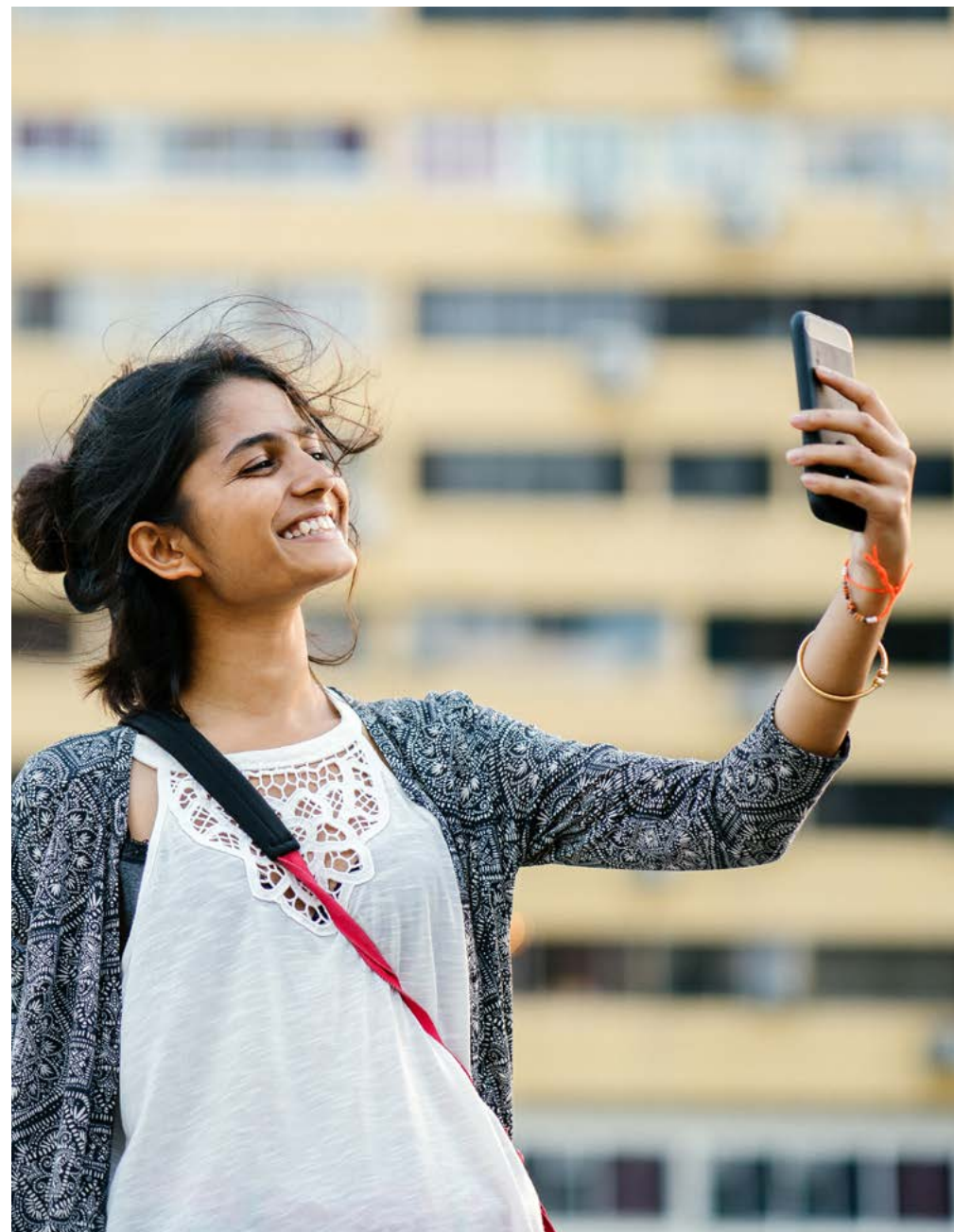
Key words: mobile application, prevention, mental disorders, first aid

AUTORI:

Veronika KAMENSKÁ,
studentka biomedicíny na
VUT v Brně

Michaela PTÁKOVÁ, psychologička,
MEDIAN Kliniken

Daun – Thommener Höhe, Daun



zdroj: pexels.com



INTERVIEW

Marina BLUVSHTEIN, PhD. LP

1.) YOU ARE AND ADLERIAN PRACTITIONER AND THEORETICIAN. IS THERE ANY SPECIFIC CONCEPT THAT LED YOU TO INDIVIDUAL PSYCHOLOGY?

The Law of Movement is what always (in my earlier Adlerian days and to this day) fascinates me - an idea of inferiority feelings being normal and necessary, an assertion that feeling inferior, not good enough, is what promotes us to self-improvement and to growth, and a deep belief that we can creatively overcome everything that may stand on our way of improving ourselves and our communities. I find these ideas not only true to every step of my personal movement and the movement of others that I can observe, but also very hopeful, very optimistic, very future-oriented. To me,

the Law of Movement, and the rest of the Adlerian psychology, breathes what in Slovak language you call *na-deje* - the best recipe for survival of humankind.

2.) IN YOUR OPINION, WHAT METHODS OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY MAY BE THE MOST USEFUL IN THERAPY AND WHY?

I do believe in power of human creativity, and two major expressions of creativity in practicing of Adlerian psychology - Early Recollections and Metaphors. In fact, metaphors are also at the core of Early Recollections. Our everyday language is full of metaphors. Metaphors help us to make sense of reality that may seem senseless. One's mastery of metaphors and willingness to engage in



metaphorical exploration of reality signals that person's health and flexibility as an essential ingredient of mental health. Adlerian interventions are very non-linear, like our life. Metaphors are the best match to the complexities of our very non-linear life.

3.) YOU WROTE ARTICLES CONCERNING EARLY RECOLLECTION ANALYSIS. WHAT DO YOU CONSIDER BEING THE MOST DIFFICULT THING WHEN ANALYSING EARLY RECOLLECTIONS?

The biggest mistake Adlerian psychotherapists make while working on Early Recollections is treating ERs as historical events and from these, drawing conclusions about clients' childhood. The most important, and for some apparently the most difficult, task is to see ER as a story - not a history. Another challenge is underestimation of our own Lifestyle through which we see client's ERs.

4.) IN YOUR OPINION, IS THERE ANY SPECIFIC AREA IN WHICH PRINCIPLES OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY ARE ESPECIALLY USEFUL?

Good question! I should say that there are no areas in which principles

of Individual Psychology are not useful, because this is not about the areas of applicability, or types of professions, or kinds of maladies - it is not about "there" or "them", it is about "here" and "us". As Individual Psychologists, as Adlerians, we carry Adlerian philosophy with us everywhere we go, professionally and in everyday life.

5.) IN YOUR OPINION, HOW CAN WE RECOGNIZE A CAPABLE PSYCHOLOGIST?

I would encourage us to see capability as a dimension, not a category. So, to me there are no psychologists that are capable or incapable. All psychologists are innately able (a core of a word "capable", "able to hold") - the question is whether they are encouraged or discouraged to use their abilities, whether they feel being or not being a part of a community of peers that would help them to "hold", to carry life. In professional assessment, I would look at how much a psychologist uses courage in developing their capabilities, in risking imperfections, in becoming better by bettering others. This, to me, is a key question that I always discuss with my students (I teach at Adler University in Chicago) and supervisees (my practice in Minnesota), and in all the other places where Adlerian mission takes me.



INTERVIEW

Arthur J. CLARK Ed. D.

1.) YOU ARE A HOUSEHOLD NAME FOR YOUR WORK CONCERNING EARLY MEMORIES. WE WOULD LIKE TO KNOW, WHAT HAVE LED YOU INTO FOCUSING ON THIS TOPIC.

For most of my professional life as a counselor and psychologist I have used early recollections in therapeutic practice. By chance, I was introduced to the projective technique of Alfred Adler in a graduate class in the 1970's. The instructor asked each student to share a first memory with another student. When I related my early recollection, I was struck by how much it seemed to capture my outlook on life. In the remembrance, I had been given money by my relatives on the occasion of my First Communion. As a 6 year-old,

I lost the money while playing outside with my younger brother. I felt emotionally shaken and stunned by the loss of the bills and coins that were no longer in my pockets.

In my life, I frequently worried losing or not having enough money. I did not enjoy activities that I thought cost too much or I would simply do without things. With an insight from my first memory and the help of people that I loved, I began to make changes about my views towards money and the anxiety that it provoked. I realized that I could find joy and satisfaction in activities without having to calculate their fiscal costs. In many ways, my life (and the lives of people around me) improved for the better, as did my sense of well-being.

Although we did not discuss the meaning of the early recollections in



the counseling class beyond sharing them with other students, I immediately determined that I had to find out more about the projective technique. Upon graduation, I accepted a position as a school psychologist in working with challenging adolescents with learning and behavioral issues. I quickly found that early recollections to be essential for relating to and more deeply knowing the students.

Even though I have interpreted thousands of early recollections in public and therapeutic venues over the years, I continue to look forward to listening to each remembrance. An early recollection is always unique and reveals a depth of understanding of an individual's way of being. I have also found that analyzing each new memory offers an opportunity to further develop my assessment skills with the projective technique. This makes me a continuing student of early recollections and provides a freshness of every first memory that I hear.

2.) ANALYSIS OF EARLY RECOLLECTIONS IS A FREQUENTLY USED METHOD IN THE INDIVIDUAL THERAPY AND IT MAY REQUIRE CERTAIN LEVEL OF TRUST BETWEEN THE PSYCHOLOGIST AND

THE CLIENT TO FULLY OPEN ABOUT IT. IS THERE ANY SPECIFIC TIME IN THE THERAPEUTIC PROCESS, WHEN IT IS MOST SUITABLE FOR THE CLIENT TO TALK ABOUT HIS/HER EARLY MEMORIES?

The brief process of eliciting early recollections from a client engenders trust and rapport. Most individuals experience a practitioner's request to relate a first memory as relevant to the counseling process and relatively non-threatening. Because early recollections involve a person's outlook on life, they are familiar and sensible to the individual. In the rare instances that a client refuses or is reluctant to comply with a request to disclose an early memory, it is best to defer the assessment to a subsequent counseling session.

Relating to the question of when it is most suitable for the client to talk about his/her early memory, I do not ask the individual to discuss the remembrance at any point. Instead, I use insights from the recollection to empathically understand the client and to inform the therapeutic process. In a contrasting way, a number of theorists and practitioners have found it to be useful to discuss the early recollections of a client and to explore possible



changes in the memories in a more constructive direction. In my experience, however, this pursuit may be confusing to a client and premature. Movement towards change of an outlook on life requires working through the counseling process. Also, immediately after requesting a client to relate an early recollection and then attempting to change the memory occurs before more deeply knowing the individual and before establishing a therapeutic relationship.

3.) DOES IT HAPPEN FREQUENTLY THAT THE CLIENT IS RESISTANT TO OPEN ABOUT HIS EARLY MEMORIES OR HE JUST PROVIDES BRIEF, SHALLOW INFORMATION CONCERNING EARLY MEMORIES?

Unlike most other self-report measures, a client lacks an awareness of the therapeutic purpose of an early recollection, and it is unlikely that the individual is in a position to distort the rendering or provide a superficial response. Because most recollections depict everyday events, generally they are not threatening to a person. Asking a client to provide a cued or directed memory, such as a first memory

of school or of a family member, however, may lead to distortion because the recollection does not allow for an open-ended and spontaneous response.

4.) WHAT DO YOU CONSIDER BEING THE MOST DIFFICULT PART IN THE ANALYSIS OF EARLY RECOLLECTION?

The most difficult part of an analysis of an early recollection is to identify the core theme of the memory. Each remembrance has an essential point or message. For some memories the theme is somewhat apparent; for others it is more difficult to detect. Asking a client two follow-up questions is most helpful in identifying the core theme or the lesson learned of the remembrance. Once a client has fully stated the memory, ask: "What part of the memory do you remember most?" After the individual responds, state: "How are you feeling at that point?" or "What feelings do you remember having then?" In my dawn of memories approach with early recollections, an understanding of the theme of a memory is essential for subsequently analyzing personality dimensions and perceptual modalities.



5.) HAVE YOU EVER MET A PERSON/CLIENT THAT YOU WILL ALWAYS REMEMBER? IF SO, WHY?

I particularly remember Crystal for what she taught me about early recollections, empathy, and the human potential. Crystal was a 15-year-old student in a special program for adolescents with a history of learning and behavioral issues. In my first counseling session with Crystal, I asked her to recount an early recollection. She responded: "I was with my mother standing at a check-out in a grocery store, and I saw candy that I wanted. I made a big fuss, but my mother would not buy me the candy. I shoved a candy bar into my pocket and we left the store. When we got outside, my mother saw the candy. She didn't say anything and smiled a little. The most important part of the memory for Crystal was: "Seeing my mother smile." At that point, she felt, "Happy and excited." The core theme of Crystal's early recollection suggests that she is able to find excitement and get what she wants through misbehavior with a minimal degree of accountability. Over the course of counseling with Crystal, I would often bring this "prime early recollection" to my mind and allow it to resonate within me. This enabled me to empathize with Crystal relating to the degree

of difficulty and resistance that she confronted with prospects for change. After all, letting go of a life of excitement in order to submit to one of responsibility and limits is a hard sell. Together, however, Crystal and I worked together towards the possibility that life can be fulfilling and provide times of excitement even when accepting inherent limits and obligations.



RECENZIA / REVIEW

Peter Kusý: Interpersonálna teória hudby. Teoretické východiská, výskumné rezultáty a možnosti aplikácie.

TRNAVA: TYPI UNIVERSITATIS TYRNAVIENSIS. 2018. 80 S.
ISBN: 978-80-568-0128-4

Recenzovaná publikácia slovenského autora Petra Kusého nesie názov *Interpersonálna teória hudby/teoretické východiská, výskumné rezultáty a možnosti aplikácie*. Publikácia je venovaná nebohému českému prof. MUDr. Ferdinandovi Knoblochovi Csc. (F. R. C. P.), ktorému patrí autorova veľká vďaka a obdiv za to, ako sa venoval počas jeho života danej problematike.

Po venovaní a poďakovaní nachádzame stručný úvod, v ktorom máme možnosť sa oboznámiť s otázkami, ktorým sa autor venoval: „čo nás v hudbe (ne)prilahuje? Čím

je hudba taká expresívna, že sa dotýka priamo nášho vnútra? Čoho sme schopní kvôli hudbe, resp. k čomu nás dokáže „vyprovokovať“? (str.10) Napriek tomu, že interpersonálna teória hudby nemá presnú definíciu, môžeme na základe položených otázok tušiť, aký interpersonálny – medziľudský a teda i sociálny význam má v živote človeka hudba. Autor na konci úvodu uvádza svoj pohľad na deficit rozpracovania tejto témy, s čím sa plno stotožňujeme. Považujeme za potrebné pokračovať v rozširovaní knoblochovskej interpersonálnej teórie hudby.



Prvá kapitola je z nášho pohľadu najviac teoretickou spomedzi všetkých neskôr nasledujúcich. Zaoberá sa interpersonálnou teóriou osobnosti ako východiskovou bázou. Táto časť publikácie je zameraná i na jej krátku históriu vzniku, kde oceňujeme autorov prehľad najmä v oblasti psychológie a jej príbuzných disciplín. Autor uvádza názory, či koncepcie viacerých, i zahraničných autorov, pričom využíva rôzne publikácie, čo si môžeme všimnúť i na záver v zozname bibliografických odkazov. V rámci prvej kapitoly sa autor v jednej z podkapitol venuje i štruktúre osobnosti a interpersonálnemu správaniu, kde približuje, ako sa historicky zmenilo vnímanie modelu ľudskej bytosti od samostatného jednotlivca až po nevyhnutnú potrebu využívania interpersonálnych vzťahov. Z pomedzi rôznych modelov uvádza autor napr. model Horneyovej, ktorá pomenúva tri základné kategórie vzťahov: „*pohyb k ľuďom, od ľudí a proti ľuďom*“ (str. 13). Autor vo svojej publikácii spomína v súvislosti s prvým použitím termínu „interpersonálne správanie“ významného amerického psychiatra Sullivana, ktorý sa zaoberal väzbami a vzťahmi ľudí navzájom. V uvedenej podkapitole nachádzame i to, že Sullivan vníma za konečný cieľ interpersonálnych vzťahov najmä snahu dosiahnuť uspokojenie a bezpečie (str. 15). Kožený a Ga-

nický (1976) zas interpersonálne stratégie vnímajú v zmysle pokusu vyhnúť sa úzkosti, či zachovať optimálny stav sebaúcty. V recenzovanej publikácii máme možnosť nájsť i šesťnásť konkrétnych interpersonálnych dimenzií osobnosti, ktoré diferencujú správanie sa človeka (napr. dominantnosť, agresivnosť, kritickosť, podozrievavosť, skromnosť, zodpovednosť a pod.). Ďalšia podkapitola má názov: „interpersonálne správanie ako obraz individuálnej psychodynamiky v skupine“ (str. 19-22). V nej je spomenuté, že okrem faktorov z vonkajšieho prostredia, ktoré ovplyvňujú ľudské správanie, existujú i také, ktoré pramenia z vnútorného prežívania jednotlivca. V tejto podkapitole sa uvádza i to, že na medziludské vzťahy sa môžeme pozeráť ako na proces neustáleho ovplyvňovania, s čím sa zhodujú i rôzni iní odborníci. Posledná podkapitola prvej kapitoly sa zameriava na intrapersonálnu dynamiku a interpersonálne správanie, pričom sa upozorňuje na to, ako sa tieto dve roviny intra a interpersonálneho navzájom prelínajú. Autor vo svojej publikácii schematicky znázorňuje, ako sa spomínané roviny prelínajú, pričom upozorňuje na to, že daná schéma je výstižná, pokiaľ ju aplikujeme napr. pri skúmaní vzťahu človeka k hudbe.

Nasledujúca, druhá kapitola sa zaoberá osobnosťou percipienta – pri-

jímateľa hudby v interpersonálnych súvislostiach. Na začiatku tejto kapitoly autor uvádza a definuje niekoľko základných pojmov, ktoré v rámci publikácií použije. Tento krok hodnotíme ako veľmi kladný, nakoľko má menej znály čitateľ možnosť bližšie pochopiť, aké konštrukty sú spomínané. Konkrétnejšie tu môžeme nájsť vysvetlenie pojmov hudobná recepcia, percepcia, apercepcia, hudobné vnímanie, či hudobný percipient. V úvodná časť druhej kapitoly nesie názov „hudobná biografica a osobnosť percipienta“. Tu autor spomína i hudobný vkus percipientov, hudobnú preferenciu, spôsob počúvania hudby a vlastnosti hudby. Čo sa týka hudobnej preferencie dieťaťa a dospelého, autor uvádza, že ich hudobný nesúlad môže súvisieť najmä so slabou vyhranenosťou detského poslucháča. Je dôležité poznamenať, že počas života človeka sa hudobný vkus mení, pretože naň vplývajú rôzne faktory, medzi ktoré radíme napr. i hudobné vzdelanie a hudobnú gramotnosť. Medzi ďalší dôležitý jav v rámci tejto problematiky radíme i hudobnú skúsenosť, ktorá je podľa autora výsledkom tvorby vzťahov človeka ku konkrétnemu prostrediu spojeného s hudbou.

V rámci ďalšej podkapitoly sa autor venuje typológiám poslucháčov a ich rôznym spôsobom počúvania hudby. Autor poukazuje na to, že aktuálne trendy sú prvkom, ktoré vý-

razne ovplyvňujú spôsob prijímania hudby v každodennom živote človeka. Je dôležité si uvedomiť i rôznorodosť poslucháčov pochádzajúcu z preferencií. Niektorí poslucháči uprednostňujú živú hudbu, ktorá je obohatená o spoločenský zážitok, iní uprednostňujú súkromné (domáce) počúvanie hudby, nakoľko je to pre nich omnoho viac osobnejšie a môžu ju tak ovplyvňovať napr. hlasitosťou alebo samotným výberom. V publikácii ďalej môžeme nájsť typológie poslucháčov, ktoré odporúčame k preštudovaniu v prípade, ak chceme pracovať s poslucháčmi hudby alebo napr. ak spracovávame výsledky výskumu, ktorý sa zaoberá percipientami hudby. Ďalšia podkapitola sa venuje hudobnému vkusu, kde autor popisuje, ako poznanie hudby formuje sociálny kapitál mladých ľudí. V rámci tejto časti publikácie nás autor oboznamuje s jeho výskumom a výsledkami, pri ktorom sa zameriaval na otázky vzťahu medzi jednotlivými interpersonálnymi dimenziami osobnosti dieťaťa a preferovanou kategóriou hudobných žánrov.

V poradí tretia kapitola recenzovanej publikácie má názov: „od interpersonálnej hypotézy hudby k interpersonálnej teórii hudby“, kde autor pripomína, aký silný vplyv má hudba na človeka. I Knobloch mnohokrát spomínal práve to, ako efektívne pôsobí na skupinu práca s hudbou.



V jednej z podkapitol sa autor opäť vracia práve ku Knoblochovej interpersonálnej hypotéze hudby, kde sa zamýšľa nad tým, ako nedostatočne je rozpracovaná spomínaná problematika. Ďalej v rámci tretej kapitoly môžeme nájsť časť, kde sa autor venuje verifikácii interpersonálnej hypotézy hudby u detí a dospelých, kde nájdeme popísaný výskum viacerých odborníkov. Výskum prebiehal vo viacerých etapách, pričom v jednej z nich výskumníci pracovali s rôznymi ukážkami hudby, od začiatku baroka až po 20. storočie, ako napr. hudbou od Bacha, Beethovena, Mozarta, Schuberta a pod. (Knobloch et al., 1964, 1968). Výsledky spomínaného výskumu potvrdili, že hudobné ukážky môžu vyvolať rovnaké medziľudské tendencie u rôznych ľudí nezávisle od seba. Okrem výskumov rôznych odborníkov sa v publikáciách stretávame i s výskumom realizovaným práve autorom, ktorý sa pokúsil po prvýkrát na Slovensku o výskum na detskej populácii. Autor realizoval výskum pre nás zaujímavou formou, nakoľko v ňom využil najmä skladby akustické a inštrumentálne – zoznam 60 skladieb, ktoré boli využité sú uvedené v prílohe publikácie (Kusý, 2014). Ďalšia podkapitola sa venuje interdisciplinárnemu presahu, kde autor bližšie uvádza, ktoré vedné oblasti teoreticky, resp. aplikácie presahujú koncept interpersonálnej teórie

hudby. V rámci jednotlivých vedných oblastí autor uvádza, pri čom možno hudbu využiť. Autor uvádza mnoho vedných oblastí, od rôznych psychologických, pedagogických, až po kategóriu umeleckých vied.

Od poslednej kapitoly, už z pohľadu samotného názvu možno predpokladať, že bude viac praktická, nakoľko sa venuje možnostiam aplikácie interpersonálnej teórie hudby. Autor sa pokúša priblížiť možnosti využitia hudobných prostriedkov v rámci praxe v oblasti pedagogickej, muzikoterapeutickej a muzikofiletickej, či komerčnej praxi, do ktorej spadá napr. hudba v obchodnom prostredí a reklame. V rámci tejto praktickejšej časti publikácie môžeme nájsť popis výchovy hudbou a výchovu k hudbe, ktoré spadajú pod hudobnú pedagogiku. Ďalej môžeme v recenzovanej publikácii nájsť informácie o hudobnej mediácii v školskom prostredí. Po hudobnej mediácii sa autor venuje i muzikoterapii a muzikofiletike, psychológii hudby a reklamy. Celkovo poslednú kapitolu možno zhodnotiť ako aplikácie najviac inšpiratívnu, pričom ju odporúčame preštudovať, nakoľko sa v nej dozvedáme mnoho dôležitých informácií najmä o tom, ako hudba vplýva na človeka a ako pôsobí v prostredí, kde je jedinec v kontakte s inými osobami.

Na záver autor stručne zhrnul jednotlivé kapitoly, pričom je k dispo-



zícii i anglický preklad resumé. Z recenzovanej publikácie je jasne cítiť autorovu náklonnosť k myšlienkam a knoblochovským teóriám, nakoľko je menovaný v každej z jednotlivých kapitol, čo značí, že bol nielen odborníkom v danej téme, ale i veľkým vzorom. Autor vytvoril publikáciu, ktorá je z nášho pohľadu akousi stručnou propedeutikou do problematiky interpersonálnej teórie hudby pre tých, ktorí sa doposiaľ s uvedeným termínom či problematikou nestretli.

AUTOR:

Bc. Daniela HOLEČKOVÁ
Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave
e-mail: holeckova.d.8@gmail.com



EFPSA – KROK ZA HRANICE, KROK VPRED
EFPSA – step beyond, step forward

Lubica Paulisová & Anton Grebáč

V mene EFPSA Vám chceme priniesť novinky z európskeho prostredia študentov psychológie, ktoré sa udiali v druhej polovici roka 2018. EFPSA je Európska federácia asociácií študentov psychológie, ktorá organizuje letné školy Train the Trainers, pre vzdelávanie nových lektorov zážitkového vzdelávania, EFPSA Summer School, ktorou sa rozbieha ročný výskumný program, momentálne zaoberajúci sa témou Sexuality, EFPSA Academy, ktorá poskytuje mnohé vzdelávacie aktivity na rôzne témy so zameraním na soft a hard skills, ale aj publikovanie v odbornom časopise Journal of European Psychology Students. Taktiež každoročný EFPSA Congress, Executive Board and Member Representatives Meeting, Board of Management Meeting I, II, a každé 2 roky EFPSA Conference.

Najväčšou novinkou, ktorá sa týka Slovenskej asociácie študentov a absolventov psychológie je rozhodne zmena na pozícii Member Representative, ktorú po abdikácii Antona Grebáča z dôvodu zmeny pozície v štruktúre EFPSA, zaujala Lubica Paulisová. Anton Grebáč bol zvolený za nového člena Marketing Office EFPSA, kde sa bude venovať vizuálnej identite EFPSA. Novou postavou v našej štruktúre je Lenka Kratochvílová, ktorá bola zvolená ako

nová Vice-Member Representative Slovenska. Týmto zmenám sa veľmi tešíme a prajeme im veľa šťastia a správnych rozhodnutí vo vykonávaní ich súčasných pozícií.

Taktiež sa na Slovensku rozrástla rodina EFPSA trénerov o Antona Grebáča, ktorý v auguste absolvoval letnú školu Train the Trainers: Summer School, a momentálne je kandidátom na EFPSA trénera. V súčasnosti sú na Slovensku traja aktívni tréneri: Erika Kajátiová,



Anna Štekrová a Anton Grebáč, ktorí svoje trénerské zručnosti využívajú na školeniach a tréningoch neformálneho vzdelávania.

EFPSA Day sa tentokrát konal súčasne v Ružomberku a v Trnave a to 5. decembra. Študentom Katolíckej univerzity a Univerzity sv. Cyrila Metoda bola ponúknutá možnosť dozvedieť sa viac o EFPSA a jej službách. Na univerzite v Ružomberku prebehol aj video-rozhovor s bývalou MR Evou Phanvanovou. S účastníkmi sme rozoberali témy, ako sa môžu študenti zapojiť do EFPSA a ako sa môžu osobnostne a profesionálne posúvať dopredu.

V októbri sa uskutočnilo pracovné stretnutie Executive Board and Member Representatives Meeting, v Poľských Kowaroch. Na tomto stretnutí spolu pracovalo na rôznych projektoch cez 80 študentov psychológie z celej Európy z čoho vzniklo mnoho podnetov, ktoré budú dotiahnuté na Efpsa Congress v Dánskom Grenaa, ktorý sa uskutoční 7.-14.4.2019, na ktorom sa plánuje zúčastniť 7 študentov zo Slovenska. O situácii na kongrese a novinkách v EFPSA Vás budeme informovať.

AUTORI:

Lubica PAULISOVÁ
Univerzita Cyrila a Metoda
v Trnave,
email: paulisova.lubica@gmail.com
Anton GREBÁČ
Katolícka Univerzita v Ružomberku,
grebac.anton@gmail.com



Pokyny pre prispievateľov

Náš časopis **E-mental: elektronický časopis o mentálnom zdraví** (ISSN 1339-4614), ktorý vychádza elektronicky ako Open Access Journal 2x ročne pod záštitou Slovenskej asociácie študentov a absolventov psychológie - SAŠAP uverejňuje príspevky, ktoré sú schválené redakčnou radou a prechádzajú recenziou v 2 kolách. Priebežne prijímame texty z oblasti mentálneho zdravia, keďže napr. z oblasti školskej, klinickej, poradenskej psychológie, sociálnych a behaviorálnych vied, ktoré sú zaradované do nasledujúcich rubrik:

- Výskumné štúdie
- Teoretické štúdie
- Recenzie, meta-analýzy
- Kazuistiky
- Správy a reflexie z absolvovaných podujatí, informácie o psychologických inštitúciách (zariadeniach, centrách, neziskových organizáciách a podobne) – rubrika Predstavujeme Vám.

Redakcia a si vyhradzuje právo zaslaný príspevok odmietnuť, respektíve navrhnúť jeho úpravu. Pokiaľ bude autor svoj text, ktorý bol uverejnený v našom časopise, publikovať aj inde, musí uviesť náš časopis ako primárny zdroj (v súlade s licenciou CC BY-NC-SA). Časopis je registrovaný pod ISSN 1339-4614 v Národnej agentúre ISSN v Uiverzitnej knižnici v Bratislave a v zahraničných databázach Elektronische Zeitschriftenbibliothek - EZB; Direction of Open Access Journals - DOAJ; Sherpa/Romeo; WorldCat; Index Copernicus International a Bielefeld Academic Search Engine - BASE. Autori nie sú za publikované články honorovaní. Časopis autorom neúčtuje žiadny vložný poplatok za publikované príspevky.

Nie je povolené odstraňovať akékoľvek informácie o autorských právach uvedené v materiáloch, ktoré si vytlačíte alebo ktorých kópie získate. Články časopisu E-mental majú charakter vedeckých a odborných prác a je možné ich využívať s podmienkou riadneho citovania.

Formálna úprava článku

1. Názov článku
2. Meno a priezvisko autora (autorov), pracovisko, respektíve u študentov katedra, fakulta a univerzita, na ktorej pôsobia
3. Abstrakt v slovenskom (respektíve českom) a anglickom jazyku - max. 150 slov (iba pri výskumných štúdiách, teoretických štúdiách, meta-analýzach a kazuistikách), autorský plurál
4. Kľúčové slová v príslušnom a v anglickom jazyku
5. Hlavný text
6. Záver
7. Zoznam bibliografických odkazov (max.25 zdrojov)



Pokyny pre príspevok (teoretický, výskumný a kazuistiky):

Príspevok je potrebné napísať v rozsahu minimálne 3 a maximálne 9 normovaných strán, (1800 znakov na jedna normostrana). Text sa teda bude pohybovať v rozpätí 5400 až 16200 znakov (vrátane medzier). Do rozsahu sa zarátava aj použitá literatúra, nezarátava sa však abstrakt. Príspevok je potrebné odovzdávať v textovom editore MS WORD alebo OPEN OFFICE (.doc, .docx a iné).

- Písmo Minion Pro,
- veľkosť 11
- riadkovanie 1,5
- okraje z každej strany 2,5 cm.
- Názov článku – centrovat na stred strany, veľkým písmom - bold
- Meno + titul autora centrovat na stred strany, malým písmom – kurzíva
- Pracovisko (fakulta) autora – centrovat na stred strany, malým písmom – normálny formát
- Nadpisy hlavných kapitol sú písané veľkým písmom a zvýraznením BOLD a centrovane na stred strany (napr. ÚVOD, METÓDY, ZÁVER). Jednotlivé odstavce sa odlišujú odrážkou päť znakov od ľavého kraja riadku. Nadpisy podkapitol sa píše od ľavého kraja malým písmom zvýraznením Bold (napr. Osobnostné faktory v rozhodovaní, Participanti výskumu).
- Poznámky pod čiarou sa označujú arabskými číslicami pripojenými k patričnému miestu v texte, čísľujú sa priebežne v celom texte.
- Tabuľky a grafy musia spĺňať základné pravidlá APA štýlu. Označenie a názov tabuľky sa píše nad samotnú tabuľku malým písmom (označenie normálne, názov kurzívou). Označuje sa skratkou Tab. a príslušným poradovým arabským číslom (napr. Tab. 1 Porovnanie preferencie štýlu humoru u žien a mužov). Pred každou tabuľkou v texte je potrebné vždy čitateľovi uviesť, čoho sa tabuľka týka a čo referuje, tak aby účel a všetky informácie v tabuľke boli čitateľovi zrozumiteľné. Každú tabuľku je potrebné v texte správne citovať (napr. „ako vidno v Tab. 8, odpovede detí s poruchou...“). Je nevhodné písať „vo vyššie načrtnutej tabuľke...“ alebo „v tabuľke na strane 4...“, nakoľko pozícia a číslo strany, na ktorej sa tabuľka bude nachádzať ešte nie je fixná.
- Označenie a názov grafov a obrázkov sa dáva nad graf či obrázok (napr. Graf 1 alebo Obr. 2). Označenie a názov sa píše malým písmom. Označenie sa píše normálnym a názov kurzívou (napr. Obr. 2 Ľavá mozgová hemisféra). Pokiaľ sa pri obrázkoch jedná o diela a produkty pacientov, klientov a iných dotknutých osôb, musí byť od nich alebo ich zákonných zástupcov získaný písomný súhlas na publikovanie ich produktov.

Texty príspevkov, ako aj prípadné otázky, námety a komentáre môžete posilať keďkoľvek počas roka na adresu redakcia@sasap.sk

Viac info ohľadom časopisu nájdete na stránkach:

<http://emental.sasap.sk/>

<https://www.facebook.com/pages/E-mental-elektronick%C3%BD-%C4%8Dasopis-o-ment%C3%A1lnom-zdrav%C3%AD/1523884064554760>



MENTAL

Vychádza 2 - krát ročne pod záštitou Slovenskej
asociácie študentov a absolventov psychológie (SAŠAP)

www.sasap.sk
redakcia@sasap.sk



Vol. 6, č. 2/2018

63 strán

ISSN 1339-4614