





Redakcia

ŠÉFREDAKTOR:
Mgr. Peter KUSÝ, PhD.

ZÁSTUPCA ŠÉFREDAKTORA:
Mgr. Michaela PTÁKOVÁ
Mgr. Lucia VOZAFOVÁ

ČLENOVIA REDAKCIE:
Mgr. Barbora BÍREŠOVÁ
PhDr. Radka ČOPKOVÁ
Mgr. Lucia BRIESTENSKÁ
Mgr. Barbora HOLÍKOVÁ
Mgr. Silvia HOJEROVÁ
Mgr. Nikoleta ULTIŠOVÁ
Mgr. Nika ŠABLATÚROVÁ
Bc. Eva PHANVANOVÁ
Bc. Daniela MARTONÍKOVÁ
Mgr. Martin HELIK

GRAFICKÁ ÚPRAVA:
Bc. Stanislava KONUŠIKOVÁ

KOREKTÚRA:
Mgr. Mária VOJTECHOVÁ
Bc. Jaroslava MACKOVÁ

RECENZENTI:
Mgr. Ivana ŠUHAJDOVÁ, PhD.
Mgr. Alžbeta BARATKOVÁ, PhD.
Mgr. Monika BRUTOVSKÁ, PhD.
Mgr. Eva HRUŠČOVÁ
Mgr. Matúš ADAMKOVIČ

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



Obsah

Závislosť na pornografii v prostredí internetu	5
Syndróm vyhorenia – fenomén dnešnej doby alebo riziko pomáhajúcich profesií?	17
Synestézie – definícia, charakteristika a diagnostické kritériá.....	27
Čo robiť, aby nám motivácia pre prácu nevyhasla	37
A čo ďalej... ..	47
Sebakontrola a jej dôsledky u perfekcionistov	55
Recenzie	65
Kalendárium	75
Pokyny pre prispievateľov.....	85



Editoriál

Náš časopis E-mental vychádza už tretím rokom pod záštitou Slovenskej asociácie študentov a absolventov psychológie – SAŠAP a aj keď v názve avizujeme, že ide primárne o „elektronické“ periodikum, druhý rok sa tešíme i tlačenej podobe. Uvedomujeme si, že sme stále len na začiatku cesty, avšak už pri prvom takomto bilancovaní sa môžeme pochváliť drobnými úspechmi, vďaka ktorým rastie aj kvalita nášho časopisu a tiež čitateľská obec. Aj napriek tomu, že nikdy nebolo našou ambíciou preraziť medzi vedecké – tzv. karentované periodiká, snažíme sa o udržanie si určitej miery odbornosti a relevancie publikovaných textov. Vďaka súčasnej spolupráci s recenzentmi s afiliáciou na univerzitách u nás, resp. v zahraničí, zabezpečujeme odborné posudzovanie teoretických, výskumných, metodologických príspevkov a tiež prípadových štúdií z praxe. Podobne je tomu v redakcii, vďaka čomu E-mental prekračuje status „študentského“ časopisu a vďaka registrácii v medzinárodných databázach (v súčasnosti je ich šesť) aspiruje na status odborného multidisciplinárneho časopisu, ktorý pravidelne mapuje rôzne témy z oblasti mentálneho zdravia. Unikátnym sú taktiež rozhovory so svetovo akceptovanými odborníkmi vo svojom odbore, pričom sme mali doposiaľ tú česť priniesť Vám rozhovory s prof. F. Knoblochom, prof. I. Čermákom, prof. E. Gajdošovou, prof. R. Sternbergom, prof. H. Gardnerom, prof. R. Enrightom, prof. K. H. Brischom, či Dr. V. Yalomom. Vyššie uvedené môžeme samozrejme považovať za malé úspechy, ale uvedomujeme si, že nám nič negarantujú, práve naopak, otázka prežitia a existencie na poli „Open Access“ žurnálov je stále veľmi vážna. Ďakujeme preto všetkým, ktorí prejavili záujem o E-mental, či už ako potenciálni autori alebo z pozície čitateľa / fanúšika a budeme radi, ak nás časopis aj s Vaším príspevom bude naďalej rásť.

Peter Kusý
Šéfredaktor časopisu E-mental



TEORETICKÉ PRÍSPEVKY

Závislosť na pornografii v prostredí internetu

Nika Šablatúrová

Abstrakt

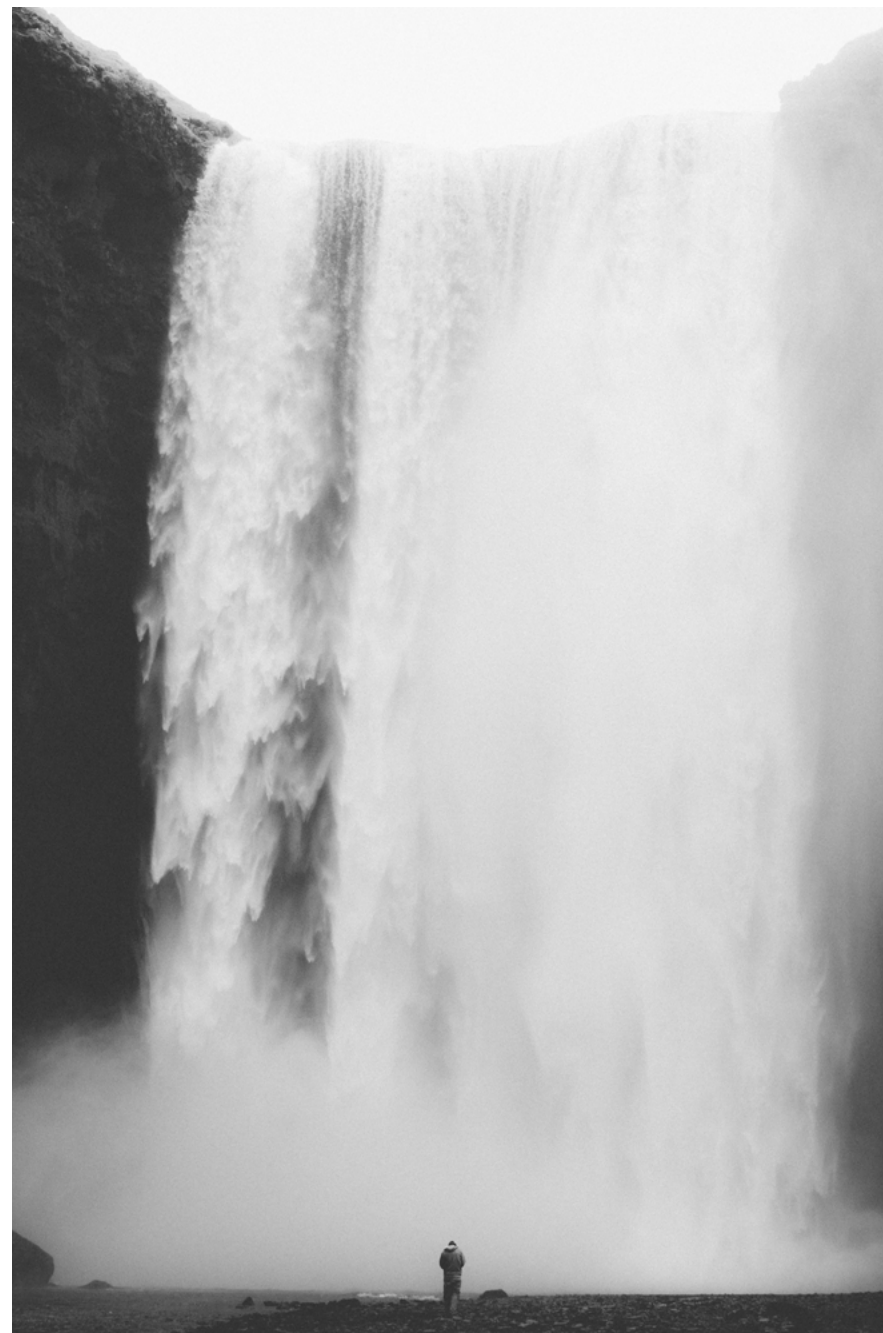
Nasledujúci príspevok poskytuje bližší pohľad na problém závislosti na pornografii. Pojednáva o závislosti na pornografii ako o skutočnej poruche s ohľadom na jej definíciu, príčiny poruchy, identifikáciu príznakov a taktiež ťažkosti vyskytujúce sa pri diagnostikovaní tejto závislosti. Príspevok sa tiež zameriava aj na komorbidity s inými poruchami. Rozlišuje rozdiely medzi sexuálnou závislosťou a závislosťou na pornografii. V závere príspevok predstavuje dostupné spôsoby liečby tejto i podobných porúch.

Kľúčové slová: závislosť na pornografii, liečba závislosti na pornografii, komorbidity závislosti na pornografii, závislosť na sexe.

DEFINÍCIA POJMOV

Na úvod je dôležité oboznámiť sa s pojmom „závislosť“. Musíme určiť či pojem „závislosť“ skutočne identifikuje známy fenomén, či už hovoríme o sociálnom konštrukte alebo o fyziologicky založenom procese. Ak áno, aké sú základné princípy a vlastnosti tohto fenoménu? Ak

tvrdíme, že je hypoteticky možné stať sa závislým na čomkoľvek, stále je nutné vziať do úvahy skutočnosť, že sa mnoho ľudí stane závislými na alkohole, ale iba málo z nich na pestovaní kvetov. Implicitne s naším porozumením pojmu „závislosť“ existuje určitá miera negatívnych



Autor fotografie: Jose Murillo

dôsledkov, ktoré musia byť zažit, aby bolo používanie tohto slova v akademickom alebo klinickom kontexte odôvodnené. Kombinácia druhov odmien (fyziologické a psychologické) a životného prostredia (biologické, sociálne a kultúrne) spojených s konkrétnym správaním bude mať významný vplyv na stanovenie pravdepodobnosti nadmerného zapojenia sa do konkrétnej činnosti (Griffiths, 2012).

Podľa slovníka je pornografia tlačeným alebo vizuálnym materiálom obsahujúcim explicitný popis, zobrazovanie pohlavných orgánov alebo aktivít, ktoré sú určené na stimuláciu sexuálneho vzrušenia. Niektorí popisujú pornografiu ako legálny podnet s negatívnym dopadom na novodobé vzťahy.

Čo sa zmenilo v priebehu posledných 50 rokov? Prečo boli pornografické časopisy zastrčené pod pohovku nahradené omnoho liberálnejšími štandardami? S príchodom technológie a internetu sa zmenil médiator pornografie. V priebehu obdobia štyroch rokov sa počet pornografických stránok na internete zvýšil zo 70 000 na 4,2 milióna. To predstavuje 12 percent všetkých webových stránok (Tribune, 2008).

Závislosť na pornografii je porucha označovaná za tzv. novodobú neľátkovú závislosť. Jej nárast môžeme sledovať s nárastom používania

internetovej technológie. Mnohé aktivity spojené so sexualitou nadošli online formy – vyhľadávanie a poskytovanie platených sexuálnych služieb, nakupovanie v online obchodoch so zameraním na predaj erotických pomôcok, vyhľadávanie sexuálne zameraných informácií alebo sledovanie online pornografie (Döring, 2009). Takáto závislosť zahŕňa prezeranie, sťahovanie a obchodovanie s online pornografiou. S ohľadom na širokú dostupnosť materiálu sexuálneho charakteru online je závislosť na pornografii najbežnejšou formou problémového správania online medzi užívateľmi internetu (Young, 2008).

V súčasnosti neexistuje presná definícia pojmu „závislosť na pornografii“. Za východiskovú definíciu tejto závislosti môžeme považovať Carnesovu (2001), ktorá označuje závislosť na pornografii ako patologický návyk či nutkavý vzťah vytvorený k niektorým sexuálnym praktikám, ktoré už viac človek nedokáže kontrolovať. Môžeme teda hovoriť o patologickom vzťahu, ktorý je schopný zmeniť náladu, ponúka možnosť uniknúť do svojej vlastnej intimity k pornografickému materiálu. Dôsledky tohto konania sú negatívne a komplexné, zasahujú či už biologický, psychický, sociálny, ale aj duchovný rozvoj osobnosti. Zvolená definícia pokrýva hneď niekoľko faktorov zo všeobecne známeho

Griffithsovo modelu závislosti. Prvým takýmto aspektom je zmena nálad, ďalším sú negatívne dôsledky – konflikt v interpersonálnych alebo intrapersonálnych vzťahoch jednotlivca. Na druhú stranu však táto definícia opomína zvyšovanie tolerance voči podnetu závislosti alebo abstinénčné príznaky akéhokoľvek charakteru. V rámci MKCH sa táto porucha najviac približuje diagnóze F52.7 nadmerné sexuálne nutkanie (hypersexualita), ktoré odkazuje k nedeťantným prejavom sexuálneho správania a prežívania. Tejto kategórii však, okrem konkretizácií mužskej a ženskej hypersexuality, chýbajú ďalšie predpoklady pre diagnostikovanie nadmerného sexuálneho nutkania. V manuáli DSM-5 sa nepojednáva o nadmernom sexuálnom správaní alebo závislosti na pornografii či už v offline alebo online svete.

S vývojom internetu sa rozvíjajú aktivity sexuálneho charakteru vykonávané v online prostredí. Rozdiel medzi offline závislosťou a internetovou sexuálnou (kybersexuálnou) závislosťou spočíva v jedinečnosti niektorých z online sexuálnych aktivít. Primárne hovoríme o online interakciách (Young, 2008). Kybersex môže byť definovaný ako výmena erotických, sexuálnych a sugestívnych správ medzi ľuďmi pripojenými na internet (Daneback et al., 2005). Aktuálne kybersex zahŕňa

akúkoľvek sexuálnu aktivitu prebiehajúcu v prostredí internetu (Ševčíková, 2015).

FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE VZNIK ZÁVISLOSTI NA PORNOGRAFII V PROSTREDÍ INTERNETU

Táto porucha je ovplyvnená multifaktoriálne. Na jednej strane je tu biologický predpoklad podmienený génmi. Genetická predispozícia k vlastnostiam dávajúcim sa do súvislosti so závislosťou na pornografii ako napríklad impulzivita, neschopnosť sebaregulácie alebo sensation seeking, môže zvýšiť riziko vzniku závislosti. Rovnako vyššie hladiny pohlavných hormónov, ako je testosterón alebo estrogén môžu mať vplyv na libido a tým prípadne ovplyvniť vznik závislosti na sexe alebo pornografii. Ďalším faktorom ovplyvňujúcim vznik závislosti je psychologický faktor. V raných vývojových fázach majú veľký význam environmentálne faktory, ako je zneužívanie alebo vystavenie sexuálnym prejavom. Úzkosť, depresia, poruchy osobnosti môžu byť súbežné problémy, ktoré sú pozorovateľné pri závislosti na pornografii. Pri diagnostikovanej bipolárnej poruche alebo mánii je oveľa pravdepodobnejšie zapojenie sa do nadmerného či rizikového se-

xuálneho správania. Veľký vplyv na závislosť má aj sociálny aspekt. Odmietnutie vo vzťahoch a spoločenských kruhoch môže viesť k ďalším, menej zdravým spôsobom, ako hľadať sexuálne uspokojenie. Sociálna izolácia zvyšuje pravdepodobnosť hľadania nevhodných spôsobov na sexuálne uspokojenie a tiež vedie k celej rade ďalších problémov - depresia a fyzické neduhy, ktoré môžu prispieť k závislosti na pornografii alebo nezdravému sexuálnemu správaniu. Sociálne hľadisko zahŕňa aj sociálne učenie: pozorovanie iných je jedným zo spôsobov ako sa naučiť niečo nové, obzvlášť keď sa jednotlivec identifikuje s touto osobou (Young, 2008).

Určitý míľnik vo výskume tejto problematiky predstavuje rok 1998, kedy sa podarilo realizovať rozsiahlu štúdiu, ktorá mapovala sexuálne správanie v prostredí internetu (Cooper et al., 2000). Väčšina respondentov a respondentiek nemala žiadne problémy súvisiace s uspokojovaním sexuálnych potrieb prostredníctvom internetu. Táto štúdia však poukázala aj na malé percento participantov, u ktorých sa používanie internetu na sexuálne účely premenilo v dominantnú aktivitu v každodennom živote. Uvedené poznatky viedli autora k úvahám, že internet môže spôsobiť stratu kontroly nad sexuálnym životom. Anonymita v tomto prípade predstavu-

je vplyvný faktor, ľudia totiž môžu byť na internete kýmkoľvek si len vedú predstaviť. Nemusia sa vystaviť rizikám ako napríklad vizibilita spôsobená nakupovaním v obchode s pornografiou. Z internetu si môžu stiahnuť toľko pornografie, koľko len chcú, navyše zadarmo a v pohodlí vlastného domova. Môžu si zariadiť stretnutie s prostitútkou online, pozeráť sa na ich fotografie, videá, dokonca sa s nimi môžu rozprávať priamo z práce či z domova. Riziko prichytenia je oveľa nižšie. Majú možnosť dostať sa k akémukoľvek druhu sexuálneho správania, relatívne nezávisle na tom, aké sú ich schopnosti pracovať s počítačom. Za pozornosť stojí aj fakt, že internet vytvára fluidnú hranicu medzi virtuálnym a sexuálnym správaním. Používateľom sa otvára široké pole možností toho, ako môžu na vlastné správanie v prostredí internetu nahliadať a interpretovať ho. Vykonávaným online aktivitám nemusia pripisovať reálny význam (Ross, 2005). Napríklad značná časť používateľov internetu, ktorí vyhľadávali kybersex s osobou rovnakého pohlavia sa považovala za heterosexuálov (Ross et al., 2004).

Koncept „ACE“ je modelom zachytávajúcim zmenu sexuálneho správania pod vplyvom používania internetu. Tento koncept vychádza z trojice podnecovateľov - ACE a pod akronymom združuje tri as-

pekty: anonymita (anonymity), pohodlie (convenience) a útek (escape) (Young et al., 1999). Hlavnou myšlienkou tohto konceptu je teda skutočnosť, že vďaka anonymite je možné v bezpečnom prostredí používať internet so zámerom uniknúť náročnej realite a zabudnúť na každodenné problémy. V takom prípade sa používanie internetu na sexuálne účely stane copingovou stratégiou, ktorá môže významne ovplyvniť sexuálny život jedinca (Ševčíková, 2015). Bádania, ktorí presadzujú poňatie internetovej sexuálnej závislosti čoby dištinkatívnej poruchy zdôrazňujú, že práve kvôli súčinnosti internetu a zraniteľnosti niektorých používateľov môže technológia podporovať vznik sexuálnej kompulzie (Putnam, 2000; Young, 2008).

Sexuálna kompulzia má tri stupne. Každý z troch stupňov sexuálne nutkavého správania môže byť posilnený internetom (Coleman, 1991). Stupne sexuálneho nutkavého správania: 1. stupeň: správanie, ktoré môžeme považovať za normálne, akceptovateľné a tolerovateľné; 2. stupeň: objavuje sa správanie, v dôsledku ktorého môže byť osoba legálne sankcionovaná ako napríklad exhibicionizmus či voyerizmus; 3. stupeň: je to správanie, ktoré má za následok sexuálne obete, ide napríklad o znásilnenie, incest či

zneužitie neploletých a má legálne dôsledky pre jedinca s poruchou.

Cooper et al. (2004) rozlišujú tri podskupiny ohrozených jednotlivcov:

Typ reagujúci na stres. Tento typ sa angažuje v online sexuálnych aktivitách hlavne v období kedy je vystavovaný nadmernému stresu. Ide teda o dysfunkčnú copingovú stratégiu.

Depresívny typ je druhým typom. Pod tento typ spadajú úzkostní, dystýmni a depresívni jednotlivci, u ktorých je závislosť formou dočasnej úľavy od takýchto stavov.

Posledným typom je fantazijný. Takýto ľudia sa na internete zapájajú do aktivít, ktorým by sa v bežnom offline svete vyhli.

Fantazijný typ nepodporuje Colemanov (1991) model sexuálne kompulzívneho správania a tiež nespĺňa kritéria navrhnuté Kafkom (2010) pre hypersexualitu. Podľa modelu sexuálne kompulzívneho správania spočíva podstata tohto správania v opakovanom správaní sprevádzanom behaviorálnymi pokusmi znížiť úzkosť alebo oslabiť ďalšie dysforické stavy čo môže byť prejavom skrytej obsedantno – kompulzívnej poruchy.

Z doterajších výskumov vyplýva, že najsilnejšia fixácia jedinca na používanie internetu pre sexuálne účely bola spozorovaná u sledovania pornografie (Meerkerk et al., 2006).

Popieranie je v prípade sledovania pornografie tiež dôležitým faktorom. Podľa Carnesa (2001) sa jedinici trpiaci touto poruchou, užívatelia „kybersexu“ spoliehajú na chybnú paradigmu - druh dezilúzie, ktorú ľudia trpiaci touto kompulziou vždy mali. Trpiaci jedinici začnú samých seba presviedčať a hovoriť si, že tento druh sexu nie je skutočný, pretože je iba „virtuálny“. Veľmi často racionalizujú svoje konanie tvrdeniami, že ak majú „virtuálny sex“ je to podobné virtuálnej realite v počítačových hrách. Takže im logika hovorí, že nikomu nie je ublížené, nikto vrátane závislého netrpí. Dôsledkom tohto je, že jedinec považuje „kybersex“ za niečo čo nemá žiadne následky. Racionalizácia problému umožňuje závislému pokračovať v činnosti bez výčitiek svedomia, avšak pravdou je, že tak ako pri iných typoch závislostí aj pri tejto trpí nie len jednotlivec, ale aj jeho okolie. Kvôli tejto narušenej predstave jedinec verí tomu, že môže prestať kedykoľvek bude chcieť. Aj z tohto dôvodu je takmer nemožné zistiť percento populácie, ktoré touto poruchou trpí. Ďalšou príčinou je určité tabu, ktoré ešte stále pretrváva v súvislosti s otázkou sexu či pornografie.

KOMORBIDITA S INÝMI PORUCHAMI

Mnohokrát ľudia trpiaci týmto návykovým správaním trpia tiež poru-

chami duševného zdravia, akými sú napríklad úzkosť, depresia, asociačné správanie, drogová alebo alkoholová závislosť či obsedantno - kompulzívna porucha. V takomto prípade je nutné, aby sa počas terapie venovala pozornosť všetkým duševným poruchám a závislostiam, ktoré sa u pacienta prejavajú. Je možné, že liečenie tohto impulzívneho správania spadá do širšieho liečebného protokolu sexuálnej liečby závislostí. Či je potrebné pacienta liečiť ústavne alebo ambulantne je zodpovednosťou odborníka, ktorý je zodpovedný za liečbu (Carnes, 2001). Bolo zistené, že kybersexuálne závislí jedinici trpeli posttraumatickou stresovou poruchou, látkovými závislosťami, afektívnymi poruchami, poruchami príjmu potravy alebo inou sexuálnou poruchou parafrilného typu. Z pohľadu genderových rozdielov sa u mužov častejšie vyskytovali problémy s hypersexualitou a látkovou závislosťou, zatiaľ čo u žien boli prítomné znaky posttraumatickej stresovej poruchy a porúch príjmu potravy (Griffiths, 2012). Mnohokrát trpia títo jednotlivci samovražednými myšlienkami, symptómami porúch nálady alebo psychotickými príznakmi (Voon a Fox, 2007). Pri diagnostike je nutné zobrať do úvahy aj sexuálne delikvencie (Berner et al., 2004). Weiss (2004) tvrdí, že nie je vhodné zaraďovať sexuálnych delikventov do psychoterapeutických skupín sexuálne závislých, pretože forma páchaného násillia môže pôsobiť rušivo čo spôsobí, že skupina delikventa vyčlení.

kých skupín sexuálne závislých, pretože forma páchaného násillia môže pôsobiť rušivo čo spôsobí, že skupina delikventa vyčlení.

ZÁVISLOSŤ NA PORNOGRAFII VERSUS ZÁVISLOSŤ NA SEXE

Mnoho ľudí považuje tieto dve poruchy za rovnaké. V skutočnosti sú to oddelené problémy. Pre efektívnu liečbu a diagnostiku musíme pochopiť rozdiely medzi nimi, nakoľko je odporúčaná liečba pre oba tieto problémy odlišná. Skutočnosťou je, že niekedy môžu nastať súčasne. Závislosť na pornografii je bežnejšia ako závislosť na sexe. Chorobné sledovanie pornografie je výrazne odlišné od anonymného sexu s vysokým počtom rôznych ľudí v „offline“ priestore. Wilson a Robinson (2011) vymedzujú tieto základné rozdiely medzi týmito poruchami. Závislosť na online pornografii je na vzostupe, zatiaľ čo tá na sexe je stále pomerne zriedkavá. Hlavným dôvodom je rastúci počet online pornografie. Pravdou je, že je veľmi problematické určiť presný počet postihnutých, kvôli spomenutému (anonymita, tabuizovanie problematiky, popieranie).

Sexuálna závislosť značí fyzický kontakt so skutočnými ľuďmi. Osoba má priamy kontakt s ľuďmi založený na pravidelnej báze. Pravdou je, že niektorí závislí od sexu sa stre-

távajú s niekoľkými rôznymi ľuďmi v jednom týždni. Na druhú stranu, pornografická závislosť je veľmi izolujúca. Jediniec je zvyčajne v ústraní - na počítači alebo s hromadou časopisov. Jeho interakcie s ostatnými sú často obmedzené na obrazy na obrazovke alebo fotografie v časopise.

Závislí na pornografii často zažívajú problémy so sexuálnym výkonom v offline svete. Nekonečné používanie pornografie ich znecitliví voči sexu s reálnymi ľuďmi. Bez ich obvyklých, vizuálnych pomôcok často jednoducho nemôžu vykonávať sex. Sexuálne závislí na druhej strane zvyčajne nemajú tieto typy problémov.

Ľudia závislí na pornografii sú zvyčajne slobodní. Ak aj majú partnerov, často preferujú pornografiu pred časom stráveným s nimi. Väčšina závislých od sexu má mnoho partnerov. Okrem dlhodobého partnera, môžu hľadať sex s niekoľkými anonymnými cudzími ľuďmi v priebehu jedného týždňa, mesiaca alebo roka.

MOŽNOSTI DIAGNOSTIKY

Screeningové metódy internetovej sexuálnej závislosti sa stále vyvíjajú a mnoho z nich nedisponuje informáciami ohľadne psychometrických vlastností. Pre administratívnu nenáročnosť sa používa Kalichma-

nova desaťpoložková škála sexuálnej kompulzie (Kalichman a Rompa, 1995). Táto škála bola pôvodne vyvinutá na mapovanie sexuálneho správania u gejov. Avšak nezohľadňuje sexuálne aktivity na internete (Ševčíková, 2015).

Delmonico a Miller (2003) vypracovali Screeningový test sexu na internete. Test sleduje online sexuálnu kompulziu, využívanie sexuálnych služieb v prostredí internetu, online sexuálne aktivity sociálneho a osamelého charakteru a záujem o online sexuálne aktivity. Jedná sa o prvý nástroj, ktorý zohľadňuje sexuálne správanie na internete.

LIEČBA PORUCHY

Pri poruche je zmenené produkovanie neurotransmiterov v mozgu, ktoré slúžia na regulovanie komunikácie medzi bunkami, orgánmi a svalmi. Nadmerné sledovanie pornografie je nutné liečiť odborníkmi v oblasti návykového správania. Pracovať by sa malo duálne - s fyzickou a psychickou stránkou jednotlivca. V prípade pornografickej závislosti je veľmi dôležité preskúmať a liečiť jej emocionálny aspekt. Je možné dosiahnuť prinavrátenie sa ku sexuálnemu správaniu, ktoré sa dá považovať za zdravé. Je potrebné, aby jedinec prešiel ako individuálnou tak aj skupinovú terapiu. Ak je rodina ochotná spolupracovať, je vhod-

né využiť možnosť rodinnej terapie. Abstinenčné príznaky sú súčasťou liečby, tieto môžu mať za následok snahu ukončiť terapiu. Jednotlivec s patologickým návykom by mal získať čo najviac informácií o vlastnostiach poruchy. Mnoho vecí, ľudí a miest môže viesť k návratu k poruche. Z tohto dôvodu by sa mal jednotlivec naučiť rôzne techniky napomáhajúce znižovať stres, predvídať svoje vlastné správanie a mnoho ďalších súvisiacich skutočností, ktoré by mali pacientovi napomôcť pri zotrvaní v abstinencii (Carnes, Delmonico a Griffin, 2001).

Na Slovensku neexistuje organizácia pre ľudí, ktorí sú závislí na pornografii. V zahraničí sa môžeme stretnúť s organizáciou „Sexaholics Anonymous“ - Anonymní Sexoholici. Táto organizácia sa zameriava na mužov a ženy, ktorí majú skúsenosti a problémy so sexuálnymi závislosťami, teda aj na ľudí nadmerne sledujúcich pornografiu. Títo ľudia si spoločne hovoria o svojich skúsenostiach, silných stránkach, navzájom sa podporujú a dávajú si nádej. Pomáhajú si pri riešení problémov, ktoré sú spoločné pre všetkých s poruchou a taktiež napomáhajú pri liečení. Jedinou podmienkou, ako sa niekto môže stať členom, je snažiť sa sexuálnym abstinentom či skôr nachádzať sa v hraniciach normality. Členovia nemusia platiť žiadne poplatky, hlavným zámerom

organizácie je ostať sexuálne triezvy a pomôcť ostatným dosiahnuť sexuálnu triezvosť. Anonymní Sexoholici je liečebný program založený na princípoch Anonymných Alkoholikov (AA), ktorý získal v roku 1979 povolenie od AA k používaniu ich 12 krokov k uzdraveniu a 12 tradícií (Carnes, 2001).

ZÁVER

Závislosť či kompulzívne správanie mení život človeka. Mení ho natoľko, že osoba trpiaca kompulziou nie je viac schopná fungovať v sociálnom a pracovnom prostredí. Problematika nelátkových závislostí je zatiaľ otvorená a ešte stále sa nachádza iba na úrovni diskusie. Nakoľko sa v medzinárodnej klasifikácii chorôb nenachádzajú žiadne diagnostické kritériá, môže nastať problém pri zaradovaní pacientov s týmito návykovými poruchami do liečby, ako pre zdravotné poisťovne, tak aj pre terapeutov. Základné charakteristiky a taktiež aj terapeutické postupy pri liečbe týchto porúch majú mnoho spoločných črt s nelátkovou závislosťou - gamblingom. To ovplyvňuje aj stanovenie cieľov v liečebnom procese tých pacientov, ktorí trpia takýmito poruchami. Hlavným cieľom ich liečby je dosiahnuť stav, v ktorom sú pacienti schopní mať tieto činnosti úplne pod kontrolou a v konečnom

dôsledku ich sami pacienti dokážu dostať pod kontrolu, a taktiež schopnosť udržiavať funkčný vzťah (Benkovič, 2007).

Každopádne by sa tejto problematike mala venovať väčšia pozornosť a prehodnotiť jej zaradenie v Medzinárodnej klasifikácii chorôb, nakoľko má nepopierateľne mnoho podobností so závislosťami. Jej liečba je založená na podobnom princípe a mnohokrát sa impulzívne poruchy prelínajú so závislosťami alebo po vyliečení závislosti jedinec upadá do impulzívnej poruchy a naopak. Či už ide o závislosť alebo o poruchu impulzov, liečba musí byť komplexná a jej hlavným cieľom by malo byť zistenie príčiny ochorenia, čo si však vyžaduje aj spoluprácu rodiny a okolia.

Nelátkové závislosti sa často objavujú v spojitosti s ďalšími závislosťami, či už látkovými alebo nelátkovými. Závislosť na práci sa objavuje v komorbidite s nadmerným používaním internetu, tá zase so závislosťou na pornografii, a takto by sme dokázali menovať mnohé ďalšie. O to je liečba takýchto porúch náročnejšia. Liečba akejkoľvek závislosti či návykovej poruchy je dlhodobý proces. Pravdou je, že ak človek podľahne návykovej poruche, nie je možné, aby sa z nej niekedy úplne vyliečil. Postihnutého čaká mimoriadne náročný súboj, ktorý bude súčasťou celého zvyšku jeho života. Súboj,

ktorý ho čaká, bude zvädzať sám so sebou. Aby mohol byť v tomto súboji úspešný, netreba byť ľahostajný k problematike závislostí, bez ohľadu na to či hovoríme o nelátkových alebo látkových závislostiach (Vondrka, 2004).

ABSTRACT

Presented paper provides a closer look at the problem of addiction to pornography. Furthermore, it discusses identification of addiction to pornography as a real disorder according to its definition, causes of disorder, symptoms identification and eventually difficulties posed by diagnosing of this addiction. Article also focuses on comorbidities with other disorders and distinguishes differences between sexual addiction and addiction to pornography. Finally, the article introduces available treatment of this disorder and similar disorders as well.

Key words: addiction to pornography, treatment of pornography addiction, pornography addiction comorbidities, sex addiction.

ZOZNAM

BIBLIOGRAFICKÝCH

ODKAZOV

- Benkovič, J. (2007). Novodobé nelátkové závislosti. *Psychiatria pre prax*, [online]. 2007, 8 (6), 263-266, [cit. 2016-03-18]. Dostupné na internete:

- <<http://www.solen.sk/pdf/bff8257b-5837c0d023cf092ca1aa4d05.pdf>>.
- Berner, W., Hill, A., Briken, P., Kraus, C. (2004). *Störungen der Sexualpräferenz*. In G. Kockott, E. M. Fahrner (Eds.) *Sexualstörungen*, s. 107 – 152. Stuttgart: Thieme.
- Carnes, P. (2001). *OUT of the shadows: Understanding sexual addiction*. Minnesota: Hazelden.
- Carnes, P., Delmonico, D., a Griffin, E. (2001). *In the Shadows of the Net: Breaking Free of Compulsive Online Sexual Behaviour*. Minnesota: Hazelden.
- Coleman, E. (1991). Compulsive sexual behavior: New concepts and treatments. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 4 (2), 37 – 52.
- Cooper, A. (1998). Sexuality and the Internet: Surfing its way into the new Millennium. *Cyber Psychology & Behavior*, 1 (2), 187–194.
- Cooper, A., Delmonico, D.L., a Burg, R. (2000). Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 7(1-2), 5–29.
- Cooper, A., Delmonico, D. L., Griffin-Shelley, E., Mathy, R. M. (2004). Online sexual activity: An examination of potentially problematic behaviours. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11 (3), 129–143.
- Daneback, K., Cooper, A., Mansson, S. A. (2005). An internet study of cybersex participants. *Archives of Sexual Behavior*, 34 (3), 321 – 328.
- Delmonico, D. L., a Miller, J. A. (2003). The internet sex screening test: A comparison of sexual compulsives versus non-sexual compulsives. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(3), 261–276.
- Döring, N. M. (2009). The Internet's impact on sexuality; A critical review of 15 years of research. *Computers*

in Human Behavior, 25 (5), 1089–1101.

- Griffiths, M. D. (2012). *Internet sex addiction: A review of empirical research*. *Addiction Research & Theory*, 20 (2), 111–124.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM – V. *Archives of sexual behavior*, 39 (2), 377 – 400.
- Kalichman, S. C., a Rompa, D. (1995). Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: Validity, and predicting HIV risk behavior. *Journal of Personality Assessment*, 65 (3), 586–601.
- Meerkerk, G. J., Van den Eijnden, R., a Garretsen, H. F. L. (2006). Predicting compulsive Internet use: It's all about sex! *Cyberpsychology & Behavior*, 9, 95–103.
- Putnam, D. E. (2000). Initiation and maintenance of online sexual compulsivity: Implications for assessment and treatment. *Cyberpsychology & Behavior*, 3, 553–563.
- Ross, M. W. (2005). Typing, doing, and being: Sexuality and the Internet. *The Journal of Sex Research*, 42, 342–352.
- Ross, M. W., Rosser, B. R. S., a Stanton, J. (2004). Beliefs about cybersex and Internet – mediated sex of Latinomen who have Internet sex with men: Relationships with sexual practises in cybersex and in real life. *Aids care*, 16 (8), 1002–1011.
- Ševčíková, A., (2015). Sexuální chování, internet a závislost. In Blinka, L., *Online závislosti* (131–153). Praha: Grada Publishing.
- Tribune, B., (2008). Pornography. What is it? [online]. 2008 [cit. 2016-07-12]. Dostupné na internete: <<http://ezproxy.cvtisr.sk:2143/docview/339135040/78F5FD6C9AD-C46CCPQ/4?accountid=59680>>.
- Young, K. (2008). Internet sex addiction – risk factors, stages of development, and treatment. *American Behavioral Scientist*, 52, 21–37.
- Young, K., Pistner, M., O'Mara, J., a Buchanan, J. (1999). *Cyber – disorders: The mental health concern for the new millennium*. *Cyberpsychology and Behavior*, 3, 475–479.
- Vondrka, J. (2004). *Smrt jménem závislost*. Praha: Portál.
- Voon, V., Fox, S. H. (2007). Medication – related impulse control and repetitive behaviors in Parkinson disease. *Archives of Neurology*, 64 (8), 1089–1096.
- Weiss, P. (2002). Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika a léčba. Praha: Portál.
- Wilson, G., a Robinson, M., (2011). Porn Addiction is Not Sex Addiction, and Why That's Important. The Good Man Project. [online]. 2011 [cit. 2016-03-17]. Dostupné na internete: <<http://goodmenproject.com/featured-content/porn-addiction-is-not-sex-addiction-and-why-thats-important/>>.
- Závislosť na pornografii. DIS+ občianske združenie. 2013. [online]. 2013 [cit. 2016-03-18]. Dostupné na internete: <http://www.displus.sk/articles.php?article_id=287>.

AUTOR:

Mgr. Nika ŠABLATÚROVÁ
Katedra psychologie
Fakulta sociálních studií
Masarykova univerzita v Brně
e-mail: sablaturova.n@gmail.com



TEORETICKÉ PRÍSPEVKY

Syndróm vyhorenia – fenomén dnešnej doby alebo riziko pomáhajúcich profesií?

Lenka Lukáčová & Alena Bašistová

Abstrakt

Burnout (syndróm vyhorenia) sa často zamieňa za stres. Zatiaľ čo stres dokážeme ovládnuť, vyhorenie je oveľa závažnejšie. Vo všeobecnosti vieme, že syndróm vyhorenia predstavuje stav úplného psychického a fyzického vyčerpania. Cieľom štúdie je podať systematický prehľad o problematike syndrómu vyhorenia a oboznámiť širokú verejnosť s príčinami, príznakmi, rizikovými faktormi vzniku syndrómu vyhorenia a o jeho samotných fázach. Cieľom je rovnako poukázať aj na to, že syndróm vyhorenia sa netýka len pomáhajúcich profesií alebo oblasti zamestnania, ale že sa tento stav môže u človeka vyskytnúť aj v osobnom živote. Syndróm vyhorenia nie je fenoménom dnešnej doby, s jeho prvým definovaním sa stretávame už v 70. rokoch 20. storočia a aj napriek tomu jeho výskyt stúpa.

Kľúčové slová: stres, syndróm vyhorenia, prevencia, pomáhajúca profesia.

ÚVOD

Syndróm vyhorenia je mnohokrát označovaný ako fenomén dnešnej doby. Pravdou je, že s týmto javom sa stretávame už v roku 1974, kedy ho ako prvý pomenoval Freudenberg. Tento americký psychoana-

lytik si tak vyslúžil označenie „objaviteľ syndrómu vyhorenia“. Napriek dostatočnej teoretickej spracovanosti problematiky syndrómu vyhorenia sa jeho výskyt zvyšuje. Najčastejšie syndróm vyhorenia spájame s pomáhajúcimi profesiami. Častý je výskyt u lekárov, zdravotných sestier, učiteľov, psychológov, terapeutov, sociálnych pracovníkov atď., ale napr. aj u kňazov. Pod pojmom syndróm vyhorenia máme mylnú mienku predstaviť si manažéra alebo niekoho, kto riadi ľudí a zlyhá. Každá minca má dve strany a v tomto prípade na druhej strane stojí fakt, že syndróm vyhorenia sa čoraz častejšie vyskytuje aj v bežnom živote. Ohrození môžu byť ľudia, ktorí sa starajú o rodinného príslušníka so zdravotným znevýhodnením alebo ženy, ktoré vykonávajú niekoľko rolí naraz – zastávajú rolu matky, manželky, gazdinej a zamestnankyne súčasne (Kallwass, 2007). Preto je potrebné vzdať sa mylnej predstavy „Mne sa to nikdy nemôže stať“ alebo „Mňa sa to netýka“. Syndróm vyhorenia sa týka každého jedinca, preto treba brať na zreteľ rizikové faktory, ktoré ho spôsobujú, rovnako vedieť rozpoznať príčiny vzniku, poprípade byť oboznámený s formami prevencie. Syndróm vyhorenia možno podľa Andrášiovej (2006) označiť ako stav fyzického, emocionálneho a mentálneho vyčerpania. Je sýtený nielen osobnostnými charak-

teristikami, ale aj súborom negatívnych vplyvov prostredia a sociálnym prostredím. Je ovplyvňovaný dlhodobým zotrvávaním v situáciách, ktoré sú emocionálne mimoriadne náročné. Poschkamp (2013) uvádza, že dodnes neexistuje jednotná definícia pre syndróm vyhorenia. Podľa viacerých autorov existuje vyššie riziko vyhorenia u osôb, ktoré pracujú v oblasti s intenzívnymi sociálnymi kontaktmi. Okrem iného, vyhorenie znamená aj postupnú stratu energie a idealizmu ako následok zaužívaných pracovných podmienok, sklamáných očakávaní a vytriezvenie po počiatočnom veľkom nadšení.

Syndróm vyhorenia je nepochybne nemálo skúmanou témou aj pre jeho závažnosť v zmysle dôsledkov pre kvalitu života človeka. V dnešnej dobe pribúda čoraz viac ľudí, ktorí si myslia, že už ďalej nedokážu zvládnuť situácie v bežnom živote, ale najmä v práci. Sužuje ich únava, strach, niekedy pocit menejcennosti a celkové vyčerpanie. Ľudia sú frustrovaní, vystavovaní neprijemným situáciám, prichádzajú denne do styku s ľuďmi a práca sa stáva čím ďalej menej zvládnuteľnou. Tak po čase nastáva syndróm vyhorenia.

SYNDRÓM VYHORENIA A PRÍČINY JEHO VZNIKU

Do stavu syndrómu vyhorenia podľa Rabocha (2001) upadajú častejšie

ľudia, ktorí majú už predtým nedostatočné sebavedomie a súčasne vysokú potrebu kompenzácie tohto pocitu, ďalej osoby, ktoré sa nevedia vyrovnat' s neúspechom, ale aj ľudia, pre ktorých je ich práca náhradou za iné životné oblasti. Podľa kognitívnych prístupov dochádza k syndrómu vyhorenia u ľudí, ktorí sú úzko zameraní na cieľ. Voči syndrómu vyhorenia sú odolnejší ľudia, ktorí nepokladajú úspech za najvyššiu metú svojho života. Ide tu v podstate o to, aby človek nemal vytýčený bezprostredný cieľ, ktorý považuje za zmysel svojho života, ale mal by vidieť život v širšom zornom uhle (Křivohlavý, 2001). Ľudia, ktorí majú sklon k vyhoreniu, majú podľa Rusha (2003) mnoho spoločných črt:

- rozhodnosť - človek, ktorý sa nebojí rozhodovať, aj keď mu chýbajú informácie. V dôsledku toho nie sú jeho rozhodnutia najlepšie;
- pevná vôľa a odhodlanie - patria sem ľudia, ktorí sa neradi vzdávajú a priznávajú porážku. Za úspech drahो platia v telesnej a citovej oblasti, pretože v snahe niečo dosiahnuť, často prekračujú hranice svojich fyzických a emocionálnych možností;
- veľká sebadôvera - je jeden z dôvodov, prečo výkonní ľudia nežiadajú o pomoc, pretože sú presvedčení, že všetko zvládnu sami. Sú si veľmi istí svojimi schopnosťami, a preto majú

sklon spoliehať sa na svoj vlastný úsudok;

- vysoká cieľavedomosť - vytýčenie ťažko dosiahnuteľných až nereálnych cieľov, kedy sa ľudia v snahe o ich naplnenie často prepínajú. Ich energia im zvyčajne dovoľí dosiahnuť cieľ, ale platia za to fyzickým a emocionálnym vyčerpaním;
- vysoká súťaživosť - človek je za veľký úspech a víťazstvo zvyčajne ochotný zaplatiť akúkoľvek cenu. Tou najvyššou potom často býva práve vyhorenie.

Najsilnejším prvkom podieľajúcim sa na vzniku syndrómu vyhorenia, ktorý sa uvádza aj v literatúre, je nepochybne stres. Stres je priepasť, ktorá sa točí stále dookola a môže poškodiť naše duševné i telesné zdravie. Svoj pôvod má v latinском stringo, stringere, čo znamená utiahnuť, zovrieť.

Ak hovoríme o práci, resp. zamestnaní ako uvádza Stock (2010), rizikové faktory pre vznik syndrómu vyhorenia predstavujú zvýšená pracovná záťaž, nedostatok uznania (napr. nemožnosť osobného rozvoja, žiadne hodnotenie, nedostatočná spätná väzba a pod.), zlý kolektív (napr. konkurenčné situácie na pracovnej pôde, časté nedorozumenia a strata informácií, nevraživosť a nedôvera medzi kolegami, nevhodné pracovné podmienky a pod.), konflikt hodnôt (napr. porušovanie vlastných zásad, nestotožnenie sa so zmyslom

organizácie a pod.) rovnako ako aj emočné prežitky. Jedným zo spôsobov samotného pracovníka ako ochrana pred syndrómom vyhorenia môže byť schopnosť asertívneho správania. To znamená vedieť priamo vyjadriť svoje myšlienky, názory, pocity nie len pozitívne, ale aj negatívne a to takým spôsobom, aby nedošlo k porušeniu práv niekoho iného alebo jeho samého. Ako uvádza Hrušková (2010), asertívnym spôsobom dokáže človek požiadať druhého o láskavosť alebo pomoc bez toho, aby sa cítil trápne; dokáže sa vyrovnat' s kritikou; vie presadiť svoje požiadavky; dokáže načúvať druhému a vie robiť kompromisy, dokáže vyjadriť svoje názory a vie vecne a primerane reagovať. Ohrození syndrómom vyhorenia často bývajú mladí absolventi škôl, ktorí chcú v práci dosiahnuť čo najviac. Majú príliš vysoké očakávania a nároky, častokrát pracujú nad rámec svojich možností. Preto Křivohlavý (2012) odporúča tzv. výchovu a výcvik, kedy by mali byť títo pracovníci oboznámení v rámci prevencie o informáciách týkajúcich sa stresu a syndrómu vyhorenia. Perspektívni pracovníci by mali vedieť rozlišovať medzi týmito dvoma javmi. Mali by vedieť rozpoznať príznaky začínajúceho stresového stavu, psychického vyčerpania. Zároveň by mali byť oboznámení s možnosťami, ktoré dané pracovisko ponúka

pre zlepšenie pracovných podmienok s ohľadom na prevenciu stresu a syndrómu vyhorenia. Nesmieme opomenúť, že za syndrómom vyhorenia nemusí stáť vždy len zamestnanie. Aj v osobnom živote mnohokrát nastanú situácie, ktoré podnietia u človeka vznik tohto stavu. Najčastejšie sú tieto situácie spájané s rodinou jednotlivca, ktorá predstavuje základnú bunku spoločnosti. Konkrétne môže ísť o vzťahy medzi jednotlivými členmi rodiny alebo problémy, ktoré sa v rodine vyskytujú (napr. nepriaznivá finančná situácia, vážne ochorenie rodinného príslušníka, problémy v sexuálnej oblasti, rozvod, nepriaznivé bytové podmienky a pod.). Okrem rodiny môže na vznik syndrómu vyhorenia pôsobiť aj samotná spoločnosť, ktorá často určuje nepísané pravidlá, ktorými sa ľudia snažia riadiť.

Ak pátrame po príčinách vyhorenia, nájdeme rovnako ako pri vymedzení samotného slova vyhorenie rôzne objasňujúce prístupy. Keby sme zapálili oba konce sviečky, získali by sme tým dvakrát viac svetla. Sviečka však aj dvakrát rýchlejšie vyhorenie. Prostredníctvom tohto obrazu môžeme vidieť proces smerujúci k vyhoreniu. Ľudia, ktorí prechádzajú procesom vyhorenia, zisťujú, že zrazu všetka ich fyzická, duševná a emocionálna energia je spotrebovaná (Rush, 2003). Priež (2015) vo svojej najnovšej publikácii prináša

zaujímavé zistenie, že skutočnou príčinou vyhorenia nie je preťaženie a vyčerpanie, ale to, že v dôležitých oblastiach života nemáme zdravý vzťah k sebe a k ľuďom okolo seba. Nevedieme dialóg so svojím vnúťrom a stratili sme kontakt s tým, čo je našou podstatou. Prestávame žiť, len fungujeme. Syndróm vyhorenia je prejav dnešnej doby, ktorý musíme brať vážne.

PRÍZNAKY A FÁZY SYNDRÓMU VYHORENIA

Ako sme už spomínali, syndróm vyhorenia môže postihnúť kohokoľvek. Postihuje najčastejšie ľudí, ktorí chcú niečo dokázať. Existuje široké množstvo príznakov, ktoré by sa dali priradiť k syndrómu vyhorenia, a predsa nie sú presne ohraničené. Môže ísť o bežne sa vyskytujúce príznaky ako napr. bolesť hlavy až po stratu motivácie. Podľa Kallwassa (2007) ide o dlhý zoznam, ktorý zahŕňa približne 130 symptómov týkajúcich sa syndrómu vyhorenia. Medzi základné príznaky, na ktorých sa zhodujú viacerí autori, rovnako ako aj Nôtová a Páleníková (2003), môžeme zaradiť:

- psychická úroveň - hostilita, znížená motivácia a efektivita, zvýšené emočné úsilie, depresivita,
- fyzická úroveň - zvýšená únava, poruchy spánku, apatia, vyššie ri-

ziko vzniku závislosti, vegetatívne ťažkosti,

- sociálna úroveň - znížená empatia, znížený záujem o klientov, nechut' k profesii, častejšia prítomnosť konfliktov, celkové zníženie sociability. Nepretržitý stres, ktorý má vplyv na vznik syndrómu vyhorenia môže spôsobiť bolesti v krížoch, spomínané bolesti hlavy, migrény, bolesti chrbtice, nespavosť, nechutenstvo alebo naopak nadmernú chuť do jedla, vysoký krvný tlak, žalúdočné vredy, alergie, v najhoršom prípade môže dôjsť pod vplyvom stresu k infarktu myokardu a náhlej cievnej príhode. Laco (2011) rozlišuje telesné a psychické príznaky:

- telesné - celkový pokles energie, telesná slabosť, chronická únava, stuhnutosť svalov, výkyvy telesnej hmotnosti, žalúdočné a tráviace problémy, poruchy spánku a pod.,
- psychické - poznávací, rozumový - sem môžeme zaradiť stratu nadšenia, úzkosť, hnev, strach, smútok, stratu schopnosti pracovného nasadenia, zodpovednosti, negatívny postoj k inštitúcii, sebe samému, ale aj spoločnosti,
- emocionálna - pocit bezmocnosti, sklúčenosti, agresivity, nespokojnosti, pocit nedostatku uznania a pod. Medzi tri základné symptómy vyhorenia Stock (2010) uvádza vyčerpanie, pokles výkonnosti a odcudzenie:

- vyčerpanie - človek sa cíti fyzicky, ale aj emocionálne vysilený. Čo sa týka fyzickej stránky, môžeme sem zaradiť napr. nedostatok energie, slabosť, svalové napätie, poruchy spánku, poruchy pamäte a sústredenia, náchylnosť k nehodám ako aj náchylnosť k infekčným chorobám. K emocionálnej stránke môžeme zaradiť sklúčenosť, beznádej, pocity strachu, pocity prázdnoty, apatiu, stratu sebaovládania. Niektorí autori používajú aj výraz znechutenie;
- pokles výkonnosti - dochádza tu k nízkej efektivite, ktorá spočíva v tom, že človek stratil dôveru vo vlastné schopnosti a považuje sa za neschopného z profesionálneho hľadiska. Človek k vykonaniu určitej úlohy, ktorú inokedy bez problémov zvládol, potrebuje viac času aj energie. K prejavom poklesu výkonnosti zaraďujeme napr. stratu nadšenia, motivácie, pocity zlyhania, nespokojnosť s vlastným výkonom, nerozhodnosť, nižšiu produktivitu a vyššiu spotrebu času a energie;
- odcudzenie - človek, ktorý trpí syndrómom vyhorenia, začína mať ku svojej práci a ku svojmu okoliu ľahostajný postoj. Pojem odcudzenie predstavuje v súvislosti so syndrómom vyhorenia stratu idealizmu, záujmu a cieľavedomosti. Postupne sa vytráca počiatočné pracovné nadšenie a strieda ho cynizmus. K prejavom odcudzenia môžeme zaradiť negatívny postoj k životu a k sebe

samému, stratu sebaúcty, negatívny vzťah k práci a k ostatným ľuďom, pocit menejcennosti a stratu schopnosti nadväzovať vzťahy s inými ľuďmi.

Rovnako ako meteorológovia môžu rozpoznať určité známky ako varovanie o blížiacей sa búrke, rovnako dnes aj psychológovia môžu rozpoznať výstrahu blížiaceho sa hurikánu vo forme syndrómu vyhorenia. Vyhorenie je dlhodobý rozvíjajúci sa proces, ktorý pozostáva z niekoľkých fáz. Tak má toto ochorenie začiatok, priebeh a vrchol. Na základe toho môžeme definovať syndróm vyhorenia nie ako stav, ale ako neustále sa vyvíjajúci proces, ktorý môže trvať niekoľko mesiacov alebo rokov. Poschkamp (2013) uvádza päť nasledovných fáz syndrómu vyhorenia:

- nadšenie - práve tu sa spúšťa proces vyhorenia, kedy má človek hlavu plnú nápadov, prílišný záujem, prehnané očakávania a nereálne vytýčené ciele;
- šok z praxe - zidealizovaný obraz sa dostáva do rozporu s neuspokojivou realitou. Vlastné ideály stoja v rozpore k profesionálnej praxi. Človek môže mať pocit, že vzdelanie pre jeho povolanie bolo stratou času, rovnako sa môže objaviť depresívna nálada alebo agresívne správanie;
- únava - nadmerné množstvo práce, nedostatky v organizácii a otrávené sebazaprenie zapríčiňujú po-



kles pracovného výkonu, narastá pocit demotivácie a objavuje sa únava. Znížený pracovný výkon a určité vyhybanie sa predstavujú pre človeka defenzívnu stratégiu. Vyhorenie sa tak stáva neefektívnou odpoveďou na stres a záťaž;

- skleslosť - v tejto fáze dochádza k tzv. emocionálnemu splošteniu života. Ide o hlboké emočné vyčerpanie, ktoré sa prejavuje skleslosťou a emocionálnou hluchotou. Narastá tendencia izolovať sa a znižuje sa schopnosť pociťovať napr. radosť, strach, sexuálne vzrušenie atď. Mnohokrát majú tieto následky dopad na rodinné a partnerské vzťahy, kde môže dôjsť až ku kolapsu vzťahu;
- existenciálna beznádej - celkový proces vyhorenia zvyčajne sprevádzajú celkové psychosomatické ťažkosti. Môžu sa prejavovať poruchami spánku, náchylnosťou k infekciám, poruchami srdcového rytmu, bolesťami hlavy alebo záživacími problémami. Rovnako tu hrozí strata emocionálnej podpory zo strany kolegov, rodiny, priateľov, partnera ako dôsledok umocnený izoláciou, pričom môže dôjsť až k existenciálnemu zúfalstvu.

ZÁVER

Syndróm vyhorenia predstavuje hrozbu pre každého motivovaného a oduševneného pomáhajúceho. Ak pomáhajúci objaví vo svojom pre-

žívaní a správaní znaky syndrómu vyhorenia, nemusí ísť hneď o jeho zlyhanie. Naopak, ide o uvedomenie si tohto problému, ktorý môže byť výzvou pre ďalší osobnostný rast. Preto považujeme za potrebné mať dostatok informácií z oblasti danej problematiky a byť k sebe úprimný a byť otvorený k zmenám u seba aj u svojho okolia. Syndróm vyhorenia je výsledkom nahromadeného stresu, preto by sme sa mali snažiť stresu vyhýbať. Dá sa v dnešnej dobe vôbec žiť bez stresu? Pre túto možnosť Daniel (2002) uvádza osvojenie správnej hygieny života a prijatie životnej filozofie. K osvojeniu správnej hygieny môžeme zaradiť stravovanie, tzn. dbať na vyvážené stravovanie. Dobré vyvážená strava má zodpovedať každodennému energetickému výdaju a nemala by zvyšovať rezervy tuky. Mali by sme vedieť jesť rozumne, držať premyslené diéty, nie drastické atď. Ďalej môžeme k správnej hygieny zaradiť spánok. Pojem zlý spánok je príliš subjektívny. Čas, ktorý je potrebný pre spánok, je u každého iný, keďže niekto z nás potrebuje spať dlhšie, iný kratšie. Kvalitu spánku a čas pre neho určený môžeme považovať za dostatočné, ak sa jedinec prebúda spontánne bez ťažkostí, vstáva v dobrej forme a má pocit, že sa dobre vyspal. Prospešné je do nášho života zaradiť aj fyzickú aktivitu napr. beh, dlhú chôdzu, bicyklovanie, turistiku a pod. (Đuri-



cová, 2007). Dôležitou úlohou ako uvádza Cungi (2001), by malo byť vzdanie sa návykových látok, ktorými sa častokrát snažíme zvládať stres, a ktoré sú zdraviu škodlivé ako napr. cigarety, alkohol, káva, lieky alebo omamné prostriedky ako marihuana a omnoho nebezpečnejšie amfetamíny a kokaín. Čo sa týka životnej filozofie, mali by sme vedieť určiť svoje priority a vedieť definovať svoje možnosti. Kladený dôraz pri syndróme vyhorenia je aj samotná kvalita života a subjektívna pohoda. Subjektívna pohoda sa týka dvoch zložiek – kognitívnej a afektívnej. Kognitívnu zložku chápeme ako osobné hodnotenie osobnosti a hodnotením spokojnosti svojho života. Afektívnu zložku chápeme ako frekvenciu prežívania pozitívnych a negatívnych pocitov (Džuka, 2000).

Nie náhodou sa v názve syndrómu nachádza slovo vyhorenie. Vyhorieť môže len ten, kto „horí“, kto je zapálený, nadšený, nadchnutý, oduševnený, má veľký elán a silný vzťah k svojej práci. Môžeme ho prirovnať k dohorenej lampe, v ktorej došiel olej alebo k domu, ktorý vyhorel. Ak zistíme, že naše problémy vyplývajú zo syndrómu vyhorenia, treba si uvedomiť, že nejde o obyčajnú únavu, ale výsledok dlhodobého procesu, z ktorého sa človek lieči v lepšom prípade niekoľko mesiacov, v horšom prípade aj niekoľko

rokov. Preto je potrebné zamyslieť sa nad touto problematikou, odbúrať predsudky a strach, priznať si sám pred sebou problém, ak narazíme na podozrenie výskytu syndrómu vyhorenia v našom živote. Koľkokrát sme si povedali vetu „Ja už ďalej nevládzem.“, alebo „Je toho na mňa veľa, som na konci so silami.“ Niekedy tieto vety podceňujeme, nepripisujeme im váhu a myslíme si, že ide len o vyčerpanie. Veď každý má niekedy slabú chvíľu a nie sme predsa otrokmi, aby sme všetko zvládali. Povieme si, že sme momentálne v stresovej situácii a „vyspíme sa z toho.“ Je dôležité uvedomiť si, že aj tieto pre nás niekedy nevšedné vety môžu signalizovať hrozbu syndrómu vyhorenia, preto sa skúsme aj napriek uponáhľanej dobe občas zastaviť a vychutnať čaro všednosti.

ABSTRACT

Burnout syndrome is often confused with stress. While you can get stress under control, burnout has more serious implications. Generally, burnout is described as the state of total mental and physical exhaustion. The goal of this study is to provide a systematic overview related to burnout syndrome, to inform the public about causes, symptoms and risk elements causing burnout and phases of burnout. Another objective is to point out that burnout syndrome does not

relate only to an assisting profession or area of work but it can also occur in a personal life. Burnout syndrome is not a phenomena of the present day. It was first defined in the 70s of the 20th century and despite this we are witnessing an increase of the occurrence of the syndrome.

Key words: stress, burnout syndrome, prevention, assisting profession.

ZOZNAM

BIBLIOGRAFICKÝCH

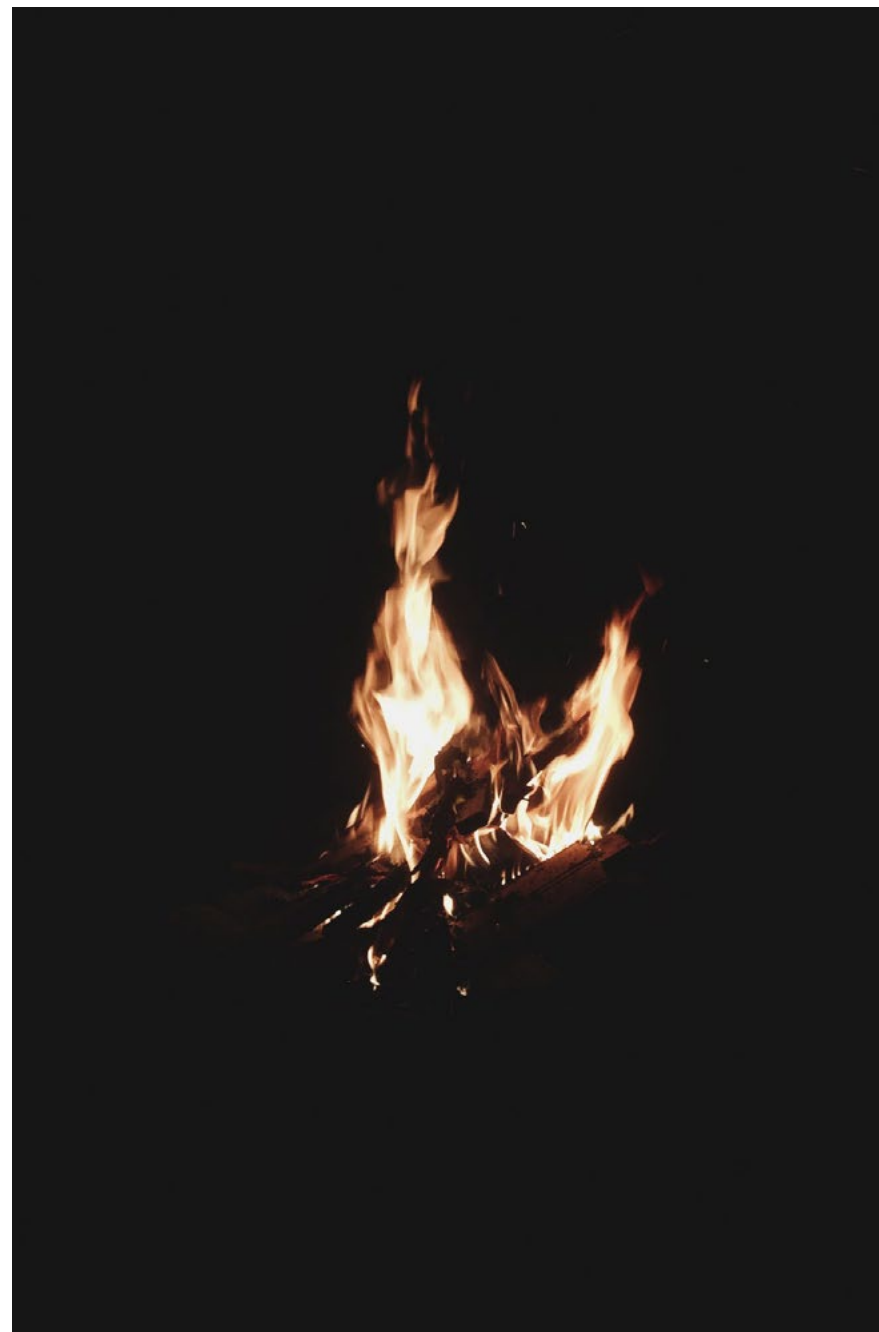
ODKAZOV

- Andrášiová, M. (2006). Syndróm vyhorenia v lekárskej praxi, možnosti jeho zvládania a prevencie. *Via practica*, 3, 559-561.
- Cungi, Ch. (2001). Jak zvládat stres. Praha: Portál.
- Daniel, J. (2002). Závažnosť a jej zvládanie v profesii učiteľa. *Pedagogická revue*, č. 1, 33-46.
- Ďuricová, L. (2007). Burnout syndróm vyhorenia a jeho súvislosti. *Vzdelávanie dospelých*, č. 4, 19-29.
- Džuka, J. (2012). Subjektívne hodnotenie kvality života : definícia, meranie a východiská ďalšieho výskumu. *Česko-slovenská psychologie*, č. 2, 148-156.
- Hrušková, R. (2010). Komunikačné a manažérske zručnosti. Košice: Technická univerzita.
- Kallwas, A. (2007). Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2001). Psychologie zdraví. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2012). Hořet, ale nevyhořet. Bratislava: Karmeliánske nakladateľstvo.

- Laca, P. (2011). Syndróm vyhorenia u ľudí pracujúcich v oblasti opatrovateľskej starostlivosti. In Laca, S., Dancák, P. a Laca P. (eds). *Spolupráca pomáhajúcich profesií v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety.
- Nôtová, P., a Páleníková, V. (2003). Syndróm vyhorenia – analýza pilotnej štúdie u zdravotníckych pracovníkov. *Psychiatria*, č. 10, 221-223.
- Poschkamp, T. (2013). Vyhoření. Rozpoznání, léčba, prevence. Praha: Albatros Media a.s.
- Prieß, M. (2015). Jak zvládnout syndrom vyhoření : Najděte cestu zpátky k sobě. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Raboch, J. (2001). Psychiatrie. Praha: Galén-Karolinum.
- Rush, M. D. (2003). Syndrom vyhoření. Praha: Návrat domů.
- Stock, Ch. (2010). Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada Publishing.

AUTORI:

Mgr. Lenka LUKÁČOVÁ
 & doc. PhDr. Alena BAŠISTOVÁ, PhD.
 Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty Pavla Jozefa Šafárika
 v Košiciach, Moyzesova 9,
 040 59 Košice
 e-mail: lukacova.lena@gmail.com



Autor fotografie: Ryan Mcgilchrist



TEORETICKÉ PRÍSPEVKY

Synestézie- definícia, charakteristika a diagnostické kritériá

Zuzana Lacušková

Abstrakt

V našom článku sa zaoberáme fenoménom synestézií, ktorý je v súčasnosti predmetom výskumu mnohých vedeckých pracovísk po celom svete. Ide o jav, pri ktorom spúšťací stimul vyvoláva okrem adekvátnej reakcie aj ďalšiu, dodatočnú reakciu, ktorá je jedinečná pre každého synestéta. Môže ísť o prepojenie zmyslových modalít, spúšťačom ale môže byť aj mentálny koncept či emócia. Vrodená forma synestézie pretrváva počas celého života jednotlivca, je konzistentná v čase a je plne automatická. Naša štúdia ponúka informácie o prevalencii, teóriách vzniku synestézií a synestetických tendenciách u nesynestétov.

Kľúčové slová: synestézia, prevalencia synestézií, diagnostické kritériá synestézií, teórie vzniku synestézií, synestetické tendencie.

DEFINÍCIA SYNESTÉZIE

Slovo synestézia pochádza z gréčtiny a vzniklo spojením slov syn = spolu a aesthesis = pocit, vnem (napr. Cytowic a Eagleman, 2009;

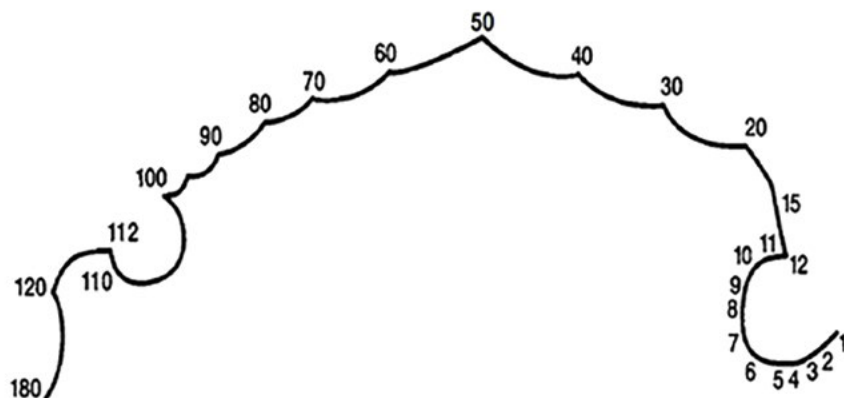
Cytowic, 2002; Honzák, 2010). Cytowic a Eagleman (2009) ju definujú ako vrodený jav, v ktorom spúšťajúci stimul evokuje automatické, mimo-

voľné, afektívne ladené a vedomé pociťovanie fyzickej alebo konceptuálnej vlastnosti, ktorá sa odlišuje od tej, ktorá ho vyvolala. Pri synestéziách teda podnet (napr. hudobný tón E) pôsobiaci na synestéta nevyvolá iba adekvátnu reakciu (sluchovú percepciu tónu), ale aj doplnkovú odpoveď (napr. automatickú a mimovoľnú percepciu zelenej farby). Ide o fenomén, ktorý sa podľa výskumu Simnerovej (2006) vyskytuje u približne 4,4 % ľudí, teda približne každý 23. človek by mohol byť synestétom.

PREVALENCIA SYNESTÉZIÍ

Synestézie sú zážitkom, ktorý sa prejavuje u každého synestéta odlišným spôsobom. Nielen, že existuje až 152 rôznych typov synestézií (Americká Synestetická Asociácia, 2004, in: Cytowic a Eagleman, 2009), ale u každého synestéta sú prejavy synestézií rôzne. Day (2005) uvádza, že najčastejšie sa vyskytujúcim typom synestézií sú grafémovo-farebné synestézie, ktoré sa vyskytujú až u 68,8 % synestétov. Sú fenoménom, pri ktorom určité číslce či písmená automaticky vyvolávajú percepciu určitej farby, napríklad číslo 9 môže byť pre synestéta vždy zelené a písmeno A červené. Simnerovej (2006) údaje však ukazujú, že najčastejšie sa vyskytujúcim typom synestézií sú dni v týždni-farba, ktoré sa vyskytli

u 2,8 % participantov jej výskumu. Pri tomto type synestézií dni v týždni u synestéta indikujú pociťovanie farieb, napr. pondelok je preňho vždy modrý, streda žltá, a podobne. Novšie výskumy prevalencie sa snažili zistiť výskyt synestézie vo väčších vzorkách (napr. Rouw a Scholte, 2016), alebo hľadali spoločne sa vyskytujúce typy synestézií (Novich, Cheng a Eagleman, 2011). Na území Slovenska sa výskumom prevalencie synestézií zaoberali Harvanová a Konrádová (2014), ktoré vo svojom pilotnom prieskume zistili, že v ich vzorke sa najčastejšie vyskytuje typ priestorovo-sekvenčných synestézií. Tento typ synestézií sa prejavuje tak, že u synestéta sú dni v týždni či mesiace alebo iné sekvencie, spojené s určitou lokáciou v priestore (viď. Obr. 1). Sekvencie môžu byť dvoj- alebo trojdimenzionálne usporiadané v priestore (Cytowic a Eagleman, 2009). Na vyššie uvedené prevalenčné štúdie nadviazali Harvanová (2016) a Lacušková (2016), ktoré realizovali viacfázový výskumný projekt. Z ich výsledkov vyplýva, že najčastejšie sa vyskytujúcimi typmi synestézií sú synestézie mesiace v roku-farba (prevalencia 4,45 % v rámci skúmanej vzorky), dni v týždni-farba a priestorovo-sekvenčné synestézie (oba druhy prevalencia 4,25 % v rámci skúmanej vzorky).



Obr. 1 Usporiadanie čísel u priestorovo-sekvenčného synestéta Francisa Galtona (Zdroj: Galton, 1880)

Najväčším problémom pri získavaní dát o prevalencii jednotlivých druhov synestézií a ich porovnávaní s inými autormi je okrem iného fakt, že všetci autori nenazerajú na problematiku rovnako. Niektorí autori popisujú synestézie ako jav, kedy pri stimulácii jednej zmyslovej modality (povedzme sluchu) dochádza k odpovedi v inej sensorickej modalite (napríklad v zraku; v tomto prípade by mohlo ísť o hudobno-farebné synestézie, pri ktorých hudobný vnem spôsobuje percipovanie farby; Eagleman et al., 2007). Cytowic a Eagleman (2009) však namietajú, že takto formulovaná definícia nemôže byť považovaná za dostatočujúcu. Vylučovala by totižto viaceré druhy synestézií, okrem spomínaných priestorovo-sekvenčných sy-

nestézií aj synestézie grafémovo-farebné, ktoré sú považované za jeden z najčastejšie sa vyskytujúcich druhov. Ako tvrdia Ward a Sagiv (2007), nie samotný tvar grafémy vyvoláva synestetickú reakciu, ale jeho mentálny koncept, teda reprezentácia podnetu v mysli. V jednoduchosti by sme to mohli vysvetliť tak, že napr. písmeno A má úplne iný tvar, keď ho napíšeme tlačným písmom a úplne iný tvar, pokiaľ ho napíšeme písmom písaným. U mnohých synestétov však obe varianty vyvolávajú rovnakú synestetickú reakciu (teda v prípade grafémovo-farebných synestétov má tlačné aj písané A rovnakú farbu). Dalo by sa teda usudzovať, že nie samotný tvar vyvolal synestetickú reakciu, ale až mentálny koncept tohto podnetu

písmena.

DEFINIČNÉ KRITÉRIÁ SYNESTÉZIÍ

Jednoznačne určiť kto je synestétom a kto už nie je pomerne náročné. V prvom rade treba poukázať na fakt, že ani vedci sa presne nezhodujú na tom, čo medzi synestézie patrí a čo už nie. Na to nadväzuje aj fakt, že aj v rámci jedného druhu synestézií existuje značné množstvo rozdielov – teda každý synestét je iný a aj jeho synestetické prežívanie je jedinečné (t.j. pre jedného synestéta môže byť A modré, pre iného červené). Cytowic (2002) sa preto pokúsil sformulovať diagnostické kritériá, ktoré by pomohli odlíšiť synestézie od iných javov, a to:

- Mimovoľnosť a automaticita synestézií.
- Konzistencia synestézií v čase.
- Zasadenie synestézií do priestoru.
- Zapamätateľnosť synestetických párov.
- Afektívne ladenie synestetického prežívania.

Za niekoľko rokov si však formulácia kritérií vyslúžila kritiku. Jednoznačne prijímané je iba prvé kritérium, ostatné nemusia nutne platiť pre všetkých synestétov, aj keď sa objavujú u väčšiny z nich vo väčšej či menšej miere (Hochel a Milán, 2008).

Kritérium automaticity a mimovoľnosti hovorí o tom, že synestetická reakcia sa objaví automaticky. Synestét nemusí vynakladať vôľové úsilie, aby sa synestetická reakcia dostavila (Cytowic, 2002). Kritérium konzistencie hovorí o tom, že synestetické „páry“ sa počas života menia iba minimálne, teda pokiaľ je písmeno A pre synestéta červené, bude červené aj o 10 či 20 rokov. Toto kritérium bolo doposiaľ považované za „zlaté“, teda na základe jeho splnenia alebo nesplnenia boli probandi zaradovaní do výskumov. Simner (2012) však hovorí aj o prípadoch synestétov, ktorých odpovede pri viacerých testovaniach nedosahujú extrémne vysoké hodnoty konzistencie (u synestétov sa väčšinou hodnoty konzistencie v čase blížila k 100%), avšak oproti nesynestétom dosahujú oveľa lepšie výsledky. Nemôžeme ich preto zaradiť ani k nesynestétom, ani k synestétom – uviazli niekde „medzi“. Dokonca existujú aj synestéti, ktorí tvrdia, že ich synestézie konzistentné nikdy neboli. Aj to je dôvod, prečo Simner (2012) naznačuje, že kritérium konzistentnosti by nemalo platiť bezpodmienečne a jeho význam v diagnostike by mal byť prehodnotený. Ani zasadenie synestézií do priestoru nemožno bez výhrad akceptovať ako kritérium hovoriace o prítomnosti či neprítomnosti synestézií. Keďže synestetické skúsenosti sú interindividuálne od-



lišné, existujú viaceré formy synestetického prežívania. Smilek a Dixon (in: Dixon et al., 2004) delia synestétov na projektorov a asociátorov. Projektori projikujú svoje synestetické odpovede na konkrétne miesto v priestore (napríklad na konkrétnu grafému), asociátori vnímajú svoje synestetické odpovede niekde vo svojom „vnútornom oku“ – každopádne v oboch prípadoch hovoríme o projekcii niekde do priestoru. Simner (2012) však uvádza, že existujú aj tzv. „know-associators“, ktorí jednoducho „vedia“, aká farba je s akou grafémou spojená, ale ich synestetická reakcia nemá žiadne umiestnenie s priestore, ani vo „vnútornom oku“. Zapamätateľnosť synestetických párov súvisí s ich konzistenciou a stabilitou v čase. Hochel a Milán (2008) uvádzajú, že napríklad číslícovo-farebné synestézie pomáhajú mnohým synestétom ľahšie si zapamätať telefónne čísla. Posledné kritérium – afektívne ladenie synestézií – hovorí o samotnom emocionálnom prežívaní synestéta. Synestéti zväčša prežívajú svoje synestézie ako niečo príjemné (Cytowic, 2002), avšak môžu sa spájať aj s negatívnymi emóciami. Jeden z prípadov môže nastať, pokiaľ sa reálny podnet nezhoduje so synestetickou odpoveďou (graféma je označená inou farbou, než je synestetická farba grafémy), pre synestéta je to často veľmi nepríjemné, „nesedí“

mu to. Navyše emócie môžu synestetické odpovede aj vyvolávať alebo môžu byť samé o sebe synestetickou odpoveďou (Cytowic a Eagleman, 2009).

TEÓRIE VZNIKU SYNESTÉZIÍ

Ako pri všetkých fenoménoch v psychológii, aj pri synestéziách si vedci kladú otázku či sú vrodené alebo naučené. Existujú argumenty pre obe alternatívy, dôležité je ale upozorniť na fakt, že výskyt vrodených synestézií v rodinách je pomerne vysoký. Barnett a kolektív (2008) vo svojom výskume zistili, že až 42% z ich participantov - synestétov - hovorí aspoň o jednom prvostupňovom príbuznom.

V súčasnosti existujú tri významné teórie, ktoré hovoria o vzniku synestézií. Teória zvýšeného počtu spojení v mozgu (cross-aktivácie) je reprezentovaná Maurerovou, Ramachandranom a Hubbardom. Maurer je autorkou teórie tzv. „neonátálnej synestézie“, ktorá tvrdí, že všetci sa rodia ako synestéti a synestézie sa počas prvých mesiacov života strácajú, čo potvrdili aj výskumy vykonávané na novorodencoch pomocou zobrazovacích techník (napr. Neville, 1995, podľa: Maurer a Mondloch, 2005). Na Maurer nadviazal Baron-Cohen (1996) a sformuloval tzv. Neonatálnu hypotézu, ktorá uvádza, že k diferenciácii zmyslov



dochádza až približne v štvrtom mesiaci života dieťaťa, dovtedy novorodenci reagujú nediferencovane na ľubovoľné senzorické vstupy. Teóriu cross-aktivácie sformulovali Ramachandran a Hubbard (2001), ktorí predpokladali, že miznutie neurálnych prepojení počas maturácie mozgu synestétov zlyháva a synestetické prepojenia u synestétov pretrvávajú do dospelosti, čo potvrdilo aj niekoľko výskumov využívajúcich neurozobrazovacie techniky (napr. Weiss, Ziller, Fink, 2005; Specht a Laeng, 2011; podľa: Hubbard, Brang, Ramachandran, 2011).

Grossenbacher (in: Cytowic a Eagleman, 2009) uvažuje trochu odlišne, keď tvrdí, že synestézie sú dôsledkom nedostatočnej inhibície medzi mozgovými oblasťami u synestétov (tzv. teória disinhibície). V mozgu nesynestéta je inhibícia a excitácia mozgu v rovnováhe, avšak v mozgu synestéta dochádza k nedostatku inhibičných reakcií, a preto vníma synesteticky. Grossenbacherovu teóriu potvrdzujú aj Cohen, Kadosh et al. (2009), ktorým sa pomocou post-hypnotickej sugescie podarilo vyvolať synestetické reakcie aj u vysoko hypnabilných študentov - nesynestétov. Autori preto predpokladajú, že hyperkonektivita je prítomná aj v mozgu nesynestétov, pretože nie je možné, aby sa v mozgu nesynestétov vytvorili v priebehu krátkého

času nové funkčné prepojenia, ktoré by vzápätí po odznení post-hypnotickej sugescie zanikli.

Teória nedostatku plasticity sa odvoláva na Hebbovské učenie a uvádza, že u synestétov dochádza k redukcii plasticity mozgu a teda spojenie, ktoré vzniklo na začiatku, je posilňované (napríklad pokiaľ je písmeno A dieťaťom videné ako červené, tak sa spojenie farby a grafémy posilňuje a vznikne z neho synestetické spojenie a pokiaľ písmeno A dieťa uvidí v zelenej farbe, tak sa spojenie medzi A a zelenou už neskôr nevytvorí). Táto teória zdôrazňuje úlohu učenia sa v procese vývinu (Cytowic a Eagleman, 2009).

SYNESTETICKÉ TENDENCIE U NESYNESTÉTOV

Vrodené synestézie sa objavujú od detstva a pretrvávajú celý život, zväčša v nemennej podobe. Existujú však aj tzv. získané synestézie, ktoré môžu byť spôsobné užívaním halucinogénnych drog (Aghajanian a Marek, 1999; podľa: Banissy, Walsh, Ward, 2009) alebo post-hypnotickou sugesciou (Cohen Kadosh et al., 2009).

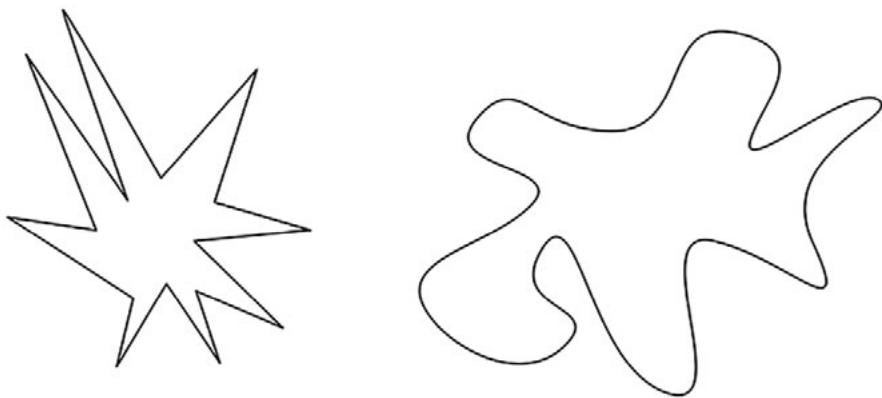
Aj bez ovplyvnenia určitou psychoaktívnou látkou alebo hypnózou však existujú určité synestetické tendencie, ktoré sa prejavujú u väčšiny ľudí. Dokázať tieto tendencie možno na základe experimentu Köhlera

(Cytowic a Eagleman, 2009). Participantom boli ukázané 2 obrazce – jeden bol zaoblený, druhý bol tvorený ostrými tvarmi. Úlohou participantov bolo k obrazcom priradiť názov – „bouba“ a „kiki“. Ľudia prejavili tendenciu nazývať ostrý tvar „kiki“ a zaoblený „bouba“ (Obr. 2). Tento jav je odôvodňovaný tým, že ostré tvary prvého obrázku ľuďom pripomínali zvuk slova „kiki“ a motorických pohybov pri vyslovovaní slova „kiki“. Na druhej strane vizuálne kontúry druhého obrázku sú podobnejšie zvuku a motorickým pohybom pri vyslovovaní slova „bouba“ (Cytowic a Eagleman, 2009).

ZÁVER

Synestézie sú fenoménom, ktorému je najmä v posledných dvoch de-

saťoch venovaná značná pozornosť. V minulosti však bol pohľad vedcov na synestézie až protikladný – mnohí synestetici boli považovaní za bláznov a ich výpovede bývali označené za klamstvá a výmysly (Ramachandran a Hubbard, 2001). V dnešnej dobe je už dokázané, že ide o reálny jav, čo dokladujú mnohé výskumy neurálnej aktivity mozgu, ktoré dokazujú, že v prípade synestetov nejde ani o predstavivosť, ani o výmysly. Konzistencia synestetického prežívania v čase zase dokazuje, že nemôže ísť ani o halucinácie. Na druhej strane ale existuje mnoho otázok, ktoré výskum tohto fenoménu otvára. V prvom rade otázka, čo vlastne synestézie sú, nie je stále zodpovedaná, pretože hranice medzi synestéziou a inými javmi nie



Obr. 2 Tvary, ku ktorým boli priradované názvy „bouba“ a „kiki“ (Zdroj: Ramachandran a Hubbard, 2001).

je striktne stanovená. V súčasnosti stále neexistuje jednotná teória etiológie synestézií, jednotná definícia, autori sa nezhodujú ani na diagnostických kritériách synestézií. K zodpovedaniu týchto otázok by mohol viesť ďalší výskum.

POĎAKOVANIE

Rada by som touto cestou poďakovala Mgr. Silvii Harvanovej za všetky cenné pripomienky k článku.

ABSTRACT

Our study concerns the synesthesia phenomenon, which nowadays constitutes a research subject of many scientific institutions all over the world. It is the phenomenon, where inducer evokes not only adequate reaction, but also an additional reaction unique for each synesthete. It could be represented by interconnectivity of senses, but an inducer could be also a mental concept or emotion. Congenital synesthesia form is a hereditary condition, which lasts the whole life of a person, is consistent over time and is automatic. Our study reviews the information about prevalence, theories of synesthesia and about synesthetic

tendencies in nonsynesthetes.

Key words: *synesthesia, prevalence of synesthesia, diagnostic criteria of synesthesia, theories of synesthesia, synesthetic tendencies.*

ZOZNAM

BIBLIOGRAFICKÝCH

ODKAZOV

- Banissy, M. J., Walsh, V., a Ward, J. (2009). Enhanced sensory perception in synaesthesia. *Exp Brain Res*, 196(4).
- Barnett, K. J. et al. (2008). Familial patterns and the origins of individual differences in synaesthesia. *Cognition*, 106(2), 871 – 893.
- Cohen Kadosh, R. et al. (2009). Induced cross-modal synaesthetic experience without abnormal neuronal connections. *Psychological Science*, 20(2), 484 – 491.
- Cytowic, R. E. (2002). *Touching tastes, seeing smells – and Shaking Up Brain Science*. Cerebrum, 4(2).
- Cytowic, R. E., a Eagleman, D. M. (2009). *Wednesday is indigo blue*. Cambridge: The MIT Press.
- Day, S. (2005). Some demographic and Socio-cultural Aspects of Synesthesia. In L. C. Robertson a N. Sagiv (Eds.), *Synesthesia: Perspectives from Cognitive Neuroscience* (pp. 11 – 33). New York: Oxford University Press.
- Dixon, M. J., Smilek, D., a Merikle, P. M. (2004). Not all synaesthetes are created equal: Projector versus associator synaesthetes. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 4(3).
- Eagleman, D. M., Kagan, A. D., Nelson, S. S., Sagaram, D., a Sarma, A. K. (2007). A standardized test battery for the study of Synesthesia. *Journal of Neuroscience Methods*, 159(1).

- Harvanová, S., a Konrádová, L. (2014). Výskum synestézií a latentnej synestetickkej kapacity človeka. *Psychologica* 42 (pp. 177 – 186). Nové Zámky: Psychoprof.
- Harvanová, S. (2016). Synestézia v kontexte definičných a diagnostických charakteristík: dizertačná práca. Bratislava: UK.
- Hochel, M., a Milán, E. G. (2008). Synaesthesia: The existing state of affairs. *Cognitive Neuropsychology*, 25(1).
- Honzák, R. (2010). Synestezie: Přehled současných poznatků. *Psychiatrie pro praxi*, 11(4).
- Hubbard, E. M., Brang, D., a Ramachandran, V. S. (2011). The cross-activation theory at 10. *Journal of Neuropsychology*, 5(2), 152 – 177.
- Lacuškova, Z. (2016). Výskum prevalence synestézie v kontexte jej diagnostických kritérií: diplomová práca. Bratislava: UK.
- Mattingley, J. B. (2009). Attention, Automacity, and Awareness in Synesthesia. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156(1).
- Maurer, D., a Mondloch, C. J. (2005). Neonatal Synesthesia: A reevaluation. In L. C. Robertson a N. Sagiv (Eds.), *Synesthesia: Perspectives from Cognitive Neuroscience* (pp. 193 – 213). New York: Oxford University Press.
- Ramachandran, V. S., a Brang, D. (2008). Tactile-emotion synesthesia. *Neurocase*, 14(5).
- Ramachandran, V. S., a Hubbard, E. M. (2001). Synaesthesia – A Window Into Perception, Thought and Language. *Journal of Consciousness Studies*, 8(12).
- Sacks, O. (2008). *Musicophilia: Tales of Music and the Brain*. New York : Picador.
- Simner, J. (2012). Defining Synaesthesia. *British Journal of Psychology*, 103(1).
- Simner, J., Mulvenna, C., Sagiv, N., Tsakanikos, E., Witherby, S. A., Fraser, C.,... Ward, J. (2006). Synaesthesia: The prevalence of atypical crossmodal experiences. *Perception*, 35(8).
- Ward, J., a Sagiv, N. (2007). Synaesthesia for Finger Counting and Dice Patterns: Higher Synaesthesia? *Neurocase*, 13(2).

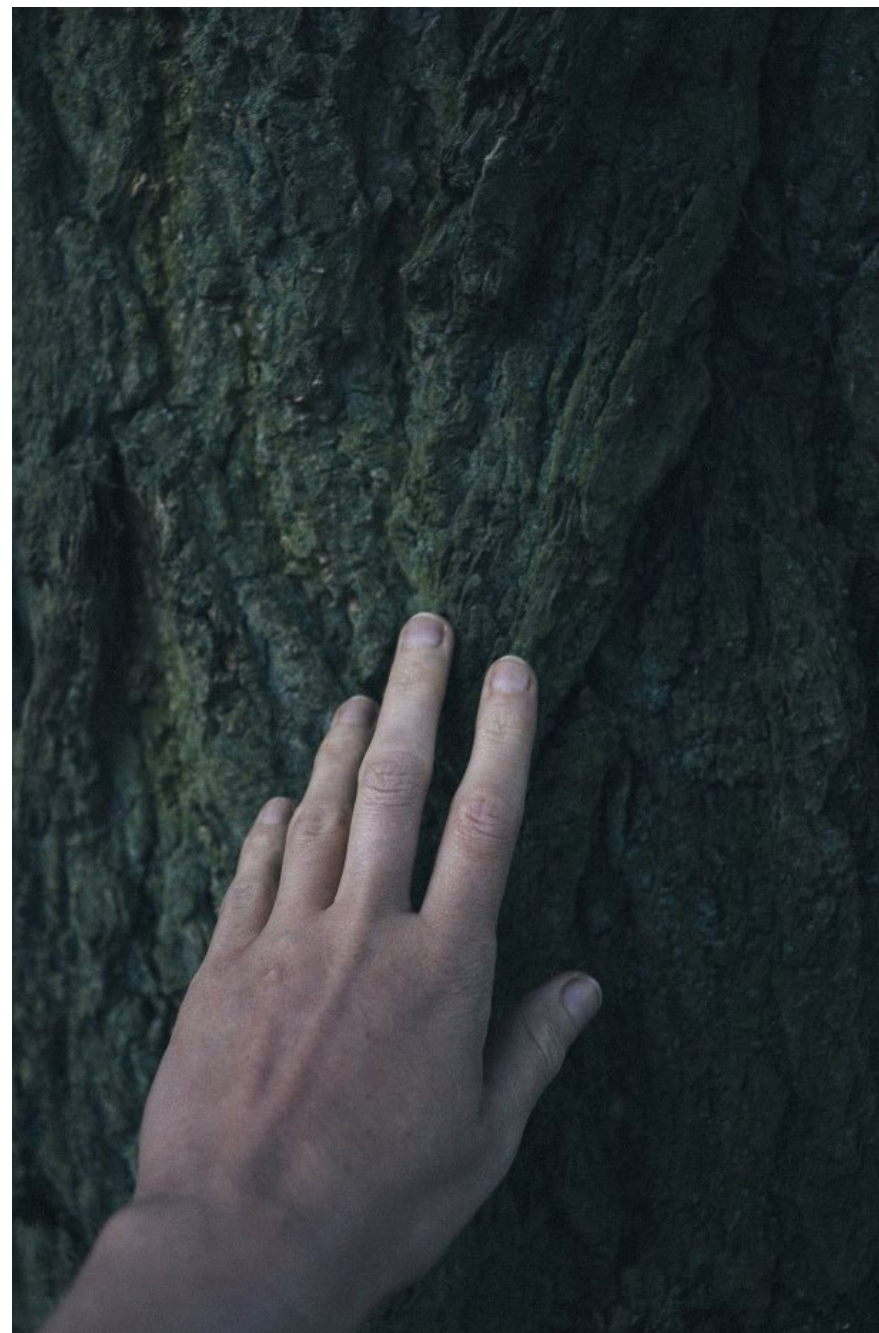
AUTOR:

Mgr. Zuzana LACUŠKOVÁ

Referát poradensko-psychologických služieb

Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny Topolčany

e-mail: zlacuskova@gmail.com



Autor fotografie: Igor Trepeshchenok



ČO ROBIŤ KEĎ...?

Čo robiť, aby nám motivácia pre prácu nevyhasla

Michaela Ptáková & Silvia Hojerová

Oheň je dobrý sluha, no zlý pán. Rovnaký princíp sa uplatňuje aj pri nadšencoch, ktorí vykonávajú svoju prácu so zapálením, s oduševneným zánie-
tením a s veľkým elánom. Spočiatku im práca prináša radosť, uspokojuje
ich potreby a motivuje ich k zdolávaniu aj tých najnáročnejších pracovných
povinností a úloh. Prvotné idealistické nadšenie vedie k preťažovaniu –
prepínaniu svojich fyzických i psychických síl, zanedbávaniu starostlivosti
o svoje zdravie, objavuje sa vyčerpanie, strata záujmu o prácu. Na prvý po-
hľad nenápadne, postupne dochádza ku vzniku a k rozvoju syndrómu vyho-
renia (burnout syndrómu). Burnout sa najčastejšie objavuje u pracovníkov
tzv. pomáhajúcich profesií (napr. lekári, zdravotné sestry; pedagogickí pra-
covníci; sociálni pracovníci; psychológovia). Cieľom príspevku je upriamiť
pozornosť na týchto obetavých ľudí, ktorí pomáhajú druhým, no sami často-
krát o pomoc nepožiadajú. Článok obsahuje informácie týkajúce sa objave-
nia syndrómu vyhorenia, popisu príznakov, rizikových faktorov, ako aj po-
pis cesty od diagnostikovania syndrómu vyhorenia k liečbe a k zachovaniu
mentálneho zdravia za pomoci preventívnych opatrení.

SYNDRÓM VYHORENIA (BUR- NOUT) A JEHO OBJAVENIE

Ako prvý na syndróm vyhorenia
upozornil americký psychoanalytik

Herbert Freudenberger (1974), keď
v článku Staff Burn-Out v časopise
Journal of Social Issues opísal pre-
jav syndrómu vyhorenia, čo vedie
k jeho vzniku a ako sa pred jeho



Autor fotografie: Jake Melara

výskytom chrániť (podľa Reinardy, 2007).

Ako uvádza Drotárová v Psychologickej revue (2006), Freudemberger definoval burnout ako „stav vyčerpania, ktorý je reakciou na emocionálne preťaženie súvisiace so špecifickou záťažou, ku ktorej dochádza v emočne exponovaných profesiách ako je zdravotníctvo, školstvo, sociálne služby a pod.“ (Drotárová, 2006, s. 89).

Zásluhy na objavení burnout syndrómu sa pripisujú aj americkej sociálnej psychologickej Ch. Maslachovej. Maslachová opísala burnout syndróm v súvislosti s jej sledovaním stratégií zvládania stresu u pracovníkov vybraných pomáhajúcich profesií. Pozornosť upriamila prevažne na lekárov, zdravotné sestry, psychiatrov, pracovníkov hospicovej starostlivosti (Schaufeli, Leiter, Maslach, 2008).

Objavenie burnout syndrómu spustilo lavínu obáv z narastajúceho počtu jej obetí. V roku 1979, McGuire, prezident Národnej vzdelávacej asociácie, označil syndróm vyhorenia ako „hlavnú novú chorobu postihujúcu učiteľské povolanie“ a dodal, že „hrozí, že dosiahne epidemické rozmery“ (podľa Gold, Roth, 2003, s. 34).

Národné centrum zdravotníckych informácií zverejnilo aktuálnu verziu (2016) Medzinárodnej klasifikácii chorôb – MKCH-10. V tomto

zozname chorôb je syndróm vyhorenia (burnout) zaradený medzi „Problémy súvisiace s ťažkosťami v usporiadaní života“. Pre porovnanie, do tejto kategórie problémov patria aj ťažkosti ako napr. nedostatok odpočinku a voľného času alebo stav kompletného vyčerpania.

V rámci tejto témy sme ako odborníka z praxe oslovili klinickú psychologičku PhDr. Ivetu Šefarovú. Na úvod nás zaujímalo, čo privádza ľudí trpiacich syndrómom vyhorenia do jej ambulancie? „Nie je bežnou praxou, že ľudia vyhľadávajú pomoc s odôvodnením, že sú vyhorení. Aj keď sa o syndróme vyhorenia hovorí aj v laickej verejnosti, nestretávam sa s tým, že by to vnímali ako dôvod k návšteve psychológa. Skôr prichádzajú so symptómami, ktoré syndróm vyhorenia môžu sprevádzať. Sťažujú sa napr. na poruchy spánku vrátane somatických ťažkostí, ako sú bolesti hlavy, problémy s trávením, krvným tlakom ap. Niektorí pociťujú nadmernú únavu a pokles výkonu či stratu záujmu o svoju prácu, problémy so sústredením, negatívne pocity - nespokojnosť, dysfóriu až hostilitu či úzkosť a depresívne prežívanie, neschopnosť uvoľniť sa, prípadne zníženie sebadôvery a konflikty v medziľudských vzťahoch.“

Ak človek začne pociťovať príznaky syndrómu vyhorenia, aká je prvá pomoc? Je potrebné vždy vyhľadať

odbornú pomoc? PhDr. Iveta Šefarová odpovedá: „Syndróm vyhorenia nevzniká zo dňa na deň, nie je to jednorazová záležitosť, ale vzniká pomaly, aj niekoľko rokov. Ťažko sa dá hovoriť o prvej pomoci. Väčšinou ide o dlhodobý proces, typická je dlhodobá nespokojnosť v práci, človeka všetko obťažuje. Pochybuje o výbere svojho povolania a rozmyšľa nad zmenou zamestnania. To nebýva dôvod k vyhľadaniu psycho-terapeutickej pomoci. Je tendencia počiatočné príznaky syndrómu vyhorenia zanedbávať a vážnosť príznakov nebrať na vedomie. Okrem toho obraz vyhorenia má individuálny charakter, takže aj riešenie nie je všeobecne platné. Vyhľadať odbornú pomoc nie je potrebné, ale určite to môže byť užitočné. Postihnutí môžu aj bez odbornej pomoci zmeniť štýl života, zmeniť charakter zamestnania, miesto v rámci odboru alebo si nájsť nové zamestnanie. Užitočné je navštíviť praktického lekára, ktorý môže pomôcť s ľahšími stavmi alebo odporučiť k psychiatrovi či klinickému psychológovi, ktorí môžu poskytnúť ďalšie možnosti, ako sa tohto ochorenia zbaviť. Lekár môže tiež odporučiť neurologické alebo endokrinologické vyšetrenie z dôvodu vylúčenia telesných ochorení.“

Ako odlíšiť prejavy syndrómu vyhorenia od iných psychických problémov? Odlíšenie prejavov burnout

syndrómu od iných psychických problémov nemusí byť vždy jednoduché. Na túto skutočnosť upozornil už v roku 1978 Bloch, americký psychiater z Kalifornskej univerzity v Los Angeles), ktorý prirovnal prejavy burnoutu k príznakom neuróz. U vyšetrených osôb (učiteľov) zaznamenal, že sa sťažovali na pocity úzkosti, neistoty, bolesti hlavy, vredy, hypertenziu, podráždenosť, únavu a že sa odvolávali na bojové zóny školy (Gold, Roth, 2003).

K odlíšeniu syndrómu vyhorenia je nápomocná psychodiagnostika, ktorá spočíva najmä v používaní testových a dotazníkových metód. Křivohlavý (1998) uvádza napr. nasledujúce psychodiagnostické metódy:

MBI - Metóda Maslach Burnout Inventory (Maslachová, Jackson, 1981) je najčastejšie používanou metódou na odborné vyšetrenie syndrómu vyhorenia. Faktorová analýza tejto metódy preukázala, že meria tri faktory: emocionálne vyčerpanie, depersonalizáciu a zníženú výkonnosť, pričom prvé dva faktory korelujú s vyhorením pozitívne a tretí faktor negatívne.

Orientačný dotazník (Hawkins, Minirth, Maier a Thursman, 1990) je metóda vhodná pre každého, kto si chce sám zistiť svoj stav. Jeho pozitívum tkvie v tom, že psychické vyhorenie rešpektuje ako proces, nie ako momentálny stav. Dotazník sa skla-



dá z 24 tvrdení, na ktoré sa odpovedá áno - nie. Ak je väčšina odpovedí „áno“, u človeka je pravdepodobný výskyt syndrómu vyhorenia.

Dotazník psychického vyhorenia (Pines, Aronson, 1980) je zameraný na tri aspekty celkového vyčerpania, ktorými sú pocity fyzického, emocionálneho a duševného vyčerpania. Sémantický diferenciál, v ktorom sa pracuje s tzv. bipolárnymi adjektívami (priateľský – nepriateľský).

Odbornícky sme sa opýtali, aké diagnostické metódy používa na zisťovanie syndrómu vyhorenia najčastejšie ona sama. „Existujú mnohé diagnostické nástroje používané k diagnostike syndrómu vyhorenia, ale myslím si, že sa skôr používajú vo výskumnej praxi, než v klinickej. Ja dávam prednosť rozhovoru a zameriavam pozornosť na oblasť postoja k práci, vnímaniu jej významu a zmysluplnosti, prekážok v pracovnom procese, naplnení očakávaní, možnostiam ovplyvňovať zmeny v pracovnom procese, dostatku ocenenia, vzťahom a atmosfére na pracovisku. Cieľom otázok je ozrejmiť si význam práce z hľadiska zmyslu života klienta, detekovať ciele, ktoré chce klient dosiahnuť. Korene vyhorenia môžu byť už v samotnom výbere povolania a diskrepancii s cieľmi, ktoré si klient stanovil.“

Medzi najznámejšie používané dotazníky patrí Maslachovej dotazník vyhorenia. Autorka dotazníka

Maslachová, ktorá sa venovala vyhoreniu v zdravotníctve, sa v súčasnosti v súvislosti s vyhorením venuje skúmaniu angažovanosti pracovníkov a formám jej podpory. Dotazník Burnout-screening-Skalen (BOSS) je zameraný na vznik syndrómu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách. Prvá časť dotazníka obsahuje položky o záťaži v rámci povolania, vlastnej osoby, rodiny a priateľov. Druhá časť sa týka telesných, kognitívnych a emocionálnych ťažkostí.

Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) je podobný Maslachovej dotazníku, meria však fyzické vyčerpanie, energiu a mieru angažovanosti. Okrem afektívnych aspektov vyčerpania sleduje aj fyzické a kognitívne aspekty a to umožňuje použitie nástroja pre pracovníkov, ktorí vykonávajú fyzickú prácu, aj tých, ktorých úlohou je hlavne spracovanie informácií (akademický kontext). Existuje množstvo ďalších dotazníkov, ktoré sa používajú sporadicky. Syndróm vyhorenia sa prejavuje škálou rôznorodých zmien v prežívaní a v správaní človeka. V roku 1996, nemeckí autori Henning-Keller, spísali zoznam prejavov syndrómu vyhorenia, ktoré rozdelili do štyroch rovín (duševná; citová; telesná; sociálna). Henning a Keller (1996, s.18) klasifikovali tieto príznaky burnout syndrómu v rovinách:



„Duševná - negatívny obraz vlastných schopností, strata sebadôvery; negatívny až cynický postoj voči žiakom alebo ich rodičom; strata záujmu o dianie vo vlastnom profesnom odbore; problémy so sústredením; únik od reality.

Citová rovina - podráždenosť a impulzívne správanie; nervozita a vnútorné napätie; citová vyčerpanosť; sklúčenosť, pocit bezmocnosti; sebalútosť, pocit beznádeje; strata radosti z práce; pocit nedocenenia.

Telesná rovina - rýchla unaviteľnosť; zvýšená náchylnosť k chorobám; vegetatívne ťažkosti (srdce, dýchanie, trávenie); bolesti hlavy; poruchy spánku; vysoký krvný tlak; svalové napätie (stuhnutý krk, ramená, bolesti chrbtového svaly); závrate a pocity nevoľnosti; poruchy chuti do jedla.

Sociálna rovina - pokles výchovnej angažovanosti; obmedzenie kontaktov s kolegami i priateľmi; problémy v rodine a v súkromnom živote; zanedbávanie svojich záľub a koníčkov“ (Henning, Keller, 1996).

Čo by ste odporučili rodine, ktorá chce pomôcť svojmu blízkemu, u ktorého spozorovala zmeny v správaní typické pre syndróm vyhorenia, no nevie ako? PhDr. Iveta Šefarová radí: „Keďže ide o syndróm viazaný na prácu, sú možnosti rodiny obmedzené. Myslím si, že je dôležité, aby si v prvom rade postihnutý sám uvedomil potrebu pomo-

ci a nutnosť pracovať na sebe. Členovia rodiny môžu postihnutému poskytnúť „sociálnu oporu“ ako dôležitý preventívny činiteľ, ktorý ovplyvňuje rezistenciu človeka voči stresu či vyhoreniu.“

SYNDRÓM VYHORENIA A JEHO RIZIKOVÉ FAKTORY

Najčastejšie príčiny vzniku burnotu syndrómu sa viažu k pracovnému životu. Náročné podmienky, súťaživé pracovné prostredie či strach o pozíciu vedú k stresu a zvyšujú riziko výskytu burnoutu (Stock, 2010). Na základe prehlásenia agentúry OSHA (Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci) Stock (2010) medzi rizikové faktory burnotu zaraďuje:

neistota pracovných pomerov spojená s nestabilitou na trhu práce, obavy zo straty pracovného miesta; rastúca náchylnosť k stresu v súvislosti s globalizáciou, napr. neistota a strach spôsobené presúvaním pracovných miest do zahraničia; úbytok istôt v dôsledku nových foriem pracovných zmlúv, napr. zníženie ochrany proti výpovedi, krátenie dovolenky, viac nadčasov, práca na skrátený úväzok a zmluvy na dobu určitú; dlhá pracovná doba a rastúca intenzita práce (nárast produktivity a následne „zhustenie“ pracovnej náplne);



„zoštíhlenie“ spoločnosti a outsourcing (rušenie pracovných miest a oddelení); rastúca emocionálna náročnosť práce (vyžaduje stále vyšší stupeň sociálnych / emocionálnych kompetencií; v dôsledku sociálnych zmien sa práca s klientmi stáva náročnejšia, čo potvrdzujú i pedagógovia či sociálni pracovníci); nezlučiteľnosť zamestnania a súkromného života (Stock, 2010, s. 32). Našej odborníčky z praxe sme sa opýtali, ktoré psychoterapeutické metódy používa pri liečbe klientov trpiacich syndrómom vyhorenia? Ktoré z nich sa najviac osvedčili u Vašich klientov? „Pre syndróm vyhorenia neexistuje jednotná definícia, syndróm vyhorenia. Závisí na mnohých faktoroch a u každého sa môže prejavovať inak a v inej miere, čo ovplyvňuje aj zameranie psychoterapeutického procesu. Najdôležitejším znakom je chronický stres a nerovnováha medzi profesijným očakávaním a profesijnou realitou, medzi ideálmi a skutočnosťou. Psychoterapia syndrómu vyhorenia je náročný a dlhodobý proces a súvisí s aktuálnymi vyskytujúcimi sa symptómami. V psychoterapii sa klient učí prehodnotiť svoj životný štýl a hodnotový rebríček, postoj k práci, vnímať hranice práce a hľadať rovnováhu medzi pracovným a osobným životom, s dôrazom na psychohygienu, venovanie sa záuj-

mom ako zdroju regenerácie, uvedomovanie si dôležitosti rodiny, kontaktu s kolegami v práci, priateľmi. Učí sa vnímať svoje silné a slabé stránky, vlastné potreby, realisticky nazerať na nároky voči sebe. Sebapoznanie napomáha vyrovnať sa s problémami. Dôležité je stanoviť si priority, dobrá organizácia času a plánovanie aktivít, ale aj vzdelávanie a rast kompetencií majú vplyv na zvýšenie sebadôvery a riešenie syndrómu vyhorenia.

V psychoterapii je dôležitá práca s emóciami, ich reflexia a vyjadrovanie, práca s hnevom, úzkosťou, príp. strachom. Jedným z dôležitých prostriedkov sú aj relaxačné cvičenia, príp. biofeedback. Klient sám by v rámci zmeny životného štýlu mal dbať na zdravý spánok, pohybové aktivity.

Psychoterapia sama nemôže byť dostatočne účinná bez zmien v pracovnej oblasti, zníženia miery pracovnej záťaže. Žiaľ na zmeny v organizácii, ktoré by mali preventívny účinok, nemáme ako psychoterapeuti dosah. Jedným z prostriedkov zmeny by mohla byť supervízia organizácie, avšak existuje málo organizácií, kde je tento typ supervízie uplatňovaný.“

Křivohlavý (1998) podáva ucelený prehľad o tom, v ktorých zamestnaniach sa u pracovníkov najčastejšie rozvinie syndróm vyhorenia. Ide o pracovníkov z radov:



zdravotníctva – najmä zdravotné sestry v hospicoch, na onkologických oddeleniach či na oddeleniach intenzívnej starostlivosti, lekári, ale aj ďalší zdravotnícky pracovníci.

školy – učitelia všetkých stupňov, zvlášť rizikovou skupinou sú učitelia pracujúci s psychiatricky postihnutými deťmi.

hospodárstva a administratívy – vyššia miera burnoutu bola preukázaná u vedúcich pracovníkov a administratívnych pracovníkov, ktorí prichádzajú do osobného kontaktu s rôznymi ľuďmi.

sociálnej starostlivosti a sociálnych služieb – napr. sociálne pracovníčky, poradcovia sociálnych služieb, sociálni kurátori, pracovníci väzenskej služby, príslušníci kriminálnych služieb, polície atď. (Křivohlavý, 1998). Syndrómu vyhorenia je možné pomerne úspešne prechádzať dodržiavaním určitých preventívnych opatrení.

Aké preventívne kroky proti syndrómu vyhorenia existujú a ktoré z nich oslovená odborníčka z praxe pokladá za najúčinnnejšie? „Možnosti prevencie som naznačila už v predchádzajúcej odpovedi. Neexistuje žiadne pravidlo, ktoré by poskytlo odpoveď na otázku, prečo jeden človek vyhorí a iný nie. S tým súvisí aj prevencia. Keďže však nedostatok voľného času, relaxu a odpočinku pozitívne koreluje s burnoutom, sú vo všeobecnosti veľmi

dôležitými faktormi prevencie práve oddelenie osobného života od pracovného, rovnováha a vyváženosť medzi prácou a voľným časom, jeho adekvátne trávenie, kontakt s rodinou, priateľmi, dostatok sociálnej podpory. Významné miesto má aktívny oddych, šport, dôležitý je humor, dostatok spánku, udržiavanie dobrých medziľudských vzťahov na pracovisku. Pri syndróme vyhorenia sú dôležité postoje jednotlivca a tiež to, či pripisuje vyhorenie vonkajším vplyvom alebo sebe samému. V práci je dôležité vyhýbať sa stereotypu, meniť pracovné postupy, zabezpečiť si adekvátnu spätnú väzbu.“

Už v úvode sme si kladli otázku: čo robiť preto, aby nám náš oheň nevyhasol? Odpoveď je jednoznačná: Prikladať! Jedným zo spôsobov ako to dosiahnuť je radovať sa napriek všetkému. V rámci tejto myšlienky odporúčame knihu, od svetoznámeho psychiatra V. E. Frankla Napriek všetkému povedať životu áno (1998), v ktorej rozpráva o svojich zážitkoch z koncentračného tábora. Aj stará židovská poviedka hovorí o tom, ako psychicky nevyhoriť. Chudobný Jakob sa sťažoval rabbiemu Ebimelechovi v akej biede žije. Má 12 detí a v dome majú k dispozícii len malú miestnosť. Rabbi sa ho opýtal, či má kozu. Keď zistil, že má aj kozlaťa, poradil mu, aby presťahoval kozu aj s kozlatami do miestnosti, kde s rodinou býva



a vráti sa za dva týždne. Jakob sa vrátil a bedákal nad tým, aké je to strašné a že sa takto nedá žiť. Rabbi mu poradil, aby si do miestnosti ešte nastáhoval králiky a vrátil sa opäť o 14 dní. Jakob nevedel ani slovami opísať, aké strašné boli tie dva týždne. A tu mu múdry rabbi povedal, aby sa vrátil domov, kozu aj králiky vrátil do ohrádok a o týždeň sa stretli. Jakob žiaril, pochoval si, aké je to u nich doma teraz krásne, že majú podstatne viac miesta a že sú všetci šťastní. (Křivohlavý, 1998).

ZOZNAM

BIBLIOGRAFICKÝCH

ODKAZOV

- FRANKL, V. E. 1998. *Napriek všetkému povedať životu áno*. Bratislava: Slovenský spisovateľ, 1998.
- GOLD, Y. - ROTH, R. 2003. *Teachers Managing Stress and Preventing Burnout: The Professional Health Solutions*. [online]. London : Routledge-Falmer, 2003. [2016-03-10]. Dostupné na: <http://books.google.sk/books?id=nuXPUmJJ0qkC&printsec=frontcover&hl=sk&source=gbs_ge_summery_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>
- HENNING, C. - KELLER, G. 1996. *Antistresový program pro učitele: Projevy, příčiny a způsoby překonání stresu z povolání*. Praha: Portál, 1996.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing, 1998.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2012. *Horieť, ale nevyhorieť*. Bratislava: Karmelitánske nakladateľstvo, 2012.
- KUBÁNI, V. 2006. *Psychologické dimenzie kvality života*. [online]. Prešov

: Prešovská univerzita, september 2006. [citované 2016-03-10]. Dostupné na: <<http://www.pulib.sk/elpub2/FHPV/Kubani2/>>

- NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. 2016. *Medzinárodná klasifikácia chorôb*. [citované 2016-03-10]. Dostupné na: <http://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/Medzinarodna-klasifikacia-chorob-MKCH-10.aspx>
- REINARDY, S. 2007. *Burnout on the rise, eroding young journalists' career commitment*. In *Newspaper journalism in crisis*. [online]. XII. roč., č. 1/2007. [citované 2016-03-10]. s. 6. Dostupné na: <http://citation.allacademic.com/meta/p_mla_apa_research_citation/2/0/3/4/5/pages203458/p203458-27.php>
- SCHAUFELI, B. W. - LEITER, P. M. - MASLACH, Ch. 2008. *Burnout: 35 years of research and practice*. In *International Journal of Career Management*. [online]. XIV roč., č. 3/2009. [citované 2016-03-10]. s. 204-206. Dostupné na: <<http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/311.pdf>> ISSN 0955-6214.
- STOCK, Ch. 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, 2010. Autori: Mgr. Michaela Ptáková, Bergfried Kinder- und Jugendhilfe GmbH, Wittlich, Nemecko.

AUTORI:

Mgr. Michaela PTÁKOVÁ
Bergfried Kinder - und Jugendhilfe GmbH
Wittlich, Germany

Mgr. Silvia HOJEROVÁ,
psychologička Galanta



Odborník z praxe:

PhDr. Iveta ŠEFAROVÁ z Ambulancie klinickej psychológie, Psychologička, psychoterapeutka, vysokoškolská pedagogička, supervízorka. Pracuje v súkromnej psychologickej praxi, v rámci ktorej ponúka psychologické služby z oblasti klinickej, dopravnej a poradenskej psychológie. Poskytuje psychologické poradenstvo pre jednotlivcov, páry, skupiny a pri liečbe klientov využíva aj metódu EEG biofeedback. V praxi uplatňuje dynamickú psychoterapiu. Pôsobí ako vysokoškolská pedagogička na Univerzite sv. Cyrila a Metoda v Trnave, kde študentom psychológie odovzdáva poznatky z predmetov Psychodiagnostika dospelých; Psychodiagnostika detí a mládeže; Klinická psychológia.



A ČO ĎALEJ

A čo ďalej...

Barbora Bírešová & Ľubica Profantová

V predchádzajúcom čísle sme sa venovali adaptačnému vzdelávaniu psychológov pôsobiacich na školách a v školských zariadeniach. Teraz sa zameriame na odlišnú oblasť, a to na oblasť psychológa pôsobiaceho v zdravotníckych zariadeniach, konkrétne na špecializáciu klinický psychológ.

KTO JE A ČÍM SA ZAOBERÁ KLINICKÝ PSYCHOLÓG?

Pojem klinický psychológ je pre mnohých známy, no menej ľudí vie, čo presne taký klinický psychológ robí a ako sa ním môžeme stať. Podľa *Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore klinická psychológia* (č. 16532-1/2006-OZS) je klinická psychológia definovaná ako špecializačný odbor, ktorý sa zaoberá duševným zdravím z hľadiska zdravia a choroby. Základné oblasti, ktorým sa venuje sú:

- psychopatológia,
- patopsychológia,
- klinická psychodiagnostika,
- psychoterapia,

- rehabilitácia a reedukácia,
- psychosomatika,
- neuropsychológia,
- psychológia zdravia.

Oblasť pracovných činností, ktorým sa venuje psychológ v zdravotníckych zariadeniach je rôznorodá. Hlavnou náplňou jeho práce je najmä diagnostika, terapeutická, poradenská činnosť, preventívna činnosť a mnohé iné. Pri diagnostickej činnosti, psychológ prostredníctvom psychologického vyšetrenia zisťuje informácie o vývine a stave psychických funkcií a schopností a o osobnosti jedinca. Ďalej sa zameriava na diagnostikovanie druhu a miery porúch psychických funkcií a schop-

ností, zmeny v osobnosti, sledovanie reakcií na ochorenie, poruchu alebo defekt. Zameriava sa aj na schopnosti zvládania záťažových situácií, toleranciu voči stresu, copingové stratégie, ale tiež na prípravu na náročné diagnostické či liečebné zákroky. Venuje sa otázkam saturácie potrieb, ich kvalitu a úroveň v emocionálnych a sociálnych vzťahoch, rovnako aj v partnerských či sexuálnych problémoch. Klinický psychológ vykonáva diferenciálnu diagnostiku v nejasných prípadoch. Podieľa sa na diagnostickom procese pri stanovení správneho, individuálneho a vhodného postupu psychoterapie.

V terapeutickej činnosti sa zameriava na individuálnu, skupinovú, komunitnú terapiu a psychologickú intervenciu a modifikáciu duševných stavov a správania. Tiež s využitím rôznych metód prispieva k emocionálnej podpore a k podpore salutogenézy.

V poradenskej činnosti sa venuje odbornej pomoci pri riešení osobných, sociálnych, výchovných, profesionálnych a iných ťažkostí v súvislosti so zdravým jedincom, jeho ohrozením a poškodením.

V prevencii sa špecializuje najmä na oblasť psychohygieny a psychológie zdravia. Pomáha pri tvorbe optimálneho životného štýlu, predchádzaniu závislostiam a tiež pri harmonizácii ľudských vzťahov.

V posudkovej činnosti klinický psychológ hodnotí duševný stav, funkcie, schopnosti a osobnosť, najmä v súvislosti s pracovnými a špecifickými spôsobilosťami. Spolupodieľa sa aj na posudzovaní zdravotnej spôsobilosti na výkon určitých činností. Pôsobiť môže aj v znaleckej činnosti, ak bol ustanovený podľa osobitného predpisu ako konzultant lekára či iného odborníka.

Klinický psychológ sa často venuje aj vedecko-výskumnej a pedagogickej činnosti. Môže byť riešiteľom rôznych výskumných úloh a projektov súvisiacich s jeho praxou, či lektor napríklad na vysokých školách.

Ako bolo uvedené, klinický psychológ sa venuje mnohým činnostiam a jeho práca je dosť náročná, preto aj príprava na túto prácu je náročnejšia. Štúdium je možné absolvovať na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave alebo na Univerzite Komenského (UK) v Bratislave.

Ako to konkrétne prebieha a čo všetko je potrebné urobiť, aby sa psychológ stal klinickým psychológom, sme sa opýtali Mgr. Ľubici Profantovej, ktorá je momentálne v druhom ročníku špecializačného štúdia na Slovenskej zdravotníckej univerzite (SZU) v Bratislave a zároveň pôsobí ako psychologička v Odbornom liečebnom ústave psychiatrickom (OLUP, n.o.) Predná Hora.



V prvom rade nás zaujímalo, čo ju viedlo k tomu, aby sa klinickým psychológom stala:

„Už od školy ma lákala klinická psychológia viac, ako poradenstvo alebo školská psychológia. Presvedčila som sa o tom hlavne počas odbornej praxe, hneď v prvom ročníku, kedy sme so spolužiackou písali prácu o závislostiach a liečebnom ústave v Prednej Hore, a toto zariadenie sme aj navštívili. Takisto k tomu prispelo aj štúdium na Lessius University v Antverpách, kam som sa dostala na jeden semester cez Erasmus program. V rámci predmetov, ktoré sme si mohli zvoliť, bola aj klinická psychológia, ktorá ma od začiatku zaujala. Tak som postupne smerovala k tomu, že aj po vysokej škole chcem pokračovať v špecializovanom štúdiu a to práve v odbore klinická psychológia.“

PRÍPRAVA NA ZARADENIE DO ŠPECIALIZAČNÉHO ŠTÚDIA A JEHO PRIEBEH

Psychologické pôsobenie v zdravotníckych zariadeniach je dôležitou zložkou pri starostlivosti o ľudské zdravie. Je súčasťou systému zdravotnej starostlivosti a preto práca psychológa v zdravotníckych zariadeniach spadá pod *zákon 296/2010 Z.z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych*

pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností a jeho zmeny a doplnení 296/2010 Z.z. Podľa týchto ustanovení je potrebné aby psychológ pôsobiaci v zdravotníckych zariadeniach mal nadobudnuté vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa **v odbore psychológia a prípravu** na výkon práce v zdravotníctve. Príprava na výkon práce v zdravotníctve predstavuje absolvovanie teoretickej a praktickej časti (absolvent zdravotníckeho vzdelania to nepotrebuje). Podmienkou pre zaradenie do vzdelávania je aspoň polovičný úväzok v zdravotníckom zariadení, ktoré korešponduje s prácou psychológa **a minimálne šesť** mesačná prax. Po úspešnom absolvovaní sa získava osvedčenie o príprave na výkon práce v zdravotníctve. Odborná spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností sa získava štúdiom v špecializačnom odbore klinická psychológia, ktoré trvá tri roky.

Konkrétnejšie a bližšie nám to uviedla Mgr. Ľubica Profantová.

„Pre to, aby som mohla byť do špecializačného štúdia zaradená, potrebovala som minimálne šesť mesačnú prax v zdravotníckom zariadení a absolvovanie prípravy na výkon práce v zdravotníctve, čo znamená päť dní odborných prednášok na SZU v Bratislave. K zaradeniu do prípravy je potrebné vyplniť žia-



dosť, ktorá je podpísaná a potvrdená zariadením, kde je prax vykonávaná, teda zamestnávateľom. Keď sú tieto dve podmienky splnené, je potrebné absolvovať odborný pohovor, ako ukončenie prípravy. Ten sa koná buď v Bratislave alebo v Žiline. Samozrejme, na každú túto aktivitu, ktorú organizuje SZU, je potrebné sa prihlásiť tým, že sa vyplní prihláška, ktorej vzor je na stránke školy. Následne po získaní osvedčenia o absolvovaní prípravy, treba všetky dokumenty poslať do komory psychológov, pretože potvrdenie o zaradení v komore, je nutné doložiť k žiadosti o zaradenie do špecializačného štúdia. K žiadosti je takisto potrebné okrem overených dokumentov poslať aj index odbornosti a záznamník (logbook), ktoré sa vopred objednávajú cez pokladňu školy (e-mailom treba napísať o čo máte záujem, koľko kusov a na akú adresu, oni to následne pošlú na dobierku). Všetko sa však dá nájsť na stránke SZU alebo UK – pokyny, termíny aktivít, vzory tlačív aj potrebné overené dokumenty, ako aj kontakty na kompetentné osoby, ktoré vám poradia.

Samotné špecializované štúdium v odbore klinická psychológia sa uskutočňuje na SZU alebo UK v Bratislave. Na SZU sa stretnutie koná štyrikrát do roka, pričom každé je na dva alebo tri dni, na UK sú to tri stretnutia trvajúce štyri až

päť dní. Raz do roka sa kontroluje aj index a záznamník, kde sa zapisujú všetky výkony, ktoré sa počas špecializovaného štúdia absolvujú. Na každú aktivitu je potrebné poslať prihlášku, následne Vám pošlú pozvánku s návratkou, kde sa potvrdí účasť na aktivite a obratom je návratku potrebné poslať naspäť na školu. Dá sa to poslať aj ako scan cez e-mail.“

DĹŽKA, ŠTRUKTÚRA A UKONČENIE ŠTÚDIA

Informácie o štúdiu sú uvedené v už spomínanom Nariadení vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z.z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 320/2012 Z.z. Na všetky potrebné informácie sme sa opýtali Mgr. Ľubici Profantovej, ktorá nám to podrobnejšie vysvetlila:

„Špecializačné štúdium v odbore klinická psychológia trvá minimálne tri roky, počas ktorých je potrebné absolvovať všetky vzdelávacie aktivity, povinné kolovanie po rôznych oddeleniach a samozrejme napísanie špecializačnej práce. Na stránke školy sú vypísané dva nasledujúce termíny skúšok. Počas



týchto troch rokov je potrebné absolvovať 240 hodín teórie na SZU, (ak budete študovať na UK tak 220), z toho približne 120 je povinných prednášok na SZU (150 na UK), ďalej 30 hodín samoštúdia a zvyšné hodiny voliteľnej teórie čo znamená absolvovanie rôznych akreditovaných seminárov, diskusií, výcvikov, vzdelávania v rôznych diagnostických metódach, a pod. Okrem tohto všetkého je potrebné absolvovať aj kurz sociálneho lekárstva. Počas tohto 3-ročného štúdia musí každý absolvovať všetky vzdelávacie aktivity, čiže odborné prednášky. Ďalej je nutné prejsť si rôznymi oddeleniami, kde klinický psychológ pôsobí. To znamená pediatria, geriatria, neurológia, psychiatria, klinická onkológia a jeden voliteľný odbor. Rozpis týchto zdravotníckych zariadení ako aj čas, ktorý je nutné na danom pracovisku absolvovať je uvedený na stránke školy. Na SZU, sa dá stiahnuť v dokumente *Výnos MZ SR zo 17. septembra 2010 č. 12422/2010-OL*, na UK ide o dokumenty *Sylaby teória* a *Sylaby lektori*, ktorým sa ustanovujú minimálne štandardy pre špecializačné študijné programy. Tu sa dajú nájsť aj ostatné podmienky, ktoré je potrebné splniť počas štúdia. Patria tam takisto povinné psychodiagnostické výkony (minimálny počet vyšetrení rôzneho zamerania, ako aj počet použitých psychodiagnostických

metód). Tieto výkony sa takisto zapisujú do záznamníka, ktorý sa spolu s indexom raz ročne kontroluje. Ďalej tu nájdeme aj rozpis teoretických okruhov, ktoré sa preberajú na prednáškach.

Súčasťou je samozrejme aj špecializačná práca, ktorá má podobnú štruktúru ako bakalárska či magisterská práca, jej rozsah je minimálne 30 strán. Až po splnení všetkých týchto podmienok a odovzdaní dokumentov je možné prihlásiť sa na špecializačnú skúšku.

Okrem už spomínaných odborných prednášok je každý študent povinný raz za štúdium absolvovať trojdňovú vzdelávaciu aktivitu „Tematický kurz v sociálnom lekárstve a organizácii zdravotníctva“.

AKO PREBIEHA UKONČENIE?

„Ukončenie špecializačného štúdia sa deje formou špecializačnej skúšky. K nej je potrebné poslať prihlášku na stanovený termín. Od kedy škola prijme prihlášku, študent má dva roky aby ju urobil a stal sa klinickým psychológom. K dispozícii má tri termíny, jeden riadny a dva opravné. Samozrejme za každú skúšku treba platiť a cena stúpa každým ďalším termínom – rozpis nákladov študenta na špecializačné štúdium je takisto rozpísaný na web stránkach škôl. Medzi skúškami však musí byť minimálne jeden rok.



Prihláška na skúšku sa posielala minimálne dva mesiace pred termínom skúšky a musí byť schválená zamestnávateľom. K prihláške je potrebné poslať aj vyplnený a podpísaný index a záznamník.

Jeden mesiac pred skúškou je potrebné zaslať všetky dokumenty, prácu, potvrdenia z praxe a všetkých seminárov, vyšetrení či výcvikov a voliteľnej teórie, ktorú ste absolvovali.

Skúška pozostáva z otázok z troch odborov: psychiatria, psychosomatika a všeobecná psychológia. Komisia sa zväčša skladá zo štyroch členov, ťahajú sa tri otázky zo spomínaných okruhov. Na prípravu má každý študent približne 15 minút (v podstate kým ten pred ním odpovedá). Zväčša sa komisia najskôr pýta všeobecne o pôsobení a o ďalšom vzdelávaní skúšaného, a potom pozvoľna prejde k otázkam, ktoré si daný človek vytiahol.

AKÉ VIDÍŠ VÝHODY STAŤ SA KLINICKÝM PSYCHOLÓGOM?

„Výhody absolvovania špecializačného štúdia sú tie, že ako klinický psychológ môžem vykonávať aj samostatnú prax. Takisto základný plat klinického psychológa je o niečo vyšší ako psychológa bez špecializácie. Ďalším benefitom je možnosť absolvovania psychoterapeutického výcviku v kategórii A, po ktorom je

psychológ oficiálne uznaný za psychoterapeuta. Podmienkou je, aby som bola najskôr prijatá do špecializačného štúdia a následne zaradená aj do certifikovanej pracovnej činnosti.“

ČO BY SI ODPORUČILA BUDÚCIM ZÁUJEMCOM O KLINICKÚ PSYCHOLÓGIU?

„Pozor na termíny – prihlášky na aktivity a takisto aj návratky treba posilať v predstihu a do určeného termínu, inak riskujete, že si budete musieť aktivitu nahradiť o rok, a tým sa môže štúdium aj predĺžiť. Ak niekto nemá možnosť ubytovania v Bratislave, školy ponúkajú ubytovanie na internáte, žiadosť sa posilať spolu s návratkou (odporúčam čo najskôr). Osobnú skúsenosť však s podmienkami na internáte nemám, keďže ja som mala šťastie a bývala som stále u rodiny.

Odporúčam písať si všetky výkony a každú absolvovanú aktivitu hneď do záznamníku (všetko musí byť potvrdené a podpísané), lebo potom sa toho nahromadí veľa a vzniká chaos. Takisto si odkladať každé potvrdenie z absolvovaných stretnutí, seminárov, výcvikov, kurzov alebo supervízií, jednoducho zo všetkého čo absolvujete v odbore psychológia a mohlo by sa vám to započítať do hodín teórie.

Ak sa Vám niekto zo SZU dlho nezýva, nebojte sa volať a poselať e-mail. Niekedy sa treba pripomenúť alebo požiadať o pomoc, keďže tých papierov a podmienok je dosť a človek sa v tom niekedy stratí.

Ak máte otázky, tlačivá a návody môžete nájsť na web stránkach škôl, kde sú informácie ohľadom prípravy. “

ZÁVER

Ako sme v článku zhrnuli, stať sa klinickým psychológom nie je také jednoduché, je potrebné splniť niekoľko podmienok, absolvovať množstvo vzdelávania a získať prax. Keďže práca klinického psychológa je veľmi dôležitá, je dobré, že príprava na ňu je dostatočne komplexná a náročná, čím budúceho klinického psychológa pripraví do praxe.

ZOZNAM

BIBLIOGRAFICKÝCH

ODKAZOV

- *Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore klinická psychológia (č. 16532-1/2006-OZS)*
- *Výnos MZ SR zo 17. septembra 2010 č. 12422/2010-OL*
- *Zákon 296/2010 Z.z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností a jeho zmene a doplnení 296/2010 Z.z.*

AUTORI:

*Mgr. Barbora BÍREŠOVÁ,
Pedagogická fakulta, Univerzita
Mateja Bela v Banskej Bystrici,
e-mail: barbora.biresova@umb.
sk*

*Mgr. Lubica PROFANTOVÁ,
OLUP n.o., Predná Hora, lubi-
ca.profantova@olup-prednaho-
ra.sk*



Autor fotografie: Anton Strogonoff



NA HRANE

Sebakontrola a jej dôsledky u perfekcionista

Barbora Holíková & Daniela Martoníková

ÚVOD

Na Slovensku sa venuje téme sebakontroly čoraz viac pozornosti nielen v teoretickej, ale aj vo výskumnej sfére, a to najmä zo strany jej pozitívnych účinkov na náš život. Vplyv sebakontroly na životný štýl človeka, jeho osobnú spokojnosť či úspešnosť je zrejmý. Cieľom tohto článku je poukázať aj na druhú stránku sebakontroly a to v prípade keď je nadmerne využívaná. S takýmto životným štýlom sa stretávame napr. u perfekcionista, detailistu, ale aj úzkostných ľudí a pod., ktorí plánujú, organizujú a kontrolujú nielen seba, ale aj okolie, aby tak zabránili neúspechu. Byť pod neustálou sebakontrolou človeka môže natoľko vyčerpávať, že postupne začne na sebe badať isté negatívne prejavy či spôsoby prežívania, ktoré mu už neprinášajú želaný výsledok. Považujeme za prínosné venovať sa tejto problematike ako z hľadiska odborného, tak aj vedeckého.

ZÁKLADNÉ VYMEDZENIE SEBAKONTROLY

Procesu sebakontroly sa venujú mnohí odborníci na Slovensku, ako napríklad Lovaš (2008, 2011, 2013); Marhevska (2013); Mesárošová (2011); Ruisel (2006); Rázcová (2011) a iní. V zahraničí medzi od-

borníkov zaberajúcich sa témou sebakontroly patrí Baumeister (1998, 1999); Kirsten (2012); Muraven (1998); Oaten (2006); Stenberg (1988) a iní, ktorých pozornosť bola upriamená hlavne na skúmanie sebakontroly ako zložky, ktorá človeku napomáha pri zvládaní mnohých

náročných životných situácií. Lovaš (2008, s. 14) definuje sebakontrolu najmä ako „schopnosť jednotlivca potlačiť nevhodné správanie vzhľadom na nadradené ciele alebo sociálne prostredie, nakoľko dôležitú úlohu pri prispôbovaní správania sociálnemu prostrediu majú sociálne normy“.

Marhevska (2013) vníma sebakontrolu ako stabilnú črtu osobnosti. Wills, Pokhrel, Morehouse a Fenster (2011) vnímajú sebakontrolu naopak ako proces, ktorý je ovplyvnený situačnými faktormi. Na vykonávanie rôznych činností potrebujeme zdroj energie. Odkiaľ berie človek silu kontrolovať svoje správanie, myšlienky a pod. naznačujú Marhevska a Lovaš (2013), ktorí upozorňujú na to, že kapacita Silového ego modelu sebakontroly je ohraničená a všetky procesy, ktoré podliehajú sebakontrolu čerpajú z tohto rovnakého zdroja. Toto spôsobuje, že pri nadmernej sebakontrolu dochádza k vyčerpaniu síl človeka, čo sa môže odraziť v rôznych oblastiach života (zdravie, psychická pohoda, schopnosť zvládať viac či menej náročné situácie a iné). Na tento predpoklad nadväzuje aj experiment Kirstena (2012), ktorý dal študentom čokoládové keksy. Prvá skupina si sušienku vzala a zjedla, no druhá skupina študentov odolala. Následne boli študentom predstreté rôzne hádanky. Prvá skupina

študentov zvládla pracovať v priemere 20 minút, avšak druhá skupina len 8 minút. Kristen (2012) to odôvodňuje tak, že študenti, ktorí silou vôle odolali sušienkam, boli menej schopní vytrvať v druhej úlohe.

Sebakontrola v živote, nielen človeka, je nepochybne vnímaná aj pozitívne. Ako tvrdia Tangney, Baumeister a Boone (2004), sebakontrola nám pomáha sa lepšie prispôbiť prostrediu, čím môžeme predísť mnohým problémom. Jej úlohou je teda dosiahnuť súlad medzi vnútornými a vonkajšími podmienkami. Podobne je to aj s ovládaním, ktoré rovnako prináša človeku veľa benefitov. Nurmi, Salmela-aro a Ruotsalainen (1994) poukazujú na to, že ľudia, ktorí sú orientovaní na sebaovládanie, sú presvedčení, že uskutočnením vopred vytvorenej stratégie sú schopní zvládnuť aj náročnejšie situácie.

Sebakontrola teda uľahčuje mnohé situácie a hlavne ich umožňuje úspešne zvládnuť, čo často napomáha k prijatiu okolím. V prípade, že by sebakontrola bola využívaná v nadmernej miere, môže dochádzať k nežiaducim dôsledkom na psychickom aj fyzickom zdraví.

SEBAKONTROLA A PERFEKCIONIZMUS

Pre lepšie pochopenie následkov nadmernej sebakontroly uvádzame



ako príklad životný štýl perfekcionistov, ktorých snahou je doceliť výborné výsledky v akejkolvek situácii. Perfekcionizmus je nielen v podmienkach vysokoškolského prostredia vnímaný ako pozitívna charakteristika študentov, ktorí svoje povinnosti zvládajú na vysokej úrovni. Na druhej strane v bežnej spoločnosti sa pozerá na túto osobnostnú črtu ako na nadmerný úzkostný rys, ktorý človeka vyčerpáva. Autori Parker (1997) a Adderholt-Elliott (1987, 1989) poukazujú vo svojich prácach na negatívny vplyv perfekcionizmu na človeka. Môže viesť k množstvu psychických problémov ako strach zo zlyhania, akademická neúspešnosť, prokrastinácia a niekedy až suicidálne myšlienky. Schuller (2000) navrhuje obmedziť perfekcionizmus najmä u nadaných detí, aby mohli bez psychických problémov študovať a osobnostne rásť. Na to naopak nadväzuje Silverman (2007), ktorý tvrdí, že perfekcionizmus je istá energia, ktorá pomáha človeku dosiahnuť svoj potenciál, a preto by mal byť usmerňovaný, nie eliminovaný. Perfekcionisti často posúvajú svoje hranice, kontrolujú svoju činnosť tak, aby boli úspešní vo svojej práci, ako aj obľúbení v okolí. Svoju pozornosť upriamujú najmä na výkon a úspech. Perfekcionizmus je považovaný za jednu z charakteristík veľmi nadaných detí, ktorá im

môže v živote pomôcť, v závislosti od toho či je s ňou narábané pozitívnym alebo negatívnym spôsobom (Webb, 1994). Mesárošová (2011) poukazuje na istú súvislosť medzi nadanými deťmi a sebareguláciou vychádzajúc z ich kognitívnych, emocionálnych a motivačných aspektov mentálneho fungovania.

V snahe dosiahnuť svoje realistické, ale často aj nerealistické ciele, kontrolujú ľudia svoje správanie, myšlienky a najmä vonkajšiu sebakontrolu. Ak sebakontrolu vnímame ako kognitívny proces, snažíme sa dosiahnuť nami zvolené ciele, v rámci procesu približovania sa od počiatočného k želanému stavu. V tomto chápaní kontrola nášho správania vychádza z vnútorných zdrojov, ktorými disponujeme (Lovaš, 2011). Nadväzujúc na to aj Baumeister (2002) charakterizuje sebakontrolu pojmom schopnosť (skill), ako kognitívny proces alebo ako sila vôle. V niektorých prípadoch regulácia vlastného správania nie je problémom. Sú situácie, kedy sa človek rozhoduje o svojom konaní prostredníctvom racionálneho zhodnotenia dôsledkov. No niekedy len vie, že by danú činnosť mal urobiť. V prípadoch, kedy človeku chýba motivácia sa len za pomoci sily vôle k činnosti donúti (napr. štúdium predmetu, o ktorom je študent presvedčený, že ho v budúcnosti ne-



bude potrebovať, a tak sa len snaží, aby úspešne absolvoval skúšku).

O tom, že za istých okolností môže nadmerná kontrola prinášať aj psychické a zdravotné problémy či dokonca zmeny v pracovnom štýle hovorí aj Onwuegbuzie (2000), ktorý poukazuje na vzťah medzi perfekcionizmom a prokrastináciou. Park a Kwon (1998) spájali toto správanie so self orientovanými perfekcionistami. Zaujímavé je na tom zistenie, že keď perfekcionisti stratia kontrolu nad svojimi povinnosťami a tým pádom aj nad dosahovaním úspechu, upadajú v tejto pre nich hraničnej situácii do stavu prokrastinácie. Stanovenie si niekedy až nerealistických cieľov môže vyvolať v osobnosti človeka úzkostné prejavy. Svoju pozornosť na spojitosť medzi perfekcionizmom a prokrastináciou zamerali aj Flett, Hewitt, a Martin (1995), Flett et al. (1992) a Brownlowa a Reasingera (2000).

Trummer, Watson a O'Leary (2006) zistili, že sebakritika bola dôležitá najmä pri neurotickom perfekcionizme, zatiaľ čo zdravý perfekcionizmus sa spájal s reguláciou vlastnej sebaúcty, čo naznačuje pozitívny účinok sebakontroly.

Sebakontrolou človek dokáže zmeniť svoje aktuálne, často prirodzené reakcie, kedy sa bráni zautomatizovaným reakciám (Gailliot a Baumeister, 2007). Lovaš (2008) poukazuje na to, že dôsledkom tejto kontroly

je, že človek zažíva rozpor medzi racionálnymi požiadavkami a vnútornými potrebami. Napriek tomu, že človek disponuje určitou mierou frustračnej tolerancie, po jej presýtení nakoniec upadá do stavu frustrácie. Švancara (1984) vysvetľuje, že ak človek pri dosahovaní svojho cieľa, potreby, rozhodnutia či podmienky naráža na istú prekážku (ktorou môže byť napríklad aj vedomé ovplyvňovanie správania v snahe nenarušiť normu či vlastné stanovené pravidlá) môže upadnúť do stavu frustrácie. Rovnako aj Baumeister, Faber a Wallace (1999) pojednávajú o silovom modeli sebakontroly, ktorý poukazuje na to, že pri využití sebakontroly v danej situácii dochádza k zníženiu kapacity zdrojov, ktoré sú potrebné pre uplatnenie v ďalšej situácii, čím klesá aj samotná sebakontrola.

VÝSKUMNÉ ZISTENIA SKÚMAJÚCE SEBAKONTROLU A PERFEKCIONIZMUS

V nasledujúcej časti uvádzame niekoľko výskumných zistení z oblasti vybranej problematiky, ktoré potvrdzujú predošlé tvrdenia.

Mnohé výskumné tímy sa snažili overovať spomínané teoretické predpoklady o pozitívnych a negatívnych účinkoch sebakontroly. Ľudia sú od raného detstva tlačení spoločnosťou a kultúrou jednotli-



vých národov do získavania kontroly nad vlastnými emóciami, želaniami, myšlienkami a najmä nad vlastným správaním. Zo strany štátu je táto sebakontrola regulovaná legislatívnym procesom, čo znamená, že ak človek nedokáže kontrolovať svoje „hriešne myšlienky“ a rešpektovať pravidlá, stáva sa pre štát kriminálnikom. Výsledky výskumu Barona (2003) na vzorke 400 bezdomovcov čiastočne potvrdili tento predpoklad a odhalili, že práve nízka sebakontrola môže viesť k delikventnému správaniu, zvyšuje tendenciu k drogovej závislosti a nezamestnanosti. Baron však tiež upozorňuje na možnosť, že bezdomovstvo a osvojenie delikventných noriem mohlo spôsobiť zníženie sebakontroly.

Vychádzajúc z vyššie spomenutých výskumných zistení je možné tvrdiť, že nízka úroveň sebakontroly má prevažne negatívne účinky. Avšak výskumníci sa zamerali aj na optimálnu mieru sebakontroly, ktorá má účinky väčšinou pozitívne. Konkrétnym benefitom sa venovala výskumná štúdia z roku 2004 (Tangney Baumeister, Boone), ktorej sa zúčastnilo 351 študentov psychológie z rôznych etnických skupín. Sebakontrola pozitívne korelovala so sebaúctou, mentálnym zdravím, emocionálnou stabilitou, preberaním zodpovednosti a interpersonálnym úspechom. Naopak aj tu sa

potvrdilo, že nízka sebakontrola je rizikový faktor pre rôzne osobnostné aj spoločenské problémy. Avšak nielen nízka sebakontrola, ale aj nadmerne vysoká (v podobe perfekcionizmu) môže mať nepriaznivý dôsledok na osobnosť človeka. Perfekcionizmus mnohokrát spôsobuje, že ľudia majú na seba mimoriadne požiadavky, vysoké očakávania a neraz si určujú nerealistické ciele. Napríklad si môžu predsavziať, že aj napriek tomu, že nikdy predtým nebehali, dnes odbehnú 5 km alebo si určia, že do týždňa schudnú 12 kíl. Ako demonštruje posledný príklad, výskum v tejto oblasti sa venoval najmä vplyvu perfekcionizmu na poruchy príjmu potravy. Halmi so svojimi kolegami (2000) robil výskum na vzorke 322 žien, ktorým bola v minulosti diagnostikovaná *Anorexia nervosa*. Výsledky ukázali, že ženy, ktoré mali v minulosti poruchu príjmu potravy dosahovali signifikantne vyššiu úroveň perfekcionizmu ako účastníci v kontrolnej skupine. Aj ďalší výskum (Sutandar-Pinnock, 2001) odhalil súvislosť medzi perfekcionizmom a poruchami príjmu potravy. Keďže perfekcionizmus je veľmi úzko spojený s prežívaním strachu a úzkosti z neúspechu, vedci sa zamerali aj na túto oblasť a vo výskumnej štúdii Bulika a jeho spolupracovníkov (2003) boli potvrdené hypotézy,



že strach zo zlyhania má vplyv na vznik porúch príjmu potravy. Perfekcionistickú črtu môžeme najčastejšie vidieť práve u vrcholových športovcov. Okrem už spomínaných vecí (strach zo zlyhania a nerealistických cieľov), majú športovci mimoriadnu tendenciu porovnávať s okolím (so súpermi), pričom ich hlavný cieľ je byť lepší ako ostatní. Vo výskumnej štúdii, ktorá sa zamerala na vzťah medzi perfekcionizmom a hnevivosťou v súťaživých športoch (Dunn, et al., 2006) výsledky ukázali, že maladaptívny perfekcionizmus (vysoké očakávania kombinované s obavami z chýb a prežívaným tlakom zo strany trénera) signifikantne koreluje s hnevivosťou (osobnostná črta) a s tendenciou prežívať hnev, keď účastník podával neprimerané výkony.

Perfekcionizmus však nemá na človeka len negatívny efekt. Optimálna úroveň zabezpečuje športovcom cieľavedomosť a schopnosť prekonať vlastné limity. Študentom zase poskytuje ambicióznosť, systematickosť a pod. Výskum Schulerovej (2000), ktorý sa zamerával na perfekcionizmus u nadaných adolescentov poukázal na skutočnosť, že 58 % adolescentov malo optimálnu úroveň perfekcionizmu a organizáciu považovali za dôležitú pri dosahovaní ich maxima. Zatiaľ čo 29,5 % účastníkov malo neuro-

tický perfekcionizmus a ich výkony boli limitované práve ich fixáciou na vlastné chyby a úzkostlivosťou. Aj výskumné zistenia Stoebera s Ottom (2006) boli zamerané na pozitívne účinky zdravého perfekcionizmu. Na základe výsledkov svojej štúdie poukázali na predpoklad, že ľudia so zdravým perfekcionizmom vykazujú vyššiu úroveň pozitívnych charakteristík v porovnaní s „nezdravými“ perfekcionistaami a „neperfekcionistaami“. Za zdravý perfekcionizmus považovali, ak účastníci neboli ovládaní obavami z chýb alebo zlyhania a prílišne sa nezaoberali negatívnym hodnotením zo strany spoločnosti.

ZÁVER

Sebakontrola má na človeka nepochybne pozitívny vplyv. Pomáha kontrolovať emócie, udržiavať pozornosť, zabezpečuje zodpovedajúce sociálne správanie a utrieduje myšlienky. Ľudia s primeranou sebakontrolou v mnohých situáciách nasledujú motto: dvakrát merať a raz strihať. Je však veľmi ťažké nájsť optimálnu mieru sebakontroly a často to vyžaduje tréning a značnú dávku sebareflexie. Nízka aj príliš vysoká miera sebakontroly môže naopak na človeka pôsobiť negatívne. Nízka sebakontrola môže spôsobiť problémy v sociálnom prostredí alebo rôzne poruchy, napr. závislosti. Neprimerane vysoká úroveň sebakontroly



môže človeka vyčerpať a znižovať mu sebavedomie, pretože človek so sebou nikdy nie je spokojný. Článok poukazuje na istú prepojenosť medzi sebakontrolou a perfekcionizmom ako aj na niektoré dôsledky využívania nadmernej sebakontroly. Aj keď je v dnešnej spoločnosti perfekcionizmus v podstate oceňovaná a vyhľadávaná črta osobnosti, je vhodné nezabúdať, že všetkého veľa škodí.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- Adderholt-Elliot, M. (1987). *Perfectionism: What's bad about being too good?* Minneapolis, MN: Free Spirit.
- Adderholt-Elliot, M. (1989). *Perfectionism and underachievement*. *Gifted Child Today*, 12, 19–21.
- Baron, S. W. (2003). *Self-control, Social Consequences and Criminal Behavior: Street Youth and the General Theory of Crime*. *Journal of research in crime and delinquency*, 40 (4), 403–425.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M. a Tice, D. N. (1998). *Ego Depletion: Is the Active Self a Limited Resource?* *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (5), 1252–1265.
- Baumeister, R. F. a Exline, J. J. (1999). *Virtue, personality, and social relations: Self-control as the moral muscle*. *Journal of Personality*, 67 (6), 1165–1194.
- Baumeister, R. F., Faber, J. E. a Wallace, H. M. (1999). *Coping and Ego Depletion*.
- *Recovery after the Coping Process*. In C.R. Snyder (ed.), *The Psychology of*

- What Works* (s. 50–69). New York: Oxford University Press.
- Baumeister, R.F. (2002). *Ego Depletion and Self-control Failure: An Energy Model of the*
- Self's Executive Function*. *Self and Identity*, 1, 129–136.
- Brownlow, S., a Reasinger, R. D. (2000). *Putting off until Tomorrow what is Better done Today: Academic Procrastination as a Function of Motivation Toward College Work*. In Ferrari, J. R., & Pychyl, T. A. (Eds.) (2000), *Procrastination: Current Issues and New Directions*. [Special Issue]. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15(5), pp. 15–34.
- Bulik, C. M. (Eds.). (2003) *The Relation Between Eating Disorders and Components of Perfectionism*. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (2), 366–368.
- Dunn, J. G. H. (2006). *Examining the Relationship between Perfectionism and Trait Anger in Competitive sport*. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 4 (1), 7–24.
- Flett, G. L., Blankstein, K. R., Hewitt, P. L., a Koledin, S. (1992). *Components of Perfectionism and Procrastination in College Students*. *Social Behavior and Personality*, 20(2), 85–94.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W. H., Kaye, W. H. (2000). *Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior*. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (11), 1799–1805.
- Hamachek, D. E. (1978). *Psychodynamics of Normal and Neurotic Perfectionism* *A Journal of Human Behavior*, 15 (1), 27–33.
- Kirsten W. (2012). *The Power of Self-control*. January 2012, Vol 43, No.



- 1. p. 36, APA.
- Lovaš, L., (2008). *Agresia a sebakontrola*. Zborník Filozofickej fakulty Univerzity Komenského. *Psychologica XXX-VIV*. s. 66 – 77. Bratislava Stimul FiF UK.
- Lovaš L. (2011). *Aktuálne otázky výskumu sebakontroly*. In Lovaš L. & Mesárošová, M. *Psychologické aspekty a kontexty sebaregulácie* (pp. 7– 13). Košice: Univerzita P. J. Šafárika.
- Marhvevská, G. a Lovaš, L. (2013). *Prejavy zníženia sebakontroly v Skúške kontinuitnej asociácie*. *Psychologie a její kontexty*. 4, (2). 2013, s. 64–84.
- Mesárošová, M. (2011). *Sebaregulácia a nadanie*. *Teoretické koncepty a modely*. (2011) In: Lovaš, L. a Mesárošová M. (Eds.) *Psychologické aspekty a kontexty sebaregulácie* s. 14– 20.
- Nurmi, J. E., Salmela-a-ro, K. a Ruotsalainen, H. (1994). *Cognitive and Attributional Strategies among Unemployed Young Adults: A Case of Failure-trap Strategy*. *European Journal of Personality*, 8. 135–148.
- Onwuegbuzie, A. J. (2000). *Academic Procrastinators and Perfectionistic Tendencies among Graduate Students*. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15 (5), pp. 103–110.
- Park, J. a Kwon, J. (1998). *The Effect of Perfectionism and Ego-threat of Task on Academic Procrastination*. Paper Presented at the Conference of the Korean Psychological Association, pp.105–119.
- Parker, D.W. (1997). *An Empirical Typology of Perfectionism in Academically Talented Children*. *American Educational Research Journal*, September 21, vol. 34 no. 3 545–562..
- Rázcová, B. (2011). *Sebakontrola v kontexte „problémov“ stredného veku*. In Lovaš L. a Mesárošová, M. *Psychologické aspekty a kontexty sebaregulácie*, (pp. 51–61). Košice: Univerzita P. J. Šafárika.

- Ruiseľ, I. (2006). *Od kognitívnych štýlov k mentálnej sebaregulácii*. In Ruiseľová a kol. (eds.). *Štýly zvládania záťaže a osobnosť*. Ústav experimentálnej psychológie SAV.
- Schuler, P. A. (2000). *Perfectionism and Gifted Adolescents*. *Journal of Advanced Academics*, 11 (4), 183–196.
- Sutandar-Pinnock, K. (2001). *Perfectionism in Anorexia nervosa: A 6-24 Month Follow-up Study*. [online]. 2001. [cit. 2016-02-12]. Dostupné na internete: <<https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/15237/1/MQ63154.pdf?ref=Guzels.TV>>
- Silverman, L. K. (2007). *Perfectionism: The Crucible of Giftedness*. *Gifted Education International*, 23, 101–113.
- Stenberg, R. J. (1988) *Mental self-government: A Theory of Intellectual Styles and their Development*. *Human Development*, 31, 197–224.
- Stoeber, J., Otto, K. (2006). *Positive Conceptions of Perfectionism: Approaches, Evidence, Challenges*. *Personality and Social Psychology Review*, 10 (4), 295–319.
- Trumpeter, N., Watson, P. J., O'Leary, B. J. (2006). *Factors within Multidimensional Perfectionism Scales: Complexity of Relationships with Self-Esteem, Narcissism, Self-Control, and Self-Criticism*. *Personality & Individual Differences*. Vol. 41 Issue 5, p849–860. 12p.
- Tangney, J.P., Baumeister, R.F. a Boone, A. L. (2004). *High Self-control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades and Interpersonal Success*. *Journal of Personality*, 72, 271–324.
- Švancara, J., (1984). *Psychologie emocií a motivácie*. Učebný text. Praha, SPN, 158 s.
- Webb, J. T. (1994). *Nurturing Social-Emotional Development of Gifted Children*. ERIC

- dokument č. E527.Wills, T. A., Pokhrel, P., Morehouse, E. a Fenster, B. (2011). *Behavioral and Emotional Regulation and Adolescent Substance Use Problems: A Test of Moderation Effects in a Dual-Process Model*. *Psychology of Addictive Behaviour*, 25 (2), 279–292.
- Luo Y., Wang, Z., Zhang, H., Chen, A., Quan, S. (2016). *The Effect of Perfectionism on Scholburnout among Adolescence: The Mediator of Self-esteem and Coping Style*. *Personality & Individual Differences*. 88, 202-208.

AUTORI:

Mgr. Barbora HOLÍKOVÁ
Ústav sociálnych vied,
Pedagogická fakulta, Katolícka
univerzita v Ružomberku,
e-mail: barborka.holikova@gmail.com

Bc. Daniela MARTONÍKOVÁ
Katedra psychológie, Filozofická fakulta
Katolíckej university v Ružomberku,
Slovenská asociácia študentov a absolventov psychológie
- SAŠAP
e-mail: martonikova@sasap.sk



Autor fotografie: Samuel Zeller



RECENZIA

LAZARUS, A.A. – LAZARUS, C.N. – FAY, A.F. (2007). *Neverte tomu.*

TREŇČÍN: VYDAVATELSTVO F. 172 S. ISBN 978-80-88952-48-0.

Publikácia *Neverte tomu* pojednáva o ľudských mylných presvedčeniach, ktoré vedú k zbytočným emocionálnym, psychickým a sociálnym problémom. Autori knihy Albert A. Lazarus, Clifford N. Lazarus a Allen Fay, dvaja psychológovia a psychiater spoločne skúmali deštruktívne myšlienkové vzorce. Na tento podnet vznikla uvedená publikácia, kde autori rozpracovali 40 bežných toxických myšlienok, s ktorými sa počas svojej dlhoročnej praxe stretli a ktoré mali negatívny dopad na život ich pacientov.

Ústrednou témou tejto knihy je snaha o psychickú rovnováhu a pokus vyhnúť sa akýmkoľvek excesom, ktorý by mohli mať nešťastné dôsledky na život jednotlivca.

Autori poukazujú na súvislosti medzi týmito toxickými myšlienkami

a ťažkosťami spôsobené ich preferenciou. Tvrdia, že prvým krokom k zmene je prijatie možnosti, že my sami môžeme nevedome podporovať našu aktuálnu zložitú situáciu, a to naším prístupom. Následne je dôležité preskúmať svoje kognitívne schémy a rozpoznať svoje kognitívne skreslenia, tak aby sme boli schopní lepšie chápať svojmu správaniu a prostredníctvom hlbšieho sebapoznania smerovať k zdravému psychickému fungovaniu.

Ku každému toxickému presvedčeniu sú uvedené príklady z praxe autorov, rozbor problému pacienta a antidotá /korigujúce výroky/ spolu s pozitívnymi postojmi, ktoré sú uvádzané vždy na záver každej toxickéj myšlienky. Autori na príkladoch vysvetľujú ako ľudia nevedome podporujú tieto chybné

presvedčenia a vysvetľujú ako tieto nesprávne vzorce myslenia ovplyvňujú ich psychiku a prežívanie. Neopatrne vedú i čitateľa k tomu, aby sa zamyslel nad svojimi kognitívnymi schémami a prehodnotil čo mu "prinášajú". Pocit pohody, radosti, zdravia, lásky alebo chronický stres, frustráciu, obavy a fobie, problémy v interpersonálnych vzťahoch, nedostatok sebaúcty? Ak ide o druhý prípad je dôležité si poznamenať, že i človek, ktorý žije dlhšiu dobu podľa nesprávnych kognitívnych schém a riadi sa nimi v každodennom živote, ich môže zmeniť, najlepšie za pomoci odborníka v prípade, že kognitívne presvedčenia boli zafixované.

V terapii či poradenstve môže odborník vystupovať ako asistent, ktorý napomáha pacientovi rozpoznať tieto chybné toxické myšlienky a viesť ho k tomu, aby nahradil negatívne presvedčenia pozitívnymi výrokmi či zdravými postojmi. Súhlasím s autormi v tom, že kniha môže byť výbornou pomôckou pri riešení rôznych ťažkostí, no nikdy nemôže byť náhradou profesionálnych psychologických, zdravotníckych, prípadne ich odborných služieb.

Autori upozorňujú, že na osvojenie pozitívnych výrokov nestačí si len prečítať knihu, ale je dôležité opakovať si uvedené pozitívne korigujúce presvedčenia viackrát počas dňa. Je

to veľmi potrebné, pretože faktom naďalej zostáva, že čím častejšie človek posilňuje špecifické a pozitívne postoje, tým sa zmena dostaví ľahšie a rýchlejšie.

Pri dôkladnom prečítaní knihy si všimneme, že niektoré korigujúce výroky sa vzájomne vylučujú a sú protichodné. Autori túto skutočnosť vysvetľujú tým, že antidotá nie sú univerzálne a preto ich nie je možné aplikovať na každú situáciu.

Na záver publikácie autori uvádzajú zoznam ďalších toxických mýtov, ktorý však už presahuje rámec knihy, preto je v publikácii len spomínaný, ale je čitateľovi poskytnutí priestor na to, aby sám zvážil ich škodlivosť a pokúsil sa pre každé chybné presvedčenie nájsť korigujúce výroky. Domnievam sa, že i v tomto prípade je dôležité sa poradiť s odborníkom a overiť si správnosť korigujúcej myšlienky, aby sa predišlo chybným úvahám, ktoré by mohli mať neblahý dopad na život jednotlivca.

AUTOR:

Mgr. Nikoleta ULTIŠOVÁ
psychológ



RECENZIA

MURÍN, G. (2015). Návod na manželstvo. Nevážne rady, príklady a úvahy pre všetkých, čo to myslia s manželstvom vážne.

BRATISLAVA: IKAR, 2015, 191 S. ISBN 978-80-551-4231-9

Autorom recenzovanej knihy s názvom „Návod na manželstvo. Nevážne rady, príklady a úvahy pre všetkých, čo to myslia s manželstvom vážne“ je Gustáv Murín, ktorý je však v spoločnosti známy najmä ako autor literatúry faktu. Napísal niekoľko známych diel o živote Mikuláša Černáka a o tajomstvách slovenského podsvetia. Doteraz vydal 31 kníh a niektoré z nich boli preložené do viacerých cudzích jazykov. Okrem spomenutej literatúry faktu napísal aj niekoľko kníh o vzťahoch a partnerstvách a medzi nimi nájdeme aj populárno-zábavnú, ale zároveň informačne bohatú knihu Návod na manželstvo.

Publikácia je určená pre širokú verejnosť. Svoje prvé vydanie mala už v roku 2007 a pre veľký ohlas sa v roku 2015 dočkala aj druhého upraveného vydania. Je to síce veľmi útlá publikácia, no napriek tomu má dvanásť kapitol: Manželský dialóg, Manželstvo a domácnosť, Zvyky na zabitie, Manželstvo a jedlo, Manželstvo a deti, Domáce zvieratá, Manželstvo a financie, Sex v manželstve, Manželstvo a voľný čas, Manželstvo a príbuzný, Manželská kríza a Manželstvo k dlhovekosti, pričom každá z nich je rozdelená na väčšie množstvo podkapitol. Vďaka tejto štruktúre sa zdá byť na prvý pohľad prehľadnejšia, no na druhej strane sa

v nej veľmi ťažko spätne orientuje, k čomu prispieva aj skutočnosť, že niektoré témy sú v knihe rozoberané duplicitne (napr. podkapitoly Manželstvo a nevera alebo Vianocce).

Grafická stránka knihy je veľmi dobre spracovaná a v knihe nachádzame aj niekoľko karikatúrnych ilustrácií. Nie je to pravidlo, ale väčšinou sa v závere kapitoly objavuje ponaučenie a v niektorých prípadoch aj navrhované riešenie problému, ktorý bol rozoberaný. Nie vždy sa tieto ponaučenia a riešenia dajú generalizovať, ale, prinajmenšom, sa čitateľ môže dobre pobaviť a celú problematiku tak do určitej miery odľahčiť. Napr. jedno z ponaučení v rámci kapitoly Manželstvo a financie znie: „Múdra manželka dopraje manželovi, aby mal vždy niečo bokom – veď za čo by jej potom kupoval darčeky?!“ (str. 74).

Za pozitívum knihy môžeme považovať, že ju písal človek, ktorý je v dlhoročnom manželskom vzťahu s dvomi deťmi. Jeho priatelia sú ochotní mu rozpovedať často až neuveriteľné príbehy a situácie zo svojho súkromia, ktoré sú zdrojom humoru a ponaučenia. Autor je veľmi kontroverzný a provokatívny a snaží sa písať otvorene, úprimne a priamočiaro o akejkoľvek tematike. Dokonca sú v knihe rozobrané aj témy, ktorým sa ľudia v súčasnej spoločnosti vyhýbajú a sú pre nich

tabu. Nerobí mu problém otvorene rozoberať manželskú sexualitu alebo odpovedať na otázky, ktoré sa mnohí boja opýtať (napr. problémy týkajúce sa orgazmu, nevery alebo impotencie). Jednoducho sa vyjadruje autenticky, tak, ako to vníma, čo môžeme zaradiť medzi kladné stránky tejto knihy. Čitateľ si tak uvedomí, že podobné situácie alebo otázky sa objavujú aj v iných domácnostiach, čím sa môže ubezpečiť, že v tom nie je sám.

Za ďalší prínos pokladáme fakt, že autor svoje tvrdenia podporuje výsledkami výskumov (ohľadom nevery, natality a pod.) z celkom relevantných zdrojov (napr. Eurostat, The Consumer Reports National Research Center atď.). Celá kniha tak získava na vierohodnosti, keďže jednotlivé subjektívne výroky sú podporené výskumnými závermi. Okrem štatistík Murín často citoval aj odborníkov v danej oblasti (napr. Miroslav Plzák; Eduard Bakalář a iní) a dokonca, čo je v knihe pre laickú verejnosť pomerne prekvapivé, v niektorých častiach stručne spomenul aj viacero teórií známych autorov. Na druhej strane však autorovi možno vytknúť, dnes veľmi častý nedostatok podobných publikácií, že uvádzané štatistiky a výskumy nie sú vôbec správne citované a dokonca pri niektorých údajoch sa nevyskytujú ani informácie o zdrojoch. Takáto snaha

o doloženie vlastných myšlienok autora relevantnými zdrojmi vyznieva nekonzistentne, nekoncepčne a chaoticky, čo môžeme označiť za vážny nedostatok recenzovanej publikácie.

Je prirodzené, že v krátkej knihe *Návod na manželstvo* nie je priestor rozoberať všetky témy do detailov, no viacnásobné odkazovanie autora na svoje ďalšie publikácie (napr. *Abecedu sexu a erotiky*) môže vyvolávať dojem, že autor využil príležitosť lacnej reklamy a v konečnom dôsledku to môže pôsobiť rušivo.

Taktiež niektoré sarkastické a ironické poznámky autora (väčšinou na ženské pohlavie) pôsobili naozaj neprimerane. Napr. „rady vlastného muža, hoci aj tie najlepšie, manželka zásadne nepočúva. Má predsa vlastnú hlavu – nabitú dobrými radami z jej obľúbeného časopisu.“ (str. 151). Nestotožnili sme sa ani s autorovým svojským názorom na stravovanie. Podľa neho by mali byť mamy aj otcovia „zdravo tuční“ a niekoľkokrát kritizoval aj spôsob stravovania vegetariánov.

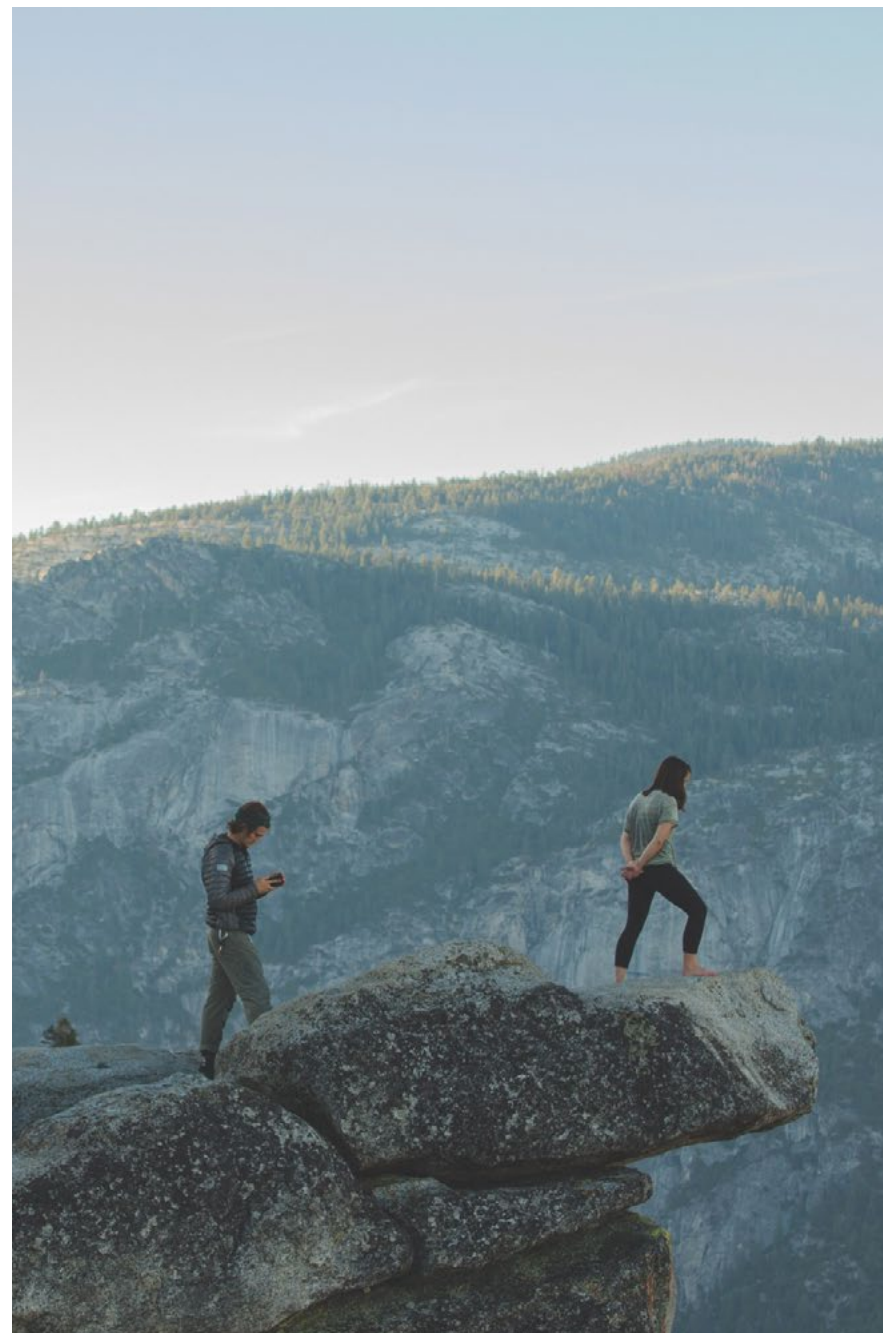
Na záver však musíme povedať, že publikácia napriek niektorým limitom splnila svoj účel a spojila príjemné s užitočným. Jazyk knihy je veľmi jednoduchý a jej obsah môže uspokojiť aj náročnejšieho čitateľa.

AUTOR:

Bc. Daniela MARTONÍKOVÁ

Katedra psychológie, Filozofická fakulta Katolíckej university v Ružomberku

e-mail: dada.martonikova@gmail.com



Autor fotografie: Josh Felise



EFPSA – KROK ZA HRANICE, KROK VPRED

Martin Helik & Eva Phanvanová

MILÍ ČITATELIA,

s potešením Vám prinášame najnovšie a najaktuálnejšie správy z európskeho študentského života a teda života federácie EFPSA. EFPSA sa ako federácia neustále vyvíja a formuje. Jej cieľom je napredovať a svojimi možnosťami a vplyvom podporovať študentov psychológie na paneurópskej úrovni.

V tejto snahe pomáhajú od mája slovenskí študenti viac ako kedykoľvek predtým. S potešením môžeme povedať, že EFPSA sa na Slovensku rozrastá a viacerí slovenskí študenti obsadili dôležité pracovné pozície v rámci federácie.

Od apríla 2016 zastupujú SAŠAP v EFPSA nové zástupkyne. Národnou zástupkyňou sa stala Erika Kajátiová a národnou vice-zástupkyňou Daniela Vaňová. Obidve sú študentky Prešovskej Univerzity v Prešove. Touto cestou by sme taktiež chceli poďakovať predchádzajúcim držiteľkám pozícií, Eve Phanvanovej a Anne Štekrovej, za svedomito a profesionálne odvedenú prácu.

Novým zástupkyňam želáme veľa elánu, chuti do práce a taktiež potešenie, ktoré tieto pozície so sebou prinášajú.

Ako to už býva pravidlom, počas jari sa koná najväčšia a najdôležitejšia EFPSA udalosť. EFPSA kongres je zavŕšením jedného a štartom nasledujúceho funkčného obdobia. Taktiež to je čas a miesto, kde sú schvaľované najdôležitejšie rozhodnutia a prijímané zmeny vo fungovaní samotnej federácie. Samotný kongres trvá 7 dní a počas týchto dní sa na jednom mieste stretne vyše 350 študentov z Európy i spoza jej hraníc. Je to možnosť spoznávať rôzne kultúry, ľudí a v neposlednom rade seba samých v interakcii s ľuďmi z rôznych miest.

Tohtoročný kongres bol špeciálnym, pretože EFPSA oslavovala 30 rokov od svojho vzniku a to práve v krajine, kde bola založená. Portugalsko sa stalo hostujúcou krajinou a organizačný tím ponúkol širokú škálu

prednášok, workshopov a možností vzdelávania súvisiace s hlavnou témou kongresu „Decoding emotions: from science to practice.“ Okrem toho mali účastníci možnosť zúčastniť sa rôznych kultúrnych a spoločenských aktivít, ktoré prispievajú k budovaniu funkčnej a aktívnej EFPSA spoločnosti. Celá táto udalosť sa odohrávala v krásnom prostredí hotelového resortu Hotel Golf o Mar pri meste Torres Vedras. Slovenskú výpravu tvorilo 12 študentov, hlavne z Katolíckej Univerzity v Ružomberku a Prešovskej Univerzity v Prešove. Tento kongres hodnotíme veľmi pozitívne, pretože sa ukázala aktivita a ochota slovenských študentov prezentovať seba, svoju domovskú asociáciu SAŠAP, svoju krajinu a jej záujmy na európskom psychologickom fóre. Mali sme zastúpených študentov, ktorí aktívne participovali vo vedeckom programe kongresu. Matúš Adamkovič prezentoval svoj príspevok v rámci posterovej sekcie a Eva Phanvanová si pripravila workshop a tréning. Okrem iného však slovenskí študenti obsadili dôležité pozície potrebné pre fungovanie samotnej federácie. Táto skutočnosť nás veľmi teší a môžeme tvrdiť, že slovenskí študenti sa pomaly, ale isto stávajú dôležitou súčasťou pracovnej komunity EFPSA pre najbližšiu budúcnosť. Je nám teda potešením oznámiť mená tých, ktorí budú sú-

časťou Executive Board v EFPSA pre mandát 2016/2017. Už spomínané zástupkyne SAŠAPu Erika Kajátiová ako Member Representative a Daniela Vaňová ako Vice-Member Representative. Eva Phanvanová ako Events Coordinator (Events Office), Ľudmila Vavreková ako Photographer (Marketing Office), Adam Prikler ako Content Coordinator (Marketing Office), Anna Štekrová ako Travel Network Responsible (Study & Travel Network) a Martin Helik ako Finance Office Team member (Finance Office). Veľká vďaka taktiež patrí aj ostatným členom výpravy za reprezentáciu SAŠAPu a slovenských študentov a teda Daniele Martoníkovej, Silvii Bohdalovej, Veronike Kasardovej, Matúšovi Adamkovičovi a Marošovi Krišovi.

Kongres je veľkou príležitosťou pre všetkých slovenských študentov rozšíriť si obzory, naučiť sa mnohé veci, stretnúť sa s mnohými zahraničnými odborníkmi a študentmi. Okrem iného je to skvelá príležitosť nadviazať kontakty do budúcnosti, stretnúť priateľov a prežiť týždeň plný emócií a zážitkov.

Touto cestou by sme Vás taktiež chceli motivovať o uvažovaní nad ďalšími udalosťami, ktoré EFPSA ponúka a informovať o nasledujúcom kongrese, ktorý sa uskutoční na úpätí Kaukazských hôr v Azerbajdžane.



Kongres však nie je jediná EFPSA udalosť a niekoľko z nich sa chystá práve v lete.

Okrem tradičných EFPSA udalostí pribudlo aj niekoľko nových a zaujímavých udalostí, ktoré môžu prispieť k individuálnemu a taktiež interpersonálnemu rozvoju, ktorý môže mať dopad na celú spoločnosť.

EFPSA s hrdosťou rozširuje svoje brány pre novú udalosť, EFPSA Academy. Táto víkendová udalosť je otvorená nielen pre členov EFPSA, ale aj pre externých účastníkov, ktorí pracujú pre neziskové organizácie. EFPSA Academy vytvára priestor pre zlepšenie, prípadne nadobudnutie rôznych soft-skill zručností prostredníctvom tréningov pripravených skúsenými trénermi v danej oblasti, ale i prednášok profesionálov. Každá edícia sa bude niesť v inej tematike, ako napr. EFPSA Leadership Academy či EFPSA Fundraising Academy. Je to skvelá príležitosť pre osobný rozvoj a zdieľanie skúseností s dobrovoľníkmi z celej Európy. Je sa na čo tešiť!

EFPSA ponúka rozvoj aj v oblasti výskumu a to prostredníctvom výskumnej letnej školy European Summer School, ktorej desiaty ročník sa uskutoční v exotickom Turecku, Izmiere. Týždeň 17.-24. júla bude naplnený intenzívnym programom pre nadšených mladých výskumní-

kov pracujúcich pod dohľadom skúsených PhD. študentov a post doktorandov. Tohtoročná ESS sa bude niesť v tematike Cognition & Behaviour: Changing Patterns. Na ESS nadväzuje 12-mesačný výskumný program, ktorý poskytuje priestor pre rozvíjanie výskumných projektov študentov. Medzinárodný organizačný tím, ktorého členkou je aj naša Anna Štekrová, už úspešne vybral svojich účastníkov na túto prestížnu udalosť. Avšak nezúfajte – Vaše prihlášky sú vrelo vítané budúci rok!

EFPSA poskytuje počas leta príležitosť ambicióznym a kreatívnym študentom stať sa soft-skill trénermi. Udalosť Train the Trainers sa tento rok uskutoční v Lotyšsku, ktorej účastníci budú počas jedného týždňa zasvätení nielen do tvorby a dizajnu tréningových sessions, ale taktiež na vlastnej koži okúsia, aké je to byť trénerom. Následne sa účastníci po odtrénovaní istého počtu hodín môžu stať členmi Trainers' Pool v rámci Training Office EFPSA. Tak neváhajte a sledujte otvorenie prihlasovania na túto jedinečnú udalosť!

Trainig Office okrem toho ponúka príležitosť aj pre externých trénerov pôsobiacich mimo EFPSA zúčastniť sa trénerského stretnutia TRAM (Trainers' Meeting). Toto víkendové



stretnutie je časom zdieľania skúseností a vedomostí prostredníctvom tréningov a workshopov nesúcich sa vždy v inej téme. Šíria sa chýry, že najbližšia udalosť sa už čoskoro uskutoční u našich susedov v Česku, preto ostanťe na príjme!

Začiatok nového mandátu v EFPSA priniesol so sebou mnoho pozitívnych zmien a otvoril nové možnosti pre záujemcov zúčastniť sa prestížnych a nezabudnuteľných EFPSA udalostí. My Vám zaručujeme, že o všetkých novinkách budete včas informovaní prostredníctvom našej Facebook skupiny EFPSA Slovakia. Preto sa neváhajte stať jej členom a naladiť sa na EFPSA vlnu. Neofutujete.

AUTORI:

Mgr. Martin Helik,

Bc. Eva Phanvanová

Katedra psychológie, Filozofická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku

helik.martin@gmail.com



KALENDÁRIUM

Kalendárium

STRETNUTIA / PREDNÁŠKY:

- 2. – 30. apríl 2016 Stretnutia na papieri – cyklus troch stretnutí pre rodičov s deťmi od 3 do 6 rokov – Bratislava (Mgr. et Mgr. Linda Horváthová)
- 22. apríl 2016 Stretnutie s arteterapiou – Bratislava (Mgr. Katarína Mihnová)
- 30. apríl 2016 Prednáška – Neurobiologická podstata ADHD – Trenčín (Mgr. Iveta Izraelová)
- 27. máj 2016 Skupinová supervízia – Bratislava (Martin Miler)

KURZY/TRÉNINGY:

- 3. apríl – 5. jún 2016 Kurz muzikoterapie – Praha (PhDr. Markéta Gerlichová, Ph.D.)
- 30. apríl – 1. máj 2016 Sandplay, sandtray – základný kurz - Žilina (Mgr. Lenka Tříletá)
- 3. – 4. máj 2016 Test kresby postavy – Bratislava (PhDr. Zdeněk Altman)
- 5. – 6. máj 2016 Práca s detskou kresbou – Bratislava (PhDr. Zdeněk Altman)
- 14. máj – 12. jún 2016 Využitie KB metód – Liptovský Mikuláš (PhDr. Nora Gavendová)
- 16. – 18. máj 2016 Prvý tréning lektorov terapie dotykem na Slovensku – Banská Bystrica alebo Žilina (Mgr. Alena Molčanová, Mgr. Dana Žilinčíková)
- 24. máj 2016 Lüscherov test farieb – Bratislava (PhDr. Zdeněk Altman)



- 25. – 26. máj 2016 Test kresby stromu – Bratislava (PhDr. Zdeněk Altman)
- 28. máj 2016 Dynamika a poriadok systémov – Žilina (PaedDr. Zlata Šramová)
- 3. – 5. jún 2016 Reichove charakterové typy – Praha (Mona Lisa Boyesen)
- 14. – 15. jún 2016 Práca s detskou kresbou – Bratislava (PhDr. Zdeněk Altman)
- 16. – 17. jún 2016 Test kresby stromu – Bratislava (PhDr. Zdeněk Altman)
- 17. – 18. jún 2016 Sandplaying II. – Žilina (Mgr. Alena Vávrová)

WORKSHOPY:

- 19. – 20. máj 2016 Efektívny pomáhajúci rozhovor – Bratislava (Mgr. Vladimír Hambálek, PhDr. Ivan Valkovič)
- 20. – 21. máj 2016 Zážitkové učenie práce so skupinou – Bratislava (Mgr. Peter Mózeš, Ph.D.)
- 23. – 24. jún 2016 Práca s emóciami v poradenskom a terapeutickom procese – Bratislava (Mgr. Vladimír Hambálek, PhDr. Ivan Valkovič)
- 24. jún 2016 Familienbrett – rodinná doska – Bratislava
- 28. jún 2016 Krízová intervencia pre pomáhajúce profesie II – Bratislava

VÝCVIKY:

- 9. – 10. apríl 2016 *Integrovaná psychoterapie/Knobloch* – Kroměříž/CZ (PhDr. Iva Enachescu Hroncová, Ph.D., INCIP)
- 30. apríl – 1. máj 2016 Výcvik v systemickej párovej a rodinnej terapii – Košice (PhDr. Eva Liniová, PhDr. Ivana Skoumalová)
- 14. – 15. máj 2016 *Integrovaná psychoterapie/Knobloch* – Kroměříž/CZ (PhDr. Iva Enachescu Hroncová, Ph.D., INCIP)

KONFERENCIE:

- 17. – 18. máj 2016 Zo zariadenia do samostatného života – Dolný Kubín (Prevenca AD)



INÉ:

- 5. apríl – 11. máj 2016 Letný terapeutický tábor pre deti a mladých po strate blízkeho – Vrútky (PLAMIENOK n. o.)

SEMINÁRE:

- 29. apríl 2016 Psychoterapia, socioterapia a diéta – Žilina (Mgr. Viera Lutherová, MUDr. Ivan Juráš, PhDr. Ľudovít Dobšovič, MUDr. Ivan Juráš, PhDr. Ľudovít Dobšovič, PhDr. Lívia Lozsi)
- 29. apríl – 1. máj 2016 Naratívna terapia a naratívny koučing – Štrbské pleso (PhDr. Vratislav Strnad)
- 6. – 8. máj 2016 Od zamrznutia k plynulosti: procesorientovaný prístup k traume a zneužívaniu – Bratislava (Clare Hill, Boris Sopko)
- 14. – 15. máj 2016 Imaginácia a práca s obrazom – Poprad (Mgr. Martin Skála)
- 21. – 22. máj 2016 Matky a dcéry – Bratislava (MUDr. Tatiana Horká, Mgr. Zuzana Bajkaiová)
- 4. jún 2016 Techniky Arteterapie II. – Bratislava (Mgr. Barbora Petrgálová)
- 7. jún 2016 Bazálna terapeutická technika – práca s deťmi s traumatizovanosťou – Martin
- 8. jún 2016 Komunikačná bedňa – Martin (Mgr. Jana Kocourková)
- 11. jún 2016 Ako porozumieť emóciám pomocou arteterapie – Žilina (Mgr. Katarína Mihinová)

SAŠAP AKCIE:

- **Pobočka Bratislava**
- apríl/máj Talkshow
- **Pobočka Košice**
- 6. apríl 2016 Neverbálna komunikácia – diskusia
- Máj 2016 Sny – pohľad psychológa a psychiatra – diskusia
- Máj 2016 Integratívna psychoterapia – workshop
- **Pobočka Nitra**
- 2. apríl 2016 Arteterapia – workshop
- 12. apríl 2016 Katedrovica



- **Pobočka Prešov**
- 11. apríl 2016 Psychokino - StrawDogs
- **Pobočka Ružomberok**
- 2. apríl 2016 Baum test – kurz (PhDr. Eva Sklenárová)
- 12. apríl 2016 Solutionfocusedcounseling – workshop
- **Pobočka Trnava**
- 16. apríl 2016 Hry s hudbou – workshop
- 17. apríl 2016 Snová seansa – workshop
- 20. apríl 2016 Psychokino – Problematika etiky v praxi psychológa apríl/máj Teambuilding: spoločná opekačka psychológov
- Máj 2016 Objatie ruší zajatie



PONDELOK	UTOROK	STREDA
		1 1906 – Prvýkrát bol Mortonom Princeom publikovaný časopis <i>Journal of Abnormal Psychology</i>
6 1956 – G.A. Miller publikoval priekopnícky článok kognitívnej psychológie „ <i>Magické číslo sedem, plusminus dva: Limity našej kapacity spracovania informácií.</i> “	7 1884 – Narodil sa B. Malinowski, ktorého štúdie z kultúrnej antropológie prispeli k uznaniu dôležitosti sociálnych vplyvov na správanie a morálne usudzovanie.	8 1859 – Narodil sa E. Husserl, nemecký filozof, zakladateľ fenomenológie ako súčasného filozofického smeru, ktorého myšlienky boli ovplyvnené humanistickou psychológiou.
13 1970 – Americký kongres schválil zákon o financovaní výskumu, profesionálneho tréningu a služieb v oblasti starostlivosti o deti so špecifickými poruchami učenia.	14 1886 – Narodil sa E.C. Tolman, americký psychológ, ktorý rozšíril behavioristickú teóriu učenia o kognitívne prvky ako napr. očakávanie posilnenia či kognitívne mapy.	15 1817 – V USA, v Connecticute bola otvorená prvá škola pre nepočujúcich
20 1745 - Narodil sa Philippe Pinel, francúzsky lekár, otec modernej psychiatrie.	21 1909 – Narodil sa Rollo May, americký psychológ, vo svojej teórii osobnosti a psychoterapie vychádzal z humanistickej psychológie a existenciálnej filozofie	22 1884 – Narodil sa Otto Rank, rakúsky psychológ a predstaviteľ psychoanalýzy, známy vďaka teórii pôrodnej traumy, ktorú ponímal ako zdroj úzkosti a neskorších problémov
27 1820 – Narodil sa H. Spencer, anglický filozof, predstaviteľ pozitivizmu a hlavný predstaviteľ evolucionizmu 2. pol.19. stor., autor termínu „prežitie najzdatnejších“.	28 1905 – Narodil sa George Kelly, autor teórie osobných konštruktov.	29 1871 – Narodil sa L.W. Stern, známy štúdiami v oblasti inteligencie, uviedol koncept intelligenčného kvocientu (IQ) a ako prvý presadil používanie termínu aplikovaná psychológia



apríl 2015

ŠTVRTOK	PIATOK	SOBOTA	NEDEĽA
2 1968 – Bola publikovaná kniha R. Rosenthala a L. Jacobsona „Pygmalion v triede“ zachytávajúca pôsobenie učiteľových očakávaní na správanie učiteľa a študenta	3 1888 – Stanleyemu Hallovi bolo ponúknuté prvé prezidentstvo na Clark University. Univerzita otvorila svoje brány 2. 10. 1889.	4 1904 – Edward B. Titchener založil <i>Klub experimentátorov</i> . Klub sa stal po Titchenerovej smrti <i>Spoločnosťou experimentálnych psychológov</i> .	5 1850 – Francis Galton sa vzdal boháčskeho nečinného života a uskutočnil expedičnú plavbu do juhozápadnej Afriky, čím sa začal jeho život vedca.
9 1850 – Narodil sa G.S. Huntigton, americký lekár, ktorý ako prvý popísal syndróm dedičnej degenerácie nervového systému, dnes známy ako Huntingtonova choroba.	10 1953 – V rámci APA boli prvýkrát publikované etické štandardy psychológov (<i>Ethical Standards of Psychologists</i>). Schvaľovacej komisii predsedal N. Hobbs.	11 1906 – S. Freud zaslal C. Jungovi ďakovný list za knihu o štúdiách so slovnými asociáciami, v ktorej Jung podporil Freudovu teóriu neurózy. Tým začala ich písomná komunikácia.	12 1941 – Narodil sa A.K. Maylon, americký klinický psychológ, ktorý sa zaoberal témou homosexuality (bol gej) a bojoval o jej odstránenie z klasifikácie psychických porúch DSM.
16 1943 – Chemik Albert Hofman, pri svojom výskume s látkou LSD-25 neúmyselne zažil prvú psychedelickú skúsenosť, indukovanú drogou LSD	17 1958 – Vyšla kniha J. Wolpeho „ <i>Psychotherapy by Reciprocal Inhibition</i> “, v ktorej po prvýkrát popísal metódu systematickej desenzitizácie	18 1861 – P.Broca realizoval autopsiu na mŕtvom pacientovi a objavil tzv. Brocovo centrum v ľavej hemisfére mozgu, ktoré je u väčšiny ľudí asociované so schopnosťou reči	19 1943 – Chemik A. Hofman o tri dni neskôr od náhodnej intoxikácie zámerne užil látku LSD na potvrdenie jej psychedelických účinkov. Jeho skúsenosť bola tentoraz príšerná
23 1959 – S. Schachter, americký psychológ, autor známej teórie emócií, vydal knihu pod názvom <i>The Psychology of Affiliation</i>	24 1962 – Vyšlo prvé číslo odborného a vedeckého časopisu zaoberajúceho sa psychológiou rodiny pod názvom <i>Family Process</i> .	25 1886 – Sigmund Freud otvoril svoju súkromnú prax na známej Rathausstrasse 7 vo Viedni	26 1908 – V Salzburgu sa konal prvý Medzinárodný kongres psychoanalýzy, ktorého sa zúčastnilo 42 psychológov, podporovateľov a nasledovníkov Freuda.
30 1857 – Narodil sa E. Bleuler, ktorý uviedol Freudovu psychoanalytickú teóriu na pole psychiatrie a presadil používanie termínu schizofrénia			



PONDELOK	UTOROK	STREDA
4 1776 – Narodil sa J.F. Herbart, zakladateľ školskej psychológie.	5 1818 – Narodil sa Karl Marx. Marxova sociálna filozofia sa zameriavala na ekonomickú podstatu sociálneho správania a priebeh hospodárskej a sociálnej zmeny.	6 1856 – Narodil sa S. Freud, najčastejšie citovaný psychológ 20. st. Jeho trvalými príspevkami sú koncepty psychologické determinácie, nevedomej a emocionálnej motivácie a psychoanalytickej terapie
11 1857 – Ch. Locock, ktorý sa mylne domnieval, že príčinou epilepsie je masturbácia, predstavil jej liečbu pomocou bromidu draselného znižujúceho libido. Liečba bola účinná, i keď z úplne iných dôvodov.	12 1986 – S. Folkmanová, R. Lazarus et al. publikovali popredný článok na tému stresu a jeho zvládania "Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes"	13 1893 – Narodil sa H.A. Murray, zakladateľ personológie, autor osobnostnej teórie potrieb a tlakov a tvorca Tematického apercpečného testu (TAT).
18 1910 – H.H. Goddard predstavil klasifikačný systém pre osoby s mentálnym postihnutím, na základe ktorého sa na označenie týchto ľudí začali používať pojmy debil, imbecil a idiot.	19 1965 – N. Chomsky publikoval dielo „Aspects of the Theory of Syntax“, v ktorom presadzoval nativistickú koncepciu vývinu myslenia a jazyka u detí.	20 1917 – Narodil sa D.C. McClelland, ktorý sa zaoberal témou ľudskej motivácie, v rámci ktorej skúmal najmä príčiny, koreláty a možnosti merania motivácie výkonu.
25 1860 – Narodil sa J. M. Cattell, ktorý sa zaoberal štúdiom individuálnych vlastností, je autorom známeho šestnásťfaktorového osobnostného dotazníka 16 PF.	26 1876 – Narodil sa R.M. Yerkes, ktorý sa spolu s Dodsonom preslávil zákonom o vzťahu motivácie k výkonu.	27 1818 – Narodil sa F.C. Donders, ktorý patril k prvým výskumníkom v oblasti mentálnej chronometrie, reakčný čas využíval ako index mentálnych procesov a individuálnych rozdielov.



máj 2015

ŠTVRTOK	PIATOK	SOBOTA	NEDEĽA
	1 1886 – S. Freud začal s liečením „Emmy von N.“. Prípád vyústil do rozvoja metódy katarzie.	2 1929 – Narodil sa R.A. Ruiz. Zaujímal sa o otázky menšín, ako napr. služby mentálnej pomoci menšinám, starostlivosť o starších španielskych klientov, poradenstvo a psychoterapiu pre Španielov.	3 1945 – Po prvýkrát bol vydaný časopis <i>Clinical Psychology</i> . Redaktorom časopisu bol F.C. Thorne.
7 1841 – Narodil sa G. Le Bon, francúzsky socio-lóg, ktorý ovplyvnil psychológiu teóriou „myseľ davu“ pojednávajúcou o strate zábran v správaní jednotlivcov, ktorí sa ocitnú vo veľkých skupinách.	8 1919 – Narodil sa L. Festinger, ktorý svojimi teóriami kognitívnej disonancie a procesov sociálneho porovnávania významne ovplyvnil psychologické poznanie.	9 1967 – M. Seligman a S. Maier publikovali článok „Failure to Escape Traumatic Shock“, v ktorom predstavili konštrukt naučenej bezmocnosti.	10 1897 – Narodila sa M.S. Mahlerová, popredná psychoanalytička, ktorá sa zaoberala pozorovaním, diagnostikou a terapiou psychotických detí.
14 1902 – Narodila sa H. Flanders-Dunbarová, psychoanalytička, ktorá sa špecializovala na psychosomatickú medicínu.	15 1848 – Narodil sa C. Wernicke, ktorý sa už ako 26-ročný preslávil prácami o neurologickej podstate afázie (poškodenia mozgu prejavujúceho sa poruchou tvorby a porozumenia reči).	16 1967 – J.P. Guilford publikoval dielo „The Nature of Human Intelligence“, v ktorom predstavil svoju trojfaktorovú teóriu inteligencie.	17 1954 – Americký Najvyšší súd jednoznačne rozhodol, že rasovo segregované vyučovanie je nelegálne. Toto rozhodnutie podnietilo intenzívny psychologický výskum na tému rasovej integrácie.
21 1873 – Narodil sa H. Berger, nemecký psychiater, vynálezca encefalogramu, ktorý ako prvý pomenoval vzorce mozgovej aktivity počas odpočinku a meditácie pojmom „alfa rytmus“.	22 1946 – Vyšla kniha B. Spocka „The Common-sense Book of Baby and Child Care“, ktorá zdôraznením prístupu orientovaného na dieťa a nie na dospelého výrazne ovplyvnila výchovu detí.	23 1734 – Narodil sa F.A. Mesmer, ktorý sa zaoberal liečením porúch pomocou živočíšneho magnetizmu.	24 1884 – Narodil sa C.L. Hull, americký psychológ, predstaviteľ neobehaviorizmu, autor známej teórie učenia.
28 1958 – V USA sa začal používať liek Vistaril, nové anxiolytikum, ktoré potláča aktivitu subkortikálnych oblastí v mozgu.	29 1887 – Narodil sa L.L. Thurstone, odborník na psychometriku, ktorý sa zasadil o používanie matematických metód pri výskume postojov, inteligencie, vo faktorovej analýze a psychofyzike.	30 1859 – Narodil sa P.M.F. Janet, známy svojou disociačnou teóriou hystérie a využívaním hypnózy, presadil používanie pojmov disociačia a nevedomie v psychologickom terminológii.	31 1927 – Narodil sa P. Tannenbaum, ktorý spolu s Ch. Osgoodom a G. Sucim vyvinul techniku sémantického diferenciálu určenú k zisťovaniu konotatívneho významu slov a k meraniu postojov.



PONDELOK	UTOROK	STREDA
1 1863 – Narodil sa Hugo Münsterberg. Bol prvým aplikovaným psychológom, ktorý rozšíril výskum a teóriu do priemyselnej, právnej, lekárskej, klinickej, vzdelávacej a podnikateľskej oblasti.	2 1922 – Bolo publikované dielo Carla Langeho a Williama Jamesa „Emócie“. Podľa Langeho a Jamesa behaviorálne aspekty emócií predchádzajú vedomej skúsenosti z emočného vzruchu.	3 1953 – Bolo založené The Measurement Research Center v Iowe- prvá spoločnosť elektronické skórovanie testovacích formulárov využívajúc zariadenia vynájdené E. F. Lindquistom a P. Rulonom.
8 1953 – Sformovala sa Americká psychologická nadácia (APF). Bola vytvorená za účelom prijímať finančné dary a podporovať zmysluplné projekty v psychológii.	9 1875 – Narodil sa Sir Henry Hallett Dale. S Ottom Loewim identifikovali prvý známy chemický neurotransmitter- acetylcholin.	10 1931 – Gordon Allport a Philip Vernon publikovali Škálu hodnôt. Škála je viac známa pod názvom Allportova-Vernonova škála.
15 1902 – Narodil sa Erik H. Erikson. Jeho vývinová teória opisuje psychosociálne štádiá s charakteristickou krízou v každom štádiu.	16 1909 – Bola vydaná prvá časť Titchnerovej knihy „A Textbook of Psychology“.	17 1955 – Bolo vydané prvé číslo časopisu Psychological Reports. Jeho vydavateľia boli Robert B. Ammons a Carol H. Ammons.
22 1871 – Narodil sa William McDougall. Je autorom teórie sociálnej psychológie a psychológie osobnosti, ktoré sú založené na inštinktoch.	23 1894 – Narodil sa Alfred C. Kinsey, ktorý sa preslávil dlhoročným výskumom ľudskej sexuality a sexuálneho správania.	24 1795 – Narodil sa Ernst Weber. Jeho práca sa spája s fenoménami ako práve postihnuteľný rozdiel v pociťovaní a Weberovým zákonom psychofyziky.
29 1892 – Sigmund Freud prvýkrát spomenul nevedomie v liste Josefovi Breuerovi.	30 1860 – Konala sa známa rozprava medzi Thomasom H. Huxleym a biskupom Samuelom Wilberforceom na tému Darwinova evolučného výberu.	



jún 2015

ŠTVRTOK	PIATOK	SOBOTA	NEDEĽA
4 1897 – Edward L. Thorndike po prvýkrát stretol Jamesa McKenna Cattela.	5 1907 – Alfred Binet a Théodore Simon vydali dielo „Abnormálne deti“, praktickú príručku pre prijímanie detí do špeciálnych tried.	6 1975 – Konala sa prvá národná Konferencia racionálne- emočnej terapie a kognitívno-behaviorálnej modifikácie v Chicagu.	7 1890 – Narodil sa Karl S. Lashley. Známy je svojou teóriou equipotenciality.
11 1960 – Jean-Martin Charcot, priekopník neurológie a hypnózy sa objavil na poštovej známke vydanej vo Francúzsku.	12 1912 – Narodil sa Carl I. Hovland. Hovland sa zaoberal učením, motiváciou a komunikáciou.	13 1886 – Ludwig II, psychotický kráľ Bavorska, skočil do jazera so svojim psychiatrom Bernardom von Guddenom. Obaja muži sa utopili.	14 1864 – Narodil sa Alois Alzheimer. Bol to nemecký lekár a patológ.
18 1929 – Bol prijatý k publikácii prvý Skinnerov článok do časopisu Journal of General Psychology.	19 1957 – Bola založená Asociácia parapsychológie, spoločnosť pre odborníkov v danom odbore.	20 1955 – Bol publikovaný vedecký článok Solomona Ascha „Názory a sociálny tlak“.	21 1991 – Súčasný logo Americkej psychologické asociácie bolo prezentované predstavenstvu. Ide o grécke písmeno psi ψ znázorňujúce vedeckú a odbornú povahu psychológie.
25 1948 – Prvýkrát bol publikovaný text Roberta W. Whitea „Abnormálna osobnosť“, základný text v danej oblasti.	26 1878 – G. Stanleyemu Hallovi bol pridelený titul PhD na Harvardskej univerzite. Bol to prvý PhD titul v psychológii poskytovaný americkou inštitúciou.	27 1882 – Narodil sa Eduard Spranger, autor typológie osobnosti, ktorá rozdeľuje ľudí do 6 typov.	28 1824 – Narodil sa Paul Broca, ktorý ako prvý identifikoval časť mozgu zodpovednú za reč.



Pokyny pre prispievateľov

Náš časopis **E-mental: elektronický časopis o mentálnom zdraví** (ISSN 1339-4614), ktorý vychádza elektronicky ako Open Access Journal 4x 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 rubriek:

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

www.sasap.sk

redakcia@sasap.sk



SAŠAP

Slovenská asociácia študentov
a absolventov psychológie

Vol. 4, č. 2/2015

86 strán

ISSN 1339-4614