

Excesívne používanie internetu u adolescentov na Slovensku

Michaela Šavrnichová • Juraj Holdoš • Angela Almašiová



Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici

Excesívne používanie internetu u adolescentov na Slovensku

Michaela Šavrnochová – Juraj Holdoš – Angela Almašiová



Banská Bystrica 2020

Michaela Šavrnichová – Juraj Holdoš – Angela Almašiová

Excesívne používanie internetu u adolescentov na Slovensku

(vedecká monografia)

1. vyd. – Banská Bystrica: Vydavateľstvo Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici – Belianum, 2020. – 176 s. ISBN 978-80-557-1798-2

Vedecký redaktor:

prof. PaedDr. Peter Jusko, PhD.

Recenzenti:

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.

doc. PhDr. Marián Špajdel, PhD.

Návrh obálky:

Ľudmila Gašperová

Jazyková korektúra:

Mgr. Daniel Markovič, PhD.

Vedecská monografia vychádza v rámci projektu VEGA č. 1/0692/18 Závislosť od internetu u žiakov základných škôl v podmienkach SR a ČR.

Všetky práva vyhradené. Toto dielo ani žiadnu jeho časť v tlačenej alebo elektronickej podobe nemožno reprodukovat', ukladať do informačných systémov alebo inak rozširovať bez súhlasu majiteľov práv.

ISBN 978-80-557-1798-2 (tlačená verzia)

ISBN 978-80-557-1799-9 (online verzia)

Obsah

Úvod.....	4
1. Teoretické východiská excesívneho používania internetu.....	6
1.1 Excesívne používanie internetu.....	6
1.2 Závislosť od internetu	8
1.3 Znaký a druhy excesívnosti/závislosti	11
1.4 Modely závislosti.....	18
2. Špecifiká excesívneho používania internetu u adolescentov.....	28
2.1 Rizikové správanie adolescentov	30
2.2 Rizikové faktory spojené s excesívnym používaním internetu.....	33
2.3 Dôsledky excesívneho používania internetu	39
3. Prevencia excesívneho používania internetu.....	43
3.1 Preventívne programy	48
3.2 Sieť profesionálnej pomoci v kontexte úrovni prevencie.....	59
4. Terapia excesívneho používania a závislosti od internetu.....	69
4.1 Prehľad druhov terapie závislosti od internetu	70
4.2 Farmakoterapia závislosti od internetu.....	90
4.3 Účinnosť a efektívnosť psychoterapie závislosti od internetu	93
5. Motivačné rozhovory.....	98
5.1 Motivácia v oblasti závislostí.....	99
5.2 Základné fázy a techniky vedenia motivačných rozhovorov	104
5.3 Využitie motivačných rozhovorov v práci s adolescentmi.....	110
6. Excesívne používanie internetu vo výskumných reflexiách.....	119
6.1 Prehľad medzinárodných výskumných štúdií	119
6.2 Prehľad domácich výskumných štúdií.....	122
6.3 Excesívne používanie internetu u adolescentov na Slovensku – autorské výskumné zistenia.....	127
Záver.....	148
Conclusion.....	149
Zoznam skratiek	150
Zoznam bibliografických odkazov.....	152

Úvod

Dvadsiate prvé storočie môžeme nazvať storočím digitálnym. Vývoj v tejto oblasti je enormný. Technológie, ktoré sme si ešte pred 10 – 15 rokmi nevedeli predstaviť a čítali sme o nich vo vedecko-fantastickej literatúre, aktuálne skoro všetci používame. Stali sa integrálnymi súčasťami našich životov. Internet prestupuje a pozmeňuje mnohé oblasti. Prináša nám mnoho benefitov, ktoré skvalitňujú život. Viaceré výskumy (Lelkes, 2013; Mitchell et al., 2011; Sum et al., 2008) poukazujú na to, že rozumné využívanie internetu a celkovo nových médií nás robia spokojnejšími a šťastnejšími. Kussová a Griffiths (2017) dokonca uvádzajú, že pre mladých je byť online spôsob bytia. Okrem množstva pozitív však internet prináša do našich životov aj negatíva. Medzi najvýraznejšie negatívne javy, ktoré sú popisované vo vedeckej literatúre, patria všeobecná škodlivosť používania internetu, kyberšikanovanie, stránky s toxickým obsahom, konšpirácie a hoaxy, radikalizácia, kontakt s cudzími ľuďmi na internete a explicitné obsahy. Ide o javy, ktoré v sebe nesú vysoké riziko a potenciú ublížiť používateľovi. Medzi negatíva patrí aj nadmerné – excesívne používanie internetu a internetových aplikácií. Väčšina rodičov a pracovníkov v práci s deťmi a mládežou sa stretli so situáciou, v ktorej sa im zdalo, že deti a mládež to s digitálnymi technológiami prehánajú. To, že naša mladá generácia používa internet a sociálne siete výrazne viac ako iné generácie, je fakt. Neznamená to, že celá generácia je závislá, a teda stratená. Z výskumných štúdií za posledné desaťročie však vieme povedať, že excesívne používanie internetu a závislosť reálne existujú a spôsobujú nemalé množstvo negatívnych následkov v rôznych oblastiach.

Naša súčasná interpretácia toho, ako sa niektoré opakujúce sa spôsoby používania internetu vyvíjajú a pretrvávajú, vychádza z modelov závislosti. Základným princípom a spoločným ukazovateľom týchto modelov je, že jedinci s problémovým správaním vnímajú svoju zníženú kontrolu nad takýmto správaním, ale pokračujú v ňom aj napriek narastajúcim problémom. Svetová zdravotnícka organizácia v rámci 11. revízie schválila a zaradila do kategórie „Porúch spôsobených nelátkovými závislosťami“ aj poruchy súvisiace s hraním počítačových hier. V oblasti dvoch klasifikácií – hazardné hry a poruchy v dôsledku hrania počítačových hier (hrácke poruchy v online a offline forme) nájdeme jasnú špecifikáciu kompulzívneho správania, ktoré vedie k závažným poruchám v osobnej, rodinnej, sociálnej, výchovnej, pracovnej a v iných dôležitých oblastiach fungovania. Tieto klasifikácie sú výsledkom klinických dôkazov a rozsiahlych výskumných štúdií realizovaných za posledných dvadsať rokov. Hoci je oblasť skúmania excesívneho správania na internete stále na vzostupe, a to najmä v posledných rokoch, otázka, ako efektívne reagovať na problémové správanie, ostáva stále otvorená.

Cieľom vedeckej monografie je poskytnúť komplexný aktuálny obraz o problematike excesívneho používania internetu a závislosti od internetu a prispieť tak k rozvíjajúcej sa databáze dôkazov v kontexte rastúcej potreby prevencie problémov súvisiacich s excesívnym používaním internetu u tej najohrozenejšej skupiny – adolescentov. Monografia je určená odborníkom a odborníčkam z oblasti prevencie a terapie excesívneho používania internetu a závislosti od internetu, predovšetkým so zameraním na prácu s deťmi a mládežou. Je jednou z výstupov projektu Závislosť od internetu u žiakov základných škôl v podmienkach SR a ČR.

Koncepcia monografie sa obsahovo člení na šesť kapitol. V prvej kapitole analyzujeme teoretické východiská excesívneho používania internetu a závislosti od internetu reflektujúc historický a súčasný medzinárodný kontext excesívnosti/závislosti od internetu. Druhá kapitola je venovaná špecifikám excesívneho používania internetu u adolescentov so zameraním na identifikáciu rizikových faktorov, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť zapojenia sa do problémového správania. Vymedzenie týchto faktorov a porozumenie vzájomným procesom medzi nimi slúžia ako ukazovateľ pri koncipovaní preventívnych stratégií pre konkrétne vekové skupiny. V tretej kapitole približujeme preventívne programy realizované v tejto oblasti na medzinárodnej i domácej pôde a vymedzujeme priame možnosti profesionálnej pomoci z vybraných rezortov Slovenskej republiky. Vychádzame pri nich z platnej legislatívy, aktuálnych požiadaviek a vývoja praxe z oblasti preventívnej práce s adolescentmi. Štvrtá kapitola monografie je venovaná súčasným terapeutickým prístupom, postupom a konkrétnym technikám využívaným v liečbe závislosti od internetu v zahraničí a na Slovensku. Spoločnou výzvou pre poradcov a terapeutov v práci s mladými ľuďmi je aktívny odpor týchto adolescentov, ktorý vychádza z presvedčenia, že ich používanie internetu nie je problematické. Preto je piata kapitola venovaná metóde motivačných rozhovorov, ktorá je v praxi najčastejšie využívanou intervenciou v rámci selektívnej a indikovanej prevencie. V šiestej kapitole ponúkame prehľad a analýzu dostupných medzinárodných a domácich výskumných štúdií v kontexte skúmanej problematiky. Súčasťou tejto kapitoly sú aj výsledky autorského výskumu, ktorého jedným z cieľov bolo identifikovať závislosť od internetu u žiakov a žiačok základných škôl vo vybraných regiónoch Slovenskej republiky.

Na záver by sme chceli vyjadriť názor, že v mnohých smeroch sme stále na začiatku skúmania procesu, na konci ktorého by mala byť pozitívna a trvalá zmena v správaní. Preto aj naďalej považujeme za veľmi dôležité pristupovať k fenoménu excesívneho používania internetu a závislosti od neho cez optiku objektívnych vedeckých dát a tzv. evidence-based, aby sme ho nepreceňovali, ale na druhej strane ani nebagatelizovali. A k tomu má prispieť aj táto monografia.

Autori

1. TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ EXCESÍVNEHO POUŽÍVANIA INTERNETU

Pri množstve používateľov a intenzite používania internetu je prirodzené, že niektorí jedinci ho používajú nadmerne, čo môže viesť k negatívnym konsekvenciám v ich živote. Dokonca takéto správanie môže prejsť po istom čase do závislého správania. Laický pohľad na nadmerné používanie internetu, ktorý je podporovaný médiami v honbe za čítanosťou, však môže byť často skreslený a pokrivený. Pri porozumení fenoménu excesívneho používania internetu je dôležité pozrieť sa na teoretické východiská a názory odborníkov, a tak dopomôcť k objektívnejšiemu uchopeniu tohto javu.

1.1 Excesívne používanie internetu

Excesívne používanie internetu je nadmerné používanie internetu, jeho služieb a aplikácií. Kladieme si otázku, čo je to nadmerné? Odpoveď nám dávajú dôsledky takéhoto správania. Excesívne používanie internetu by sme teda mohli zjednodušene a všeobecne definovať ako správanie, pri ktorom dochádza k nadmernému používaniu internetu a u jedinca vedie ku komplikáciám v rôznych sférach jeho života (napr. v telesnej, psychickej, sociálnej, pracovnej alebo školskej oblasti). Je spojené s repetitívnym, kompulzívnym a nekontrolovaným používaním online technológií, ktoré môžu viesť k závislému správaniu (Šmahel & Blinka, 2012). Pojem excesívne používanie internetu je jedným z názvov nadmerného používania internetu. V odbornej literatúre sa môžeme stretnúť aj s pojmami problematické používanie internetu (Beard & Wolf, 2001), patologické používanie internetu (Davis, 2001), možno sa však stretnúť aj s pojmami ako „kompulzívne používanie internetu“ či „obsesívne používanie internetu“ alebo online závislosti (Blinka et al., 2015) atď. Posledný termín online závislosti (Blinka et al., 2015) a tiež technologické závislosti (Griffiths, 1995) alebo závislosť od internetu (Young, 2011a) však treba odlíšiť od excesívneho používania. Pojem excesívne používanie internetu sa používa v neklinickom kontexte napríklad v spojení s edukáciou a prevenciou, najmä v spojitosti s detskou populáciou a populáciou dospelých. Závislosť od internetu je koncept spojený s klinickým kontextom a určením diagnózy, prípadne s terapiou (viac o terapii v kapitole 4). Koncept závislosti

od internetu je starší pojem, excesívne používanie internetu ako samostatný typ správania začali odborníci používať až neskôr. Na druhej strane musíme povedať, že oba koncepty majú veľmi podobný, niekedy až prekrývajúci sa význam. Kuss a Pontes (2018) uvádzajú, že problém v rozlíšení vznikol preto, že skorší výskum sa zameriaval na periférne znaky závislosti, akými sú eufória, kognitívna významnosť a zvyšujúca sa tolerancia, na rozdiel od symptómov základnej závislosti, akými sú konflikt, abstinénčné príznaky, relaps a behaviorálna významnosť. A tak do závislosti boli zaradené aj typy správania, ktoré síce spĺňali periférne znaky (ako eufória pri správaní, tendencia zvyšovať intenzitu a čas a kognitívna významnosť aktivity v živote jedinca), ale nespĺňali základné symptómy závislosti.

Kuss a Pontes (2018) preto odporúčajú, aby sa popri kategóriách závislé a nezávislé (zdravé) používanie internetu používala ešte tretia kategória – vysoko angažované, nadmerné, respektíve **excesívne používanie internetu**. Takéto správanie je niečo medzi klinickou závislosťou a zdravým, „primeraným“ používaním internetu. Príkladom takéhoto správania môže byť excesívne hranie online hier, ktoré už spĺňa niektoré prejavy závislosti, ale ide skôr o periférne symptómy, ako sú kognitívna významnosť aktivity, eufória a zvyšujúca sa tolerancia. Oba koncepty (závislosť aj excesívnosť) používajú rovnaké znaky, ktoré definoval Griffiths (1995), i keď pri excesívnosti nemusia byť naplnené všetky. Aj excesívne používanie internetu má svoje negatívne následky na život a well-being. Pri excesívnom používaní internetu je reálne riziko, že po istom čase prerastie do závislosti od internetu. V našej monografii budeme pracovať najmä s pojmom excesívne používanie internetu, ale pre obsahovú blízkosť budeme čerpať výskumy aj z oblasti závislosti od internetu a tento koncept tiež predstavíme.

Dobрым rozlíšením excesívnosti a závislosti je definícia závislosti podľa Billieux et al. (2017, s. 1723): *„závislosť od internetu je opakované správanie vedúce k významnému poškodeniu v rôznych oblastiach života a zdravia alebo k distresu. Takéto správanie daná osoba nevie sama zredukovať a pretrváva počas významného časového obdobia (napr. najmenej 12 mesiacov), čo vedie k funkčnému poškodeniu denných aktivít“*. Súčasťou tejto definície sú aj vylučovacie kritériá, ktoré vylučujú nasledovné typy správania zo závislosti. Ide o:

- správanie sa dá lepšie vysvetliť základnou poruchou (napr. depresívna porucha alebo porucha kontroly impulzov);
- funkčné poškodenie vyplývajúce z činnosti je dôsledkom úmyselnej voľby (napr. pri online športoch, keď profesionálni hráči hrajú online hry vo vysokej intenzite a je to ich slobodné rozhodnutie);
- správanie možno charakterizovať ako obdobie dlhodobej intenzívnej aktivity, ktoré uberá čas a zameranie na iné aspekty života, ale nevedie k významnému funkčnému poškodeniu alebo distresu;

- správanie je výsledkom dočasnej stratégie zvládania ako očakávanej reakcie na bežné stresové faktory alebo straty (Billieux et al., 2017).

Práve Billieux et al. (2017) sa podarilo pomerne jasne odlíšiť klinickú formu závislosti od excesívnosti. Rozdiel je v kritériách času a dôsledku – dopadu. Závislé správanie musí trvať dlhodobo, excesívne nie. Závislé správanie má väčšinou výrazný negatívny následok, excesívne správanie takýto následok nemusí mať a dokonca môže byť niekedy viac-menej vedomou voľbou pri zvládaní stresových udalostí, tráum či strát. Rozdiely nie sú úplne jasné pri neurobiologickej podstate excesívnosti a závislosti a tiež pri modeloch vzniku a udržiavania takého správania.

1.2 Závislosť od internetu

Závislosť od internetu môžeme zaradiť medzi nelátkové – behaviorálne závislosti, čo znamená, že závislosť nie je vyvolávaná prijímaním chemickej látky, ale istým typom správania a neschopnosťou kontrolovať impulzy vedúce k takému správaniu. Behaviorálne závislosti môžeme definovať ako opakujúci sa vzorec správania, ktorý zvyšuje riziko vzniku zdravotných alebo osobných, či spoločenských problémov (Marlatt et al., 1988; Sun et al., 2013). Subjektívne sa prejavuje ako strata kontroly a objavuje sa aj napriek snahe abstinovať alebo realizovať dané správanie s mierou. Typický je vzorec správania charakterizovaný okamžitým uspokojením (krátkodobá odmena), ktorý je často sprevádzaný oneskorenými škodlivými účinkami (dlhodobé dôsledky). Pokusy zmeniť závislé správanie (liečbou alebo svojpomocne) sú obvykle charakterizované vysokou mierou relapsov (Marlatt et al., 1988; Sun et al., 2013). I keď závislý neužíva chemickú látku – drogu, mechanizmus závislosti je veľmi podobný (Park & Kim, 2017; Weinstein et al., 2014). Dokonca sa zistilo, že u závislých od kokaínu a závislých od internetu dochádza po istom čase v mozgu k podobným patologickým zmenám (Zhou et al., 2011) a takýchto dôkazov pribúda (Montag et al., 2015) (viac v neurobiologickom modeli). Behaviorálne závislosti majú blízko ku poruchám kontroly impulzov (Vacek & Vondráčková, 2014).

História

Závislosť od internetu ako starší termín v porovnaní s pojmom excesívne používanie internetu je prepojená so závislosťou od počítačov, ktorá síce nie je taká rozšírená, ale popísaná bola už v roku 1979. Nicholas J. Rushby v knihe *An Introduction to Educational Computing* spomína abstinenčné príznaky pri závislosti od počítačov (Rushby, 2019).

Prvým autorom, ktorý „nechtiac“ prišiel s pojmom závislosť od internetu, bol v roku 1995 doktor Ivan Goldberg (Wallis, 1997). Napísal článok o internetovej závislosti, v ktorom vytvoril pojem IAD – porucha závislosti od internetu (ang. Internet Addiction Disorder). Popísal v ňom kritériá pre diagnózu a vytvoril skupinu pre závislých od internetu. Táto informácia sa rozšírila vo vedeckých kruhoch, avšak Goldberg to poňal trochu ako vtip – jeho pôvodný zámer bol upozorniť na to, ako vznikajú diagnostické kritériá v DSM-IV. Chcel podnietiť odbornú komunitu, aby k vzniku nových porúch pristupovala kritickejšie. To, že ide o vtip, zdôraznilo najmä vytvorenie online podpornej skupiny pre ľudí závislých od internetu alebo diagnostické kritérium „zámerných či mimovoľných „písacích“ pohybov prstov“. Aj napriek tomu sa však tento článok šírila ďalej. Niektorí autori ho nezobrali ako paródiu, ale prejavili seriózný záujem o túto problematiku (Beard & Wolf, 2001). Pôvodný vtip a nepochopená paródia vyústili do obrovskej akademickej debaty, či uznať závislosť od internetu ako samostatnú psychickú poruchu, alebo nie. Táto diskusia je v odborných kruhoch prítomná sčasti dodnes.

Najväčším priekopníkom závislosti od internetu je americká profesorka Kimberley Young (1997). V roku 1996 uverejnila štúdiu *Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder*, v ktorej predstavila 8 diagnostických kritérií. Prvé diagnostické kritériá publikovala Young (1998) a vytvorila ich úpravou kritérií pre patologické hranie s prihliadnutím na prostredie internetu. Uvádza, že pre určenie internetovej závislosti musí byť prítomných minimálne 5 z nasledujúcich 8 príznakov:

1. zaujatie internetom – jedinec premýšľa o predchádzajúcich online aktivitách alebo uvažuje o ďalších;
2. stále používanie internetu s narastajúcou dĺžkou času pre dosiahnutie uspokojenia;
3. opakované pokusy o kontrolu nad používaním internetu, obmedzenie alebo jeho ukončenie;
4. pri snahe obmedziť používanie internetu vyskytujúca sa mrzutosť, nepokoj, podráždenosť alebo depresivita;
5. zostávanie online dlhšie, ako bolo pôvodne zamýšľané;
6. riskovanie straty (alebo už prerušenie) osobných vzťahov, zamestnania, školských alebo profesijných príležitostí kvôli internetu;
7. klamanie blízkym osobám (rodina, priatelia, terapeut...) o čase strávenom na internete;
8. používanie internetu ako úniku od problémov alebo zmiernenie prežívania nepríjemných pocitov.

Štúdie sa zúčastnilo 496 respondentov, ktorých vyberala Young viacerými spôsobmi: inzerátmi v medzinárodnej tlači, letákmi v univerzitných kampusoch, odkazmi na internetových stránkach pre závislých od internetu (The Internet Addiction

Support Group, The Webaholics Support Group) a tiež priamym oslovením ľudí vyhľadávajúcich kľúčové slová „Internet Addiction“ pomocou významných internetových vyhľadávačov (Google, Yahoo...) (Young, 1998). Aj napriek niektorým limitom (napr. v reprezentatívnosti) môžeme článok považovať za prelomový, pretože priniesol množstvo zaujímavých poznatkov a hlavne otvoril veľkú diskusiu na túto tému. K zaujímavým zisteniam patrí rozdiel v používaní internetu u tzv. závislých a nezávislých (závislí trávili viac času na chatoch, MUDoch a nezávislí venovali viac času e-mailovej komunikácii a získavaniu informácií z internetu). Druhým rozdielom bolo porovnanie samotného času stráveného online – „závislí“ surfovali po internete v priemere 38 hodín týždenne oproti 5 hodinám týždenne u „nezávislých“. Ďalej sa Young zamerala na následky nadmerného používania internetu. „Nezávislí“ nehlásili žiadne nepriaznivé účinky vyplývajúce z používania internetu okrem zhoršenia v time manažmente. Na druhej strane „závislí“ nahlásili, že problematické používanie internetu malo následky v osobnom, rodinnom a pracovnom či akademickom živote. Podobné dôsledky boli zaznamenané už v známych závislostiach, akými sú patologické hráčstvo, závislosť od alkoholu, ale aj pri poruchách príjmu potravy. Nahlásené problémy boli rozdelené do piatich kategórií: akademické, vzťahové, finančné, pracovné alebo telesné (Young, 1998).

Druhým priekopníkom v oblasti závislosti od internetu je Mark Griffiths. Už v roku 1995 písal všeobecne o technologických závislostiach. V nasledujúcich dekádach môžeme sledovať mimoriadny nárast výskumu práve v oblasti závislosti od internetu (Kuss et al. 2014). Vedecký záujem o závislosť od internetu v podstate len kopíroval význam a dôležitosť, ktorý tento fenomén postupne nadobúdal v spoločnosti. Problém s dôsledkami závislosti si okrem profesionálov pracujúcich s deťmi a mládežou a špecialistami na duševné zdravie začali uvedomovať dokonca vlády viacerých krajín. V Južnej Kórei, kde je závislosť od internetu a najmä závislosť od online hrania najrozšírenejšia, zaviedli istú formu prohibície (Choi et al, 2018). Isté formy politík spojených s nadmerným používaním internetu zavádzajú mnohé štáty v Európe aj s podporou Európskej únie. Napríklad Európskou komisiou podporené projekty ako *Safer Internet; Connecting Europe Facility in the Sector of Telecommunications; European Network for Problematic Usage of the Internet COST Action CA16207* a tiež medzinárodný výskumný network ako *EU Kids Online*. Záujem o problematiku prejavujú aj najväčší hráči v informačných technológiách ako Google, Apple či Facebook a mnohé menšie spoločnosti.

Závislosť od internetu nie je zatiaľ uznaná ako oficiálna klinická diagnóza. Je aj otázne, či ako celok pre jej rôznorodé prejavy niekedy bude. Na druhej strane sa už v roku 2013 dostala do appendixu DSM-5 (Diagnostického a štatistického manuálu mentálnych porúch americkej psychiatrickej spoločnosti) diagnóza „Internet Gaming Disorder“ – jedna z poddruhov pre ďalší výskum a pravdepodobné zaradenie

v nasledujúcom vydaní (DSM, 2013). Hráčska porucha (6C51.0) (v online aj offline forme) je už zaradená do špecifických psychických porúch v Medzinárodnej klasifikácii chorôb Svetovej zdravotníckej organizácie (ICD, 2020). Zaradenie jednej z druhov závislosti od internetu do zoznamu oficiálnych diagnôz – či už v systéme DSM, alebo ICD – otvára nové možnosti preplácania zdravotnej a sociálnej starostlivosti, výskumu a mnohých iných oblastí spojených so závislosťou od internetu.

Pojem excesívnosti pri používaní internetu sa objavuje už od roku 1997, a to v spojení so závislosťou od internetu. Priekopníkmi tohto pojmu sú aj priekopníci vo výskume závislosti od internetu (Griffiths, 1998; 1999; Young, 1997). V posledných rokoch je excesívne používanie internetu už plne samostatný pojem v teórii aj vo výskume.

1.3 Znaky a druhy excesívnosti/závislosti

Počas vývoja konceptu odborníci objavili viaceré symptómy/znaky, ktoré by mal človek splniť, aby sme o ňom mohli povedať, že trpí závislosťou. Aj keď sa pohľady na závislosť od internetu jednotlivých odborníkov líšia, varianty väčšinou zdieľajú štyri základné funkcie: (1.) kompulzívne (nutkavé) používanie internetu, (2.) zvyšujúca sa tolerancia, (3.) abstinenčný syndróm a (4.) negatívne konzekvencie (Block 2008). Postupom času sa najviac presadil 6-komponentový prístup Marka Griffithsa (2005). Pre označenie závislosti od internetu musí jedinec spĺňať nasledovných šesť kritérií:

- 1. Významnosť** (ang. Salience) internetu v živote človeka – keď sa internet stane najdôležitejšou aktivitou v živote a dominuje v jeho myslení (prostredníctvom zaujatia a kognitívnej distorzie – skreslenia), cítení (prostredníctvom cravingu – baženia) a správania (prostredníctvom zhoršenia socializácie). Človek, pre ktorého sa stal internet extrémne významným, napr. myslí na internet hneď po prebudení, keď nemôže byť pripojený, rozmýšľa, čo sa na internete deje, je nesvoj – nervózny. Cíti neustále baženie byť online. Väčšinu aktivít počas dňa zameriava na to, aby sa k internetu dostal čo najskôr, obmedzuje čas s priateľmi, do práce alebo do školy chodí neskoro alebo vôbec atď.
- 2. Zmena nálad** (ang. Mood Modification) dosiahnutá prostredníctvom internetu. Subjektívne zážitky, popísané ako dôsledok vystavenia sa internetu, sa môžu prejavovať ako copingové stratégie. Takýto človek používa internet na to, aby manažoval svoju náladu. Napríklad sa cíti smutne, znudene alebo podráždene a keď sa pripojí do sociálnej siete, zlepší sa mu nálada. Alebo pri

spustení online hry cíti hráč uvolnění a příjemné vzrušení. Lidia často používají internet ako chvíľkový únik pred ťažkosťami v reálnom svete.

3. **Tolerancia** (ang. Tolerance) – proces, pri ktorom dochádza k zvýšeniu potreby vykonávať aktivitu na dosiahnutie pôvodného efektu. V praxi to znamená (podobne ako u drog), že človek musí na dosiahnutie uspokojenia stále zvyšovať množstvo času stráveného v online prostredí.
4. **Abstinenčné (odvykacie) príznaky** (ang. Withdrawal Symptoms) – nepríjemné pocity alebo fyzické dôsledky pri náhlom znížení alebo prerušení konkrétnej aktivity. V prípade internetu majú zväčša podobu nepokoja, podráždenosti, nervozity, zúrivosti, ale tiež smútku.
5. **Konflikt** (ang. Conflict) – nadmerné používanie internetových aplikácií a webov po istom čase nevyhnutne vyústi do viacerých konfliktov. V prvom rade ide o medziľudské konflikty medzi závislým a ostatnými z jeho okolia. Na dennom poriadku sú často hádky s blízkymi pre množstvo času stráveného pri internete, pre zanedbanie povinnosti atď. Druhým typom konfliktu je vnútorný konflikt v samotnom používateľovi. Človek sa nevie rozhodnúť medzi nutkavou túžbou byť online a inou relevantnou aktivitou. Napr. túžba tráviť čas s priateľmi, rodinou, partnerom/partnerkou verzus čas strávený pri online hre. Alebo potreba dokončiť pracovnú či školskú úlohu verzus komunikácia v sociálnej sieti. Takýto nesúlad a vnútorný konflikt môžu viesť k podráždeniu, nervozite a zvýšeniu medziľudského konfliktu.
6. **Relaps** (ang. Relapse) – je to správanie, pri ktorom má človek tendenciu opakovať pôvodné vzorce neželaného správania na rovnakej alebo aj vyššej úrovni. Napríklad si viackrát zruší svoj profil na sociálnej sieti alebo používateľský účet v online hre, resp. zmaže chatovací program, ale po istej dobe sa k nim znovu vráti a založí nové (Griffiths, 2005).

Druhy excesívnosti/závislosti

Závislosť od internetu nie je jeden celok, prejavuje sa vo viacerých odlišných formách. Závislosť od internetu je vlastne dáždnik, ktorý pod seba skrýva viaceré druhy závislosti, ktoré sú pomerne odlišné vo svojich prejavoch. To, čo ich spája, je internet predstavujúci kanál, ktorým komunikujeme a závislé správanie, ktoré má veľmi podobný neurobiologický základ pri všetkých závislostiach. Griffiths (2005) uvádza, že od internetu vlastne nie sme závislí všeobecne, ale sme závislí od konkrétnych aplikácií, webov či internetových služieb, s ktorými je spojený špecifický druh činnosti. Závislosť od internetu sa však zvyčajne študovala ako samostatná entita, čo viedlo k mnohým kontroverziám, pretože koncept internetovej závislosti zostáva sporný (Weinstein et al., 2014).

V literatúre existuje viacero delení činností, ktoré majú adiktogénny potenciál. Líšia sa podľa filozofie prístupu. Pri klinickom pohľade na závislosť od internetu Young (2011a) vymedzuje:

1. závislosť od počítačových a online hier (vrátane závislosti od MMORPG – Massive(ly)-Multiplayer Online Role-Playing Game – Online hra pre viac hráčov, ktorá umožňuje hráčom po celom svete, aby boli prostredníctvom internetu v jednom čase spoločne vo fiktívnom virtuálnom svete a ovládali svoju zvolenú postavu – avatara);
2. informačné presýtenie, napríklad závislosť od surfovania na webe a sťahovania internetového obsahu;
3. online gambling – hranie online hazardných hier za účelom finančnej alebo inej hmotnej výhry;
4. závislosť od online nakupovania;
5. závislosť od kybersexu, ako aj závislosť od pornografie;
6. závislosť od online vzťahov (závislosť od sociálnych sietí a médií).

Výskumný projekt Európskej únie *European Network for Problematic Usage of the Internet, COST Action CA16207* (Dell’Osso et al. 2020) uvádza v rámci problematického používania internetu (ktoré chápe trochu širšie ako len excesívnosť) nasledovné časti:

1. s internetom spojená porucha hrania (ang. Internet-Related Gaming Disorder);
2. s internetom spojená porucha gamblingu – hazardného hrania (ang. Internet-Related Gambling Disorder);
3. s internetom spojená porucha nakupovania (ang. Internet-Related Buying-Shopping Disorder);
4. Kyberchondria (excesívne alebo opakujúce sa vyhľadávanie medicínskych informácií v prostredí internetu);
5. závislosť na kyberpornografii (ang. Cyberpornography Addiction);
6. kyberšikanovanie (ang. Cyberbullying);
7. závislosť od sociálnych médií a fór (ang. Internet Social-Media/Forum Addiction).

Druhy problematického používania internetu z veľkej časti kopírujú rozdelenie internetovej závislosti podľa Young (2011a) (hranie, gambling, kybersex, nakupovanie, sociálne médiá). Avšak vypúšťajú informačné presýtenie a pridávajú kyberšikanovanie ako prejav problematického používania internetu a hlavne pridávajú kyberchondriu. Kyberchondria je pomerne nový termín, ktorý ešte nie je úplne ustálený a chýba aj prevalencia a konsenzus o definícii. V skratke ide o excesívne alebo opakujúce sa vyhľadávanie medicínskych informácií a informácií o zdraví v prostredí internetu, ktoré je poháňané potrebou zmiernenia distresu

a úzkosti o zdravie a ktoré v konečnom dôsledku vedie k zhoršeniu príznakov a správania. Kybechondria pripomína nutkavé alebo opakujúce sa správanie a je pre pacientov časovo nadmerne náročná. Zdá sa, že Kyberchondria prechádza cez viacero existujúcich diagnóz (hypochondria, obsedantno-kompulzívna porucha, úzkosť ohľadne zdravia – ang. Health Anxiety) so silným prepojením na používanie internetu (Dell’Osso et al., 2020).

Najlepšie preskúmaná a v súčasnosti už aj oficiálne uznaná je **závislosť od hrania online počítačových hier**, respektíve internetová porucha hrania (IGD – ang. Internet Gaming Disorder) (DSM, 2013) alebo hráčska porucha (6C51.0) (v online aj offline forme), v Medzinárodnej klasifikácii chorôb Svetovej zdravotníckej organizácie (ICD, 2020). Táto diagnóza má pomerne masívnu základňu článkov o vzniku, výskyte a taktiež o neurobiologických dôkazoch o patologických zmenách v mozgu.

Definícia poruchy internetového hrania (IGD) podľa DSM (2013)

Porucha internetového hrania predstavuje trvalé a opakujúce sa používanie internetu na hranie hier, často s inými hráčmi, ktoré vedie ku klinicky významnému poškodeniu alebo distresu a spĺňa päť (alebo viac) znakov za posledných 12 mesiacov:

1. zaujatie online hrami;
2. abstinenčné príznaky, keď hranie na internete nie je dostupné;
3. tolerancia, t. j. potreba tráviť čoraz viac času hraním online hier;
4. neúspešné pokusy o kontrolu hrania;
5. strata záujmov o predchádzajúce záľuby a aktivity v dôsledku hrania online hier;
6. pokračujúce nadmerné používanie online hier napriek znalosti psycho-sociálnych problémov;
7. klamanie členov rodiny, terapeutov alebo iných ľudí o množstve času stráveného hraním online hier;
8. používanie online hier na únik alebo zmiernenie negatívnej nálady;
9. ohrozenie alebo strata významných vzťahov, zamestnania, vzdelania alebo kariérnych príležitostí z dôvodu účasti na online hrách.

V medzinárodnej klasifikácii chorôb 11. revízie (ICD, 2020) je hráčska porucha (v online aj offline forme) pod kódom 6C51. Popis tejto diagnózy je nasledovný: hráčska porucha je charakterizovaná pretrvávajúcim alebo opakujúcim sa vzorcom herného správania („digitálnej hry“ alebo „videohry“), ktorá môže byť online (t. j. cez internet) alebo offline. Prejavuje sa:

1. zhoršenou kontrolou nad hraním hier (napr. nástup, frekvencia, intenzita, trvanie, ukončenie, kontext);

2. zvyšovaním priority hrania hier do tej miery, že hranie hier má prednosť pred ostatnými životnými záujmami a každodennými činnosťami;
3. pokračovanie alebo eskalácia hrania hier napriek vzniku negatívnych dôsledkov.

Vzorec herného správania môže byť nepretržitý alebo epizodický a opakujúci sa. Výsledkom modelu herného správania je výrazné utrpenie alebo signifikantné poškodenie v osobných, rodinných, sociálnych, vzdelávacích, pracovných alebo iných dôležitých oblastiach fungovania. Aby sme mohli stanoviť diagnózu, musí sa hráčske (závislé) správanie a ďalšie funkčné zmeny vyskytovať po dobu najmenej 12 mesiacov. V prípade, že jedinec splní všetky diagnostické kritériá a príznaky sú závažné, požadované trvanie sa môže skrátiť. V rámci diagnostických kritérií ku hráčskej poruche sú uvedené aj vylučovacie kritériá, ktorými sú diagnózy: Hazardný gaming (QE22), Bipolárna porucha I. typu (6A60) a II. typu (6A61) (ICD, 2020).

Pomerne intenzívna pozornosť sa venuje **závislosti od virtuálneho sexu**, kde spadá celá oblasť závislosti od pornografie, ale tiež excesívne používanie erotických chatov, zoznamiek, fór atď. Excesívna konzumácia pornografického obsahu má veľkú potenciú prerásť do závislého správania. Príťažlivosť explicitných obsahov sexuálnej povahy na internete vysvetľuje Cooper (1998) teóriou troch podnecovateľov (Triple A Engine): prístup (Access), cenová dostupnosť (Affordability), anonymita (Anonymity). Táto teória bola rozšírená o ďalšie dva „A“ – prijateľnosť (Acceptability) (King, 1999) a priblíženie sa (Approximation) (Ross, Kauth, 2002) na teóriu piatich podnecovateľov „the Quin-A Engine“. Young et al. (1999) vysvetľuje príťažlivosť takéhoto správania ACE modelom: anonymita (Anonymity), pohodlie (Convenience) a únik (Escape). V odborných kruhoch prebieha debata, či je závislosť od sexuálnych aktivít v prostredí internetu iba jedným z prejavov závislosti od sexu (Coleman, 1991; Kafka 2010) alebo je samostatným špecifickým druhom a jedným z poddruhov závislosti od internetu (Griffiths, 2005). Autor vysvetľuje, že závislosť od kybersexu má niektoré špecifické prejavy, ktoré sú prítomné len na internete, napríklad erotické chaty. Závislý od kybersexu nemusí vôbec vyhľadávať osobné stretnutie a celé jeho sexuálne správanie môže byť spojené iba s virtuálnym prostredím internetu. Aj z dôvodu nejasnosti ohľadom zaradenia nie je závislosť od kybersexu zatiaľ uznaná ako oficiálna diagnóza v diagnostických a klasifikačných manuáloch DSM ani ICD.

Ďalším často skúmaným poddruhom závislosti od internetu je **závislé používanie sociálnych sietí a médií**. Využívanie sociálnych sietí a médií zažíva v posledných rokoch obrovský boom. Na Slovensku mesačne používa Facebook 2,6 milióna Slovákov a 3 milióny pozerá YouTube (Kemp, 2019). U detí a mladých ľudí je

používanie sociálnych sietí ešte častejšie a intenzívnejšie (Izrael et al., 2020). Napríklad približne štyri deti z piatich (vo veku 9 – 17 rokov) používajú sociálne siete aspoň raz za týždeň, pričom jedna tretina ich intenzívne používa viackrát za deň (13 % uviedlo odpoveď, že ich používa takmer stále) a ďalšia tretina denne alebo takmer denne (Izrael et al., 2019; Izrael, 2017). Do sociálnych médií môžeme zaradiť všetky sociálne siete ako Facebook, Instagram, Twitter, ale aj online platformy na zdieľanie fotiek a videí, napr. YouTube, TikTok, Snapchat a iné. Patria sem aj komunikačné portály, aplikácie a diskusné fóra. V česko-slovenskom kontexte treba spomenúť Pokec a medzi komunikátormi napr. Messenger, WhatsApp, Viber, Tinder a mnohé iné. V ázijských krajinách sú populárne miestne komunikačné a mediálne platformy (napr. v Číne WeChat alebo QQ). Andreassen & Pallesen (2014, s. 4054) definovali závislosť od sociálnych médií nasledovne: *„Byť príliš znepokojený sociálnymi médiami, vedený nekontrolovateľnou motiváciou prihlásiť sa alebo používať sociálne médiá, a venovať tolko času a úsilia sociálnym médiám, že to poškodzuje ďalšie dôležité oblasti života.“* Takéto problematické používanie sociálnych médií má pre ich rozšírenie potenciálne veľkú základňu, na neurobiologickej úrovni doposiaľ chýbajú presvedčivé dôkazy o existencii takejto závislosti. Závislé používanie sociálnych sietí/médií tiež nie je uznané ako oficiálna psychiatrická diagnóza a pre rôznorodosť prejavov a typov správania, ktoré pod týmto názvom zahrňujeme, pre prebiehajúcu diskusiu a výskum, jej zaradenie do diagnostických a klasifikačných manuálov DSM a ICD v najbližšom čase ani neočakávame.

Ako sme spomínali, závislé správanie popisuje skôr klinický kontext, neklinický kontext pracuje s excesívnym používaním internetu. Aj na úrovni excesivity môžeme hovoriť o troch najčastejších typoch excesívneho správania na internete. V prvom rade ide o:

- najlepšie preskúmané **excesívne hranie**,
- potom **excesívne používanie internetu za účelom sexuálnych aktivít**
- a v neposlednom rade **excesívne používanie sociálnych médií**.

V každom z týchto troch typov správania existuje možnosť, že správanie prerastie do závislého správania. Táto možnosť je pomerne významná najmä pri excesívnom používaní kybersexu a z časti pri excesívnom hraní. Logicky, pri obrovskom rozšírení a integrácii do každodenných rutín veľkého počtu ľudí sa najviac excesívneho používania internetu bude vyskytovať pri sociálnych médiách. Excesívne používanie internetu sa môže prejavovať v rôznych scenároch aj mimo troch spomenutých typov, ktoré sa vyskytujú najčastejšie. Môže ísť napríklad o excesívne nakupovanie, vyhľadávanie informácií (často veľmi špecifických, napr. kyberchondria – vyhľadávanie informácií o zdraví, ako sme už spomínali), sťahovanie obsahu (najmä videa, hudby alebo programov) a pod. Všetky uvedené spôsoby excesívneho

používania internetu majú svoje väčšie alebo menšie negatívne dôsledky v rôznych oblastiach života používateľov (viac o dôsledkoch v kapitole 2).

V spojitosti s excesívnym používaním internetu odborníci často skúmajú fenomén **FOMO** (ang. Fear of Missing Out), ktorý predstavuje strach z toho, že človeku niečo hodnotné ujde, bude z niečoho vynechaný, respektíve vylúčený (Dempsey et al. 2019). Takýto strach či úzkosť je výrazne prítomný pri excesívnom používaní sociálnych sietí (i keď sa môže vyskytnúť aj v iných druhoch excesívneho správania) a môže byť jedným z dôležitých znakov excesívnosti až hraničiacej so závislým správaním. Používateľ sociálnych médií zažíva silnú túžbu byť neustále online, pretože sa iracionálne obáva, že v čase, ktorý na sociálnych médiách netrávi, prichádza o hodnotné veci, respektíve nebude informovaný, alebo by mohol byť z nejakej aktivity vylúčený. To vedie k neustálemu kontrolovaniu sociálnych médií, či tam nie je niečo nové a po čase takéto správanie dosiahne kompulzívnu charakteristiku (Dempsey et al. 2019). K FOMO napomáhajú aj výrobcovia softvéru a hardvéru so systémom neustáleho pripojenia, notifikácií a celkového nastavenia sociálnych médií, napr. v stále meniacom sa Feede (Feed – stena, kanál, zdroj alebo nástenka s aktuálnymi informáciami a novinkami) Facebooku, Instagramu a mnohých ďalších.

V súvislosti s excesívnym používaním môžeme hovoriť aj o excesívnom používaní smartfónov, ktoré sa často označuje aj ako závislosť od smartfónov, respektíve ako nomophobia (strach zo straty mobilného telefónu). Ide o strach zo straty fyzického kontaktu s mobilným zariadením, spojený s neustálym kontrolovaním mobilu (Spear King et al., 2017). Excesívne používanie mobilného zariadenia, čo je zrejme presnejšie označenie ako závislosť od mobilu, má spoločne s excesívnym používaním internetu obsah. Veľmi často ide konzumáciu sociálnych médií: kompulzívne kontrolovanie notifikácií zo sociálnych sietí, lajkovanie, pozeranie fotiek a videí atď. Spoločným prvkom môžu byť aj excesívne hranie online hier prostredníctvom mobilného zariadenia. Odlišným prvkom oproti závislosti od internetu môže byť pri závislosti od mobilného telefónu fyzická stránka. Používateľ je okrem prijímania obsahu navyknutý aj na typické pohyby, typické činnosti, tvar mobilného zariadenia atď. Domnievame sa, že aj cez istú odlišnosť, môžeme závislosť od mobilných telefónov zaradiť do skupiny excesívneho používania internetu vedúceho do závislého správania z dôvodu toho, že obsah, ktorý je požívaný excesívne na mobilnom zariadení, je z veľkej väčšiny online obsahom. Táto problematika nevystupovala tak výrazne do popredia pri používaní mobilných zariadení, ktoré neboli smartfóny a nemali pripojenie na internet.

1.4 Modely závislosti

Pre pochopenie procesu vzniku, rozvoja a udržiavania excesívneho používania internetu je prospešné študovať modely závislosti od internetu. I keď si uvedomujeme, že excesívnosť nie je plne totožná so závislosťou, tieto dva druhy správania majú veľké množstvo prienikov a podobností. Preto predpoklad podobných alebo totožných modelov vzniku je legitímny. V tejto časti predstavíme neurobiologický model, kognitívno-behaviorálny model, syndrémový model závislosti, komponentový model a model I-PACE. Pozornosť budeme venovať aj starším modelom – kompenzačnému a situačnému.

Neurobiologický model

Potreba porozumieť problémovému správaniu na neurobiologickej úrovni je dôležitá nielen pre pochopenie základných procesov, ale i z formálno-pragmatických dôvodov, keďže na uznanie nejakého fenoménu ako oficiálnej diagnózy potrebujeme aj objektívne neurobiologické dôkazy. V poslednom desaťročí pribúda veľké množstvo štúdií, ktoré skúmajú závislosť od internetu, a najmä hráčsku poruchu z neurobiologického hľadiska (Montag et al. 2015). Výskumy používajú viaceré zobrazovacie techniky, napr. elektroencefalografiu (EEG), pozitronovú emisnú tomografiu (PET), jednofotónovú emisnú tomografiu (SPECT), funkčné (fMRI) a štrukturálne zobrazovanie magnetickou rezonanciou ([sMRI]) na hodnotenie rozsahu, v akom internet a herná závislosť môže mať vplyv na štruktúru a funkciu mozgu (Fernandez & Kuss, 2019).

Najlepšie je preskúmaná závislosť od hrania. Neurobiologický model závislosti od internetu vychádza v rôznych svojich podobách z dopamínovej hypotézy, podľa ktorej je odmeňujúci efekt drog/aktivity závislý od činnosti mezolimbického dopamínerného systému (Koo, 2011). Princíp je rovnaký ako pri podobných behaviorálnych závislostiach. Aj pri používaní internetu alebo hraní hier sa môže aktivovať kombinácia miest v mozgu spojená s potešením, známa ako centrum odmien. Pri dlhších periódach hrania sa dopamín spolu s opiátmi a ďalšími neurochemikáliami uvoľňujú v nucleus accumbens (NAcc), čo je časť mozgu, ktorá hrá dôležitú úlohu v mechanizme odmeny, potešenia, emócií atď. S postupom času môžu byť ovplyvnené asociované receptory, čo vedie k rozvoju tolerancie alebo k potrebe zvýšenej stimulácie centra odmien, aby bol vyvolaný očakávané veľký, respektíve znecitlivujúci účinok. Súčasne je vyvolaná túžba vyhnúť sa skúsenosti s prejavmi abstinenčných príznakov. To vedie ku hľadaniu vysoko efektívnych odmien, silnejších ako bežné odmeny: jedlo, pitie alebo sex. Takýmito vysoko efektívnymi odmenami sú napr. používanie hier, ktoré sú naprogramované tak, že malé odmeny poskytujú počas hrania v podstate neustále. Podobne funguje

pornografia a z časti aj sociálne médiá, kde odmenou môže byť napr. like. Na úrovni nervových obvodov môže závislosť od internetu a hier viesť k neuroadaptácii (t. z. zmenám vo fungovaní mozgu) a k štrukturálnym zmenám, ktoré sú výsledkom dlhodobej zvýšenej aktivity v oblastiach mozgu spojených so závislosťou. V niektorých extrémnych prípadoch môže viesť k zmenám v mozgu, porovnateľným so zmenami v mozgu vyvolanými dlhodobým užívaním psychoaktívnych látok (Montag et al. 2015; Zhou, et al. 2011). Ako pri iných nelátkových závislostiach, aj pri závislosti od internetu existuje istá genetická predispozícia k poruchám neurotransmisie (Augier et al., 2018; Benkovič, 2007). Augier et al. (2018) hovoria o 10-15 % ľudí, ktorí majú predispozíciu k vytvoreniu závislého správania. Jedným z druhov takéhoto správania môže byť aj používanie internetu.

Kognitívno-behaviorálny model závislosti od internetu

Kognitívno-behaviorálny prístup ponúka veľmi prínosný spôsob nazerania na závislosti nielen od internetu. Pracuje s teóriou učenia a operačným podmieňovaním a bežne sa používa na vysvetlenie návykového správania. Je to vlastne forma asociatívneho učenia, keď sa podmienený a nepodmienený podnet opakovane vzájomne spárujú, spoja. V prípade závislosti od internetu môže byť používanie internetu opakovane spojené s niektorými emočnými prežitkami alebo podnetmi zo životného prostredia, preto treba analyzovať a formulovať vzťah s týmito faktormi. Ak sú jednotlivci vystavení v podobnom prostredí, ktoré je spojené s používaním internetu, môžu mať automaticky tendenciu podvedome používať internet. Surfovanie na internete môže spôsobiť celý rad žiaducich dôsledkov, vrátane uvoľnených pocitov, zníženia napätia, zabránenia abstinenčných príznakov a vymiznutia negatívnych emócií. Podľa tejto premisy môžu všetky tieto žiaduce dôsledky pozitívne posilniť správanie, čo nakoniec vedie k excesívnemu používaniu a po čase k závislosti od internetu (Shaffer et. al. 2004).

Podľa klasického modelu ABC je pre pochopenie neželaného (závislého) správania dôležité vedieť, čo spustilo správanie, čo bolo spúšťačom (ang. A-Antecedent). Omnoho dôležitejšie je ale pochopenie vzťahu medzi správaním (ang. B-Behavior) a dôsledkami (ang. C-Consequence). Práve krátkodobé pozitívne dôsledky – uvoľnenie, rozptýlenie a celkovo môžeme povedať manažovanie emócií prispievajú k zvýšeniu pravdepodobnosti, že keď sa objaví spúšťač A napr. konflikt s blízkymi alebo blížiaci sa úloha v škole, nastane neželané správanie B (použitie internetu). Aj Caplan (2002) naznačil, že internet býva používaný ako úniková cesta od negatívnych pocitov, čím sa vytvára tolerancia k používaniu internetu na získanie uspokojenia. Keď sa obmedzí používanie internetu, časté sú pocity vyčerpania a zvýšenia konfliktnosti, čo vedie k návratu k online aktivitám, takže napokon prichádza relaps. Rovnako je dôležitou súčasťou aj tendencia k prokrastinácii. Prokrastinácia je chorobné oddaľovanie povinností na neskôr, pričom únikom je

práve použitie internetu. Tento model bol aplikovaný aj na rôzne iné správania, ako napríklad sex, behanie, prejedanie sa či gambling (Peele, 1985) a je veľmi nápomocný pri skúmaní patologického či návykového používania internetu (Young, 1999).

Richard Davis v roku 2001 predstavil kognitívno-behaviorálnu teóriu patologického používania internetu (PPI), ktorá sa pokúša modelovať etiológiu a dôsledky spojené s PPI. Davis (2001) charakterizuje PPI ako čosi viac než len návykové správanie. Namiesto toho sa vyjadruje v pojmoch kognitívno-behaviorálneho prístupu o PPI ako typickom vzore myšlienok a správania týkajúcich sa internetu, ktoré vyúsťia do negatívnych dôsledkov v reálnom živote. Davis rozdeľuje PPI na dve formy: špecifická a generalizovaná.

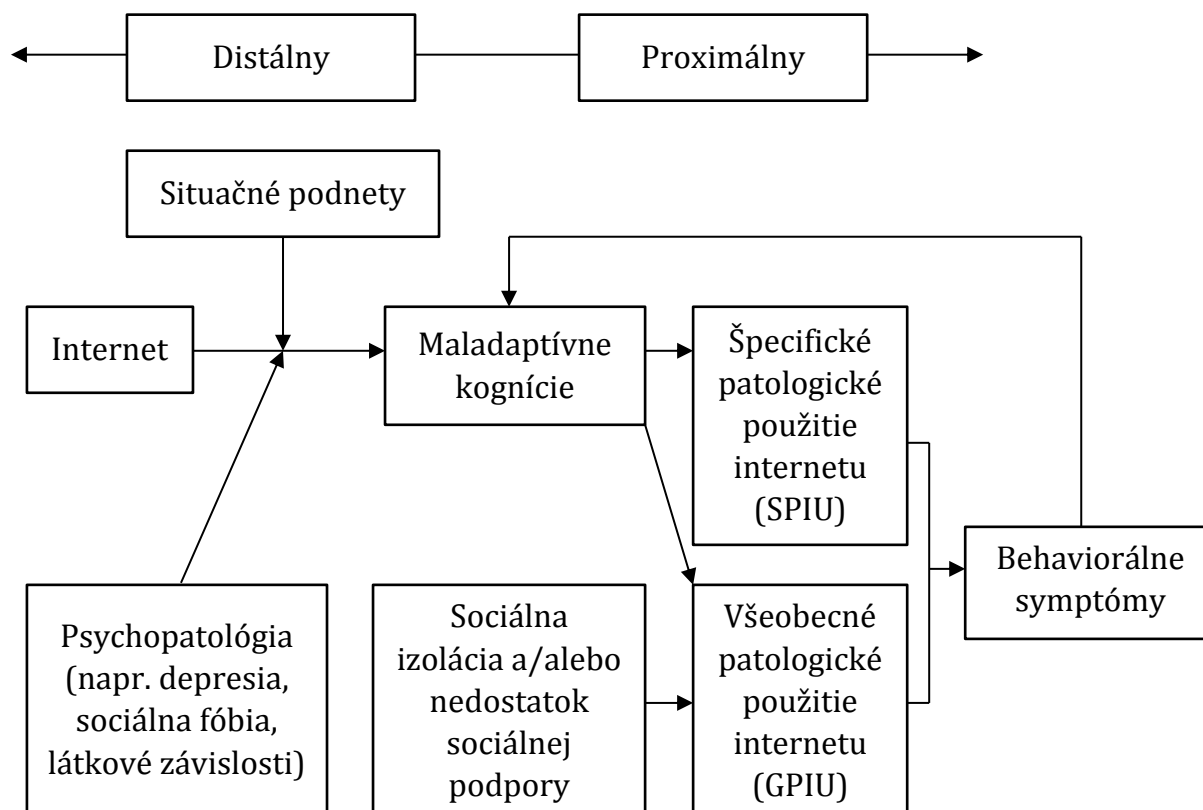
A. Špecifické patologické používanie internetu (SPIU, ang. Specific Pathological Use) sa týka ľudí, ktorí sú závislí od špecifických funkcií internetu alebo od špeciálneho obsahu. Internet používajú kvôli konkrétnemu účelu – napr. online sex, obchodovanie, gambling. V tomto prípade závislý používa internet iba ako nástroj/cestu na dosiahnutie činnosti, ktorá mu spôsobuje závislosť. V tomto prípade v podstate môžeme diskutovať o tom, či ide o naozaj čistú závislosť od internetu. Ak je totiž jedinec závislý od sexu a využíva pri tom napr. pornografické portály alebo sexuálne chaty, ide o závislosť od sexu realizovanú na internete. Podobne v prípade gamblera, ktorý hazarduje na internete, ide o formu patologického hráčstva realizovaného na internete.

B. Všeobecné patologické používanie internetu (GPIU, ang. Generalized Pathological Internet Use), ktoré sa týka používania internetu ako takého, nie je zamerané na konkrétnu online aktivitu. Je spojené s nežiaducimi dôsledkami v osobnej, ale aj v pracovnej sfére. Často sa spája so sociálnym aspektom používania internetu (chatovanie s druhými, vedenie virtuálneho sociálneho života). Príznaky generalizovaného PPI zahŕňajú maladaptívne myšlienky a správanie spojené s používaním internetu, ktoré nie sú spojené so žiadnym špecifickým obsahom. Skôr sa zdá, že generalizované PPI sa rozvinie na podklade špecifického komunikačného kontextu na internete. Inými slovami – jedinec si užíva „bytie“ online samo o sebe a dáva najavo, že virtuálna komunikácia mu je príjemnejšia ako face to face interpersonálna komunikácia (Young, 2007).

Kognitívna teória využíva pre lepšiu ilustráciu podstaty koncepty distálnych a proximálnych prispievajúcich príčin patologického používania internetu. Distálne (vzdialené) príčiny zahŕňajú už existujúcu psychopatológiu (depresiu, sociálnu úzkosť, závislosť od návykových látok atď.) a posilnenie správania, ktoré poskytuje samotný internet s novými funkciami a situačnými signálmi, ktoré prispievajú

k podmieneným reakciám. Proximálne (bližšie) prispievajúce príčiny zahŕňajú maladaptívne myšlienky, ktoré sa považujú za dostačujúce, aby spustili vývoj patológie vo forme závislého správania (Davis, 2001). Maladaptívne myšlienky zahŕňajú obsedantné myšlienky o internete, zníženú kontrolu impulzov, neschopnosť prestať používať internet a všeobecný pocit, že internet je jediným miestom, kde sa jedinec cíti dobre. Medzi ďalšie maladaptívne myšlienky môžeme zaradiť premýšľanie o internete v režime offline, premýšľanie a plánovanie budúceho času online, znižovanie záujmu o iné aktivity a sociálnu izoláciu (Davis, 2001). Veľmi často je prítomné iracionálne očakávanie nejakej katastrofy, čo následne vyvoláva prehnaný pocit strachu (Hall & Parsons, 2001). Young (1998) po prvý raz naznačila, že tento typ katastrofického myslenia sa môže spolupodieľať na kompulzívnom používaní internetu tým, že poskytuje psychologický únikový mechanizmus, vďaka ktorému sa môže jedinec vyhnúť skutočným alebo iba pociťovaným problémom. Následné štúdie predpokladali aj to, že iné maladaptívne myšlienky, napr. nadmerné zovšeobecňovanie alebo „katastrofizovanie“, či negatívne presvedčenia, mali podiel na kompulzívnom používaní internetu (Caplan, 2002; Davis, 2001). Tí, ktorí trpia negatívnym myslením, často trpia aj nízkou sebaúctou a prechovávajú v sebe pesimistické postoje. Zdá sa, že práve oni sú najviac hnaní k tomu, aby tieto svoje vnímané menejcennosti kompenzovali správaním na internete. Ukazuje sa, že kognitívno-behaviorálny model je úspešný v liečbe aj týchto negatívnych myšlienok (Young, 2007). Kognitívny model pomáha vysvetliť, prečo si používatelia internetu vybudujú zvyk alebo kompulzívne používanie a ako negatívne myšlienky o sebe môžu podporovať vzorce kompulzívného správania (Young, 2007). Kognitívno-behaviorálny model zostáva veľmi vplyvným spôsobom chápania excesívneho používania internetu a získal rozsiahlu podporu u vedcov, ktorí sa snažia operacionalizovať model v psychometrickom rámci (Caplan, 2010; Dong & Potenza, 2014).

Obrázok 1 Kognitívno-behaviorálny model patologického používania internetu



Spracované podľa Davis (2001)

Syndrémový model závislosti

Autormi syndrémového modelu závislosti (ang. The Syndrome Model of Addiction) sú Shaffer et al. (2004). Je založený na idei, že špecifické prejavy závislosti nehrajú pri vývoji všetkých návykových porúch až takú dôležitú rolu, pretože existujú dobré dôkazy o viacerých interagujúcich bio-psycho-sociálnych predispozíciach, prejavoch a dôsledkoch, ktoré odrážajú základný syndróm závislosti. Táto premisa platí pre látkové aj pre behaviorálne závislosti vrátane závislosti od internetu, čo potvrdzujú aj posledné výskumy závislosti (Augier et al., 2018), ktoré hovoria, že približne 10-15 % ľudí má istú biochemickú predispozíciu ku vzniku závislého správania. Syndrémový model závislosti je rozdelený do troch primárnych oblastí: (1.) zdieľaná neurobiologická predispozícia (Antecedent); (2.) zdieľaná psychosociálna predispozícia; (3.) spoločné zážitky (manifestácie a následky). Tento model predpokladá, že všetky závislosti sa rozvíjajú z porovnateľných distálnych (vzdialených) predispozícií. Môžeme ich nazvať rizikovými faktormi, vrátane neurobiologických a kontextových faktorov, ktoré spôsobujú väčšiu náchylnosť jedinca k rozvoju závislosti. Pri existencii distálnych predispozícií prichádzajú do hry

proximálne (blízke) predispozície, ktoré môžu zahŕňať negatívne skúsenosti, stresové udalosti a pod.

Syndrómový model závislosti tvrdí, že závislosti sa líšia iba v aktuálnej manifestácii. Prítomnosť a kombinácia distálnych a proximálnych rizikových faktorov môže spôsobiť, že u niekoho sa môže vyvinúť závislé správanie na chemických látkach a u niekoho sa vyvinie závislosť od špecifického správania, ako napr. pri internetovaní. Tento model má dôležité klinické implikácie. Navrhuje napríklad, že najefektívnejšou liečbou závislosti sú multimodálne prístupy, ktoré pracujú so špecifickou manifestáciou závislosti, ale aj so závislosťou vo všeobecnosti. Odporúča pre klinikov v praxi identifikovať centrálné rizikové znaky (napr. abstinénčné príznaky sprevádzané premorbídnymi charakteristikami). Bez týchto znakov by diagnóza nemala byť stanovená (Shaffer et al., 2004).

Komponentový model závislosti

Autorom komponentového modelu závislosti je Griffiths (2005). Ide o uznávaný a podrobne preskúmaný teoretický rámec pre konceptualizáciu behaviorálnych a technologických závislostí. Čerpá zo skorších Griffithsových prác (Griffiths, 1995) a pozostáva zo 6 komponentov behaviorálnej závislosti: významnosť, zmena nálad, tolerancia, abstinénčné príznaky, konflikt a relaps (podrobnejšie o uvedených komponentoch referujeme v tejto kapitole v časti Znaky excesívnosti/závislosti). Griffiths tvrdí, že všetky závislosti majú podobné črty a bio-psycho-sociálny proces vzniku. V dôsledku toho sa všetky behaviorálne závislosti, ako aj napríklad závislosť od internetu, rozvíjajú podobným spôsobom a majú podobné charakteristiky, ktoré sú vyjadrené v spomenutých 6 komponentoch.

Komponentový model závislosti bol spojený najmä s technologickými závislosťami, ktoré zahŕňajú interakciu človeka a stroja a môžu byť vnímané ako poddruh behaviorálnych závislostí. Môže ísť o pasívnu formu (televízia) alebo aktívnu formu (počítačová hra) a zvyčajne obsahujú vyvolávajúce a posilňujúce premenné, ktoré môžu uľahčiť vznik návykového správania. Komponentový model závislosti môže byť použitý ako operacionálna definícia závislosti. Inak povedané, ak jedinec vykazuje všetkých 6 znakov/komponentov, môžeme hovoriť o závislom správaní (Griffiths, 2005). Robustnosť komponentového modelu bola overená množstvom empirických štúdií. Využíva sa pri množstve technologických závislostí v spojení s internetom, napr. závislosť od internetu, závislosť od Facebooku, problematické použitie Tinderu, závislosť od sociálnych sietí a od sociálnych médií, hráčka porucha, závislosť od pornografie, problematické použitie SMS, závislosť od smartfónov, ale aj závislosť od práce (ang. workoholizmus) a závislosť od tanca (Kuss & Pontes, 2018). Komponentový model je pre svoju jasnosť, etiologické a diagnosticky relevantné pochopenie závislosti od internetu dominantným

modelom vo výskume, aj vzhľadom na to, že ho môžeme použiť nezávisle od veku a kultúry (Kuss & Pontes, 2018; Šmahel et al. 2020).

Model interakcie človek – afekt – kognícia – exekúcia (I-PACE)

Jedným z moderných modelov závislosti je model I-PACE – The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution od autorov Brand et al., (2016). Súčasťou autorského tímu bola aj Kimberly Young, nestorka výskumu závislosti od internetu. Model rozvíja myšlienku KBT modelu špecifických typov závislosti od internetu. Podobne, ako je to pri látkových závislostiach, kde existuje droga prvej voľby, aj v internete existuje typ správania, respektíve použitia prvej voľby. Model I-PACE ponúka teoretický rámec vysvetľujúci proces vzniku špecifických závislostí, ako sú online hry, pornografia, média atď. Obsahuje nasledovné hlavné komponenty: predisponujúce faktory, afektívne a kognitívne reakcie na vnútorné alebo vonkajšie podnety, exekutívna a inhibičná kontrola, výsledky rozhodovacieho správania pri použití konkrétnej stránky alebo aplikácie.

Špecifické patologické používanie internetu je dôsledkom interakcie nasledovných premenných zhrnutých do I-PACE modelu:

- **Predispozičné premenné** (zložka P): biopsychická konštitúcia človeka, psychopatologické znaky, osobnosť a sociálne kognície motívov správania.
- **Afektívne a kognitívne reakcie** na vonkajšie, ale aj vnútorné podnety (zložka A a C): zvládanie jednotlivca, kognitívne predsudky súvisiace s internetom, reaktivita a baženie, nutnosť regulácie nálady a chyby v pozornosti.
- **Exekutívne (výkonové) funkcie** inhibícia kontroly a rozhodovanie k použitiu konkrétnej internetovej aplikácie alebo webstránky (zložka E): zhoršené výkonové funkcie, inhibičná kontrola a rozhodovanie (Kuss & Pontes, 2018).

Autori modelu I-PACE tvrdia, že rozhodnutie používať určitú aplikáciu alebo webovú stránku je hlavne v prvých fázach rozvoja závislosti ovplyvnené krátkodobými pozitívnymi dôsledkami (uvoľnenie, únik pred stresom atď.), podobne ako v modeli KBT. Dlhodobé používanie aplikácií a stránok vedie k zvýšeniu reaktivity a baženiu po odpovedi na určite podnety v dôsledku klasického a inštrumentálneho podmieňovania (Brand et al., 2016). Pri liečbe autori upozorňujú, že niektoré dispozičné faktory nemusia byť tvárne (ovplyvniteľné), napr. genetické faktory, rané zážitky z detstva. Niektoré môžu byť zase náročné na zmenu (psychopatologická zraniteľnosť, osobnosť). Záujem klinikov by sa mal sústrediť na moderujúce a mediačné premenné, ktoré sa dajú ovplyvniť prostredníctvom farmakoterapie

alebo psychoterapie (napríklad maladaptívne kognície, exekutívne a inhibičné funkcie) (Brand et al., 2016).

Kompenzačná teória

Ďalšou teóriou vysvetľujúcou závislé správanie je trochu staršia kompenzačná teória, ktorá je pomerne populárna v Číne. Kompenzačnú teóriu navrhol Inštitút psychológie Čínskej akadémie vied, aby sa pokúsil vysvetliť príčiny závislosti od internetu medzi mladými ľuďmi v Číne (Young, 2011b). Jednotný systém hodnotenia a tlak na akademickú úspešnosť vedie mnohých mladých ľudí k tomu, aby hľadali „spirituálnu kompenzáciu“ prostredníctvom online aktivít. Navyše zapojením sa do internetových aktivít hľadajú mladí ľudia kompenzáciu pre svoju identitu, sebaúctu a spoločenský networking (Young, 2011b).

Viacere štúdie skúmali úmysel používať internet dospelými i deťmi so zámerom kompenzovať alebo vyrovnávať sa s nedostatkami v sebaúcte, identite či vo vzťahoch. Závislí od internetu vykazovali vyššie úrovne osamelosti. Závislí od internetu mali problémy s vytváraním intímnych vzťahov s ostatnými (Morahan-Martin & Schumacher, 2003). Práve pre vnímanie nedostatku vzťahov v offline svete mali osamelí a hanbliví jedinci tendenciu kompenzovať tento nedostatok v prostredí internetu. Online si môže jedinec vytvoriť sociálnu sieť nových vzťahov. S každodennou rutinou môže navštevovať konkrétne skupiny (napr. online hry alebo sociálne siete). Jedinec môže nadobudnúť vysokú úroveň pocitu spolunáležitosti s ostatnými členmi skupiny, čo vytvára silný pocit komunity. Tak, ako všetky komunity, aj online kultúra má svoje hodnoty, štandardy, jazyk, znaky. Jednotliví používatelia sa adaptujú aktuálnym normám skupiny. Tým, že skupina existuje iba online, často ignoruje zvyčajné konvencie týkajúce sa súkromia (napr. prispievaním osobnými správami na verejných fórach, zdieľaním fotografií, atď.) V prostredí internetu sú ľudia otvorenejší a za anonymitou internetu sa cítia bezpečnejšie (Young, 2011b). To je spôsobené disinhibičným efektom internetu (Suler, 2004). V momente, keď sa vytvorí členstvo v konkrétnej skupine, závislí od internetu sa spoliehajú na to, že v danej skupine nájdu spoločnosť, rady, pochopenie, ale aj lásku. Vďaka vytvoreniu virtuálnej komunity je fyzický svet zabudnutý, reálni ľudia zrazu neexistujú a anonymní online používatelia spoločne zažívajú pocit spolunáležitosti. Pomocou výmeny online správ si používatelia internetu kompenzujú to, čo im chýba v skutočnom živote (Caplan & High, 2006).

Kompenzačný model má však aj kritikov (Kardefelt-Winther, 2014), ktorí tvrdia, že vzťah medzi kompenzačnými mechanizmami a závislosťou od internetu je zložitejší a nie tak priamy.

Model situačných faktorov

Dôležitú úlohu vo vývine závislosti od internetu zohrávajú situačné faktory. Tento fakt zohľadňuje ďalší starší model z úvodnej fázy štúdia závislosti od internetu a je podobný kompenzačnému modelu. Jedinci, ktorí sa cítia preťažení, zažívajú osobné problémy alebo sa v ich živote dejú udalosti, ktoré ho menia (napr. rozvod, presťahovanie či smrť blízkeho), majú tendenciu nechať sa pohltiť virtuálnym svetom plným fantázie a nástrah (Young, 2007). Internet sa tak stáva psychologickým únikom, ktorý znižuje používateľovu pozornosť na problémy skutočného života alebo na náročnú situáciu. V snahe vyrovnať sa so zažívanou osamelosťou v novom prostredí, môže mať jedinec tendenciu používať internet, aby sa vyhol svojim negatívnym pocitom (Young, 2011b). Používateľ môže mať v osobnej anamnéze históriu látkovej závislosti (napr. od alkoholu alebo drog), vtedy využíva kompulzívne internetovanie ako fyzicky bezpečnú alternatívu pre uspokojovanie svojich návykových tendencií. Častá je viera, že závislosť od internetu je medicínsky bezpečnejšia, než závislosť od drog či alkoholu. Stále však platí, že kompulzívne správanie sa aj v tomto prípade využíva na vyhýbanie sa nepríjemným situáciám, čo závislosť podporuje. Ľudia, ktorí trpia viacnásobnými závislosťami, sa vystavujú väčšiemu riziku závislosti od internetu. Ľudia, ktorí sú náchylní k závislosti, budú používať alkohol, cigarety, drogy, jedlo alebo sex s väčšou pravdepodobnosťou ako spôsob vyrovnávania sa s problémami. Naučili sa v živote vyrovnávať so situačnými nárokmi cez návykové správanie a internet sa zdá byť vyhovujúcim, legálnym a fyzicky bezpečným spôsobom, ako sa vyhýbať problémom reálneho života. V prípadoch, keď závislý od internetu trpí taktiež závislosťou od sexu alebo gamblingom, internet ponúka nové východiská pre zapojenie sexuálneho alebo gamblingového správania (Young, 2011b).

V Ázii (najmä v Číne, Južnej Kórei, Taiwane) vystupuje do popredia jeden kultúrny faktor, ktorý nie je prítomný v štúdiách z Ameriky a Európy. Samotná štruktúra spoločnosti, hodnoty, vyžadované správanie v ázijských krajinách môže byť významným faktorom pri vzniku závislosti od internetu. V týchto krajinách je extrémne cenené dobré vzdelanie, pracovitosť a kariérny postup. Všetci čínski rodičia veria, že ich deti čaká ružová budúcnosť, keď úspešne absolvujú vstupné testy na vysokú školu. To sa samozrejme silno podieľa na mimoriadnom tlaku, ktorý cítia deti z učenia a stresu zo školy. Tento tlak si kompenzujú vyhľadávaním zábavy po škole, do ktorej patrí aj excesívne využívanie internetu (Young, 2011b). Situačný stres, či už vyvolaný rozvodom, úmrtím, stratou práce či snahou o akademický úspech, môže viesť jedinec k tomu, aby používal internet s väčšou intenzitou. Jedinci, ktorí používajú internet ako okamžitý a dočasný útek, či spôsob zvládania situačného stresu, nemusia byť závislí od internetu. Ich správanie môže byť dočasné a môže opadnúť postupom času. Avšak v prípade, že správanie pretrváva a pokračuje aj

naďalej, môže vytvoriť návyk. Správanie sa postupne začína točiť iba okolo používania internetu. Rozširujú sa aj aktivity na internete a postupne aj „zdraviu neškodné aktivity“ majú tendenciu byť závislogénne. Ako správanie eskaluje, používanie internetu sa stáva čoraz viac chronickým, zakoreneným, až sa vyvinie do kompulzívnej posadnutosti. V tejto fáze sa život stáva pre závislého nezvládateľným. Vzťahy aj kariéra sú ohrozované dôsledkami kompulzívneho správania (Young, 2011b).

2. ŠPECIFIKÁ EXCESÍVNEHO POUŽÍVANIA INTERNETU U ADOLESCENTOV

Obdobie dospievania predstavuje prechodnú fázu medzi detstvom a dospelosťou, v rámci ktorej dochádza ku komplexnej premene všetkých zložiek osobnosti. Podľa Vágnerovej (2002) sa toto obdobie delí na pubescenciu (medzi 11. až 15. rokom života) a adolescenciu (medzi 15. až 20. rokom života). Macek (2003) rozdeľuje obdobie adolescencie na tri fázy: 1. včasná adolescencia (10 – 13); 2. stredná adolescencia (14 – 16) a 3. neskorá adolescencia (17 – 22). V širšom slova zmysle a vzhľadom ku klinickému obrazu a individuálnej telesnej vyspelosti môžeme o adolescentnej problematike hovoriť aj v prípade mladších jedincov, často už od 13. roku veku života. Z aspektu efektívne zacielených poradenských a terapeutických intervencií je podľa Korandu (2015) vhodnejšie delenie na mladších (13 – 15 rokov) a starších adolescentov (16 – 19).

Vondráčková (2015) pre toto obdobie vymedzuje tri základné okruhy vývinových úloh a potrieb:

- **Vytvorenie pevnej a stabilnej identity** a nájdenie svojej vlastnej pozície v spoločnosti. Podľa Eriksona (2002) neúspech v splnení tejto potreby môže viesť k zmäteniu rolí, ktoré by mal jedinec v spoločnosti zastávať, čo sa môže následne prejavovať v slabom a krehkom „ja“.
- **Vzťahy k rodičom (dospelým autoritám) a nadviazanie blízkych vzťahov s vrstovníkmi a partnermi**, ktorí predstavujú oporu nastávajúcej identity a slúžia k uspokojovaniu rôznych potrieb. Býva prítomný silný vnútorný konflikt, kde na jednej strane stojí silná túžba a potreba získať si uznanie vrstovníkov, sociálnu pozíciu, status v nej a na druhej strane snaha nestratiť primerané vzťahy s rodičmi a dospelými autoritami všeobecne. Dochádza k emocionálnemu osamostatneniu sa od rodičov, ktorí naďalej zostávajú pre dospievajúceho zdrojom pocitov bezpečia, ale skôr na symbolickej úrovni. Vývin nezávislosti dospieva do štádia, keď sa dospievajúci rozhoduje sám a robí to, čo on chce. Dochádza k znižovaniu miery závislosti od toho, ako ho hodnotia iní. *„Adolescent je prakticky intelektovo zrelý, ale sociálne a emocionálne „nedokončený“, takže jeho hodnotiace kritériá bývajú veľmi vysoké a náročné. Názorovo je priamočiary, neprijíma kompromisy, verí tomu, že veci môžu byť ideálne, „čierne“ alebo „biele“.“* (Labáth et al., 2001, s. 17).

- **Prispôsobenie sa vyvíjajúcej sexualite.** Vzťahy k opačnému pohlaviu bývajú zdrojom veľkých neistôt a citových problémov v prežívaní dospievajúceho. Nadobúdajú erotický charakter s eroticko-sexuálnymi fantáziami. Vzhľadom na akceleráciu fyzického dozrievania dospievajúci v tomto období začína prežívať sexuálnu túžbu a sexuálne vzrušenie (pohlavne začína byť pripravený, no zároveň je psychicky a sociálne nezrelý), ktoré sú spojené so začatím sexuálneho života a vytvorením si sexuálnej identity.

Z vývinového hľadiska tak môžeme excesívne používanie internetu u adolescentov spájať s neúspešným splnením jedného alebo viac vyššie uvedených okruhov:

- **Identita**

Vytvorenie identity predstavuje dôležitú oblasť dospievania a práve internet je prostredím, ktoré umožňuje experimentovanie s identitou. S postupným vývojom identity na internete sa môže dospievajúcemu začať stierať rozdiel medzi osobnosťou skutočného sveta a osobnosťou na internete. Taktiež je reálne riziko, že takéto správanie, pri ktorom si človek skúša rôzne druhy osobností, by mohlo potenciálne oddialiť primerané riešenie krízy identity. Lemma (2010) medzi aplikácie, v ktorých môžu adolescenti experimentovať s vlastnou identitou, zaraďuje sociálne siete a komunikáciu prostredníctvom online chatových miestností, taktiež počítačové hry umožňujúce modifikovať vlastnú identitu prostredníctvom postáv, charakter ktorých môže jedinec ovládať. Williams a Merten (2008 In Beard, 2011) uvádzajú, že aj keď tieto nové identity a správanie môžu dospelých znepokojovať, nemusia byť až také škodlivé, ako sa kedysi predpokladalo, a môžu byť dokonca bezpečným a pozitívnym spôsobom sebaujedenia a experimentovania. Gross (2004) vo svojej štúdii zistil, že keď sa adolescenti na internete vydávali za niekoho iného, bolo pravdepodobnejšie, že ich skôr motivovala túžba vystreliť si z kamarátov, než skúmanie vytúženej alebo budúcej identity. Blinka (2008) v rámci výskumu na vzorke 532 hráčov MMORPG (ang. Massively Multiplayer Online Role-Playing Games) vo veku 12 – 27 rokov analyzoval aspekty vzťahu medzi hráčmi a ich avатарom. Výsledky štúdie identifikovali tri dominantné faktory: 1. identifikácia – nerozlišovanie hráča od avatara, pričom nižšia veková kategória preukázala silnejšiu identifikáciu; 2. „ponorenie“ – snenie a emocionálny vzťah k avatarovi, pričom dôležitá bola skutočnosť, že hráč sa cítil byť zaviazaný tomu, čo avatar v hre robí. Tento faktor nepreukázal štatisticky významné rozdiely vo vekových kategóriách; 3. kompenzácia – vnímaná ako ideálny stav, ku ktorému sa chceli hráči priblížiť, pričom tento faktor bol do istej miery spojený aj s identifikačným faktorom (avatar bol vnímaný ako nástroj). Výsledky medzi dospievajúcimi a objavujúcimi sa dospelými preukázali vyššiu podobnosť v identifikácii a kompenzácii medzi

hráčom a avatarom, zatiaľ čo vzťah (a jeho zložky) bol medzi dospelými hráčmi slabší.

- **Socializácia**

Ďalším z hlavných vývinových úloh a potrieb je vytvorenie sociálnych zručností umožňujúcich nadväzovanie blízkych vzťahov s rovesníkmi a prvými partnermi. Doterajšie štúdie preukázali, že adolescenti identifikovaní ako excesívni používatelia internetu, pociťovali častejšie osamelosť, problematické vzťahy s rovesníkmi a mali obmedzené schopnosti vytvárať kvalitné medziľudské vzťahy všeobecne (Vondráčková, 2015).

- **Sexualita**

Online prostredie umožňuje dospievajúcim experimentovať so svojou sexualitou prostredníctvom online sociálnej komunikácie či sledovaním stránok so sexuálnym alebo pornografickým obsahom. Virtuálne prostredie môže byť miestom aj pre sexuálnu komunikáciu medzi hráčmi počítačových hier, v krajnom prípade aj pre výmenu sexuálnych súborov v online prostredí. Anonymita v zmysle „*Nepoznáš ma/Nevidíš ma*“ umožňuje mladým ľuďom experimentovať v oblasti sexuality nad rámec toho, čo im v skutočnosti býva príjemné (Delmonico & Griffin, 2011). Analýza slovenských a zahraničných štúdií v kontexte hrania počítačových hier a pozerania online porna preukázala, že rovnako v Slovenskej republike aj v zahraničí, (mladí) muži hrajú viac počítačové hry a pozerajú online porno ako (mladé) ženy a že nižší vek prispieva k realizácii týchto činností (Almáši, 2019). Zaujímavé výsledky prináša slovenský výskum Almášiho (2020), ktorý analyzuje sociálnu zrelosť mužov v súvislosti s kyberazylom v digitálnom veku. Výskum preukázal, že medzi respondentmi muži v adolescencii sú druhou najrizikovejšiu skupinu v spojitosti s hraním počítačových hier a pozeraním online porna. Títo adolescenti mužského pohlavia pozerajú online porno videá/filmy v priemere cca 2 hodiny a 33 minút týždenne a adolescentky ženského pohlavia v rámci výskumného súboru pozerajú online porno videá/filmy priemerne cca 1 hodinu a 7 minút týždenne (druhá najvyššia doba zo všetkých vekových kategórií žien).

2.1 Rizikové správanie adolescentov

Rizikové správanie adolescentov môžeme definovať ako nonkonformné správanie v zmysle platných sociálnych noriem, t. j. správanie, ktoré určitým spôsobom platné sociálne normy porušuje alebo prekračuje (s výnimkou legislatívnych noriem). Súhlasíme s Moravcovou et al. (2015), že takéto správanie neklasifikujeme ako delikventné správanie, hoci môže byť jeho predzvesťou. Viacerí autori (Blatný et al.,

2006; Muus & Porton, 1998; Nielsen Sobotková et al. 2014; Širůček et al., 2007) považujú rizikové správanie za svojim spôsobom bežné a poukazujú len na zložitost' obdobia adolescencie pre každého jedinca. Rizikové správanie chápeme rovnako a považujeme ho za súčasť dospievania takmer každého jedinca, pričom sa od seba môže odlišovať mierou rizikovosti. Rizikové správanie chápu niektorí autori (Erden & Akman, 2008; Irwin & Milstein, 1990; Lightfoot, 1997 In Çakar, & Tagay, 2017; Scot, 2004) nielenže ako súčasť dospievania, ale dokonca ho popisujú ako správanie, ktoré dospievajúcemu prospieva (poskytuje príležitosť nadobudnúť a získať vlastnosti, ktoré sú nevyhnutné pre život, napr. sebaopoznanie, autonómia, uvedomenie si úlohy širšieho člena spoločnosti, uvedomenie si hraníc medzi konformným a nonkonformným správaním a pod.). Rizikové správanie ako krátka epizóda v živote dospievajúceho môže slúžiť aj ako prostriedok na preskúmanie a experimentovanie s osobnými hranicami, ako prejav nezávislosti, ktorý bude odmenený napr. v rovesníckom prostredí (Dworkin, 2005; Picket et al., 2002 In Gavriel-Fried, Ronen, 2016).

Medzi rizikové správanie radí Jessor (1977, 1998) užívanie návykových látok, poruchy správania, delikvenciu a rizikové sexuálne správanie. Nielsen Sobotková (2014) medzi rizikové správanie ďalej zaraďuje záškoláctvo, klamstvo, agresivitu, agresívne správanie, šikanovanie, kyberšikanovanie, násilné správanie, kriminálne správanie (hlavne krádeže), vandalizmus, závislé správanie, rizikové správanie na internete, rizikové správanie v doprave, extrémne rizikové športy, hazardné aktivity, užívanie anabolík a steroidov, nezdravé stravovacie návyky, extrémizmus, xenofóbiu, rasizmus, intoleranciu, antisemitizmus. Rizikovým správaním adolescentov sa zaoberá aj Svetová zdravotnícka organizácia, podľa ktorej sa týka predovšetkým skorého tehotenstva a pôrodu mladých dievčat, HIV, infekčných chorôb, mentálneho zdravia (samovražedné správanie, depresie), násilia, užívania alkoholu a drog, zranení, podvýživy a obezity, výživy, konzumovania cigariet. V kontexte našej problematiky považujeme za dôležité odlíšiť rizikové správanie od poruchy správania u detí. Tú definujú napr. Svoboda a Smolík (2012) ako závažnú socializačnú odchýlku, ktorá sa prejavuje porušovaním významných sociálnych noriem a to opakovane a dlhodobo (minimálne po dobu šiestich mesiacov), pričom svojimi parametrami nezodpovedá dosiahnutému vývinovému obdobiu, úrovni rozumových schopností a sociokultúrnej determinácii doterajšieho vývinu dieťaťa.

Odborná literatúra vymedzuje viacero teórií zaoberajúcich sa rizikovým správaním. Vo všeobecnosti ich možno zaradiť do troch oblastí (aj keď samotní autori hovoria o sociálno-patologickom správaní) (Fischer & Škoda, 2009):

- teórie biologicko-psychologické;
- sociologické;
- teórie sociálno-psychologické.

Biologicko-psychologické teórie dávajú do popredia biologické a psychické faktory. Biologické prístupy sa zameriavajú na fyzické rysy, ktoré predurčujú človeka na to, aby porušoval sociálne normy. Priekopníkom v tejto oblasti bol zástanca tzv. biologického determinizmu C. Lombroso, podľa ktorého ľudia porušujúci normy majú iné fyziognomické rysy ako ľudia neporušujúci sociálne normy a podľa fyzických rysov je možné určiť charakter a osobnosť človeka (Giddens, 2013). Psychologické teórie sa zas zaoberajú rôznymi typmi osobnosti a ich tendenciou sociálne normy porušovať. Sem zaradujeme napr. prístup považujúci nízku úroveň mentálnych schopností za príčinu porušovania noriem, genetickú podmienenosť porušovania noriem (overujúcu prostredníctvom adopčných a genetických štúdií) (Fischer & Škoda, 2009).

Sociologické teórie vnímajú rizikové správanie v širšom kontexte spoločenských javov a väčšinou hovoria o tzv. konformnom a nonkonformnom správaní, prípadne o sociálnopatologickom správaní. Zameriavajú sa nielen na správanie porušujúce sociálne normy, ale aj na správanie konformné, ktoré sociálne normy neporušuje, ale dodržiava. Patria sem náboženské teórie (vnímajúce porušenie noriem ako previnenie sa proti Bohu), teória prirodzeného práva (vnímajúca obsah práva a morálky ako stav daný prirodzenosťou), teória sociálnej dezorganizácie (podmieňujúca porušovanie noriem situáciou v komunite), teória anómie (vysvetľujúca porušovanie noriem rozporom medzi očakávaniami spoločnosti a možnosťami tieto očakávania nadobudnúť legálnym spôsobom), teória subkultúry (hovoriaca o porušovaní noriem v jednotlivých subkultúrach), teória labellingu (dávajúca do popredia nie samotné porušenie noriem, ale akt označenia za porušovateľa) a marxistická teóriu zločinu (dávajúca za príčinu vzniku nonkonformného správania sociálne príčiny a konflikt medzi privilegovanými a nepriviligovanými) (Jandourek, 2011).

Teórie sociálno-psychologické vnímajúce porušovanie noriem nielen v kontexte osobnosti človeka, ale aj v kontexte prostredia, v ktorom vyrastal a v ktorom sa pohybuje. Do tejto kategórie radíme teóriu sociálneho učenia (človek vie, aké správanie mu prinesie príjemné a aké správanie mu prinesie nepríjemné pocity – samozrejme, že porušenie noriem je spojené s nepríjemnými pocitmi) a teóriu racionálnej voľby (človek je racionálna bytosť a na základe znalostí sociálnych noriem si má tendenciu vybrať správanie zhodné so sociálnymi normami a správanie porušujúce sociálne normy prináša človeku nejaký prospech). Špecifickou je **teória problémového správania TPS** (ang. Problem-Behavior Theory) amerického profesora Roberta Jessora, ktorá vychádza z teórie učenia a konceptu anómie R. Mertona. Základným predpokladom tejto teórie je správanie ako výsledok interakcie medzi človekom a prostredím. Problémové správanie je definované ako správanie, ktoré nie je v zhode so spoločenskými normami a ktoré

vyvoláva určitú formu spätnej väzby zo strany spoločnosti. Táto spätná väzba môže mať rôznu podobu – od nesúhlasu až po najextrémnejšiu formu – uväznenie. Jessor et al. (1968) vymedzili koncept tejto teórie na základe výskumu menšej komunity pozostávajúcej z troch etníc a neskôr na veľkej longitudálnej štúdii problémového správania medzi vekovými kohortami stredoškolských a vysokoškolských študentov (Jessor & Jessor, 1977). TPS predpokladá, že jednotlivé prejavy problémového správania sa vyskytujú spoločne a majú rovnaké alebo spoločné determinatívne faktory. Zapojenie sa do akéhokoľvek problémového správania zvyšuje pravdepodobnosť zapojenia so do ďalšieho problémového správania (Costa & Jessor, 2001). Teória je založená na psychosociálnych základoch, pričom biologické a genetické faktory v sebe nezahŕňa. Najdôležitejšou zásadou psychosociálnej perspektívy je to, čo platí v rámci každého naučeného správania – správanie je funkčné, účelové a prispieva k dosahovaniu cieľov. Možné vplyvy na problémové správanie sa môžu objaviť v troch psychosociálnych systémoch: systém osobnosti, systém vnímaného prostredia a systém správania. V každom systéme určité premenné buď podnecujú (rizikové faktory), alebo bránia (protektívne faktory) problémovému správaniu, a vytvárajú výsledný stav, ktorý označujeme pojmom náchylnosť (ang. Proneness), ktorý špecifikuje pravdepodobnosť výskytu problémového správania. Každá premenná v uvedených systémoch môže byť považovaná za rizikový alebo protektívny faktor problémového správania. V rámci systému osobnosti ide o hodnoty, očakávania, presvedčenia, postoje a orientácie voči sebe a ostatným; v rámci systému vnímaného prostredia ide o sociálnu oporu, vplyv, kontrolu a očakávania ostatných a v rámci systému správania ide o zapojenie sa do dvoch dôležitých sociálnych inštitúcií – školstva a náboženstva.

2.2 Rizikové faktory spojené s excesívnym používaním internetu

Zapojenie rizikových a protektívnych faktorov do správania mladého človeka sa nevyhnutne prejaví v spôsobe jeho správania. Za **protektívne faktory** pokladáme faktory, ktoré Jessor et al. (2010) definovali ako premenné, ktoré podporujú pozitívne, prosociálne alebo zdravie zvyšujúce správanie. Sú to udalosti, podmienky alebo skúsenosti, ktoré znižujú, inhibujú alebo zmierňujú pravdepodobnosť rizikového správania (Obando et al., 2014). Podľa Coie et al. (In Orosová et al., 2007) môžu protektívne faktory priamo ovplyvniť rizikové správanie; interakciou s rizikovými faktormi môžu ovplyvňovať následky jeho pôsobenia; môžu predchádzať následkom pôsobenia rizikových faktorov narúšaním reťazca ich fungovania a rovnako môžu predchádzať výskytu rizikových faktorov.

Rizikové faktory sú premenné, ktoré podnecujú problémové alebo rizikové správanie, a preto im v ďalšom texte budeme venovať zvýšenú pozornosť. Vo všeobecnosti ide o akékoľvek udalosti zvyšujúce pravdepodobnosť vzniku, udržania alebo zhoršenia problému, môžu ohroziť zdravie, pohodu jednotlivca. K funkciám rizikových faktorov zaradíme zvyšovanie pravdepodobnosti zapojenia sa do problémového správania; poskytovanie modelov pre problémové správanie; poskytovanie väčších príležitostí zapojenia sa do problémového správania a poskytovanie kontextuálnej prístupnosti problémového správania (Jessor et al., 2010).

Pre ilustráciu uvádzame v nasledujúcej tabuľke 1 prehľad konkrétnych rizikových a protektívnych faktorov rizikového správania na úrovni individuálnej, rodinnej a spoločenskej.

Tabuľka 1 Prehľad rizikových a protektívnych faktorov rizikového správania adolescentov

	Rizikové	Protektívne
Individuálne	vyhľadávanie senzácií, tlak zo strany rovesníkov, nízka percepcia rizika, užívanie návykových látok v nízkom veku, zanedbávanie a zneužívanie, poruchy správania, genetická záťaž, malá sebadôvera a sebaúcta, chronická choroba alebo hendikep, zlý školský prospech, rovesníci s rizikovým správaním, menšia väzba na rodičov, príslušnosť k menšinám, tehotenstvo v dospievaní, záškoláctvo,	zapojenie sa do náboženského života, udržiavanie morálnych presvedčení, vysoká inteligencia, sebaúcta a sebadôvera, pozitívna perspektíva do budúcnosti, sociálne zručnosti, sebakontrola, vhodní priatelia, pozitívna orientácia na školu a vlastné zdravie, pocit, že dospievajúci niekam patrí, netolerantnosť voči negatívnym sociálnopatologickým javom, pozitívne pocity
Rodinné	rodinný konflikt, schvaľovanie užívania návykových látok, významná strata v rodine, chronicky chorí rodičia, nedostatočná komunikácia v rodine, dysfunkčná rodina, nízky, ale aj značne vysoký socioekonomický status rodiny, autoritatívni rodičia, príliš benevolentní rodičia, neúplná rodina	rodičovská kontrola, pripútanosť k rodine, dobrá komunikácia v rodine, vytvorenie pevných a jasných pravidiel, zdravé zvyky v rodine týkajúce sa konzumácie návykových látok, neprítomnosť rozporu medzi hodnotami rodiny a rovesníkov, príslušnosť k strednej spoločenskej vrstve, trávenie voľného času s rodičmi a súrodencami, sociálna opora aspoň od jedného člena rodiny
Spoločenské	vzťahy s rovesníkmi, ktorí užívajú návykové látky, chudoba, nezamestnanosť, príležitosť k nelegálnym aktivitám, negatívne vzory v okolí, glorifikácia negatívneho a rizikového správania v médiách, legálny prístup k zbraniam, komunita, v ktorej panuje neporiadok v rôznych oblastiach, dostupnosť návykových látok, normy a zákony priaznivé k užívaniu návykových látok	participácia na pozitívnych sociálnych aktivitách – šport, kultúra, kvalitné školy, dospelí, ktorí sa venujú mládeži, pozitívne vzory v spoločnosti, malá permisivita k negatívnym javom, dobrá komunita, pozitívne posolstvá v médiách, vytváranie príležitostí pre kreativitu mládeže, prísne zákony týkajúce sa zbraní a užívania návykových látok, vnímaná silná sociálna kontrola a sankcie za priestupky

Spracované podľa Gavriel-Fried & Ronen, 2016; Kabíček, Csémy & Hamanová, 2014; Myers, 2013; Obando, Trujillo & Trujillo, 2014; Savi Cakar & Tagay, 2017

Individuálne faktory

Odborná literatúra zameraná na jednotlivé faktory spojené s poruchami súvisiacimi s excesívnym používaním internetu zohľadňuje niektoré sociodemografické, osobnostné a duševné premenné. Pokiaľ ide o vplyv pohlavia, väčšina štúdií preukázala, že byť mužom predstavuje rizikový faktor predovšetkým v prípade porúch súvisiacich s hraním počítačových hier na internete. Niektoré štúdie však pri poruchách súvisiacich s používaním internetu uvádzajú vyvážený výskyt medzi pohlaviami (Lindenberg et al., 2020). Strittmatter et al. (2015) naopak zdôrazňujú potrebu väčšej diferenciácie a pri poruchách hrania hier na internete uvádzajú prevahu mužov, kým pri poruchách súvisiacich s používaním internetu naopak prevahu žien.

V otázkach vplyvu veku na poruchy súvisiace s excesívnym používaním internetu výskumné štúdie skúmajúce adolescentov aj dospelých jedincov preukázali vyššiu mieru výskytu porúch u mladších vekových skupín. Rozsiahla stredoškolská štúdia z Nemecka, ktorá skúmala mieru výskytu porúch súvisiacich s používaním internetu v rôznych vekových skupinách žiakov vo veku 11 až 21 rokov, naznačila zvyšujúci sa výskyt s dvoma kritickými obdobiami – vo veku 15 až 16 rokov a vo veku 19 až 21 rokov (Lindenberg et al., 2020). V súlade s týmito zisteniami ďalšia štúdia skúmajúca rozdiely v poruchách súvisiacich s používaním internetu na Európanoch vo veku 11 – 18 rokov preukázala pozitívnu koreláciu medzi vekom a poruchami súvisiacimi s používaním internetu, s najvyšším rizikom u dospievajúcich vo veku 15 – 16 rokov (Karacic & Oreskovic, 2017). Následný pokles príznakov porúch súvisiacich s používaním internetu medzi 16 a 18 rokom života bol potvrdený v longitudinálnej štúdii z Grécka (Stavropoulos et al., 2018).

Možné vysvetlenia narastajúceho rizika rozvoja porúch súvisiacich s používaním internetu počas dospievania zahŕňajú intenzívnejšie odlúčenie od rodičov v tomto veku a následný pokles kontroly správania zo strany rodičov, ako aj prirodzený pokles nutkavých symptómov a rozširujúce sa stratégie vnútornej kontroly vo vyššom veku (Karacic & Oreskovic, 2017; Stavropoulos et al., 2018).

Poruchy súvisiace s excesívnym používaním internetu sú spájané aj so zvýšenou úrovňou psychopatológie. Podľa Lindenberg et al. (2020) vzhľadom na korelačný charakter väčšiny štúdií nemožno vyvodiť závery o kauzalite a nie je zrejmé, či v prípade vzniku porúch súvisiacich s používaním internetu predstavujú rizikové faktory iné duševné poruchy alebo naopak. Na jednej strane boli zistené spojitosti medzi poruchami súvisiacimi s používaním internetu a internalizačnými poruchami, napr. pri depresívnych a úzkostných stavoch, panickej poruche (King et al., 2013), obsedantno-kompulzívnej poruche a poruchách spánku. Na druhej strane boli vykázané vyššie úrovne externalizujúceho správania a porúch, ako sú agresivita, nevraživosť, poruchy správania, zneužívanie návykových látok a alkoholu a hyperaktivita/nepozornosť (Blinka et al., 2015; Lindenberg et al., 2020). Osoby

s poruchami súvisiacimi s používaním internetu navyše vykazujú vyššiu mieru sebapoškodzovania a samovražedného správania, nižšiu úroveň spokojnosti so životom a vyššie hladiny stresu (Strittmatter et al., 2015).

Dvojročná prospektívna štúdia, ktorá skúmala 2 293 taiwanských dospelých (1 179 chlapcov a 1 114 dievčat), identifikovala ako rizikové faktory pri rozvoji porúch súvisiacich s excesívnym používaním internetu depresiu, poruchu pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), sociálnu fóbiu a nevraživosť (Ko et al., 2009). Autori štúdie poukázali v súvislosti s ADHD na prítomnosť bio-psycho-sociálnych faktorov u skúmaných jedincov. Gentile et al. (2011) uvádzajú, že vyššia úroveň impulzivity, ktorá je hlavným príznakom ADHD, bola prediktorom poruchy súvisiacej s hraním počítačových hier o 2 roky neskôr. Výsledky ďalšej dvojročnej longitudinálnej štúdie, ktorá skúmala 3 034 singapurských detí, taktiež preukázali, že poruchy súvisiace s excesívnym používaním internetu nie sú iba následkom iných duševných porúch, ale podporujú aj ich rozvoj (Gentile et al., 2011). Autori dospeli k záverom, že depresívne, úzkostné stavy a sociálne fobie sú výsledkom porúch súvisiacich s hraním počítačových hier na internete.

Rodinné faktory

Viaceré výskumy zaoberajúce sa poruchami súvisiacimi s excesívnym používaním internetu poukazujú na nedostatočné fungovanie rodiny a rodinnú disharmóniu. Negatívnu koreláciu medzi poruchou súvisiacou s hraním počítačových hier a kvalitou vzťahu medzi rodičmi a dieťaťom identifikovali vo svojich štúdiách Da Charlie et al. (2011) a Kwon et al. (2011). Stále však nie je jasná úloha rodičovského dohľadu a obmedzení týkajúcich sa hráčskeho správania dospelých zo strany rodičov. Na strane druhej longitudinálna štúdia autorov Liao et al. (2015 In Lindenberg et al., 2020) naznačuje ochranný vplyv pri rozvoji poruchy súvisiacej s hraním hier na internete blízkosť medzi rodičmi a deťmi, ako aj vrúcne rodinné prostredie.

Young (2009) vo svojej štúdii poukázala na to, ako môžu stabilitu rodiny narušiť udalosti, akými sú rozchod alebo rozvod rodičov. Dospelí v reakcii na tieto udalosti môžu prestať komunikovať a zapájať sa do skutočných vzťahov. Namiesto toho sa môžu zamerať viac na vzťahy na internete, v ktorých sa cítia dobre, čím zmiernia interakciu v rámci nenaplnených skutočných vzťahov. Dianie v rodine, narušenie a stres v rodine môžu podporiť vznik návykového správania a tiež môžu ovplyvniť spôsob, akým rodina návykové správanie umožňuje, podporuje a prehliada. Mladí ľudia v rodinách, ktoré majú konflikty a nedostatočnú komunikáciu, sa s väčšou pravdepodobnosťou obracajú na internet ako na spôsob, ako sa vyhnúť konfliktom a získať podporu, pričom internet s väčšou pravdepodobnosťou vyhľadávajú adolescenti s rodičmi a súrodencami, ktorí bežne užívajú návykové látky. Útek na internet môže byť pokusom vyrovnať sa

s problémami a získať tak psychologickú úľavu od diania, narušení a stresu v rodine (Beard, 2011). Rodiny môžu zároveň pripisovať problematické používanie internetu fáze dospievania a môžu uveriť, že problém sa časom sám vyrieši. Vplyv rodiny bol navyše zistený aj pri závislosti od internetu u dospievajúcich a pri užívaní návykových látok. U adolescentov, ktorých rodičia zneužívajú návykové látky, je pravdepodobnejšie zvýšené riziko používania internetu ako prostriedku na riešenie problémov. Svoju úlohu môže zohrávať aj pohľad rodiny na internet. Mnoho rodičov nevie o správaní svojich detí na internete. Iní rodičia používanie internetu zakázali zo strachu z obsahu, ktorému môžu byť ich deti vystavené. Nevedomosť a ani zákaz činnosti zo strany rodičov nepomôžu vyrovnať sa s problémami, ktoré môžu vzniknúť pri tom, keď ich dieťa internet používa. Primárny poskytovateľ starostlivosti o adolescenta môže navyše vnímať internet iba pozitívne alebo môže mať dokonca sám problém s používaním internetu. Výsledkom je, že takýto poskytovateľ starostlivosti predstavuje model nadmerného používania internetu (Beard, 2011).

Vzhľadom na to, že excesívne používanie internetu a hranie počítačových hier často vedie ku vzniku konfliktov s ostatnými členmi rodiny. Intervencie by sa preto nemali zameriavať iba na adolescenta trpiaceho poruchami súvisiacimi s používaním internetu, ale mali by zahŕňať aj systém rodiny.

Spoločenské faktory

Z hľadiska kontextuálnych faktorov určujúcich prostredie, v ktorom žijeme a vyrastáme, štúdie zaoberajúce sa poruchami súvisiacimi s excesívnym používaním internetu odhalili rozdielnú mieru výskytu. Podľa metaanalýzy výskytu porúch (viac Lindenberg et al., 2020) sa najvyššia miera výskytu (10,9 %) zistila na Blízkom východe (vrátane Iránu, Izraela, Libanonu a Turecka), druhá najvyššia miera (8,0 %) bola zaznamenaná v USA, nasledovala Ázia s priemernou mierou 7,1 % (vrátane Číny, Hongkongu, Indie, Južnej Kórey a Taiwanu). V štúdiách z južnej a východnej Európy (vrátane Bulharska, Cypru, Českej republiky, Grécka, Maďarska, Talianska, Poľska, Rumunska, Srbska, Slovinska a Španielska) sa priemerná miera výskytu pohybovala na 6,1 %, štúdie z Austrálie vykazujú 4,3 % a štúdie zo severnej a západnej Európy 2,6 % (vrátane Rakúska, Estónska, Francúzska, Nemecka, Írska, Nórska, Švédska a Spojeného kráľovstva). Taktiež bola preukázaná negatívna súvislosť medzi výskytom porúch súvisiacich s používaním internetu a kvalitou života. Vyššia miera výskytu bola zaznamenaná v regiónoch s nižšou úrovňou spokojnosti so životom a nižšou kvalitou podmienok životného prostredia (napr. vyššie množstvo znečistenia ovzdušia, nižšie príjmy).

V otázke vzťahov s rovesníkmi odborná literatúra uvádza súvislosť medzi poruchami súvisiacimi s používaním internetu a problémami s rovesníkmi; rovnako aj slabým sociálnym zaradením; vystavením šikanovaniu alebo zapojením sa do šikanovania

(Lindenberg et al., 2020; Strittmatter et al., 2015). Naopak, medzi ochranné faktory zaraďuje sociálnu integráciu v triede, subjektívnu pohodu v škole a vyššiu úroveň školských väzieb.

Beard (2011) uvádza, že adolescentov môže internet obzvlášť lákať aj preto, lebo sa často cítia izolovaní. Výsledkom toho je, že väzby, ktoré si vytvárajú cez internet, nadobúdajú v živote adolescenta ešte väčší význam. Internet, bohužiaľ, môže poskytnúť iba ilúziu blízkeho vzťahu, pretože tieto spojenia môžu byť umelé a ľahko sa môžu prerušiť kliknutím myši. Adolescenti sa zároveň môžu stretávať s tým, že ich rovesníci modelujú, očakávajú od nich a tlačia na nich, aby sa zapojili do rôznych aktivít (vrátane hrania počítačových hier) alebo konania na internete. Ako už bolo spomenuté, dospelávajúci často na komunikáciu s priateľmi používajú e-mail a okamžité správy (Young, 2009). Aplikácie, ktorých súčasťou je obojsmerná komunikácia (e-mail, správy a počítačové hry), sa považujú za najviac návykové. V dôsledku týchto interpersonálnych faktorov môže dospelávajúci trvať na pravidelnom vykonávaní určitých aktivít na internete s rôznym trvaním, aby si udržal pocit prijatia a spoločenské postavenie. Podľa Bearda (2011) sú dospelávajúci vystavení kultúrnemu tlaku, aby internet používali čoraz viac. Naša kultúra adolescentom vysiela odkaz, že ak chcú uspieť, musia sa stať súčasťou technologicky vyspelej spoločnosti. Navyše sú vystavení tlaku, aby používali technológie v škole a v práci, aby napredovali, boli konkurencieschopní a lepší ako ostatní.

Z vyššie uvedeného je zrejmé, že výskumy súvisiacich premenných vo vzťahu k poruchám spojeným s používaním internetu ilustrujú komplexnú súhrnu viacerých rizikových faktorov, dôsledkov a vzájomných procesov. Identifikácia týchto faktorov môže slúžiť ako ukazovateľ pri výbere cieľových skupín do preventívnych programov (napr. na úrovni selektívno-indikovaných konceptoch, viac v kapitole 3) a zároveň nám umožňuje modifikovať rizikové faktory v rámci intervenčných programov (napr. podpora zručností týkajúcich sa ovládania emócií alebo redukcia spoločenskej úzkosti). V snahe poskytnúť účinnú a efektívnu prevenciu, prípadne terapiu, považujeme za nevyhnutné porozumieť prispievajúcim faktorom a zohľadniť ich v poradenskej a terapeutickej intervencii s adolescentmi.

2.3 Dôsledky excesívneho používania internetu

Nápomocným pri uvažovaní o dôsledkoch excesívneho používania môže byť časť teoretického modelu, ktorý používa výskumný network EU Kids Online (Livingstone et al., 2018). Tento model okrem iného hovorí o vzťahu medzi príležitosťami (ang. Opportunities) a rizikom (ang. Risk). Používanie internetu prináša veľké množstvo príležitostí, ktoré môžu najmä mladí, ale nie len oni, využiť. Možnosť komunikovať, vzdelávať sa, zapájať sa do aktivít komunity..., príležitostí je naozaj

veľa. Na druhej strane s intenzitou a množstvom využívania internetu rastú aj riziká s ním spojené. Dôležité je tiež uviesť, že nie každé rizikové správanie musí viesť k ujme či poškodeniu (ang. Harm). Výsledky celoeurópskeho výskumu (Šmahel et al., 2020) naozaj potvrdzujú, že s intenzitou používania internetu rastú aj príležitosti, ale zároveň rastie aj riziko a naopak. Excesívne používanie internetu je veľmi dobrým príkladom na využitie spomínaného modelu. Intenzívne používanie internetu otvára množstvo príležitostí a benefitov, ale zároveň nesie so sebou riziko vzniku excesívneho používania. V intenciách EU Kids Online modelu (Livingstone et al., 2018) excesívne používanie internetu a jeho aplikácií nemusí vždy a všade vyústiť do ujmy či poškodenia. Ak hovoríme o závislom správaní, tam je už poškodenie a ujma výrazná a na zvrátenie nepriaznivého stavu potrebuje jedinec odbornú pomoc. Pri excesívnom používaní internetu sú negatívne dôsledky tiež prítomné, respektíve nemusia mať takú závažnosť ako pri závislosti. Excesívne používanie internetu môže byť aj ochranou, istým únikom pred nepriaznivou situáciou v reálnom živote. Už len napríklad, keď excesívny hráč trávi dlhé hodiny hraním, logicky by mohol tento čas využiť na iné potenciálne prospešnejšie aktivity.

Dôležité je spomenúť vzťah medzi rizikovými faktormi a dôsledkami pri excesívnom používaní internetu. Rizikové faktory (ktoré sme opísali v tejto kapitole), najmä tie na úrovni psychiky, zvyšujú možnosť rozvoja excesívneho používania internetu a jeho častí. Na druhej strane rozvinuté excesívne používanie internetu zvyšuje možnosť výskytu negatívnych dôsledkov v podobe zhoršenia prejavov psychických problémov. Tak sa psychické problémy stávajú rizikovým faktorom a zároveň negatívnym dôsledkom excesívneho používania internetu. Napríklad problémy s pozornosťou sa tradične pokladajú za rizikový faktor (Gul et al., 2017; Panagiotidi & Overton, 2018). Internet ponúka pre ľudí s problémami s pozornosťou „neodolateľné“ miesto. Miesto, kde sa podnety môžu neustále meniť, majú vysokú vzrušivosť, ponúkajú nepretržité odmeňovanie. Je potom logické, že takíto ľudia majú tendenciu používať internet viac a častejšie, s veľkým rizikom vzniku excesívnosti a neskôr aj závislého správania. Pozornosť sa však excesívnym používaním nezlepšuje, ale naopak, psychika si zvykne na prísun stále sa meniacich, vysoko vzrušivých podnetov a vyžaduje ich. Dôsledkom je, že jedinec má v reálnom svete stále väčší problém udržať pozornosť adekvátny čas, čo zas vedie ku frustrácii a tendencii tráviť v prostredí internetu stále dlhší čas. Takže nakoniec dôsledkom excesívneho používania internetu môže byť zväčšenie problémov s pozornosťou.

Excesívne používanie internetu je možné odhaliť prostredníctvom negatívnych dôsledkov vo viacerých sférach. Tým, že zmena správania a prežívania je väčšinou postupná, často si ich najprv uvedomia blízki excesívneho používateľa. Jeho priatelia, partner/ka, rodičia, učitelia či kolegovia v práci.

Negatívne dôsledky excesívneho používania internetu, znovu použijúc model EU Kids Online (Livingstone et al., 2018), by sme mohli rozdeliť do viacerých úrovní:

- individuálna úroveň,

- sociálna úroveň a
- celospoločenská úroveň, respektíve štátna.

V ďalšom texte sa budeme venovať najmä individuálnej a sociálnej úrovni. Posledná, celospoločenská úroveň následkov excesívneho používania internetu ešte nie je úplne preskúmaná, keďže je v tejto oblasti potrebný čas a do procesu vstupuje veľké množstvo premenných. Dôsledky excesívneho používania internetu si už uvedomujú niektoré ázijské krajiny. Napríklad Južná Kórea zaviedla istú formu internetovej prohibície pre mladých (Koh, 2015; Koo et al., 2011). Avšak nepriamy vplyv používania internetu (v tomto prípade sociálnych sietí a médií) vidíme aj pri šírení hoaxov, respektíve presadzovaní populistických politických lídrov (Berghel, 2018).

Na úrovni **individuálnych a sociálnych dôsledkov** excesívneho používania internetu existuje pomerne dosť výskumov. Jedným z typov negatívneho dopadu je dôsledok na psychické zdravie a wellbeing. Excesívni používatelia využívajú internet na manažovanie svojej nálady. Je to aj jeden zo znakov závislosti podľa Griffithsa (2000). Používatelia internetu majú tendenciu na zlepšenie nálady kompulzívne využívať internetové aplikácie a služby v podobe hier, sociálnych sietí a médií a pornografie. Dlhodobý dôsledok je však opačný, excesívny používateľ častejšie prežíva negatívne emócie. To vedie k ešte intenzívnejšiemu používaniu internetu a dôsledky sú o to horšie.

Turkle (2017) poukazuje na to, že nadmerne používanie sociálnych sietí, ktoré boli primárne vymyslené na komunikáciu a virtuálne spájanie ľudí, vo výsledku robí ľudí viac osamelými (Caplan, 2007; Turkle, 2017). Negatívne konzekvencie nadmerného používania internetu zistili odborníci aj na celú oblasť wellbeingu (Castellacci & Tveito, 2018). Častým dôsledkom, ako sme už spomenuli, je zhoršenie celej škály psychických problémov a aj psychiatrických diagnóz. Medzi najzávažnejšie môžeme zaradiť prežívanie emocionálnych problémov (Mikuška et al., 2020), problémy v správaní (Škařupová et al., 2015; Kohútová, 2020), smútok (Li et al., 2015), negatívne emócie (Holdoš, 2016), poruchy pozornosti a ADHD (Gul et al., 2017; Panagiotidi & Overton, 2018), depresívne prejavy (Bhandari et al., 2017), zvýšenie prejavov úzkosti – najmä sociálnej úzkosti (Andreassen et al., 2017, Caplan, 2007; Korkmaz et al., 2017) a mnohé iné.

Druhým typom dopadu pri excesívnom používaní je negatívny vplyv na výkon, či už v škole, alebo aj v práci. Výkon v škole (prospech) je často silným ukazovateľom viacerých oblastí života dieťaťa, najmä keď sa zhoršuje dlhodobo alebo opadne náhle. Výskumy poukazujú na spojitosť medzi excesívnym používaním internetu a zhoršeným školským prospechom (Dulovics & Sámelová, 2020; Kim et al., 2017; Taş, 2017; Ševčíková et al., 2015; Xin et al., 2018). Nadmerné používanie internetu, ktoré vykazuje známky závislosti, sa prejaví napr. nezaujmom o školu, neschopnosťou sústrediť sa na požadovaný výkon, ospalosťou na vyučovaní atď. Je zaujímavé, že nie každé intenzívne používanie internetu musí byť spojené

s zhoršením výkonu v škole (Kim et al., 2017). Z intenzívneho používania internetu, ktoré nemá patologické črty, môžu deti aj benefitovať napr. v oblasti postrehu, zlepšenia kognitívnych a analytických schopností a tiež zvýšenia digitálnej gramotnosti (Kalmus et al., 2013). Pokles pracovného výkonu ovplyvnený nadmerným internetovaním je popísaný aj pri dospeljej populácii (Kuss & Griffiths, 2017; Shrivastava et al., 2018) a zaznamenané je tiež zvýšenie nebezpečenstva burnoutu (Avcı, & Şahin, 2017).

Ďalším negatívnym dôsledkom excesívneho používania internetu je široká oblasť fyzického zdravia, ktorú však nemôžeme úplne oddeliť od psychického zdravia. V prvom rade je mnohokrát potvrdený vzťah medzi excesívnym používaním internetu (najmä sociálnych sietí a počítačových hier) a spánkovými návykmi (Andreassenová, 2015; Andreassenová et al., 2013; Bener et al., 2018; Holdoš & Druso, 2018). Deti, najmä tie staršie a samozrejme adolescenti, majú pomerne jasný denný režim s časom pre školu, krúžky, domácu prípravu a veľmi často si zvyšujú online čas na úkor spánku. Je tiež dokázaná spojitosť kvality spánku s displejmi digitálnych zariadení, ktoré emitujú modré svetlo (Heath et al., 2014). Keď kvôli internetu deti a mladiství ponocujú, v škole sú potom ospalí a nesústredení, čo môže viesť k prvému negatívnemu následku – zhoršeniu prospechu. Ten následne môže vyvolať negatívne emócie, ktoré sú manažované práve na internete. Patologický kruh príčin a dôsledkov sa znovu uzatvára v neprospech používateľa – adolescenta. Vzťah medzi excesívnym používaním internetu smerujúcim k závislosti a spánkovými problémami sa potvrdil aj pri dospeljej populácii (Alimoradi et al., 2019; Kim et al., 2017).

Ďalšími negatívnymi konzekvenciami v oblasti fyzického zdravia v spojitosti s excesívnym používaním internetu sú bolesti hlavy, chrčtice, preťažené svaly používané pri ovládaní klávesnice a myši, problémy so zrakom (Bener et al., 2010), a to najmä v dôsledku dlhodobej nadmernej a jednostrannej aktivity (Ševčíková et al., 2015). Pomerne veľkou témou v spojení s excesívnym používaním internetu, najmä u detí a mladých, je nedostatok fyzickej aktivity a obezita. Používanie internetu môže byť spojené s týmto dôsledkom, avšak do hry prichádza aj celkový životný štýl, pozeranie televízie a nezdravé stravovanie (Baner et al., 2010; 2018). Pandémia obezity sa môže týkať nielen detí a mladistvých, ale aj dospelých. Nedostatok aktivity a sedavý spôsob života spojený s uprednostňovaním internetovania pred fyzickou aktivitou predstavuje vážny problém celej západnej spoločnosti a naplno sa prejavil počas krízy spojennej so šírením pandémie nového koronavírusu.

V neposlednom rade môže mať excesívne používanie internetu smerujúce k závislosti aj negatívny následok na kvalitu medziludských vzťahov (Andreassen, 2015; Seo et al., 2009; Tokunaga, 2017). Prílišné zaujatie a intenzívne trávenie času v prostredí internetu spôsobuje zhoršenie sociálnych vzťahov najmä v reálnom (offline) svete a môže viesť k postupnej sociálnej izolácii.

3. PREVENCIA EXCESÍVNEHO POUŽÍVANIA INTERNETU

Prevenencia vo všeobecnom meradle znamená súbor aktivít, ktorých cieľom je predísť problémom rôzneho charakteru, prípadne minimalizovať a znižovať riziká, ktoré plynú zo sociálnopatologických javov. Prevenencia rizikového správania (kde zaraďujeme aj excesívne používanie internetu) predstavuje nehomogénny súbor rôznych prístupov a intervencií, ktoré sú v súčasnosti zahrnuté vo viacerých rôznorodých konceptoch. Je dôležité uvedomiť si jej multidisciplinárny charakter (pri koncipovaní intervencií sa stretávajú perspektívy rôznych odborov, akými sú napr. pedagogika, sociológia, psychológia, sociálna práca) a charakter medzirezortnosti a medzisektorovosti (jednotlivé prístupy a programy sú súčasne koncepcne rozvíjané vo viacerých rezortných líniách, najčastejšie zdravotníckej, školskej, sociálnej a i.), preto sa v tejto kapitole budeme venovať kľúčovým rezortom participujúcim v oblasti prevencie na všetkých úrovniach.

V legislatívnom poňatí je preventívna aktivita činnosťou, ktorú Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách definuje ako *„odbornú činnosť zameranú na predchádzanie rizikovému správaniu fyzickej osoby, rodiny alebo komunity a na predchádzanie rizikovým situáciám a na ich prekonanie alebo riešenie.“* Podľa tohto zákona odborná činnosť ako prevencia (a iné odborné činnosti) spolu s obslužnými činnosťami a ďalšími činnosťami alebo kombináciou týchto činností sú sociálnou službou, ktorá je zameraná na *„prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity“*. Tento zákon tiež vymedzuje aj nepriaznivú sociálnu situáciu, ktorou je *„ohrozenie fyzickej osoby sociálnym vylúčením alebo obmedzenie jej schopnosti sa spoločensky začleniť a samostatne riešiť svoje problémy.“*

Špecifické ciele vychádzajú z odborného pohľadu na prevenciu, ktorá je štandardne aplikovaná na troch úrovniach:

1. primárna prevencia,
2. sekundárna prevencia,
3. terciárna prevencia.

Primárna prevencia je priestorom pre utváranie a formovanie optimálnych podmienok pre rozvoj jednotlivca ako bio-psycho-sociálno-spirituálnej bytosti. Zamiera sa na všeobecné zabránenie vyvolávajúcich alebo existujúcich rizikových

faktorov pre určité choroby (resp. zdravotné poruchy) a na individuálne rozpoznávanie a ovplyvňovanie týchto faktorov za účelom ich zamedzenia. Orientuje sa na populáciu ešte nezasiahnutú sociálnym problémom, príp. patologickým javom. Jej hlavným cieľom je zamedziť prvému kontaktu s patologickým javom alebo ho aspoň maximálne oddialiť.

Sekundárna prevencia je určená priamo ohrozeným jednotlivcom alebo ohrozeným skupinám v ich prirodzenom prostredí. Poskytuje priestor pre ciele aktivít odborníkov z viacerých oblastí – terapeutov, špeciálnych pedagógov, sociálnych pedagógov, sociálnych pracovníkov, sociálnych kurátorov a iných. Jej hlavnou úlohou je včasná intervencia a identifikovanie problémov jednotlivca alebo skupiny (napr. mládež s problémovým správaním, mladí ľudia experimentujúci s drogami a pod.). Dôležité je zachytenie vzniknutých problémov a ich eliminovanie už v počiatočnom štádiu, aby nedošlo k ich ďalšiemu prehlbovaniu a šíreniu.

Terciárna prevencia sa realizuje v prípade, keď už určitý patologický jav nastal. Jej cieľom je predchádzať zhoršovaniu, prehlbovaniu a opakovaniu patologických foriem správania sa jednotlivcov a skupín. Realizuje sa v úzkom vzťahu s liečebnou činnosťou alebo výchovným a terapeutickým pôsobením. Nastupuje po zlyhaní primárnej a sekundárnej prevencie. Cieľovú skupinu terciárnej prevencie tvoria jedinci s pomenovanými a existujúcimi problémami, ktorí neohrozujú len seba, ale predstavujú riziko aj pre svojich blízkych a okolie (napr. drogový závislý a pod.). Terciárna prevencia je klasickou oblasťou úloh a pôsobenia rehabilitácie a resocializácie (Hupková & Liberčanová, 2012; Smiková, 2012).

Vzhľadom na špecifiká cieľovej skupiny, ktorej sa venujeme a charakteru online rizikového správania, považujeme za dôležité venovať zvýšenú pozornosť primárnej prevencii. Zacielené intervencie primárnej prevencie sa realizujú ďalej v rámci špecifickej a nešpecifickej primárnej prevencie.

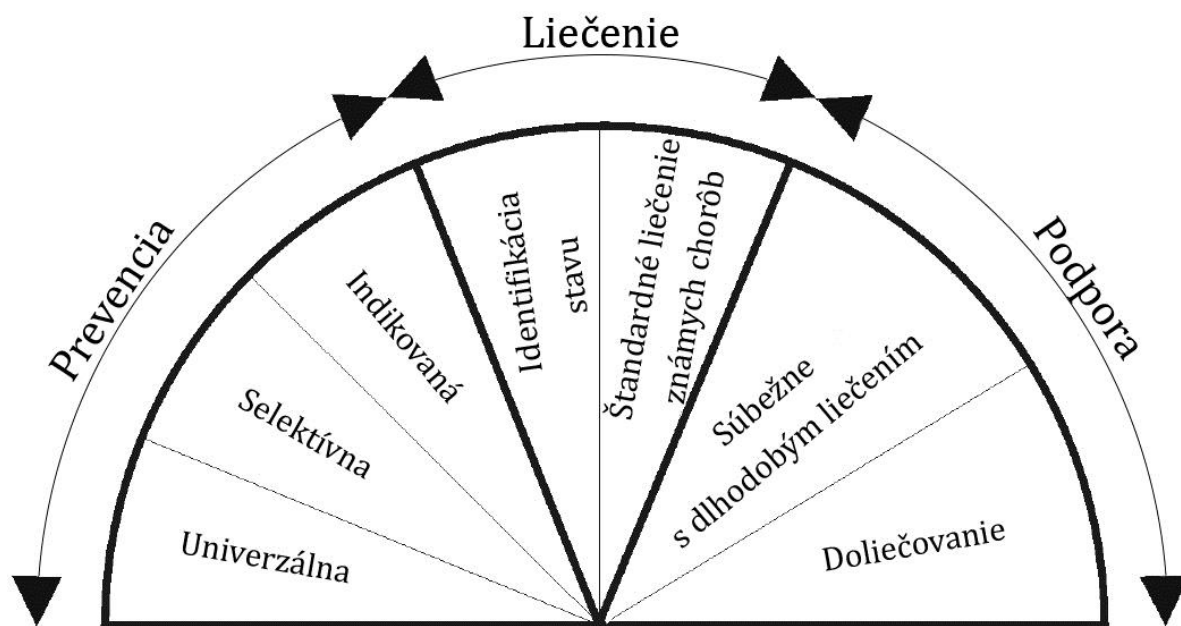
Cieľom **nešpecifickej primárnej prevencie** je výchova detí a mládeže k zdraviu a k osvojeniu si pozitívneho sociálneho správania (Gabrhelík, 2015a). V praxi sa realizuje najmä prostredníctvom rekreačných športových a kultúrnych voľnočasových aktivít a programov, ktoré nemajú priamu súvislosť s rizikovým správaním. Ako uvádza Martanová (2015), aktivity nešpecifickej primárnej prevencie pôsobia všeobecne, nešpecificky a ich efektivita nie je merateľná a preukázateľná tak, ako pri jasne definovanej a zacielennej špecifickej prevencii. Nešpecifické preventívne programy však v celkovom koncepte prevencie zastávajú významné miesto a ponúkajú zdravé alternatívy k rizikovému správaniu.

Špecifická primárna prevencia zahŕňa aktivity a programy s úzkym zameraním na konkrétny typ rizikového správania a na riziká s ním spojené. Má tri základné charakteristiky: (1.) jednoznačne vyjadrený vzťah k oblasti rizikového správania

a s ním súvisiacich tém; (2.) je realizovaná v presne vymedzenom čase a prostredí, čo umožňuje evaluáciu týchto programov a (3.) je zameraná na presne definovanú cieľovú skupinu (napr. podľa potrieb, miery ohrozenia a i.).

V súčasnej praxi preventívnych aktivít a v kontexte anglo-amerického tzv. **prevenčného spektra** sa špecifická primárna prevencia v závislosti od veľkosti cieľovej skupiny a miery jej ohrozenia delí na univerzálnu (všeobecnú), selektívnu a indikovanú prevenciu (obrázok 2). Cieľovú skupinu posudzujeme teda podľa kritérií veku a náročnosti, t. j. miery sociálnej a zdravotnej záťaže a inštitucionálnej príslušnosti (Martanová, 2015). Kontinuum pokračuje ďalej fázou liečenia (kam zaradujeme identifikáciu stavu a štandardné liečenie známych chorôb) a uzatvára ho fáza podpory, ktorá môže prebiehať súčasne s dlhodobým liečením. Jej cieľom je redukcia relapsu/lapsu a doliečovanie. Takto chápaná kontinuálna prevencia je aj jedným zo základných východísk amerického národného programu výskumu prevencie, ktorý rozpracoval Americký národný inštitút pre duševné zdravie (Smiková, 2012).

Obrázok 2 Prevenčné spektrum



Spracované podľa Mrazek & Haggerty (1994)

Univerzálna (všeobecná) primárna prevencia je určená všeobecnej populácii alebo subpopulácii, ktorá je v bežnom pásme pravdepodobnosti výskytu rizikových foriem správania. Zohľadňuje len vekové zloženie, všeobecnú prevalenciu konkrétneho rizikového správania na priemernej úrovni ohrozenia rizikovými faktormi (Martanová, 2015). Jej hlavným cieľom je zabrániť vzniku rizikového

správania. V praxi to znamená (napr. v prípade užívania návykových látok) oddialiť experimentovanie s návykovou látkou do vyššieho veku tak, aby sa v čo najvyššej miere znížili riziká spojené s užívaním. Podľa Olšovskej (2014a) by univerzálne prevenčné programy mali byť súčasťou predprimárnej edukácie a mali by dominovať na I. a II. základných škôl. V oblasti excesívneho používania internetu môžeme hovoriť najmä o preventívnych aktivitách edukatívneho charakteru, ktoré sa realizujú predovšetkým v školskom prostredí (základné a stredné školy). Nároky na vzdelanie a odbornú pripravenosť realizátorov preventívnych aktivít sú menšie ako v prípade selektívnej a indikovanej prevencie. V praxi sú to najčastejšie pedagógovia (školskí koordinátori – metodici prevencie drogových závislostí), školskí psychológovia, výchovní poradcovia, sociálni pedagógovia, školskí sociálni pracovníci, príslušníci policajného zboru. Kľúčovým indikátorom sú prevažne celopopulačné štúdie (napr. EU Kids Online a štúdie HBSC – viac v kapitole 6).

Selektívna primárna prevencia je zameraná na tých jedincov, u ktorých je aktuálne alebo dlhodobé zvýšené riziko výskytu rizikového správania. Podľa Kulifaja (2017) ide o špecifickú (ohrozenú) skupinu populácie, v ktorej sú vo zvýšenej miere zastúpené rizikové faktory (napr. problémové triedy, športové družstvá a pod.). Rizikových jedincov je možné identifikovať na základe biologických, psychologických, sociálnych alebo environmentálnych rizikových faktorov, ktoré súvisia s rizikovým správaním; taktiež podľa veku, pohlavia, rodinnej anamnézy, miesta bydliska alebo úrovne sociálneho znevýhodnenia (Gallà et al., 2007). Identifikácia rizikových jedincov prebieha na základe analytických epidemiologických a kohortových štúdií realizovaných rôznymi výskumnými tímami (sem môžeme zaradiť aj autorský výskum bližšie uvedený v kapitole 6). Úrovní preventívnych intervencií s jedincami s vyšším rizikom by mala zodpovedať aj odborná pripravenosť a vzdelanie preventívnych pracovníkov (napr. terénni pracovníci a terénni sociálni pracovníci v marginalizovaných rómskych komunitách, odborníci pracujúci s rodinami v ohrození a i.).

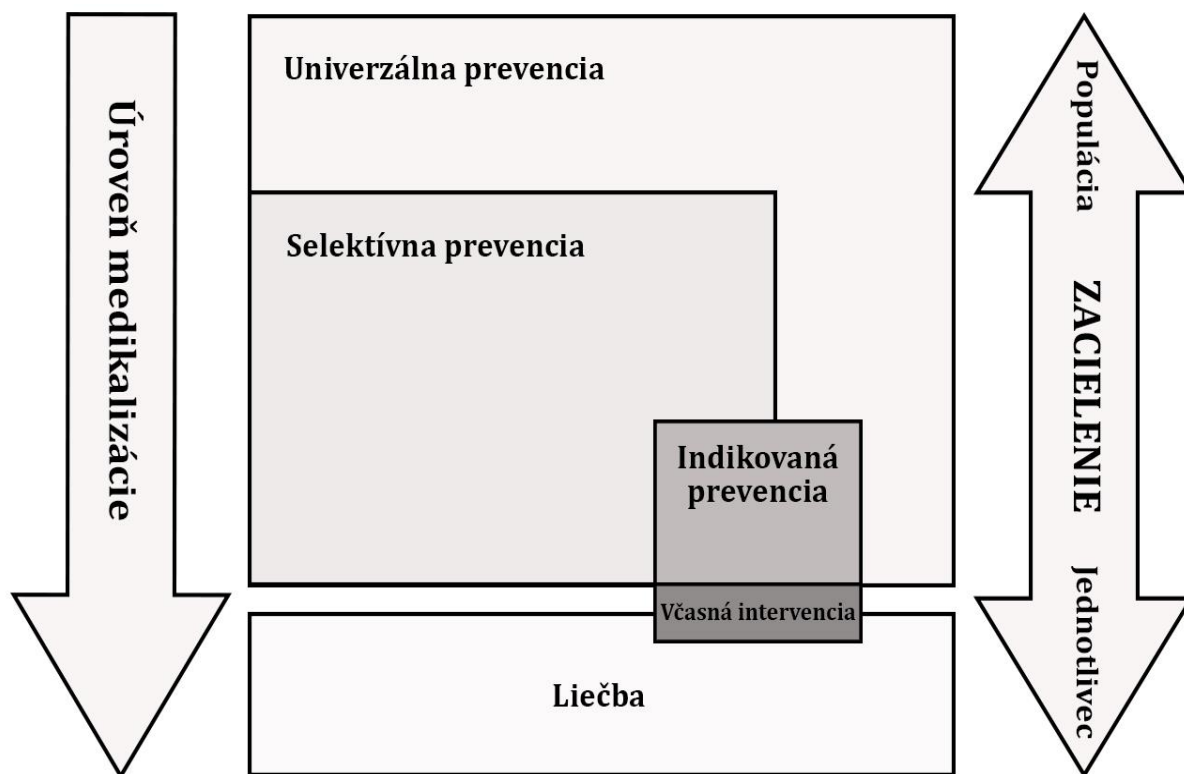
Indikovaná primárna prevencia je určená jednotlivcom, ktorí vykazujú jeden alebo viac príznakov charakteristických pre sledovaný typ rizikového správania. Príkladom sú práve rizikovní jedinci s excesívnym používaním internetu alebo hraním počítačových hier bez určenia jednoznačnej diagnózy závislosti (podľa stanovených kritérií, viac v kapitole 1), pri ktorých však takéto správanie býva často sprevádzané zanedbávaním základných potrieb a stratou vnímania času. Problém je podľa Gabrhelíka (2015a) identifikovaný oproti vlastnej potrebe jedinca riešiť problém na základe odporúčania pedagóga, školského metodika prevencie a výsledkov screeningových nástrojov. Nevyhnutným v procese indikovania týchto jedincov je dôkladné zmapovanie a znalosť rizikových a protektívnych faktorov jednotlivca a následné nastavenie vhodnej intervencie (NIDA, 1997). Efektívnou a v praxi

najčastejšie využívanou intervenciou v rámci indikovanej prevencie je podľa viacerých odborníkov (Gabrhelík, 2015a; Naar-King & Suarez, 2011; Soukup, 2014, 2015) metóda motivačných rozhovorov zameraná na rozvoj vnútornej motivácie ku zmene rizikového správania (viac v kapitole 5).

Na tomto mieste považujeme za potrebné (predovšetkým v preventívnej práci s adolescentmi) upozorniť na úzke prepojenie selektívnych a indikovaných programov (v kontexte spoločných znakov zahrnutých v obsahu a v metódach jednotlivých programov). V odbornej literatúre sa preto pri vymedzovaní preventívnych stratégií môžeme stretnúť so súhrnným pojmom **selektívno-indikované preventívne prístupy** (viac Lindenberg et al., 2020). V kontexte výsledkov autorského výskumu (kapitola 6) tak možno konštatovať, že objektom takto špecifikovaných selektívno-indikovaných prístupov sú aj nami identifikovaní rizikovní jedinci.

Komplikovanosť a nejednoznačnosť hraníc oblastí univerzálnej (všeobecnej), selektívnej a indikovanej prevencie, vzájomný presah a orientačný rozsah intervencií graficky znázorňuje aj umiestnenie jednotlivých úrovní prevencie v systéme špecifickej primárnej prevencie podľa EMCDDA (2009) na obrázku 3.

Obrázok 3 Umiestnenie univerzálnej (všeobecnej), selektívnej a indikovanej prevencie v systéme prevencie



Spracované podľa EMCDDA, 2009

3.1 Preventívne programy

Vzhľadom k relatívne nedávnej histórii excesívneho používania internetu (a závislosti od internetu) je odborná literatúra v oblasti prevencie a terapie do istej miery limitovaná. Súčasné prístupy v oblasti prevencie na medzinárodnej úrovni zahŕňajú kombináciu behaviorálnych a kognitívnych stratégií určených na zmenu spôsobov používania internetu, na zvýšenie sebaovládania a na podporu iných mimoškolských aktivít (Young & Nabuco de Abreu, 2011). King et al. (2018) vo svojej štúdii poukazujú na zásadné rozdiely v stratégiách prevencie na medzinárodnej úrovni. Zatiaľ čo realizácia prevencie excesívneho používania internetu v západných krajinách je prevažne pod gesciou neziskových organizácií (prevencia sa najčastejšie realizuje s prvkami behaviorálnych stratégií), prevenciu vo východoázijských krajinách reguluje vláda, a preto zahŕňa štrukturálne aj behaviorálne prístupy. Údaje o účinnosti a efektívnosti sú taktiež do istej miery limitované, najmä pokiaľ ide o programy štrukturálnej prevencie.

Najrozšírenejšou formou prevencie sú **školské preventívne programy** zahŕňajúce **poskytovanie základných informácií** o závislosti od internetu s dôrazom na vecné informácie týkajúce sa jej nepriaznivých následkov (Alavi et al., 2012; Kwon, 2011; Lindenberg et al., 2020; Vondráčková & Gabrhelík, 2016). Pedagógovia zvyčajne pozývajú odborníkov, aby študentom poskytli informácie o závislosti od internetu a poskytujú rady, ako kontrolovať ich používanie.

Medzi preventívny program poskytujúci vecné a konkrétne informácie o internete môžeme zaradiť peer program realizovaný v Turecku, ktorého sa v rámci kontrolnej a experimentálnej skupiny zúčastnilo 825 žiakov a žiačok vo veku od 13 do 15 rokov (Korkmaz & Kiran-Esen, 2012). Budúci rovesnícki aktivisti absolvovali najskôr 10-hodinový vzdelávací program a následne v dvoch 40-minútových blokoch informovali svojich rovesníkov o internete, o závislosti od internetu a o potenciálnych rizikách online aplikácií. Podľa výsledkov štúdie bol peer program prínosom pre tých žiakov, ktorí sa zúčastnili prednášok a ich používanie internetu bolo v porovnaní s kontrolnou skupinou ovplyvnené pozitívnym smerom.

Ďalšia randomizovaná kontrolná štúdia analyzuje efekt univerzálneho školského programu realizovaného v Nemecku, ktorý bol zameraný na zvýšenie úrovne mediálnej gramotnosti. Programu sa zúčastnilo 2 303 žiakov a žiačok vo veku od 13 do 15 rokov, ktorí boli rozdelení do kontrolnej a experimentálnej skupiny. Intervencia pozostávajúca zo štyroch prednášok, ktoré viedli vyškolení pedagógovia, zahŕňala diskusiu o používaní internetu všeobecne, o online komunikácii a o hraní počítačových hier. Účinnosť programu bola sledovaná na 1 843 respondentoch rok po skončení programu. Výsledky preukázali v intervenčnej skupine signifikantný účinok v oblasti nižšej frekvencie hrania a času stráveného hraním, ako aj menší počet excesívnych používateľov internetu (viac Walther et al., 2014).

Do skupiny programov orientovaných na poskytovanie základných informácií môžeme zaradiť aj ďalší preventívny program podpory zdravia, ktorý v Holandsku realizovali de Leeuw et al. (2010) a zúčastnilo sa ho 367 detí vo veku od 11 do 16 rokov. Program bol zameraný na vzdelávanie v oblasti zdravotných problémov (do siedmych tém o zdraví bolo zaradené aj správanie na internete a hranie počítačových hier) a realizoval sa v blokoch po 2 hodinách týždenne v priebehu troch školských rokov (autori neuvádzajú celkový počet hodín). Výsledky neboli veľmi konzistentné. Počas skúmania sa predĺžil čas strávený na internete (počet hodín/deň) a zvýšil sa počet patologických používateľov internetu. Počet hráčov klesol, ale hranie počítačových hier sa naopak zintenzívnilo.

Ďalšou z alternatív sú preventívne programy označované ako ***zložité intervencie***, ktoré sa zameriavajú buď na:

- a) rôzne druhy rizikového správania súčasne, alebo
- b) rôzne typy prostredí, ktoré sú relevantné pre závislosť od internetu. Programy zamerané na viacrizikové správanie sa okrem závislosti od internetu zameriavajú aj na ďalšie typy rizikového správania, najmä užívanie návykových látok (viac Vondráčková & Gabrhelík, 2016).

Do skupiny zložitých intervencií môžeme zaradiť pilotnú verziu školského preventívneho programu, ktorý predstavili na základných školách v Holandsku Busch et al. (2013). Intervencia bola zameraná na podporu zdravia (zdravá výživa, cvičenie, sexuálne zdravie, redukcia konzumácie alkoholu a drog, fajčenie, šikanovanie, nadmerné sedavé správanie – sledovanie televízie a používanie počítačov – a nadmerné používanie internetu vrátane počítačových hier na internete). Pri tejto intervencii boli zhromaždené údaje od 336 žiakov vo veku od 15 do 16 rokov, ktorí boli rozdelení do experimentálnej a kontrolnej skupiny. Jednotlivé intervencie sa realizovali na štyroch úrovniach: (a) platnosť zdravých školských zásad (zákaz fajčenia alebo požívania drog a alkoholických nápojov), (b) rodičovské aktivity s deťmi a zapájanie rodičov do tvorby zdravého školského prostredia, (c) aktívny rozvoj životných zručností študentov a (d) oslovovanie miestnych odborníkov na zdravie so žiadosťou o poskytovanie základných informácií o sledovaných oblastiach učiteľom. V rámci programu sa podarilo zmeniť správanie študentov v mnohých oblastiach zdravia (fajčenie, nadmerné užívanie alkoholu a drog, sedavé správanie a šikanovanie), intervencia však nemala žiadny vplyv na nadmerné používanie internetu, vrátane hrania počítačových hier. Tento typ programu však zahrnul obidva aspekty komplexnosti, t. j. zameranie sa na rôzne druhy rizikového správania (zdravá výživa, fyzické cvičenie, sexuálne zdravie, redukcia konzumácie alkoholu a drog, fajčenie, šikanovanie, nadmerné sedavé správanie – sledovanie televízie a používanie počítača – a nadmerné používanie

internetu vrátane hrania online hier) a na tri druhy prostredí (osobná, rodinná a komunitná úroveň).

Shek et al. (2011) vypracovali učebné osnovy programu rozvoja pozitívnej mládeže (Projekt P.A.T.H.S.), ktoré zahŕňali 120 vyučovacích jednotiek navrhnutých v kontexte 15 konštruktov rozvoja pozitívnej mládeže (zistených v rámci zrealizovaných programov rozvoja pozitívnej mládeže). V rozšírenej fáze projektu autori vypracovali nové učebné osnovy spolu s ďalšími 60 vyučovacími jednotkami s konkrétnym odkazom na päť hlavných vývinových problémov adolescentov (zneužívanie návykových látok, problematika sexuality, závislosť od internetu, šikanovanie a problémy týkajúce sa peňazí a úspechu). Cieľovou skupinou projektu bola okrem študentov aj rodina (napr. podpora zapojenia rodičov) a škola (napr. iniciatívy na zlepšenie a reorganizáciu škôl).

Inšpiráciou pre nás môžu byť ďalšie príklady kognitívno-behaviorálnych skupinových preventívnych programov realizovaných v ázijských krajinách. Lee (2001 In Kwon, 2011) v rámci preventívnej stratégie zahrnul do programu aj prácu s rodičmi adolescentov. Tento program zameraný na kontrolu hrania počítačových hier pozostával z deviatich stretnutí a bol účinný jednak pri skracovaní času na internete, jednak aj pri znižovaní závažnosti závislosti od internetu (tabuľka 2).

Tabuľka 2 Prehľad stretnutí preventívneho programu na kontrolu hrania počítačových hier

Stretnutie	Ciele a obsah
1. a 2. stretnutie	Úvod a výučba sebamonitorovania. • Komplexný popis programu. • Preskúmajte krátkodobé a dlhodobé účinky intenzívneho používania internetu. • Naučte sa viesť denné záznamy o používaní internetu. • Napíšte vlastnú zmluvu o obmedzení používania internetu.
1. rodičovské stretnutie	Oboznámte rodičov so závislosťou od internetu. Naučte rodičov, ako sa vysporiadať s používaním internetu ich potomkom.
3. až 5. stretnutie	Podporte písanie denných záznamov a poučte o časovom plánovaní. • Identifikujte ukazovatele, ktoré na internete zdržujú jednotlivcov dlhšie, než plánovali. • Určite si odmeny za dodržanie plánovaného času na internete. • Hľadajte alternatívne rekreačné aktivity. Identifikujte negatívne myšlienky a naučte sa, ako ich zmeniť. • Označte kognitívne chyby. • Zmeňte myšlienky vlastnej rezignácie pomocou myšlienok zameraných na zlepšovanie sa. Podporte stanovenie dlhodobých cieľov a vypracujte kroky na ich splnenie. • Zdieľajte životný sen každého účastníka. • Diskutujte o tom, ako si vylepšiť vlastný obraz.
6. a 7. stretnutie	Identifikujte hlavné stresory a naučte sa stratégie ich zvládania. • Pochopte vzťah medzi stresom a používaním internetu. • Ukážte a precvičte si relaxačné techniky. • Naučte sa aktívne stratégie zvládania. Vyriešte medzil'udské konflikty. • Poučte sa o komunikačných zručnostiach. • Učte sa, ako iniciovať a udržiavať sociálne kontakty. • Učte sa, ako byť asertívny.
8. a 9. stretnutie	Preskúmajte a konsolidujte, k čomu ste dospeli počas programu. Pripravte sa na budúce výzvy. Diskutujte o tom, čo sa zmenilo a čo ešte treba zmeniť. Vypracujte stratégie na riešenie zostávajúcich problémov.

Spracované podľa Kwon (2011)

Preventívny program SMT o sebaovládání (ang. Self-Management Training) realizovaný v Kórei mal nasledovné hlavné ciele:

1. poskytovať mladým ľuďom korektné a presné informácie o výskyte závislosti od internetu, o jej vývoji a súvisiacich faktoroch;
2. povzbudiť ich, aby sledovali vlastné používanie internetu a aby identifikovali environmentálne a psychologické ukazovatele, ktoré ich na internete zdržiavajú dlhšie, než pôvodne plánovali;
3. podporovať zmeny správania súvisiace s používaním internetu (napr. stanovenie pravidiel týkajúcich sa používania internetu, postupné skracovanie času stráveného na internete, predbežné plánovanie ďalších činností) a
4. naučiť mladých ľudí, ako sa vysporiadať so stresom a ako predĺžiť čas strávený pri iných činnostiach alebo ich zdokonaľovaní.

Program pozostával zo šiestich týždenných 90-minútových stretnutí, ktorých sa zúčastnili skupiny siedmich až deviatich študentov. Program kladol väčší dôraz na vlastné zmeny správania vo vzťahu k používaniu internetu, než na posilnenie osobnej a sociálnej kompetencie. Evaluácia programu prostredníctvom randomizovanej kontrolnej štúdie zahŕňala hodnotenia pred programom, po programe a po troch mesiacoch od ukončenia programu. Bolo preukázané, že program školenia o sebaovládání je účinný pri skracovaní času na internete a pri zlepšovaní sebaovládania, avšak pri znižovaní závažnosti závislosti od internetu bol menej účinný (Kwon, 2011).

V ázijských krajinách pedagógovia na základných a stredných školách disponujú príručkou o prevencii závislosti od internetu, ktorá obsahuje päť základných krokov. Ide o tzv. prístup DREAM: (1.) V prvom kroku sa posudzuje nebezpečenstvo (Danger) problematického správania na internete a hodnotí sa prispôsobenie sa školskému prostrediu. (2.) V ďalšom kroku (Return) sú žiaci motivovaní vrátiť sa k bežnému používaniu internetu. Učitelia pri tom pomáhajú žiakom vyhodnotiť prínosy a náklady spojené s nadmerným používaním internetu a poskytujú stimuly na prijatie zmeny. (3.) V hodnotiacom kroku (Evaluation) získavajú žiaci systematické hodnotenie psychosociálnych faktorov, akými sú nálada, sebaúcta, medziludské vzťahy a rodinné prostredie. (4.) V kroku ocenenie (Appreciation) sa kladie dôraz na silné stránky a dobré vlastnosti žiaka, ktoré sa využívajú na podporu zmien vlastného správania. (5.) V poslednom kroku reflexie – zrkadla (Miracle) žiaci realizujú konkrétne opatrenia, aby naplnili svoje krátkodobé a dlhodobé ciele. Okrem iného sú povzbudzovaní vnímať aj malú zmenu ako zázrak. V rámci prevencie využívajú aj iné aktivity, napr. prázdniny a víkendové tábory bez internetu (Young & Nabuco de Abreu, 2011).

V Českej republike prebieha celorepublikový projekt „E-Bezpečí“, ktorý je realizovaný Centrom prevence rizikové virtuální komunikace. Projekt sa zameriava

na prevenciu, vzdelávanie, výskum, intervenciu a osvetu spojenú s rizikovým správaním na internete a súvisiacimi fenoménmi. E-Bezpečí sa špecializuje okrem iného aj na ďalšie behaviorálne online závislosti: netolizmus (závislosť od počítačových hier) a nomofóbiu (úzkosť zo straty mobilu, ang. No Mobile Phone Phobia). Základnými východiskovými činnosťami projektu sú terénna práca s najrôznejšími cieľovými skupinami, prednášková činnosť (vrátane besied), preventívne vzdelávacie akcie a pod. Existuje aj vzdelávacia aplikácia, ktorá sa zameriava na rizikové správanie v online prostredí a informačno-technologickú bezpečnosť. Pod projekt patrí aj poradňa E-Bezpečí a Netolizmus – průvodce online závislosti (viac CPRVK, 2020).

Na Slovensku sa podľa Hupkovej (2016) prevencia (osobitne špecifická primárna) zameraná kompetentne a odborne na oblasť behaviorálnych závislostí vykonáva náhodne a sporadicky, prípadne absentuje úplne. Napriek tomu konštatujeme, že sú vypracované a dostupné metodiky preventívnych programov v oblasti rizikového správania detí a mládeže, ktoré umožňujú efektívnu realizáciu na všetkých úrovniach prevencie (viac Dragulová et al., 2013; Olšovská, 2014a; Olšovská 2014b; Smiková, 2012). Prevažná väčšina modelov je tvorená kombináciou dvanástich preventívnych programov, ktoré pre oblasť užívania drog koncipoval kolektív autorov a autoriek v roku 2002 (Manuál efektívnej školskej drogovej prevencie, viac Gallà et al., 2007). Programy sú rozdelené podľa obsahu a ich samotný koncept (avšak nevyhnutne v kombinácii s aktuálnymi požiadavkami a vývojom praxe v prevencii závislosti od internetu) je podľa nášho názoru možné uplatniť aj na oblasť excesívneho používania internetu:

- 1. Informačné/Informatívne programy** – zameriavajú sa na informácie, ktorými už mladí ľudia disponujú, s cieľom rozvíjať ich osobné presvedčenie o nástrahách rizikového správania. Pozornosť je okrem biologických, historických či právnych aspektov venovaná aj sociálnemu prostrediu a psychologickému zdraviu. Zahŕňajú programy realizované prostredníctvom prednášok, moderovaných diskusií, premietaním filmov a videí. Podľa Gabrhelíka (2015b) by mali mať tieto programy skôr doplnujúci charakter, preventívne aktivity by mali v prevažnej miere stáť na komplexnejších a najmä interaktívnejších typoch preventívnych programov.
- 2. Programy zamerané na zručnosti rozhodovania** – obsahovo sa tento typ programov snaží zlepšiť schopnosť mladých ľudí vedieť sa racionálne rozhodovať, učiť ich identifikovať problémy, hľadať riešenia a správne voľby z viacerých alternatív, učiť ich kritickému mysleniu. Programy vychádzajú z predpokladu, že vyššie uvedené zručnosti znižujú riziko nežiadúceho správania. Ich súčasťou býva tréning zručností. Programy opäť môžu mať podobu prednášok a diskusií, aktivity je možné realizovať aj formou hrania rolí a zadávaním úloh.

3. **Programy zamerané na dávanie si záväzkov** – podporujú mladých ľudí k dávaniu si záväzkov vo vzťahu kužívaniu drogy alebo k rizikovému správaniu. Aktivity vedené formou dialógu majú často deklaratívny charakter, kým záväzky môžu byť ustanovené v rôznych petíciách alebo zmluvách. Tie umožňujú, aby mladí ľudia sami prijali záväzok, na ktorom sa skupina dohodne (Gabrhelík, 2015b).
4. **Programy zamerané na objasnenie/uvedomovanie si hodnôt** – pomáhajú a učia mladých ľudí identifikovať a prehodnocovať vlastné hodnoty a dôsledky svojho správania spôsobom, že poukazujú na nezlučiteľnosť osobných hodnôt s rizikovým správaním. Umožňujú rozpoznávať existujúce hodnoty a učia mladých ľudí preferovať pozitívne hodnoty. Programy zahŕňajú aktivity realizované formou skupinovej diskusie a rôznych cvičení s pomocou pracovných listov.
5. **Programy zamerané na vytyčovanie si cieľov** – zameriavajú sa na získavanie zručností v oblasti stanovovania a vytyčovania si cieľov za účelom prijať tieto ciele ako životnú voľbu – pozitívny životný cieľ. Podporujú mladých ľudí osvojiť si zdravé postoje, kde rizikové správanie je chápané ako nezlučiteľné s týmito cieľmi. Využívajú rôzne inštruktážne techniky, ktoré môžu obsahovať didaktické inštrukcie a učebnicové cvičenia. Úspechy môžu byť odmeňované.
6. **Programy zamerané na manažment stresu/zvládanie úzkosti** – obsahovo sa tento typ programov orientuje na zručnosti potrebné k zvládaniu a riadeniu stresu v psychologicky záťažových situáciách (napr. vzťahové konflikty, problémy v rodine a pod.). Tréning zručností zahŕňa stratégie na znižovanie stresu a na nachádzanie pozitívnych alternatív v stresových situáciách (napr. šport ako alternatíva excesívneho hrania počítačových hier). Aktivity majú prevažne didaktickú a diskusnú formu, dôraz je kladený aj na techniky fyzického zvládania stresu (napr. relaxácia).
7. **Programy zamerané na sebaúctu/na budovanie pozitívneho sebahodnotenia** – zameriavajú sa na rozvíjanie vlastnej hodnoty a sebaúcty. Mladí ľudia sa učia akceptovať a nebagatelizovať rôzne zlyhania a problémy. Programy podporujú oceňovanie prirodzenej alebo rozvinutej sily a jedinečnosti, naopak nepodporujú sebaobviňovanie za zlyhanie (cieľom je naučiť sa prijímať neúspechy, poučiť sa z nich, ale súčasne im nevenovať príliš veľkú pozornosť). Aktivity sú orientované na zlepšenie sebauvedomovania a sebaobrazu a sú realizované formou diskusií a študijných aktivít.
8. **Programy zamerané na tréning zručností odolávať tlaku** – učia mladých ľudí včas identifikovať nástrahy rizikového správania (najčastejšie zo strany rovesníkov, súrodencov, médií, reklám) a asertívne im odolávať. Programy zahŕňajú aktivity demonštrujúce nátlak rovesníkov alebo spoločenský tlak vedúci k rôznym formám rizikového správania (napr. premietaním filmov

s následnou diskusiou). Súčasťou môže byť aj tréning zručností o tom, ako povedať NIE prostredníctvom hrania rolí či diskusie.

9. **Programy zamerané na tréning/rozvoj sociálnych zručností** – ponúkajú širokú paletu sociálnych zručností (komunikačné zručnosti, vzťahové zručnosti, zručnosti na riešenie interpersonálnych konfliktov). Do aktivít realizovaných prostredníctvom prednášok, diskusií a hrania rolí je možné zahrnúť aj všeobecný tréning asertivity a komunikácie. Vo všeobecnosti ide najmä o programy s širšími možnosťami uplatnenia ako v prípade napr. programov zameraných na tréning zručností odolávať tlaku. Aktivitu je možné realizovať formou hrania rolí a diskusiami.
10. **Programy zamerané na vytváranie noriem** – zameriavajú sa na vytvorenie jasných individuálnych aj skupinových noriem a na zmenu mylných predstáv mladých ľudí o konkrétnom type rizikového správania (napr. tvrdenie: *„Každý v mojom veku používa sociálne siete.“*). Aktivitu zahŕňajú prezentácie dostupných štatistických údajov, výskumov verejnej mienky, diskusie o vhodnosti (primeranosti), prípadne nevhodnosti určitého správania. Tento typ programov môže využívať rovesníckych vodcov, aby definovali špecifické štandardy skupinového správania.
11. **Programy pomoci (alt. programy rovesnícke, peer programy)** – poskytujú intervenciu a poradenstvo pri riešení životných problémov za pomoci rovesníkov – vrstovníkov (ang. Peer). Peer poskytuje svojim vrstovníkom pravdivé informácie o rizikovom správaní, vie poskytnúť psychosociálnu podporu ohrozeným jednotlivcom v skupine. Je vnímavý k daniu v skupine, všima si problémové správanie a včas upozorní kompetentné osoby. Dôraz je kladený na včasnú intervenciu (včasnú diagnostiku) a odporúčanie do starostlivosti odborníka. Podľa Gabrhelíka (2015b) sú výhodami zapojenia vrstovníkov do prevencie rizikového správania najmä dobrá znalosť skupiny, aktívna účasť na dianí v skupine (čo môže posilniť dôveru skupiny k peer osobe), taktiež možnosť ovplyvňovať žiadúcim smerom dianie v skupine. Medzi nevýhody zaraďuje autor potrebu vysokej motivácie pre prácu peer, vysoké nároky na osobnostné vlastnosti a sociálne zručnosti peer, potrebu vyškoliť mladého človeka pre oblasť konkrétneho rizikového správania, potrebu osvojiť si poznatky a informácie a vedieť ich použiť v správny čas na správnom mieste, potrebu poznania vlastných hraníc (peer by nemal mať pocit, že je expertom, ktorý môže terapeutizovať a liečiť). Nevyhnutne by mal ísť príkladom a nemal by robiť sám to, proti čomu vystupuje.
12. **Rodičovské programy** (Gabrhelík, 2015b) – ponúkajú nehomogénnu skupinu rôznych typov preventívnych intervencií zameraných na rodičov. Tieto programy (najčastejšie realizované formou edukatívne koncipovaných programov, menej už interaktívnych aktivít) sú vo všeobecnosti považované

za veľmi náročné, pretože rodičia, ktorí by ich mali absolvovať, majú nízku motiváciu zúčastniť sa na nich.

- 13. Alternatívne programy** – ponúkajú alternatívne štruktúrované aktivity (napr. športové), ako aj informácie a podnety podporujúce účasť na týchto aktivitách.

Vyplývajú z analýzy dostupných dát súčasného vývoja prevencie excesívneho užívania internetu a z vlastných skúseností a postrehov v rámci zberu empirických dát v prostredí základných škôl, neexistuje aktuálne komplexný preventívny program alebo projekt zameraný na problematiku rizikového správania v online prostredí. V Slovenskej republike prebieha celoštátny projekt zameraný na technologickú závislosť, ktorý zastrešuje od roku 2002 mimovládna organizácia eSlovensko o. z. s aktivitami prevažne smerovanými do oblasti špecifickej primárnej prevencie. Občianske združenie sa aktuálne podieľa na príprave a realizácii aj ďalších národných projektov v oblastiach eGovernment, eInklúzia, eTurizmus a eBezpečnosť a Vzdelávanie zamestnancov zodpovedných za zavádzanie informatizácie do samospráv Slovenska – ZISS. Prostredníctvom ústredného portálu „Zodpovedne.sk“ učí zodpovedne, kriticky, tvorivo a bezpečne používať internet.

K preventívnym projektom v rámci technologických závislostí radíme v súčasnosti najmä:

- **Bezinternetu.sk** – cieľom projektu je zapojiť čo najviac žiakov, rodičov a škôl do prevencie a regulácie nadmerného používania internetu a taktiež si osvojiť určité zásady a princípy, ktoré trvalo znížia vplyv digitálnych technológií a internetu. Jeho cieľom nie je zákaz používania internetu, ponúka však alternatívy a príklady, ako dobrovoľne obmedziť internet či vzdať sa ho na určité obdobie internetu. Projekt vychádza z pozitívnych skúseností z rôznych krajín sveta (Nemecko, Francúzsko, Austrália), ktoré priniesli výrazné zlepšenie zdravia a emocionálnej pohody žiakov, pozitívnu zmenu v ich správaní (napr. viac voľno-časových aktivít, viac času stráveného s rodičmi a priateľmi, zlepšenie komunikácie s rodičmi a súrodencami, viac angažovanosti v rodine, zlepšenie prospechu v škole, viac pohybu a športu, menej konfliktov v školskom prostredí a i.);
- **neZávislosť.sk** – Centrum prevencie internetovej závislosti, určený (1.) pre používateľov mobilov a internetu s androidovou mobilnou aplikáciou, ktorá má informatívno-preventívny cieľ a pomáha k sebapoznaniu a získaniu rovnováhy medzi časom tráveným online a offline; (2.) odbornej verejnosti, ktorej aplikovaný výskum prináša informácie o rizikových, sociálnych faktoroch a predispozíciách k závislostiam a návykovému správaniu používateľov a (3.) širokej verejnosti, ktorej prináša užitočné informácie, odporúčania a odbornú pomoc. Projekt pomáha rodičom, rodinám, školám,

štátnym inštitúciám, súkromnému, tretiemu sektoru či médiám porozumieť novodobému fenoménu online závislosti;

- **Kto je d'alší?** – film o rizikách internetu inšpirovaný skutočnými príbehmi zo Slovenska, Ruska a Kanady;
- **Zodpovedne.sk** – portál zastrešujúci projekty, ktoré sa venujú prevencii rôznych foriem nebezpečenstva na internete a v online priestore;
- **Ovce.sk** – detský animovaný seriál a medzinárodný internetový portál, ktorý sa zameriava na bezpečnosť detí a mládeže, najmä na riziká internetu, mobilov a nových technológií;
- **Pomoc.sk** – hlavným cieľom linky Pomoc.sk je zastrešiť projekty, ktoré prevádzkujú telefonické, čtové či emailové poradenstvo za účelom skvalitnenia a zefektívnenia poskytovaných služieb (viac eSlovensko, 2020).

Odborné, ale i praktické rady týkajúce sa základných rizík digitálneho sveta prináša ďalší preventívny projekt **Bezpečne na nete**. Podľa toho, komu je obsah určený, je v rámci portálu rozdelený do dvoch hlavných kategórií – kategória *IT bezpečnosť* je určená širokej verejnosti a zahŕňa rôzne témy o internetovej bezpečnosti a rizikách digitálneho sveta. V kategórii *Pre rodičov a deti* prináša portál odborné rady pre rodičov, rozhovory s odborníkmi a zábavné tipy pre deti v kontexte rizík online prostredia (Bezpečne na nete, 2020).

Obsahovo podobným zameraním je projekt **Deti na nete**, ktorý prostredníctvom svojho portálu poskytuje odborné rady v oblasti bezpečného a zodpovedného používania digitálnych médií pre rodičov (napr. „10 zásad pre dobré technologické rodičovstvo“, Deti na sociálnych sieťach – odporúčania pre rodičov, Som rodič a čo s tým?“) a pre učiteľov (Škola a komunikačné technológie, príklad Ukážkovej hodiny na tému závislosť a i.) (Deti na nete, 2020).

Problemátike digitálneho občianstva sa venuje nezisková organizácia **Digitálne Slovensko** (digiQ), ktorá prostredníctvom portálu *digiQ.sk* zvyšuje povedomie o ochrane ľudských práv a základných slobôd a prináša informácie o inteligentnom používaní internetu so zameraním na deti a mladých. V rámci celosvetového projektu *Deň bezpečného internetu* (prebieha od roku 2004 v krajinách EÚ a mnohých ďalších štátoch sveta každý rok v druhý deň druhého týždňa a druhého mesiaca) organizuje pravidelne vzdelávacie podujatia v online priestore pre odborníkov a mládež na Slovensku. Súčasťou je aj edukatívny projekt **Digitálna inteligencia**, ktorého cieľom je eliminovať riziká v digitálnom finančnom prostredí. Odborným garantom projektu je bezpečnostná spoločnosť ESET (Digitálna inteligencia, 2020).

V súčasnosti disponujeme pomerne obmedzeným počtom longitudinálnych štúdií, ktoré by pomohli pri identifikácii vysokorizikových jedincov (máme na mysli tých, ktorí ešte nevykazujú problémové správanie, ale pravdepodobne sa u nich

dysfunkčné správanie objaví neskôr). Podľa doterajších výskumných štúdií (napr. Blinka, 2008; Karacic & Oreskovic, 2017; Kraus & Bělík, 2018; Lindenberg et al., 2018; Lindenberg et al., 2020; Mentzoni et al., 2011; Stavropoulos et al., 2018; Wittek et al., 2016 a i.) však adolescenti jednoznačne predstavujú najzraniteľnejšiu ohrozenú skupinu. Preto je potrebné identifikovať rizikové faktory jednotlivých vývinových období a prispôbiť programy prevencie tak, aby sa zaoberali konkrétnymi rizikovými faktormi každej vekovej skupiny (okrem študentov stredných a vysokých škôl je nevyhnutné zacieliť preventívne stratégie aj na žiakov prvého a druhého stupňa základných škôl). Nevyhnutným pri koncipovaní preventívnych programov na všetkých úrovniach prevencie je reflexia úvodnej premisy, t. j. rešpektovanie prirodzených zákonitostí vzniku a rozvoja behaviorálnej závislosti (Kudrle, 2008).

Inšpiráciou pre nás by tak mali byť v praktickej rovine také preventívne stratégie, ktoré:

- sú koncipované komplexne ako súhrn faktorov zistených v štúdiu a faktorov už známych v technologických závislostiach a ako koordinovaná spolupráca orgánov sociálno-právnej ochrany detí, inštitútov a centier pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, nízkoprahových zariadení pre deti a mládež, komunitných centier, miest/obcí, vyšších územných celkov/krajov, škôl, mimovládnych organizácií a iných inštitúcií, ktoré sa podieľajú na vývine dospievajúcich;
- majú svoj formatívny charakter;
- nadväzujú na seba a vzájomne sa dopĺňajú;
- zaraďujú závislosť od internetu a počítačových hier do skupiny rizikových správaní pri intervenciách aj v prípade viacrizikového správania (viac Kováčová et al., 2019);
- intervenujú u rizikových jedincov na základe zostavených profilov v štúdiu a špecifických znakov technologických závislostí;
- intervenujú ešte pred obdobím excesívneho používania technológií;
- sú pozitívne orientované a demonštrujú konkrétne alternatívy (napr. priaznivé konkurencieschopné voľnočasové aktivity voči kyberpriestoru) alebo ich vhodne s kyberpriestorom striedajú;
- pôsobia na kvalitu postojov k digitálnym technológiám a na zmenu používania digitálnych technológií;
- využívajú pri technologických závislostiach pôsobenie vrstovníkov pozitívnym smerom (peer programy);
- zvyšujú vedomie o technologických závislostiach, morálku a participáciu spoločnosti na ich riešení;
- vytvárajú protektívne prostredie;

- rešpektujú osobnostné zvláštnosti jedincov vrátane špecifik sociálneho prostredia, s ktorým sú vo vzájomnej interakcii (viac Němec, 2016) a
- explicitne nevyužívajú len zdravotnícke informácie, zastrašovanie, zakazovanie, moralizovanie a výchovu postavenú iba na emóciách (viac Miovský et al. 2015; Šavrnochová et al. 2020).

Okrem vyššie uvedeného by mali zohľadňovať:

1. znalosti, zručnosti a postoje jedincov a štádia ich rozvoja v oblasti technologických závislostí;
2. mali by pri vzdelávaní/tréningoch využívať vyváženú a širokú škálu aktivít tzn. frontálne vyučovanie, hlavne prácu v menších skupinách, riadenú diskusiu, modelové situácie a pod;
3. mali by začleniť členov rodiny do vzdelávania v prevencii technologických závislostí, ktorí majú vplyv na vývin jedincov (Kahan & Žiaková, 2018; Macková, 2015).

Vzhľadom k preventívnym kompetenciám nesmieme zabúdať na sieťovanie odborných inštitúcií a odborníkov z celého spektra pomáhajúcich profesií (psychológ, špeciálny pedagóg, sociálny pedagóg, sociálny pracovník, sociálny kurátor, adiktológ a i.), ktorí významnou mierou môžu eliminovať, prípadne včas detekovať excesívne používanie internetu.

3.2 Sieť profesionálnej pomoci v kontexte úrovni prevencie

Súhlasíme s tvrdením Hupkovej a Liberčanovej (2012), že v našich podmienkach sa ešte stále nestretávame s poskytovaním profesionálnej pomoci pod tzv. „jednou strechou“ a špecializované služby najmä v oblasti prevencie excesívneho používania internetu (príp. závislosti od internetu) sú poskytované na viacerých pracoviskách. Pri vymedzovaní priamych možností profesionálnej pomoci z vybraných rezortov Slovenskej republiky a premietnutí všetkých troch úrovní prevencie cez intervenujúce inštitúcie vychádzame z platnej legislatívy a z aktuálnych požiadaviek a vývoja praxe z oblasti preventívnej práce s adolescentmi. Opäť kladieme dôraz na pomerne veľký spoločný prienik tak inštitúcií, ako aj obsahu a metód zahrnutých do primárnej a sekundárnej prevencie, ktoré majú veľa spoločných znakov a ich rozlišovanie v kontexte (ešte) neohrozených a (už) ohrozených adolescentov excesívnym používaním internetu je nejednoznačné.

Primárna prevencia

Hlavnými orgánmi intervenujúcimi v prevencii závislostí v rezorte zdravotníctva sú regionálne úrady verejného zdravotníctva s odborními podpory zdravia so zameraním na deti a mládež, nemocnice s ambulanciami detských a dorastových lekárov, psychiatrické oddelenia a centrá pre liečbu drogových závislostí. Na úrovni primárnej prevencie zohrávajú kľúčovú úlohu štátom stanovené **preventívne prehliadky u pediatrov** a dorastových lekárov, **preventívne prednášky s lekármi** zamerané všeobecne na podporu zdravia a **besedy s lekármi špecialistami** (psychiater, adiktológ) zamerané špecificky na prevenciu konkrétnej závislosti. Legislatívne sa oblasť prevencie opiera o Zákon NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Okrem výkonu štátneho zdravotného dozoru sa pozornosť sústreďuje predovšetkým na efektívne plnenie programových vyhlásení vlády Slovenskej republiky na úseku verejného zdravotníctva a v nadväznosti na nadrezortné programy (Národná protidrogová stratégia) a nadnárodné programy (Národné monitorovacie centrum pre drogy – Odbor koordinácie protidrogovej stratégie a monitorovania drog) v zmysle vykonávania celoslovenských a celoeurópskych epidemiologických prieskumov zameraných na zmapovanie situácie zneužívania návykových látok žiakmi a študentmi v rámci Slovenska (Hupková & Liberčanová 2012).

Prevencia závislostí v rezorte školstva vychádza z článku 33 Dohovoru o právach dieťaťa a Európskej protidrogovej stratégie. Týka sa realizácie preventívnych opatrení na úrovni škôl a školských zariadení, priorít rezortu školstva, výchovno-vzdelávacích projektov a programov. Primárna prevencia sa opiera o aktuálny Zákon NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (**školský zákon**) a o zmene a doplnení niektorých zákonov; o **základné platné organizačné dokumenty** (pedagogicko-organizačné pokyny na konkrétny školský rok) a **metodické usmernenia** vydávané Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu SR. Z hľadiska stupňa škôl možno prevenciu závislostí chápať ako prevenciu prebiehajúcu v bežných materských, základných a stredných školách a v školách pre deti alebo žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. Medzi najčastejšie formy uplatňované v školskej výučbe patria stále jednorazové preventívne činnosti (prednášky, besedy, kultúrne predstavenia, koncerty, workshopy a i.), ktorých súčasťou je aj preventívna činnosť zakomponovaná priamo počas výučby do konkrétneho učiva súvisiaceho s problematikou prevencie závislostí. Súčasťou formálneho vzdelávania sa v posledných rokoch stáva v prostredí základných a stredných škôl aj jedna z najinteraktívnejších foriem procesu učenia sa, tzv. storytelling (učenie sa cez rozprávané príbehy). V tomto prípade môžeme hovoriť o špecifickej primárnej prevencii (Hupková & Liberčanová, 2012).

Prvky nešpecifickej preventívnej činnosti môžeme nájsť v prostredí **školských výchovno-vzdelávacích zariadení** (školský klub detí, centrum voľného času a školský internát) bližšie upravených v školskom zákone.

V rezorte sociálnych vecí môžeme podľa Zákona NR SR č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov hovoriť o **centre pre deti a rodiny**, ktoré je podľa § 45 tohto zákona zriadené aj na účel vykonávania opatrení na *„predchádzanie vzniku, prehlbovania a opakovania (1) krízových situácií dieťaťa v prirodzenom rodinnom prostredí alebo náhradnom rodinnom prostredí, (2) porúch psychického vývinu, fyzického vývinu alebo sociálneho vývinu dieťaťa z dôvodu problémov v prirodzenom rodinnom prostredí, náhradnom rodinnom prostredí, širšom sociálnom prostredí a v medziľudských vzťahoch“*. Osobitnú pozornosť mu budeme venovať na úrovni sekundárnej a terciárnej prevencie.

V súvislosti s primárnou a sekundárnou prevenciou majú v systéme profesionálnej sociálnej pomoci osobitne významné miesto **sociálne služby krízovej intervencie**, ktoré môžu mať podľa Zákona NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov **nízkoprahový charakter**. Termín nízkoprahový znamená maximálne prístupný a zahŕňa snahu poskytovateľov služieb odstrániť akékoľvek bariéry, ktoré by bránili cieľovej skupine prísť a využiť ponuku poskytovaných služieb. Na účely Zákona NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách sa za službu, ktorá má nízkoprahový charakter považuje *„sociálna služba, ktorá je pre fyzickú osobu ľahko dostupná, uľahčuje jej kontakt so sociálnym prostredím a poskytuje sa v jej prirodzenom prostredí“*. Nízkoprahové zariadenia predstavujú komplex stacionárne alebo terénne poskytovaných služieb, ktoré sú pre cieľovú skupinu ľahko dostupné a nekladú na klienta vysoké nároky (Hapalová, 2017). Ich cieľom je nadviazanie kontaktu s jednotlivcami (ale aj skupinami), ktorí sa vyhýbajú štandardnej inštitucionálnej pomoci; minimalizácia rizík vyplývajúcich zo spôsobu života najmä detí a mládeže a vytváranie takých podmienok, aby mohli svoju nepriaznivú situáciu v prípade potreby a záujmu riešiť. Asociácia nízkoprahových zariadení na Slovensku medzi základné princípy, ktoré tvoria koncept týchto programov, zaraďuje nízkoprahové naladenie pracovníkov; voľný vstup a pobyt v zariadení; bezpečie; participáciu klientov (s cieľom aktivizovať ich k aktívnemu využívaniu voľného času); zaručenú anonymitu; možnú pasivitu klienta a dodržiavanie pravidiel (viac Asociácia NPDM, 2020).

Terénna sociálna služba krízovej intervencie sa podľa § 24a Zákona NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách poskytuje *„fyzickej osobe v nepriaznivej sociálnej situácii,... a jej obsahom je činnosť zameraná na vyhľadávanie takýchto*

fyzických osôb, odborné činnosti, obslužné činnosti a ďalšie činnosti zamerané najmä na vykonávanie preventívnej aktivity, poskytovanie sociálneho poradenstva, sociálnej rehabilitácie, pomoci pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov a utváranie podmienok na výdaj stravy alebo výdaj potravín.

Do sociálnych služieb krízovej intervencie realizujúcich preventívne aktivity podľa tohto zákona zaradujeme **nízkoprahové denné centrum** (§ 24b) a **komunitné centrum** (§ 24d). Prostredníctvom terénnych programov a terénnou formou sociálnej služby je možné poskytovať **nízkoprahovú sociálnu službu pre deti a rodinu**, ktorá sa podľa § 28 tohto zákona „poskytuje fyzickej osobe v nepriaznivej sociálnej situácii...a poskytuje preventívnu aktivitu.“ Do oblasti prevencie zaradujeme aj **službu včasnej intervencie**, ktorá sa podľa § 33 tohto zákona „poskytuje dieťaťu do siedmich rokov jeho veku, ak je jeho vývoj ohrozený z dôvodu zdravotného postihnutia a rodine tohto dieťaťa. V rámci služby včasnej intervencie sa poskytuje špecializované sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia a vykonáva sa stimulácia komplexného vývinu dieťaťa so zdravotným postihnutím a preventívna aktivita.“

Sekundárna prevencia

Na úrovni sekundárnej prevencie zohráva v rezorte zdravotníctva v zmysle Zákona NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov kľúčovú úlohu **centrum pre liečbu drogových závislostí (CPLDZ)** poskytujúce služby ambulantnou a pobytovou formou (viac v kapitole 4).

Základnými zložkami systému výchovného poradenstva a prevencie (aj na primárnej úrovni) v rezorte školstva podľa školského zákona sú zariadenia výchovného, psychologického a špeciálnopedagogického poradenstva a prevencie, ktorých súčasťou je:

- **centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie (CPPPaP)**, ktoré poskytuje „komplexnú psychologickú, špeciálnopedagogickú, diagnostickú, výchovnú, poradenskú a preventívnu starostlivosť deťom okrem detí so zdravotným postihnutím najmä v oblasti optimalizácie ich osobnostného, vzdelávacieho a profesijného vývinu, starostlivosti o rozvoj nadania, eliminovania porúch psychického vývinu a porúch správania“. CPPPaP v spolupráci s rodinou a školou poskytuje „preventívnu výchovnú a psychologickú starostlivosť deťom,a ich zákonným zástupcom, najmä v prípadoch výskytu porúch psychického vývinu a porúch správania a výskytu sociálnopatologických javov v populácii detí vo svojej územnej pôsobnosti“.
- **centrum špeciálno-pedagogického poradenstva (CSPP)**, ktoré podľa platného zákona „poskytuje komplexnú špeciálnopedagogickú činnosť, psychologickú, diagnostickú, poradenskú, rehabilitačnú, preventívnu, metodickú,

výchovno-vzdelávaciu a inú odbornú činnosť a súbor špeciálnopedagogických intervencií deťom so zdravotným postihnutím vrátane detí s vývinovými poruchami s cieľom dosiahnuť optimálny rozvoj ich osobnosti a sociálnu integráciu“.

Medzi špeciálne výchovné zariadenia realizujúce preventívne aktivity na sekundárnej úrovni patria:

- **diagnostické centrum**, ktoré sa v zmysle školského zákona a vyhlášky č. 323/2008 (ďalej len vyhláška o ŠVZ) zameriava na diagnostickú, psychologickú, psychoterapeutickú a výchovno-vzdelávaciu starostlivosť. Diagnostické centrum zabezpečuje diagnostiku deťom s narušeným alebo ohrozeným psychosociálnym vývinom s cieľom určenia ďalšej vhodnej výchovno-vzdelávacej, resocializačnej alebo reedukačnej starostlivosti, poskytuje poradenské služby, vypracúva diagnostické správy o dieťati, vypracúva odporúčanie o umiestnení dieťaťa po ukončení pobytu;
- **reedukačné centrum** v zmysle školského zákona a vyhlášky o ŠVZ poskytuje na základe výchovno-vzdelávacieho programu a individuálneho reedukačného programu deťom do veku 18 rokov s možnosťou predĺženia o jeden rok výchovu a vzdelávanie vrátane prípravy na povolanie s cieľom ich opätovného začlenenia do pôvodného sociálneho prostredia na žiadosť dieťaťa;
- **liečebno-výchovné sanatórium** v zmysle školského zákona a vyhlášky o ŠVZ poskytuje psychologickú, psychoterapeutickú starostlivosť a výchovu a vzdelávanie deťom s vývinovou poruchou učenia a deťom s poruchami aktivity a pozornosti, u ktorých ambulantná starostlivosť nevedla k náprave.

Hlavným orgánom v oblasti sekundárnej prevencie v rezorte sociálnych vecí je **orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately (SPOD a SK)**, ktorý podľa § 17 Zákona NR SR č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele motivuje dieťa „*k diagnostike a liečbe závislosti od alkoholu, drog a patologického hráčstva, udržiava kontakt s dieťaťom počas liečby a resocializačného programu a pomáha dieťaťu po ukončení liečby a resocializačného programu*“. Podľa Kulifaja (2017) niektoré organizácie, okrem legislatívneho ukotvenia v Zákone NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, považujú za preventívne aktivity práve činnosti uvedené v zákone NR SR č. 305/2005 Z. z. Zákon ich definuje najmä v § 10, odseku 1, písm. b) c) „*ako opatrenia na predchádzanie vzniku krízových situácií v rodine a zahŕňa organizovanie alebo sprostredkovanie účasti na programoch a aktivitách zameraných na predchádzanie sociálno-patologickým javom a sprostredkovanie kultúrnych, záujmových a iných aktivít zameraných na podporu vhodného využívania voľného času*“.

Základným prostriedkom prevencie orgánu SPOD a SK je v prípade potreby **uloženie výchovných opatrení**, ktoré bližšie upravuje § 12 tohto zákona. Súčasťou odbornej

práce s dieťaťom a jeho rodinou je podľa § 17 tohto zákona „*zapájanie dieťaťa do výchovných skupinových programov alebo sociálnych skupinových programov organizovaných alebo sprostredkovaných orgánom sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately vykonávaných ambulantnou formou, celodennou formou alebo pobytovou formou. Účelom týchto programov je najmä odborné pôsobenie na odstránenie alebo zmiernenie problémov v správaní dieťaťa alebo jeho porúch správania, na rozvoj sociálnych zručností, na získanie potrebných spoločenských návykov, hygienických návykov a na zabezpečenie vhodného využitia voľného času dieťaťa.*“

Ďalším významným orgánom pôsobiacim v oblasti prevencie je **referát poradensko-psychologických služieb (RPPS)**. So zreteľom na rodinu ako systém a jej postavenie v komplexnom procese rozvoja, udržiavania, terapie a doliečovania drogovej a inej závislosti jej člena plnia referáty poradensko-psychologických služieb dôležitú funkciu práve v tejto oblasti. Prácu s rodinou v minulosti zastrešovali najmä pedagogicko-psychologické poradne a centrá poradensko-psychologických služieb (CPPS). Nadobudnutím účinnosti Zákona NR SR č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele od 1. septembra 2005 prešli všetky práva a povinnosti z pracovnoprávných vzťahov zamestnancov CPPS na Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny. Jednou z významných zmien bolo včlenenie riaditeľstva CPPS do organizačnej štruktúry Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny a jeho transformácia na odbor poradensko-psychologických služieb. Jednotlivé územné pracoviská CPPS sa včlenili do organizačnej štruktúry úradov práce, sociálnych vecí a rodiny ako referáty poradensko-psychologických služieb na oddeleniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately odborov sociálnych vecí a rodiny úradov práce, sociálnych vecí a rodiny (Schavel & Oláh, 2010). V roku 2008 referáty rozšírili svoju pôsobnosť na oblasť prevencie drogových a iných závislostí v zmysle schválenej Koncepcie rozvoja špecializovaných poradensko-psychologických služieb klientom drogovo a inak závislým a klientom ohrozeným drogovou a inou závislosťou v podmienkach referátov poradensko-psychologických služieb úradov práce, sociálnych vecí a rodiny. Činnosť špecializovaných poradcov referátov poradensko-psychologických služieb v oblasti prevencie drogových a iných závislostí sa tak rozšírila okrem iných aj na špecializovanú poradenskú pomoc rodine so závislým členom a s členom v resocializácii.

Na úrovni sekundárnej prevencie závislosti od internetu majú významné postavenie **centrá pre deti a rodiny so špecializovaným programom**, ktoré bližšie upravuje § 56 Zákona NR SR č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Špecializovanou oblasťou, ktorá v medzinárodnom kontexte naberá v odbornej komunite na vážnosti a ktorú môžeme zaradiť do sekundárnej prevencie, je **kybersociálna práca** (viac Lopéz Peláez & Marcuello-Servós, 2018.). Ide o online kontakt sociálneho pracovníka a klienta; softvérové balíky, za pomoci ktorých klient na báze kognitívno-behaviorálnych postupov sám seba intervenuje. V neposlednom rade kyberpriestor má potenciál poskytovať možnosti pre tvorbu virtuálnych svojpomocných skupín alebo online komunít, ktoré sociálni pracovníci môžu sprostredkovať ako alternatívu podporných skupín (viac Smyth, 2011). Podľa Reamera (2015) služby klinickej sociálnej práce majú veľký rozsah v oblasti digitálnych a elektronických možností:

- live chat;
- telefonické poradenstvo;
- kyberterapia a avatar terapia;
- individuálne vedené webové intervencie (vyplnenie online dotazníka o problémoch, poslanie vyhodnotenia a zdrojov a podľa záujmu poskytnutie odkazov na dištančné poradenstvo);
- podporné mobilné aplikácie (Reamer, 2015);
- sociálne médiá – neformálny kontakt s klientmi zmocňuje klientov, humanizuje ich vzťah a robí sociálnych pracovníkov dostupnejšími. Sociálne médiá majú potenciál zmocniť ľudí – kyberaktivizmus – potenciál zmeny. Ďalšou možnosťou je tvorba globálnych odborných komunít alebo zapájanie klientov do komunít, či vyhľadávanie informácií klientmi (Giffords, 2009); a
- neformálne alebo formálne textové správy (Reamer, 2015).

V Slovenskej republike už evidujeme jej prvky, a to prevažne v **online poradenstve** (Almáši & Šavrnichová, 2020). Medzi poskytovateľov dištančného poradenstva zaraďujeme online poradňu pre mladých „*IPčko.sk*“, ktorá sa podľa Kohútovej (2016) stala predstupienkom získania odvahy a nájdenia odborníka v realite. Túto poradňu realizujú v praxi prevažne študenti a absolventi psychológie a sociálnej práce. V rámci aktivít realizujú aj **terénnu sociálnu prácu na sociálnych sieťach**, kde aktívne pôsobia a intervenujú v kyberpriestore (v skupine i súkromných správach), vyhľadávajú najrizikovejšie komunity a skupiny pre mládež (na sociálnych sieťach a diskusných fórach), vytvárajú a moderujú tematické skupiny. Do tohto priestoru zároveň prinášajú so sebou porozumenie, podporu, dôveru a najmä konkrétne odborné informácie. Súčasťou práce je aj vyhľadávanie a vytváranie pomáhajúceho obsahu (Nemcová et al., 2018). Poradenstvo pre zodpovedné používanie internetu, mobilnej komunikácie a nových technológií poskytuje aj už spomínaná elektronická poradňa *Pomoc.sk*.

Terciárna prevencia

Súčasťou komplexného terapeutického procesu je resocializácia, ktorá sa realizuje v **centre pre deti a rodiny, ktoré vykonáva resocializačný program** (ďalej centrum) upravenom v Zákone NR SR č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele. Do 31. 12. 2018 sa podľa tohto zákona centrum (pôvodne resocializačné stredisko, resocializačné zariadenie) zriaďovalo „*na aktivizovanie vnútorných schopností detí a plnoletých fyzických osôb na prekonanie psychických dôsledkov, fyzických dôsledkov a sociálnych dôsledkov drogových závislostí alebo iných závislostí a na zapojenie sa do života v prirodzenom prostredí*“. Od 01. 01. 2019 po novelizácii zákona došlo k zmene na „*zariadenie sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, ktorého účelom je vykonávanie resocializačného programu*“. Resocializačný program podľa tohto zákona realizuje centrum za účelom podpory „*sociálneho začlenenia dieťaťa alebo plnoletej fyzickej osoby závislých od alkoholu, drog alebo patologického hráčstva*“. Centrum realizuje resocializačný program pre dieťa po predchádzajúcom poskytnutí zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore detská psychiatria v zdravotníckom zariadení v rozsahu min. štyri týždne na základe odporúčania lekára – špecialistu (detská psychiatria). Podľa § 57 tohto zákona centrum pripravuje **individuálny resocializačný plán** s dieťaťom a orgánom sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Resocializačný program je založený na princípoch terapeutickkej komunity s režimom, ktorý sa snaží čo najlepšie pripraviť klienta na následný reálny život v spoločnosti. Dĺžka pobytu klienta v centre je individuálna. Zákon NR SR č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele upravuje dĺžku pobytovej formy resocializácie na minimálne osem mesiacov (v skupinách so stanoveným počtom detí a stanoveným počtom plnoletých fyzických osôb), prax v tejto oblasti však poukazuje na to, že obdobie vymedzené v zákone ako minimálne sa javí ako nepostačujúce. Vo všeobecnosti sa odporúča dĺžka pobytu klienta na obdobie jedného roka, viacerí odborníci sa prikláňajú k obdobiu rok a pol až dva roky (Šavrnochová, 2016). Služby v centre poskytuje tím odborníkov – lekári, sociálni pracovníci, terapeuti, laickí terapeuti, avšak vždy pod supervíziou erudovaného špecialistu.

Na centrá pre deti a rodiny, ktoré vykonávajú resocializačný program, nadväzujú **domovy na pol ceste**, ktoré predstavujú vhodnú alternatívu pre tých klientov, ktorých návrat do pôvodného rodinného prostredia je z rôznych dôvodov nereálny. Podľa § 27 Zákona NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách sa v domove na pol ceste poskytuje sociálna služba na určitý čas „*fyzickej osobe, ktorá nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb a ktorá nemá zabezpečené ubytovanie po skončení poskytovania sociálnej služby v inom zariadení, po skončení náhradnej starostlivosti alebo po skončení ochrannej výchovy*“.

Na úrovni terciárnej prevencie sa v rezorte zdravotníctva využívajú najmä **socioterapeutické kluby** ako súčasť zdravotníckych zariadení. Ich cieľom v procese doliečovania je predovšetkým:

- udržať abstinenciu klienta prostredníctvom upevňovania žiaducich vzorcov správania a nového hodnotového rebríčka závislého po liečbe,
- poskytnúť priestor pre reflektovanie vlastných skúseností (bez strachu z odsudzovania alebo zosmiešňovania svojej osoby), pre získavanie racionálnych informácií o problematike závislosti,
- získať náhľad na chorobu,
- ovplyvňovať motivačné a rozhodovacie procesy,
- spracovať vlastné adaptačné stratégie a pod. (Šavrnachová, 2015; Živný, 2012).

Kluby si definitívne získali miesto v terapeutickom procese a socioterapeutická práca v klube sa dostala do modelu komplexnej zdravotníckej starostlivosti režimovej liečby. V zmysle nácviku riešenia záťažových životných situácií (spôsoby odmietania drogy, rozpoznanie a vyhýbanie sa rizikovým situáciám, nácvik komunikačných zručností a pod.) považujeme za jednu z najefektívnejších metód *tréning sociálnych zručností*. Tréning umožňuje členom klubu, aby sa správali nanajvýš prirodzene a zároveň mohli skúmať vlastné správanie, postoje a motívy ku správaniu, a teda môže byť abstinujúcim závislým v mnohom nápomocný pri konfrontovaní naučených vzorcov správania priamo v konkrétnych životných situáciách. Okrem konzultovania problémov, zmierňovania pocitov izolácie a naopak zvyšovania pocitov sebaúcty a kompetencie by však mala mať podľa nášho názoru činnosť klubov aj edukatívny charakter. Vychádzame z predpokladu, že pomáhajúci pracovník pôsobiaci v oblasti závislostí má okrem príslušného vzdelania a ďalších vzdelávacích aktivít aj aktuálne poznatky z adiktológie (napr. aktuálne poznatky o stave drogovej problematiky v SR, drogovej legislatíve, mechanizmoch vedúcich k vzniku závislosti, znalosti o špecifických i celkových potrebách závislého klienta, o postavení rodiny v komplexnom liečebnom procese závislosti). Jeho činnosť môže mať preto v rámci klubu aj didaktické zameranie. Členom klubu predkladá adiktologické a iné poznatky napomáhajúce klientom pracovať na sebareflexii, sebapoznaní a sebaregulácii, prípadne sebaakceptácii. Ako príklad uvádzame niektoré z tém, ktoré môžu byť zahrnuté do klubových stretnutí – syndróm závislosti (diagnostické kritériá, abstinčný syndróm, strata kontroly, craving); výhody a nevýhody abstinencie (plán cesty v procese liečby, štádiá abstinencie); téma relapsu (ako mu predchádzať, spôsoby zvládania, núdzový plán); rizikové a záťažové situácie (negatívne emocionálne stavy, interpersonálne konflikty, sociálny tlak) a pod. Z pohľadu úspešnosti realizovaných preventívnych aktivít, ktoré sú súčasťou klubu (napr. terénne terapie) je nevyhnutnou témou medzigeneračnej spolupráce v rodinnom prostredí a dlhodobá spolupráca s rodinou (Šavrnachová, 2016).

V doliečovaní sú vyššie uvedeným socioterapeutickým klubom významom a formami práce blízke **svojpomocné kluby**. Ich dlhoročná tradícia sa spája so vznikom hnutia Anonymných Alkoholikov (AA) a ich 12-krokovým programom, ktorý sa dodnes uplatňuje na liečbe a doliečovaní závislých (bližšiu pozornosť im venujeme v kapitole 4). Z pôvodného hnutia sa vyvinuli mnohé modifikácie úspešne pracujúcich svojpomocných hnutí, klubov, akými sú napr. Nar-Anon (liečebný program pre rodinných príslušníkov závislých od nealkoholových návykových látok), Al-Anon (liečebný program pre kodependentov, rodinných príslušníkov a priateľov alkoholovo závislých jedincov), Alateen (liečebný program pre deti alkoholovo závislých rodičov), GA (klub anonymných gamblerov) a pod.

4. TERAPIA EXCESÍVNEHO POUŽÍVANIA A ZÁVISLOSTI OD INTERNETU

Liečba excesívneho používania internetu je stále aktuálnejšou otázkou, keďže prevalencia ohrozenia excesívnosťou pri používaní internetu, najmä u mladých ľudí, je pomerne vysoká. Z výskumov však vieme (Blinka et al., 2015; Smahel et al., 2020), že len u malej časti excesívnych používateľov sa vyvinie klinická závislosť, pri ktorej je nevyhnutná odborná starostlivosť. Odborná literatúra sa však venuje skoro výhradne liečbe závislosti od internetu, nie liečbe excesívneho používania, ako pojmu bližšiemu klinickému – terapeutickému prístupu a prostrediu. Je však vhodné uviesť, že z postupov vyvinutých pre liečbu závislosti od internetu profitujú aj excesívni používatelia vo viacerých oblastiach. Ide napríklad o využitie terapeutických postupov v poradenskom procese, v preventívnych aktivitách alebo v širokej oblasti svojpomoci. V tejto kapitole predstavíme terapeutické prístupy a jednotlivé postupy a aj konkrétne techniky, ktoré sa venujú liečbe závislosti od internetu. Literatúra terapie závislosti od internetu pracuje skôr s pojmom pacient ako s pojmom klient. Tento fakt je ovplyvnený medicínsko–klinickou tradíciou, preto v texte budeme uprednostňovať pojem pacient pred klientom.

V prístupe k liečeniu závislosti do internetu nachádzame viaceré komplikácie. Na rozdiel od klasických látkových závislostí, kde nič také, ako kontrolované užívanie neexistuje alebo je značne problematické, pri terapii závislosti od internetu je kontrolované používanie často cieľom terapie. Kontrolované používanie hlavne preto, že svet okolo nás internet vyžaduje a v mnohých situáciách je naozaj nutnosťou. Ako uvádzajú Kuss a Griffiths (2017), online je pre mladých spôsob bytia. Takže absolútna abstinencia by mohla pacienta aj poškodiť a často jednoducho nie je možná. Druhou komplikáciou je „spoločenská prijateľnosť“ internetu na rozdiel od drog a sčasti aj alkoholu. Common sense nám vraví skôr o benefitoch ako o nástrahách používania internetu. Taktiež všeobecná nedôvera k existencii „tak banálnej“ závislosti, ako je závislosť od používania internetu, nepomáha pacientom v hľadaní pomoci. A v neposlednom rade skepsa niektorých odborníkov o primeranosti konceptu závislosti od internetu a ich argumentácia, že závislosť od internetu je len únikom od iných problémov. Ďalšou komplikáciou je vysoká komorbidita – veľmi častý výskyt závislosti v kombinácii s ďalšími psychiatrickými ťažkosťami. Block (2008) uvádza, že až 87 % diagnostikovaných závislých od internetu vykazuje komorbiditu s inou diagnózou. Tu sa otvára dôležitá a nie vždy doriešená otázka liečenia dvojítých alebo viacnásobných diagnóz. Celú problematiku

liečenia závislosti od internetu zhoršuje aj finančná otázka preplácania terapie zdravotnými poisťovňami. I keď už v roku 2013 sa dostala do appendixu DSM-5 (Diagnostického a štatistického manuálu mentálnych porúch americkej psychiatrickej spoločnosti) diagnóza „Internet Gaming Disorder“ – jedna z poddruhov, pre ďalší výskum a pravdepodobné zaradenie v nasledujúcom vydaní (DSM – 5th Edition, 2013). Hráčska porucha (6C51.0) (v online aj offline forme) je už zaradená do špecifických psychických porúch v medzinárodnej klasifikácii chorôb Svetovej zdravotníckej organizácie (ICD-11, 2020). Stále nie je bežnou praxou preplácanie takéhoto druhu liečby. I cez tieto zjavné komplikácie existuje viacero prístupov k liečbe závislosti od internetu a čo je povzbudivé, pribúdajú aj klinické štúdie skúmajúce efektívnosť týchto prístupov. V tomto prehľade si nerobíme nárok na opis všetkých prístupov, vybrali sme tie, ktoré sa najčastejšie používajú a majú aj dostatočné vedecké krytie.

Situácia v terapii závislosti od internetu na Slovensku

V krajinách východnej Ázie – Číne, Južnej Kórei, v Japonsku, je závislosť od internetu takým vážnym problémom najmä u mladých, že sa jej venujú až celoštátne inštitúcie a vládne programy (Chun et al., 2017; KoH, 2007; Koo et al., 2011). Centrálne na liečbu závislosti od internetu pribúdajú aj v Európe (Jäger et al., 2012; Gioka et al., 2014; Te Wildt, 2018) a Amerike (Young 2017). Aká je však situácia na Slovensku? Aj na Slovensku sú popísané viaceré prípady ľudí závislých od používania internetu (Benkovič, 2007). Najviac pacientov popisujú zdravotnícke zariadenia ako Odborný liečebný ústav psychiatrický Predná Hora a psychiatrické oddelenie v Banskej Bystrici. Čiže zaradenia venujúce sa adiktológii a aj liečbe behaviorálnych závislostí, najmä gamblingu. MUDr. Okruhlica, hlavný odborník v odbore adiktológie na Slovensku, tiež spomína prípady pacientov závislých od internetu. Na Slovensku sa liečia najmä na svoje primárne diagnózy, ako je gambling, alkoholizmus či drogová závislosť a pridružené k tomu riešia aj svoju závislosť od internetu. Ďalším typom organizácie, ktoré by mohli pracovať s pacientmi závislými od internetu, sú centrá pre deti a rodiny, ktoré vykonávajú resocializačný program (bližšiu pozornosť sme im venovali v kapitole 3).

4.1 Prehľad druhov terapie závislosti od internetu

Pomoc od závislosti od internetu má viacero podôb či smerov. V prvom rade môžeme rozlíšiť liečenie psychologickými metódami = psychoterapiou a farmakoterapiou, teda liečbu pomocou liekov.

Psychologické postupy sú odlišné nielen v obsahu a teoretickom pozadí, ale aj vo vonkajšej forme. Vo vonkajšej forme sa líšia najmä v skupinovej verzus individuálnej forme, resp. kombinácii oboch foriem. Taktiež môže byť prítomná rodinná, resp. párová forma terapie. Ambulantná forma alebo terapia na oddelení, napr. vo forme liečebnej komunity, ďalej v tom, či v skupine je prítomný profesionálny terapeut, alebo je skupina svojpomocná, resp. rôzne kombinácie týchto protipólov. Pri formálnych rozdieloch ide aj o to, či je terapia vedená face to face, alebo online – prostredníctvom internetu, v podobe napr. chatov alebo aplikácií, ktoré pomáhajú nadmerné internetovanie zvládnuť. Pomerne častý je kombinovaný prístup smerujúci ku komplexnej starostlivosti, ktorý využíva všetky spomenuté možnosti v závislosti od možností, druhu, vývinu terapie a zdravotného stavu pacienta.

Ďalšou otázkou, odhliadnuc od formy psychoterapie, je teoretický smer, z ktorého vychádzajú terapeuti liečiaci závislosť od internetu. V literatúre sa spomínajú mnohé smery, ktoré v texte aj krátko predstavíme. Ide o svojpomocné skupiny, terapiu realitou, rodinnú terapiu, motivačný rozhovor (ktorému je venovaná kapitola 5), systemickú terapiu, kognitívno-behaviorálnu terapiu, integratívnu (multimodálnu) psychoterapiu a ďalšie. Najväčší priestor venujeme kognitívno-behaviorálnej terapii, pretože táto škola prevláda pri liečbe závislostí a aj liečbe závislosti od internetu.

Svojpomocné skupiny

Častou formou pomoci, ktorú závislí vyhľadávajú, je účasť v svojpomocnej skupine. Svojpomocné skupiny môžeme vnímať aj ako formu prevencie, aj ako formu terapie, prevencia je spomenutá v kapitole 3, v tejto časti predstavíme terapeutický pohľad. Svojpomocné skupiny fungujú na princípe vzájomnej pomoci, na predpoklade, že postihnutej osobe môže najlepšie pomôcť osoba, ktorá prešla, alebo v súčasnosti prechádza podobnou situáciou (Bútora, 1991). Priekopníkom boli AA (Anonymní alkoholici), založení v 1935 v USA. Popularita AA spôsobila rozšírenie sa po celom svete a rozšírenie na napr. anonymných hráčov, prejedajúcich sa, diabetikov, narkomanov, atď. Young (1999) odporúča svojpomocné skupiny pre klientov závislých od internetu. Veľmi častou príčinou závislého správania, ako uvádza, je osamelosť, napr. ľudia v domácnosti, zdravotne postihnutí jedinci, ľudia na dôchodku. Internet sa pre nich stáva často jediným spojom s vonkajším svetom a náleziskom sociálnej opory. Takisto ľudia, ktorí zažili nedávno situáciu ako rozvod, smrť blízkeho, stratili svoje zamestnanie, môžu vnímať používanie internetu ako duševné uvoľnenie od skutočných problémov – ich absorbovanie prispieva k tomu, že problémy takto ustupujú do pozadia. Práve pre takýto typ používateľov môže byť zapojenie sa do svojpomocných skupín nápomocné. Podporné skupiny sa zaoberajú maladaptívnymi kogníciami, vedúcimi k pocitom nedostatočnosti a nízkeho sebavedomia, poskytujúc možnosť na vybudovanie skutočných vzťahov,

realizovaných zmenou sociálnej inhibície. Skupiny môžu pomôcť internetovo závislým nájsť skutočnú životnú podporu a vyrovnávať sa s prechodmi, ktoré sú náročné pri zotavovaní (Young, 1999). Okrem klasických 12 zásad – krokov AA prispôbovaných pre internet, ponúka aj laickú verziu:

- V dopoludňajších hodinách si urobte šálku kávy alebo čaju a pred pripojením sa na internet čítajte svoje obľúbené noviny.
- Pri raňajkách používajte obe ruky (napríklad držte nôž a vidličku). Nepoužívajte jednu ruku na jedenie, zatiaľ čo druhou píšete na klávesnici.
- Oblečte sa pred poludním (nezostávajúce pripojení na internete celé dopoludnie).
- Robte aj iné veci, ako je pranie bielizne, upratovanie domu, predtým, než začnete myslieť na internet, plánujte večer.
- Píšte listy tým priateľom a rodinným príslušníkom, ktorí nie sú pripojení na internete.
- Zavolajte niekomu, kto nie je pripojený na internet, na telefón.
- Pred pripojením sa k internetu si prečítajte knihu.
- Načúvajte ľuďom okolo seba.
- Počas televíznych komerčných prestávok si nekontrolujte e-maily.
- Aspoň raz týždenne chodte von z domu.
- Aby ste neminuli viac peňazí za internet, je potrebné zaplatiť účet skôr, ako začnete surfovať.
- Aby ste nemali internet k dispozícii, musíte ísť spať skôr.

Svojpomocné skupiny fungujú nielen face to face, ale aj online, v prostredí internetu. Na prvý pohľad to znie ako nelogická záležitosť – ako keby mal klub abstinentov svoje stretnutia v miestnej krčme. Aj Goldberg (Wallis, 1997), ktorý prišiel s konceptom internetovej závislosti, ale myslel to ako paródiu, založil podpornú skupinu pre závislých na internetovej stránke, pričom to pokladal za vtip. Griffiths (2005) však poukazuje na kladný vplyv online terapií, ktoré rozdeľuje z hľadiska ich primárnej funkcie na šírenie informácií (osveta), peer-programy, podporu a poradenstvo a na profesionálnu liečbu (zhodnotenie, diagnóza a intervencia). Stretnutia na internete sú logické aj preto, lebo na rozdiel od liečby alkoholizmu, cieľom nie je absolútna abstinencia a tiež závislý môže mať taký problém nadviazať face to face kontakt, že prvé kroky sú preň cez internet bezpečnejšie. Jednou z výhod online svojpomocných skupín, ale aj celkovo online terapie, je dostupnosť a rýchlosť. Klinicky signifikatne závislých je približne do troch percent a aj to nie v každej populácii, preto dostupnosť face to face skupiny či terapeuta môže byť rozhodujúcou otázkou vyhľadania alebo nevyhľadania prvej pomoci.

Do svojpomocných skupín môžeme zaradiť aj tematické chatové miestnosti o závislosti od internetu, ktoré môžu mať terapeutický potenciál.

Podľa Kinga a Moreggi (2007) je najhodnotnejšou terapiou stretávanie sa prostredníctvom internetových svojpomocných skupín („F2F groups“), kde sa vzájomne podporujú a pomáhajú si.

Rodinná terapia

Metódy a formu rodinnej terapie využívajú, viac či menej, skoro všetky terapeutické prístupy. Ide o účinnú metódu vstupu do rodinných konštelácií, ktoré môžu byť udržiavateľom nežiadúceho, v našom prípade závislého správania. Veľmi silným nástrojom je podpora blízkych, napriek všetkým problémom.

Závislosť postihuje celú rodinu, a preto je dôležité pri liečbe pracovať s členmi rodiny rovnako ako s pacientom. Rodinná terapia spočíva v práci s rodinou počas terapeutických sedení. Na pacienta sa vďaka rodinnej terapii pozerá ako na súčasť rodinného systému. Súvislosť s jeho závislosťou sa hľadá aj vo fungovaní rodiny, jej zvykoch a životnom štýle. Rodina závislého by mala pri liečbe spolupracovať a zvýšiť tým šancu pacienta na zlepšenie jeho vzťahu. Edukácia rodiny o poruche závislého je veľmi dôležitá, členovia musia rozumieť všetkému, čo sa okolo nich deje (Kratochvíl, 2017).

Young (1999) rodinnú terapiu považuje za samostatnú formu psychoterapeutickej pomoci, zameranú na proces navodenia prospešných zmien v narušenom, patologicky zmenenom či dysfunkčnom rodinnom systéme, prostredníctvom terapeutického vzťahu medzi pomáhajúcim a členmi rodiny a prostredníctvom terapeutických intervencií. Rodinná terapia môže byť nevyhnutná pre závislých ľudí, u ktorých boli narušené vzťahy v rodine, v manželstve a negatívne ich to ovplyvňuje pri ich závislosti od internetu. Intervencie s rodinou by sa mali zamerať na základné prvky:

- poučiť rodinu o tom, čo je vlastne závislosť od internetu;
- neviniť závislého za jeho správanie;
- zlepšiť otvorenú komunikáciu o problémoch v rodine, ktoré poháňali závislého hľadať naplnenie emocionálnych potrieb online;
- podpora rodiny závislého v obnove starých záľub, prítomných pred vypuknutím závislosti;
- zameranie sa na pocity závislého, napr. ísť na spoločnú dovolenku.

Z pohľadu rodinnej terapie môžu byť príznaky dysfunkcie v rámci rodiny silnejšie spojené so závislosťou ako vlastná neprispôsobilosť jedinca. Internetové návykové správanie môže byť príznakom manželských a rodičovských konfliktov. Závislosť od internetu sa často vyskytuje v kontexte rodiny, čo má za následok vážne konflikty medzi dospelievajúcimi a ich rodičmi.

Prvým krokom je rozpoznanie príznakov závislosti. Rodinní príslušníci si často plnia svoje interpersonálne potreby prostredníctvom online aktivít.

Druhým krokom je zaoberanie sa nevyváženými silami v rodine. V niektorých prípadoch je mocenská štruktúra rodiny obrátená naruby, pretože deti majú lepšie počítačové znalosti a rodičia sa cítia bezmocní, keď deti používajú internet. Podpora by mala smerovať ku rodičom – k vykonaniu vhodných rodičovských rolí.

Tretím krokom či metódou je poradenstvo pri riešení konfliktov. Napr. aj ako presadiť, aby deti zostali počas jedenia offline.

Veľmi dôležitou zložkou rodinnej terapie je aj diskusia o fázach zmeny. Rodičia majú sami určiť, v ktorom štádiu sa nachádza ich dieťa, čo pomáha pochopiť a preformulovať myšlienku „moje dieťa sa nechce zmeniť“ na fázu predkontemplačnú, čo je prvým krokom ku zmene.

V udržiavacej fáze terapeut ponúka povzbudenie a podporu pre rozvoj zdravého používania internetu.

Pri fáze relapsu terapeut pomáha zvládať rodičom emócie spôsobené relapsom a pomáha im identifikovať problematické miesta v terapii, ktoré je potom potrebné zlepšovať. Poradcovia sa tiež snažia motivovať rodičov, aby sa nevzdávali a aby udržali terapeuticky priaznivé prostredie v rodine. Rovesnícke skupiny môžu pri liečbe závislosti slúžiť ako významná podpora (Young, 1999).

Terapia realitou

Na Slovensku menej známym terapeutickým prístupom používaným v liečení závislého správania je terapia realitou Williama Glassera. Terapia realitou je, veľmi zjednodušene, kombinácia humanistickej psychológie a kognitívno-behaviorálnej terapie. Glasser (2001) uvádza, že ľudia majú niekoľko základných vrodenných potrieb. Poznáme štyri potreby, psychologické potreby (patria tam: sila, sloboda a zábava) a jednu fyzickú potrebu (prežitie). Keď človek naplní svoje potreby zodpovedným spôsobom, čo znamená vedome a realistickým spôsobom, ktorý nebude porušovať práva ostatných, tak osoba prijíma identitu úspechu. Ale keď človek uspokojuje svoje potreby nezodpovedne, identita zlyháva. Mnoho foriem mentálnych a emočných porúch je vnímaných ako dôsledok neplnenia psychických a fyzických potrieb zodpovedným spôsobom, ktorý potom vedie k zlyhaniu identity. Použitie terapie realitou pomáha klientovi, ktorý je závislý od internetu, identifikovať sa a zodpovedne nájsť účinné spôsoby, ako uspokojovať vlastné potreby, a tým rozvíjať úspech prijatia identity. Terapeut by mal modelovať zodpovedné správanie pre svojich klientov a využívať techniky, ktoré sú určené na pomoc klientom učiť sa žiť vedome a zodpovedne (napr. hranie rolí, systematické plánovanie, skúmanie potrieb, túžob).

Howatt (2003) vyvinul nástroj pre liečbu internetovej závislosti pomocou terapie realitou. Terapia realitou je zameraná na uvedomelé ovládanie správania pacientom. Je založená na teórii, ktorá predpokladá, že ľudia sú zodpovední za svoje životy a za to, čo robia, cítia a myslia. Je ťažké zmeniť priamo našu fyziológiu alebo pocity

oddelené od toho, čo robíme alebo si myslíme. Ale sme schopní zmeniť to, čo robíme, alebo myslíme aj napriek tomu, ako to cítime. Kľúčom k zmene správania je hlavne zmeniť naše myslenie. Pri terapii závislých od internetu sa najprv preskúmava správanie, určí sa plán zmeny a ďalej sa sústreďuje na myslenie a uvedomovanie. Klientom sú pre lepšie uvedomovanie kladené otázky typu: Čo ste robili práve teraz? Čo ste naozaj robili minulý mesiac a minulý týždeň? Čo vás drží od toho, čo chcete? Čo budete robiť zajtra alebo v budúcnosti? Tento druh terapie jej populárny v Ázii a odtiaľ pochádzajú aj viaceré výskumy efektívnosti, ktoré potvrdzujú terapiu realitou ako funkčný nástroj pri liečbe závislosti (Chun et al., 2017; Shek et al., 2009).

Krátka na riešenie zameraná terapia

Ďalším smerom, ktorý sa venuje aj liečbe závislosti od internetu je krátka na riešenie zameraná terapia. Autormi krátkej terapie zameranej na riešenie (SFBT – ang. Solution Focused Brief Therapy), sú Steve de Shazer a Insoo Kim Berg. Cieľom bolo vyvinúť časovo obmedzený, ale efektívny prístup v prevencii, poradenstve a psychoterapii. SFBT zaradujeme medzi systemické prístupy. Vychádza z premisy, že jednotlivci vedia, čo musia urobiť, aby zlepšili svoj život, a so správnym „cestovným“ plánom a malou pomocou môžu nájsť najlepšie riešenia. Zameriava sa na prítomnosť – tu a teraz (De Shazer & Fafejta, 2014). Veľmi zjednodušene: terapeut podnecuje klienta, aby sa zameral na riešenie svojho problému/traumy a nemrhal energiu a čas zaoberaním sa minulosťou. Základným úsilím je citlivým a podnecujúcim pripájaním sa v jazyku na to, čo je pre človeka dôležité, pomáhať klientom pri konštruovaní dobre definovaných cieľov, pri mobilizovaní vlastných zdrojov a realizovaní žiaducej budúcnosti (ViaSua, 2020).

Model SFBT je založený na niekoľkých predpokladoch:

- jedinou konštantou v živote je zmena,
- pacient musí chcieť zmenu,
- malé zmeny môžu viesť k veľkým výsledkom,
- pacient – nie terapeut – je odborník,
- terapia je krátkodobá,
- každý problém má výnimky,
- zmena môže nastať ľahšie, ak sa pacient zameriava na súčasnosť a budúcnosť,
- negatívne myšlienky môžu byť blokované, čo pacientov v terapii oslobodí, aby konali efektívne a pozitívne (De Shazer & Fafejta, 2014).

Pri liečbe závislosti od internetu je krátka terapia zameraná na riešenia využívaná najmä v juhovýchodnej Ázii (Fang-ru, 2005, Zhang et al., 2020), a to najmä v skupinovej a rodinnej forme. Pragmatická jednoduchosť prístupu, zameranie na prítomnosť a aktuálne životné situácie, spolu s krátkym trvaním majú potenciú k rozšíreniu SFBT ako efektívneho nástroja na liečbu minimálne niektorých prejavov

závislosti od internetu. Zatiaľ však chýba väčšie množstvo kvalitných štúdií potvrdzujúc efektívnosť.

Kognitívno-behaviorálna terapia a terapie vychádzajúce z KBT

Odborníci spájajú závislosť od internetu s poruchami kontroly impulzov a klasickými závislosťami. Kognitívno-behaviorálny (KB) prístup je vysoko efektívny pri liečbe spomínaných porúch kontroly impulzov, ako je napr. epizodická explozívna porucha (ang. Intermittent Explosive Disorder), patologické hráčstvo, trichotillománia. KBT vykazuje dobré klinické výsledky aj pri terapii látkových závislostí, emočných porúch či porúch príjmu potravy. Na základe analógie s podobnosťou diagnóz nič nebráni využitiu kognitívno-behaviorálneho prístupu aj pri liečbe závislosti od internetu. Ak ešte prihliadneme k faktu, že kognitívno-behaviorálny prístup ponúka komplexný model vzniku, vývinu a prognózy internetovej závislosti (vid'. modely execívneho používania internetu v prvej kapitole), potenciál terapeutického využitia je obrovský.

KB prístup v terapii závislého správania v prostredí internetu opísali v literatúre už viacerí autori, ako napr. Young, Griffiths, Tao, Orzag atď. Na tomto mieste predstavíme ucelený terapeutický model CBT – IA (angl. Cognitive Behavioral Therapy – Internet Addiction) priekopníčky konceptu závislosti od internetu Kimberly Young (2007, 2011a, 2013, 2017), ktorá pokladá KBT za veľmi efektívnu metódu liečby, ba dokonca navrhla, aby KBT prístup bol pri závislosti od internetu považovaný za liečbu prvej voľby. KBT ako prvú voľbu potvrdzujú aj viaceré výskumy efektu.

CBT – IA

Kimberly Young (2011a, 2013) vyvinula a otestovala špecifický trojfázový model liečby, v ktorom kombinuje klasickú KBT závislostí s HRT (ang. Harm Reduction Therapy – terapia zameraná na redukciu ujmy či poškodenia), trvajúci 3 mesiace a obsahujúci cca 12 sedení. Prvá fáza je zameraná na zmenu správania a postupné znižovanie množstva času stráveného online. Druhá fáza je zameraná kognitívne a pracuje s myšlienkami závislého. Tretia fáza využíva prístupy špecifické pre HRT – rozpoznať a liečiť koexistujúce faktory vedúce ku kompulzívnemu použitiu internetu. Dôležitou časťou terapie je aj edukácia. Terapeut učí klientov o závislosti od internetu, o negatívnych dôsledkoch a výhodách obmedzenia používania internetu. (Young, 1997). Ďalšou kľúčovou časťou terapie je motivačné pôsobenie. Klienti často prichádzajú v predkontemplatívnom štádiu zmeny a z donútenia. Terapeut by ich mal povzbudzovať k zmenám v ich živote, chváliť ich, keď robia

pokroky, a podporovať, keď sa dostanú do problémov. Bližšie sa motivačnému rozhovoru venujeme v kapitole 5.

Existuje niekoľko liečebných stratégií založených na princípe behaviorálnej terapie:

- zvýšiť motiváciu na zmenu: pomôcť jednotlivcom rozpoznať škody, ktoré spôsobili používaním internetu, povzbudzovať ich, aby zastavili používanie, a podporovať pozitívne kroky v liečbe;
- učiť ich zručnosti pre zastavenie alebo obmedzenie používania internetu a vyhýbanie sa relapsu;
- používanie pozitívnych stimulov s cieľom podporiť účasť a oceniť pokrok;
- zapojenie členov rodiny do terapeutického procesu a požiadať ich, aby poskytovali primeranú pomoc a podporu v procese liečby;
- povzbudzovať integráciu do sociálnych vzťahov a skupín (Young, 1997).

I. fáza: Behaviorálna modifikácia

V prvej fáze terapie sa pracuje s klientom ako v klasickej KBT, podrobne sa zisťuje súčasný stav. Nevyhnutým základom pre ďalší postup v terapii je monitoring dennej aktivity. Klient sa motivuje, aby si začal robiť presné záznamy času a okolností, ktoré strávi v prostredí internetu. Nie sú dôležité iba časy, počas ktorých je klient online, podstatné sú okolnosti, počas ktorých sa vyskytuje správanie, ktoré chceme zmeniť. Okolnosti, za ktorých klient pristupuje k internetu, väčšinou skrývajú spúšťače neželaného patologického správania. Young (2011a) odporúča, aby si klient v jednoduchšej tabuľke istý čas (zväčša jeden týždeň) zaznamenával dátum a čas každého internetového pripojenia, udalosti predchádzajúce prihláseniu online a druh činnosti pri online prístupe, napr. ako v tabuľke 3.

Tabuľka 3 Tabuľka záznamov monitoringu používania internetu pacientom

Dátum a čas	Udalosť pred	Online aktivita	Trvanie	Výsledok (napr. emócia)

Spracované podľa Young (2011a)

Je možné, že klient surfuje po internete najmä vtedy, keď je sám doma alebo trávi čas na internete pomocou mobilného zariadenia v práci. Niektorí klienti patologicky internetujú najmä vtedy, keď sa pohádajú s manželkou, resp. majú odovzdať prácu. Taktiež je dôležité spísať konkrétne online aktivity, aby sa dalo posúdiť, ktoré aktivity sú najproblémovejšie (napr. online porno alebo chat, či sociálne siete) a následne sa na ne zamerať v pláne zmeny a aj v druhom kroku zameranom na kognície. Zaznačuje sa aj trvanie konkrétnej aktivity. Klienti, ktorí si

nezaznamenávajú online aktivity, majú tendenciu veľmi skresľovať a najmä pred sebou a druhými znižovať množstvo. Poslednou, ale nie najmenej dôležitou poznámkou je „výsledok“, tu si značia emócie po ukončení aktivity, resp. aký to malo bezprostredný následok na sociálne okolie. Taký podrobný monitoring online aktivity môže priniesť do terapie aj odpor, resp. neplnenie domácej úlohy. Dôležitá je dôsledná motivácia klienta. Samotný monitoring neželaného správania má potenciál meniť toto správanie. Záznam aktivít slúži nielen ako prvotné meranie, ale hlavne ako identifikácia rizikového správania vedúceho k nadmernému používaniu internetu a pre stanovenie si konkrétnych a merateľných cieľov v terapii (Young, 1997).

Ďalším krokom v behaviorálnej fáze je „urobenie hrubej čiary“ alebo, môžeme povedať, „upratanie si“. Klient je motivovaný odstrániť všetky „dôkazy“ o problematickom online správaní. Tento krok má aj symbolický význam – ako prostriedok začať znova a získať späť kontrolu nad nezdravým a návykovým správaním. Odporúča sa úplná „reorganizácia počítača či mobilného zariadenia“. V tomto kroku by klienti mali vymazať záložky alebo obľúbené súbory, ktoré vedú k problémovému správaniu, napr. sexuálne stránky, herné weby, virtuálne kasína, chatovacie miestnosti, eBay či sociálne siete. Všetko, čo vedie ku závislosti, by malo byť odstránené. Na druhej strane klient nie je vedený k úplnej abstinencii, ktorá často vôbec nie je možná, na rozdiel od látkových závislostí. Aj na základe týchto zistení odborníci uvádzajú, že najlepším spôsobom ako liečiť závislosť od internetu, je práve moderované a kontrolované používanie internetu (Orzack, 1999). Následným krokom je stanovenie jasných cieľov v time manažmente. Klient je povzbudzovaný, aby si robil pravidelné prestávky počas internetovania, vstal od počítača, urobili nejakú aktivitu, poprechádzal sa po kancelárii, išiel sa porozprávať s rodinnými príslušníkmi atď. Technicky na to môžu slúžiť napr. klasické stopky alebo alarm, na ktorom si klient nastaví čas, ktorý môže stráviť online a po jeho uplynutí zmení činnosť. Tieto techniky pomáhajú klientom vymaniť sa, resp. narušiť staré vzorce návykového správania. Ďalším účinným spôsobom, ako dostať internetovanie pod kontrolu, je použitie filtrovacieho softvéru. Filtrovací softvér, ako je Net Nanny, Kaspersky Safe Kids alebo Qustodio, zvyčajne používajú rodičia na blokovanie prístupu k online sexuálnemu obsahu atď. Aj keď má klient prístup ku odblokovaniu filtrovacieho softvéru, získava pocit vlastnej kontroly nad používaním internetu. Filtrovací softvér sa môže naprogramovať tak, aby automaticky blokoval online aplikácie, kam patria napr. porno stránky, chatovacie miestnosti, herné stránky, sociálne médiá, a to zavretím internetového prehliadača alebo výrazným upozornením. Pre mnohých to môže fungovať ako technika STOP, viacerí klienti dokonca popisujú tento zážitok ako studenú sprchu, rozbíjajúcu tranz spojený so závislosťou. Takto posilňujeme klientovu vlastnú kompetenciu kontrolovať pokušenie, ktoré často vedie k relapsu (Young, 2007, 2011a).

II. fáza: Kognitívna reštrukturalizácia

Po nastavení cieľov a zredukovaní neželaného správania nastáva druhá fáza CBT – IA zaoberajúca sa kogníciami. Druhá fáza je veľmi dôležitá a ak by nenasledovala po behaviorálnej zmene, nemala by dlhú trvanlivosť a mala by veľkú tendenciu k relapsu. Maladaptívne kognície, ako napr. generalizovanie, selektívna abstrakcia, preháňanie, personifikácia, slúžia ako spúšťače kompulzívneho správania a sú pevne spojené so závislosťou od internetu. Niektorí klienti napr. trpia skreslenými kogníciami o hodnote vlastnej osoby a self, ktoré obsahujú ruminácie (napr.: neustále sa zaoberajú myšlienkami „Ja som bezcenný offline, ale v online svete som človek, som niekto“; alebo v podobe fenoménu FOMO (Fear of missing out) – strach z toho, že človeku niečo ujde alebo bude vynechaný). Môžu tiež trpieť skreslenými predstavami o svete: „nikto ma v offline svete nemiluje“ a „online svet je jediné miesto, kde som rešpektovaný“. Podľa Davisa (2001) maladaptívne kognície vo forme buď-alebo, resp. všetko alebo nič, môžu zosilňovať a predlžovať závislosť jedinca od internetu. Napríklad ak hráč vytvára avatara (reprezentáciu postavy v hre), ktorého v online hre ovláda a dosahuje rôzne ciele, môže vnímať offline skutočný svet ako menej atraktívny, menej zaujímavý. Pre zlepšenie alebo udržanie sebaúcty to vedie hráča k tendencii byť online čo najčastejšie, čo zvyšuje psychickú závislosť od virtuálneho priestoru (Young, 2007, 2011a).

Do maladaptívneho kognitívneho procesu zasahuje aj disinhibované správanie, pri ktorom má jedinec pocit, že v prostredí anonymného internetu nemusí mať také obavy z vlastnej prezentácie a výzoru, môže byť otvorenejší a viac sa prejavíť. To vedie k presvedčeniu, že naozaj sa prejavuje iba online, cíti sa bezpečnejšie a zväčšovaním času online sa zvyšuje predsudok pred komunikáciou a fungovaním v klasických medziľudských vzťahoch offline (Holdoš, 2009). Pri každom náznaku konfliktu alebo psychickom tlaku či strese závislý vyhladáva internet, v ktorom sa upokojí a cíti bezpečne. Intenzívne používanie internetu však vedie ku zhoršeniu sociálnych vzťahov a prináša ďalšie negatívne dôsledky, napr. vo výkone. Čím viac závislý uteká pred negatívnymi dôsledkami, tým viac sa dôsledky zhoršujú.

CBT – IA používa na prelomenie tejto schémy kognitívnu reštrukturalizáciu. Kognitívna reštrukturalizácia pomáha dať myšlienky klienta "pod mikroskop" tým, že vyzýva prehodnotiť a zmeniť negatívne myslenie posilňujúce závislosť. Kognitívno-behaviorálna terapia pomáha klientovi pochopiť, že internet používa preto, aby sa vyhol situáciám alebo negatívnym pocitom. Pocity sú ovplyvnené myslením a interpretovaním toho, čo sa deje. Klient môže svoje interpretácie pomocou kognitívnej reštrukturalizácie preskúmať a prehodnotiť, nakoľko – a či vôbec – sú racionálne a platné. Napr. klienti, ktorí využívajú online hry ako spôsob, ktorým možno budovať sebavedomie a cítiť sa lepšie, začínajú vidieť, že používajú internet na uspokojovanie potrieb, ktoré nie sú naplnené v ich reálnom živote. Dôležité je, aby klienti pochopili mechanizmus udržiavania ich závislosti – teda čo závislosť vyvoláva a najmä, čo ju udržiava. KB terapeuti pomáhajú klientom

uvedomiť si ich kognitívne narušenie a napomáhajú rozpoznať, kedy sa zaoberajú týmto typom negatívnej vnútornej reči (self-talk). V okamihu, keď si klient uvedomí niektoré chybné vzorce svojho myslenia, je schopný sa s takým druhom myšlienok vysporiadať aj mimo terapeutického stretnutia. Maladaptívna racionalizácia a ospravedlnenie si nadmerného používania internetu je potom omnoho ťažšie. Klienti majú vďaka chybám vo svojom myslení často pocit ochromenia, prehánajú svoje ťažkosti a minimalizujú možnosti nápravných opatrení. CBT – IA pomáha klientom identifikovať hlavné problémy či následky spôsobené závislosťou od internetu. Klienti dostanú za úlohu spísať 5 hlavných problémov spôsobených závislosťou a paralelne zoznam piatich hlavných výhod, keď s internetom „seknú“, resp. ho obmedzia. Sú vedení ku náhl'adu na dôsledky svojho správania, ku racionálnej analýze a hodnoteniu následkov svojho správania, aj tých dlhodobých. Naučenie sa takejto schopnosti či technike výrazne zabraňuje relapsom. Ide v podstate o techniku riešenia problémov (Young, 2011a).

Klienti majú na liečbu ambivalentný názor. Zo začiatku idú do liečby so zmiešanými pocitmi, lebo neberú plnú zodpovednosť za svoje správanie a nie sú si istí, či sa naozaj chcú vzdať používania internetu. Závislý človek má často pocit, že nikomu neublíži, že to nie je problém a že to súvisí so stresom v jeho živote, nie je to problém spojený s internetom. Kognitívna reštrukturalizácia môže naplno účinkovať iba vtedy, keď si klient sám pred sebou prizná, že má s nadužívaním internetu problém. Závislý nemôže očakávať, že sa mu bude dariť dodržiavať time-management a štruktúrovaný plán zmeny, ak si neprizná svoju závislosť. Závazok ku zmene je o to ťažší, ak musí internet používať napr. v práci alebo v škole (Young, 2007).

III. fáza: Harm Reduction Therapy (prístup zameraný na redukciu ujmy či škôd)

V tretej fáze CBT – IA sa HRT (Marlatt et al., 2001) používa na identifikáciu a pomenovanie prípadných spolupôsobiacich faktorov, spojených s rozvojom závislosti od internetu. Tieto faktory môžu zahŕňať osobné, sociálne, situačné, psychiatrické alebo pracovné problémy. U závislých je často prítomný predpoklad, že už samo zastavenie závislého správania znamená, že sú vyliečení. Úplne vyliečenie znamená skúmať základné problémy, ktoré viedli až k nutkavému správaniu, inak môže hroziť relaps. Ako môžeme vidieť, internetová závislosť často pramení z emocionálnych alebo iných situačných problémov, akými sú úzkosť, stres, depresia, problémy vo vzťahoch, manželské problémy alebo problémy v zamestnaní.

Aj keď internet ponúka pohodlné rozptýlenie od týchto problémov, v skutočnosti robí pre klientov veľmi málo pre vysporiadanie sa s nimi. Závislosť vzniká práve preto, že internet poskytuje prípustný spôsob, ako sa vyhnúť problémom. Na počítač sa môžu obrátiť bez ohľadu na ďalšie problémy, ktoré sa dejú v ich životoch, ktoré

tam pre nich dočasne zmiznú. Rovnakým spôsobom môžu ľudia, aby tak predišli problémom, používať alkohol, potraviny, lieky alebo hazardné hry.

HRT sa stáva dôležitým spôsobom, ako identifikovať a pochopiť problémy spojené so závislosťou v rámci procesu liečby (Marlatt et al., 2001). HRT je založené na presvedčení, že zneužívanie návykových látok a vývin závislosti u jedincov sa rozvíja prostredníctvom jedinečnej interakcie biologických, psychologických a sociálnych faktorov (Young, 2007). HRT je nedirektívny nekritizujúci prístup, pomáhajúci ľuďom užívajúcim alkohol a drogy (prípadne pri nelátkových závislostiach s problémami) a je zameraný na zníženie negatívnych následkov užívania návykových látok, zneužívania alebo závislosti v ich živote. HRT uznáva, že ľudia používajú alkohol a drogy z rôznych dôvodov. Zaoberá sa komplexnými vzťahmi, ktoré v priebehu ich života ľudia s týmito psychoaktívnymi látkami rozvíjajú. V HRT sa obavy, týkajúce sa užívania drog a alkoholu, riešia súbežne s ich spoločenským a profesijným vplyvom. HRT sa tiež zameriava na psychické a emocionálne dôsledky v rámci integrovaného prístupu k liečbe (Marlatt et al., 2001).

V rámci CBT – IA sa HRT pri závislosti od internetu používa na riešenie koexistujúcich problémov. HRT psychoterapia závislosti obsahuje niekoľko bodov:

1. Zahŕňa identifikáciu a liečbu základných psychiatrických ochorení koexistujúcich s internetovou závislosťou. Pri internetovo závislých je bežná diagnóza depresie, úzkosti a obsedantno-kompulzívna porucha. Rovnako veľmi častá je komorbidita so závislosťou od alkoholu alebo drog, ktoré treba tiež liečiť.
2. Pri liečbe sú prijímané malé, postupné kroky v snahe znížiť poškodenie a pre danú osobu uľahčiť existenciu. Kladie sa dôraz na rešpektovanie silných stránok a schopností klienta. Na druhej strane však akceptuje klientove ťažkosti a kapacitu na zmenu.
3. V tretej fáze liečby sa pozornosť zameriava na zvyšovanie povedomia o problémoch, ktoré viedli k nutkaniu používať internet. Klienti by mali spolupracovať pri liečbe pri výbere cieľov a stratégií, ktoré sú pre nich užitočné. Tieto problémy môžu zahŕňať osobné, sociálne, situačné prejavy alebo problémy v kariére. Ak sa pacient zaoberá nízkou sebaúctou, treba pracovať na hľadaní zdravších spôsobov zaobchádzania s týmito pocitmi bez použitia internetu. V prípade, že klient má vzťahové problémy, treba navrhnúť párové poradenstvo a riešiť problémy s intimitou namiesto kompenzačného využívania kybersexu. Ak klient využíva sledovanie porna v práci na zvládanie stresu z práce, treba ho učiť účinnejšie techniky zvládania stresu. Klientovi treba pomôcť efektívne relaxovať namiesto spoliehania sa na internet.

Takýmto spôsobom sa znižujú škodlivé následky zneužívania internetu a pomáhajú pacientovi prispôbiť sa novej, zdravšej stratégii zvládania a učenia sa nových zručností a spôsobov, ako zabrániť relapsu (Young, 2007).

Techniky používané pri KBT závislosti od internetu

KBT využíva pri liečbe rôzne techniky a pomôcky. Young (1999) uvádza celý zoznam techník a stratégií, ktoré vychádzajú zo všeobecnej praxe kognitívno-behaviorálneho prístupu a sú prispôbené na zvládanie nadmerného internetovania:

- **Nácvik opaku**

Reorganizácia je dôležitým prvkom v liečbe závislého od internetu. Preto by mal terapeut stráviť niekoľko minút s pacientom a zvážiť súčasné návyky pri využívaní internetu. Mali by byť položené nasledujúce otázky: Aké dni v týždni ste online? Ako zvyčajne začínate deň? Ako dlho zostanete online počas dňa? Kde obvykle používate počítač? Hneď ako sa vyhodnotí špecifická povaha využívania internetu, je nutné vytvoriť nový plán. Nácvik opaku je technika, pri ktorej sa klient cvičí v narušení zvykov podporujúcich závislosť. Napr. pacient by sa mal ísť radšej osprchovať alebo začať deň raňajkami, ako hneď ráno otvoriť mobil či počítač s internetom. Ak zvykne celý deň sedieť za počítačom alebo používať mobil, je dôležité, aby zaradil prestávky, a to každú polhodinu atď.

- **Externé upozornenia**

Je to ďalšia jednoduchá technika, ktorú pacient potrebuje urobiť, aby sa dokázal vzdialiť od internetu. Ak má ísť do práce o 7:30 hod. a internet si zapne o 6:30 hod., je dôležité, aby sa vedel odhlásiť v presne určenom čase, keď potrebuje ísť do práce. Na to mu môže pomôcť využívanie alarmov, minútok, nastavenie vypnutia mobilu či počítača alebo požiadanie blízkej osoby o upozornenie atď. Hrozí tu však nebezpečenstvo, že pacient bude prirodzene ignorovať alarmy. Ideálne je spojiť poslušnosť externého upozornenia s odmenou, samozrejme nie v podobe času na internete.

- **Nastavenie cieľov**

Mnoho pokusov obmedzenia používania internetu zlyhá, pretože sa používateľ opiera o nejednoznačné plány a ciele. Aby sa zabránilo relapsu, mal by sa plán definovať čo najkonkrétnejšie a ľahko merateľne. Napr. 20 hodín namiesto súčasných 40. Potom je potrebné naplánovať týchto dvadsať hodín v konkrétnych časových úsekoch a zapísať ich do kalendára alebo týždenného plánovača. Začlenenie plánu využitia internetu môže dať pacientovi pocit, že je pod kontrolou, takže nad ním internet neprevezme kontrolu. V súčasnosti existujú mnohé monitorovacie softvéry a aplikácie

do mobilných zariadení, ktoré pomáhajú dodržať nastavený plán. Aj samotní výrobcovia operačných systémov ako Apple, Google a Microsoft dodávajú rovno do svojich systémov takéto aplikácie.

- **Abstinencia**

Zvláštna pozornosť sa venuje spúšťačom neželaného správania na internete. Patria tam aplikácie ako sociálne siete, hry, diskusné skupiny alebo konkrétne portály a webové stránky, ktoré sú pre pacienta najproblematickejšie. Ak sme identifikovali konkrétnu aplikáciu a vyhýbanie sa, resp. kontrolované používanie zlyhalo, ďalším vhodným krokom je abstinencia. Pacient musí zastaviť všetky aktivity okolo konkrétnej aplikácie či služby. To neznamená, že nemôže používať iné aplikácie, ktoré sú pre neho menej atraktívne. Ak pacient zistí, že chatovacie miestnosti sú pre neho návykové, je potrebné, aby sa im vyhýbal. To platí pre všetky aplikácie, ktoré mu spôsobujú závislosť. Abstinencia je vhodná pre pacienta, ktorý má zároveň v anamnéze predchádzajúcej závislosti alkoholizmus alebo užívanie drog. Pacienti s premorbidnou históriou alkoholu alebo drogovej závislosti, či nelátkových závislostí často nájdu v internete fyzicky bezpečnú náhradnú závislosť. Preto sa pacient stáva posadnutý využívaním internetu ako spôsobu, ktorý bráni relapsu v pití alebo užívaní drog. Zatiaľ čo pacient odôvodňuje internet ako bezpečnú závislosť, stále sa vyhýba zaoberaním sa svojou kompulzívitou, nepríjemným situáciám, ktoré vyvolávajú návykové situácie.

- **Pripomienkové karty**

Pacientom sa odporúča poznamenať si päť hlavných problémov, ktoré boli spôsobené závislosťou od internetu a päť hlavných benefitov z eliminácie používania internetu alebo zdržiavanie sa používaním určitej aplikácie. Ďalej sa odporúča, aby si pacient tieto hlavné problémy zapísal na kartu a mal ju blízko seba vo vrecku, peňaženke a podobne. Kartička má slúžiť ako pripomienka toho, čomu sa chcú pacienti vyhnúť a čo chcú urobiť pre seba, keď narazia na bod v pokušení používať internet a miesto toho robiť niečo produktívne a zdravé pre seba. Pacienti si majú vziať kartičku niekoľkokrát týždenne a pripomínať si problémy spôsobené ich nadmerným používaním internetu a prínosy získané pri kontrole ich využitia ako prostriedok na zvýšenie motivácie vydržať v snahe. Takýto spôsob je vhodnou prevenciou relapsu.

- **Osobnostný inventár**

Keď sa pacient snaží znížiť alebo prestať používať konkrétnu aplikáciu, je ten správny čas pomôcť mu rozvíjať alternatívne činnosti. Pacient by mal byť upozornený na osobnú inventúru toho, čoho sa má on alebo ona vyvarovať. Terapeut by mal inštruovať pacienta, aby si poznačil každú činnosť alebo konanie, o ktoré sa pripravil na základe internetovej závislosti. Pacienti majú

d'alej hodnotiť ich činnosti od 1 po 3, pričom 1 znamená – veľmi dôležité, 2 – dôležité, 3 – nie je príliš dôležité. Pri hodnotení týchto stratených činností pacient reflektuje, aký bol jeho život pred používaním internetu. Toto cvičenie pomôže pacientovi oživiť staré činnosti, ktoré vďaka internetu prestal vykonávať.

Tabuľka 4 Hlavné kognitívno-behaviorálne a motivačné komponenty liečby závislosti od internetu

Stratégia liečby	Hlavný obsah	Cieľ
Rozpoznanie, čo vám chýba	Ohodnoťte stratu aktivít/motivačné interview	Potvrdenie problému
Nosiť pripomínacie pozitívne karty	Uved'te päť hlavných problémov spôsobených závislosťou od internetu. Uved'te päť hlavných benefitov skončenia s vašou závislosťou od internetu	
Načúvajte odmietavým automatickým myšlienkam	Určte kognície, ktoré sa vzťahujú k popretiu problémového správania/kognitívna reštrukturalizácia	
Životné príbehy závislých na internete	Psychoedukácia o závislosti od alkoholu s porovnaním so závislosťou od internetu	
Posúdenie času stráveného online	Podrobné hodnotenie online aktivít a času stráveného na internete	Seba pozorovanie
Spoznajte spúšťače vašej závislosti	Identifikujte spúšťače a najmä emócie spojené so začatím používania internetu	
Únik od internetovej závislosti	Súvislosť medzi emocionálnymi spúšťačmi a používaním internetu ako úniku (psychologická edukácia – kognitívna reštrukturalizácia)	
Použite stratégie time manažmentu	Používajte mimointernetové činnosti, plánujte používanie internetu, plánujte iné aktivity	Time manažment
Riešenie problému	Hlavné kroky na vyriešenie problému	Rozvoj offline aktivít
Konfrontujte vašu osamelosť	Preskúmajte faktory, ktoré vedú k osamelosti, obmedzte sociálny život na internete	
Nájdite podporu v reálnom svete	Psychologická, medicínska a spoločenská podpora	
Uvažujte o úžitkoch liečby	Identifikácia prínosov procesu obnovy	Prevencia relapsu
Tipy na liečbu	Identifikujte svoje spúšťače pri relapse	
	Použite alternatívne správanie	

Spracované podľa Young (1998)

Krátka manualizovaná terapia závislosti od internetu a počítačových hier (STICA, ang. Short-Term Treatment of Internet and Computer Game Addiction)

Nemeckí odborníci (Jäger et al., 2012) predstavili špecifickú krátku manualizovanú terapiu na liečenie závislosti od internetu a počítačových hier, založenú na kognitívno-behaviorálnom prístupe. Ide o kombináciu skupinovej a individuálnej terapie v trvaní 4 mesiacov. Manualizovaný postup je prezentovaný v tabuľke 5.

Tabuľka 5 STICA – fázy terapie a stratégie

Fázy terapie	Kľúčové intervencie
Skorá fáza	Vzdelávanie pacientov o mechanizmoch a vplyvoch IA / CA (napr. teórie učenia, vývoj a dôsledky IA / CA, bludné kruhy závislosti, atď.)
	Podpora sociálnej komunikácie a prepojenia v skupine a individuálneho nastavenia
Stredná fáza	Identifikácia spúšťačov dysfunkčného použitia internetu (napr. emočných stavov, maladaptívnych kognícií, denných ťažkostí atď.) písanie si záznamov – denníka
	Funkčná analýza návykového správania
	Povolenie funkčného použitia internetu pri využití vhodných stratégií riešenia problémov
	Pomoc pri budovaní sociálnej siete v reálnom živote
	Budovanie alternatívnych aktivít
	Self monitoring – sebazpozorovania na redukciu prokrastinačných tendencií
	Podpora sociálnej komunikácie
	Expozičný tréning (konfrontácie a odstránenie prístupu ku kritickým aplikáciám, napr. vlastného avatara)
	Trénovanie zručností (napr. copingové stratégie pri strese a problémoch, sociálne zručnosti, budovanie alternatívnych aktivít, atď.)
	Podpora funkčného použitia počítača a využívania internetu
Ukončenie prevencia relapsu	Prehľad transferu terapeutických techník a nástrojov do bežného života
	Funkčný počítač/použitie internetu
	Vypracovanie nástrojov prevencie relapsu

Spracované podľa Jäger et al. (2012)

Program STICA je špecifický v tom, že pracuje aj s komorbidnými pacientami, čo výrazne komplikuje priebeh liečby závislosti od internetu (Jäger et al., 2012). Efektivita tohto prístupu je potvrdená vo viacerých výskumoch (Jäger et al., 2012; Wölfling et al., 2019).

Odborníčky Kuss a Lopez-Fernandez (2016) zhŕňajú hlavné poznatky pri využití terapie založenej na kognitívno-behaviorálnom prístupe. Takéto terapie sú zväčša individuálne, respektíve kombinujú individuálnu a skupinovú terapiu. Typický KBT program trval po dobu niekoľkých mesiacov, od 8 sedení do 28 sedení, ktoré zahŕňali skupinové aj individuálne sedenia a sedenia trvali medzi jednou až dvoma hodinami.

Témy, na ktorých pacienti na sedeniach pracovali, boli nasledovné:

1. identifikácia internetovej aplikácie a konkrétneho správania, ktoré sú spojené s príznakmi závislosti;
2. oblasť kontroly (napr. sebaopozorovanie svojich pocitov, impulzivity a vzťah medzi klientom a internetom smerujúci ku sebamanažmentu a k obmedzovaniu používania internetu);
3. zásady zdravej komunikácie, napríklad medzi rodičmi a deťmi a zdieľanie úspešných príbehov;
4. uvedenie si reálneho stavu (hlavne v oblasti vnímania a prijímania internetového obsahu a online vzťahov – nadviazané a rozvinuté vzťahy prostredníctvom internetu);
5. odvykacie techniky aplikované na problémové internetové správanie a konkrétne aplikácie (napr. uvedenie a uznanie si návykového správania a ukončenie takéhoto správania);
6. ďalšie premenné, ktorú súvisia, respektíve prispievajú k závislosti (napr. plánovanie vysokoškolského štúdia, problémy v manželstve, burnout v zamestnaní, problémy so spolupracovníkmi alebo akademické problémy).

Vo všeobecnosti KBT závislosti od internetu pracovala s niekoľkými etapami, vrátane budovanie tímu s podporou rodičov, probačného štádia pre stabilizáciu a prevencie relapsov. Dôraz sa kládol na využitie množstva diagnostických nástrojov (sebaposudzovacích, ale aj iných) odhaľujúcich postup v terapii a aj celkový efekt terapie (Kuss & Lopez-Fernandez, 2016).

Prístupy k liečbe závislosti od internetu vychádzajúce z tretej vlny KBT

Kognitívno-behaviorálna terapia sa vyvíja a v súčasnosti okrem osvedčených a stále používaných behaviorálnych a kognitívnych prístupov (ktoré nazývame prvá a druhá vlna v KBT) nastupujú nové, progresívne prístupy, ktoré súborne nazývame treťou vlnou v KBT (Šlepecký et al., 2018). Špecifikom tretej vlny je, že oproti minulosti

kladie väčší dôraz na vnútornú motiváciu klienta, ktorá je nositeľom zmeny, na prácu s imagináciou, na hranie rolí a psychodrámu, preberanie raných zážitkov a tráum, na priamu prácu s emóciami a na naratívne prístupy. Ostáva však dôraz na teóriu učenia, merateľnosť a hodnotenie výsledkov a na pragmatický, otvorený prístup ku klientovi. Integruje a využíva prvky z viacerých psychoterapeutických prístupov ako gestalt, vzťahová psychoanalýza, mentalizačná terapia či existenciálna terapia (Šlepecký et al., 2018). Pri liečbe závislosti od internetu sú v literatúre popísané najmä dva prístupy tretej vlny: Mindfulness a Acceptance and Commitment Therapy.

Terapia pomocou Mindfulness (pojem mindfulness je do slovenčiny prekladaný zväčša ako všímavosť) je založená na využívaní meditačných postupov pri zmiernení alebo prekonávaní osobného utrpenia. Autorom je Jon Kabat-Zinn. Vychádza z meditačných technik tradície budhizmu a zenu. Mindfulness sa využíva najmä pri znižovaní miery stresu, depresie, úzkosti a tiež stále viac pri terapii závislosti (Marcus, 2014; Shonin et al., 2014). Prostredníctvom techník všímavosti sa klienti naučia zväčšovať svoj mentálny odstup od psychického nutkania – baženia. Tento prístup sa považuje za vhodný na liečenie behaviorálnych závislostí z nasledujúcich dôvodov:

- a) meditácia môže znížiť relapsové a abstinenčné príznaky,
- b) všímavosť môže regulovať narušený emočný stav súvisiaci so závislosťou,
- c) techniky môžu pomôcť rozpoznať vnútornú hodnotu života namiesto povrchnej odmeny za návykové činnosti,
- d) je možné znížiť významnosť nechcenej aktivity v živote klienta
- e) a zvýšiť trpezlivosť (Van Gordon et al., 2017).

Výskumy ukazujú, že využitie prístupu Mindfulness (najmä nehodnotenia a nesúdenia) naozaj redukuje viaceré prejavy závislosti od internetu (Arslan, 2017; Calvete et al., 2017; Ke et al., 2019; Lan et al., 2018).

Acceptance and Commitment Therapy ACT – do slovenčiny sa zväčša prekladá ako terapia prijatia a záväzku. Ide o empiricky podloženú psychologickú intervenciu, ktorá na zvýšenie psychologickej flexibility využíva stratégie prijatia a všímavosti zmiešané rôznymi spôsobmi so záväzkami a zmenami správania (Hayes et al., 2016). Autorom ACT je Steven C. Hayes. ACT bežne využíva šesť základných princípov, ktoré klientom pomáhajú rozvíjať psychologickú flexibilitu:

1. Kognitívna defúzia – oddelenie: Učebné metódy na znižovanie tendencie konkretizovať a realizovať nežiaduce myšlienky, obrazy, emócie a spomienky.
2. Prijatie: Umožnenie nechceným psychickým procesom (zážitkom, myšlienkam, pocitom a nutkaniám) prichádzať a odchádzať bez toho, aby ste s nimi zápasili.
3. Kontakt s prítomným okamihom: Uvedomenie si tu a teraz, skúsenosť s otvorenosťou, záujmom a vnímavosťou (napr. všímavosť).

4. Pozorujúce ja: Prístup k transcendentálnemu pocitu seba, kontinuite vedomia, ktorá sa nemení.
5. Hodnoty: Objavovanie toho, čo pre seba považujeme za najdôležitejšie.
6. Záväzok: Stanoviť si ciele podľa hodnôt a zodpovedne ich plniť v službách zmysluplného života (Robb, 2007).

ACT sa používa najmä v liečbe závislosti na online pornografii (Twohig & Crosby, 2010; Crosby & Twohig, 2016), pri liečbe závislosti od smartfónu (Yu & Son, 2016), ale aj pri všeobecnej závislosti od internetu (Cash et al., 2012; Young, 2007).

Multimodálna psychoterapia (eklektická)

Častým prístupom ku liečbe nelátkových závislostí je kombinácia viacerých prístupov. V literatúre je prítomná pod viacerými označeniami: multimodálna terapia, eklektická, ale tiež integratívna. Technický eklekticismus je spájanie, kombinácia používaných metód v praktickom psychoterapeutickom procese v závislosti od problému klienta a v závislosti od jeho potrieb, požiadaviek, prípadne osobných dispozícií bez stotožňovania sa s teóriami, z ktorých tieto metódy vzišli. Snahou technického eklekticismu je zlepšenie schopnosti zvoliť pre konkrétneho človeka s konkrétnym problémom najlepšiu liečbu (Prochaska & Norcross, 2018). Môžeme tiež hovoriť o terapii šitej na mieru klienta. Svojím pragmatizmom a použitím všetkého, čo je overené a funguje, má blízko ku modernej KBT. A na druhej strane – eklektické smery často masívne využívajú techniky a postupy z KBT. Eklektický, multimodálny prístup zahŕňa viacero terapeutických prístupov, ale tiež formátov terapie, ako sú skupinová, individuálna a rodinná terapia s intervenciou v škole či práci.

Pri liečbe závislosti od internetu je často kombinovaná KBT s motivačným interview a ďalšími prístupmi. Môžeme povedať, že táto kombinácia patrí ku zlatému štandardu liečby patologického používania internetu. Huang et al. (2010) opisujú 6 výskumov efektivity terapie internetovej závislosti založených na eklektických prístupoch, ktorých základom bola KBT v kombinácii buď s motivačným interview, alebo ďalšími prístupmi. Výsledkom bolo signifikantné zlepšenie vo viacerých sledovaných oblastiach (napr. kontrolované používanie internetu, zlepšenie interpersonálnych vzťahov s blízkymi, návrat do školy alebo práce atď.).

Ďalšie prístupy využívané v liečbe závislosti od internetu

Pri terapii závislosti od internetu sú v literatúre opísané viaceré menej rozšírené prístupy. Napríklad využívanie pozitívnej psychologickkej intervencie zameranej na klientov sociálny kontext (Khazaei et al., 2017) alebo využívanie Sandplay terapie s mladistvými pacientami (Shi & Jang, 2016).

Pomerne častou súčasťou komplexnej liečby závislosti vo východnej Ázii je aj pracovná terapia a tiež vojenský dril (Huang et al., 2010; Koo et al., 2011). Hlavné zaradenie tvrdého vojenského drilu do programu terapie sa pre západný svet javí ako nehumánne a stáva sa v západných krajinách často cieľom bulvárnej medializácie.

Experimentálne bola použitá na liečbu závislosti od internetu aj elektrická nervová stimulácia (ang. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation – TENS) 2/100-Hz s povzbudivým účinkom (Wu et al., 2007).

Podobne v literatúre sú opísané experimenty s biofeedbackom a neurofeedbackom pri liečbe závislosti od internetu (Pan & Dai, 2010; Poskotinova et al., 2020).

Veľmi zaujímavou oblasťou liečby závislosti od internetu je využívanie aplikácií v samotných zariadeniach. Ide o aplikácie/programy, ktoré buď monitorujú aktivitu pacienta na internete, alebo aj vďaka monitoringu aktivity vhodne intervenujú. Napríklad obmedzujú niektoré funkcie, posielajú upozornenia, povzbudzujú a odmeňujú abstinenciu (Aboujaoude, 2018; Ke et al., 2019; Lin et al., 20015).

4.2 Farmakoterapia závislosti od internetu

Pokusy liečiť závislosť od internetu pomocou farmák vychádzajú z logickej úvahy o tom, že keď je závislosť od internetu podobná ako látkové závislosti, mala by byť účinná aj farmakoterapia, ktorá je efektívna na látkové závislosti (Montag et al., 2015). Výskumy patologických zmien mozgu (hlavne v dopamínernom systéme) závislých, a to aj u závislých od internetu, potvrdzujú úvahu o použití analogických látok na liečbu. Ďalšou klinickou úvahou podporujúcou použité farmák je vysoká komorbidita pri závislosti od internetu. Ak bude farmakoterapia zabrať na pridružené (možno primárne) diagnózy, pacient by mal cítiť efekt aj na túžbe po internetovaní a ďalších patologických príznakoch (Łukawski, et al., 2019; Santos et al., 2016).

Farmakologická terapia však prináša aj viacero problémov. Zatiaľ nie sú stanovené klinické štandardy takejto liečby. Je nedostatok výskumov, ktoré spĺňajú štandardy pre klinický výskum (znáhodňované klinické kontrolované skúšky – Randomized Controlled Trials – RCT). Relevantným problémom pri vykonávaní klinických skúšok je vyvíjajúca sa nozológia, ktorá obsahuje nejednoznačné definície závislosti od internetu a rozmanitosť diagnostických, prognostických a terapeutických kritérií. Často sa objavujú výskumy opisujúce skôr kazuistickú rovinu nasadenia psychofarmák (Montag et al., 2015). Problémy s nastavením tých správnych farmák ilustrujú aj rôznorodé skupiny farmák, ktoré nachádzame pri liečbe závislosti od internetu. Literatúra spomína terapiu s využitím farmák ako antidepresíva, stabilizátory nálady, antagonisti ópiových receptorov alebo aj antipsychotiká (Montag et al., 2015).

Pri využití antidepresív sa využíva najmä SSRI (selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu), ktoré pozitívne pôsobia na zlepšenie odolávaniu nutkaniu, impulzívnosti, symptómov obsedantno-kompulzívneho spektra a tiež a zlepšujú prejavy depresie, ktorá je so závislosťou od internetu často komorbidne spojená (Lee et al., 2008). Stabilizátory nálady ovplyvňujú dlhodobú stabilitu nálady. Využívajú sa pri liečbe bipolárnej poruchy, ale tiež pri liečbe alkoholizmu a ďalších návykových látok (Montag et al. 2015). Pri potenciálnej liečbe závislosti od internetu sa vychádza s podobnosti s poruchami bipolárneho spektra, najmä v oblasti impulzívneho správania (Łukawski et al., 2019). Tuto podobnosť potvrdzuje aj vysoká celoživotná prevalencia (až 70 %) bipolárnej poruchy u pacientov závislých na internete (Shapira et al., 2003).

V literatúre sú opísané aj pokusy liečiť závislosť od internetu antagonistami ópiových receptorov, ktoré sa často používajú na liečbu porúch kontroly impulzov napríklad pri gamblingu, závislých na nakupovaní a na sexe (Bernardi & Pallanti, 2009). Výskumov s využitím farmák z tejto skupiny však je veľmi málo a majú skôr formu kazuistiky (Montag et al., 2015; Przepiorka et al., 2014).

Úvaha o využití antipsychotík vychádza z úspešných pokusov liečiť rezistentné formy obsedantno-kompulzívnej poruchy atypickými antipsychotikami. Niektoré prejavy impulzivity a kompulzivity sa prekrývajú s prejavmi závislosti od internetu, preto by takéto farmaká mohli pôsobiť aj na závislosť. Výskumov v tejto oblasti je však pomerne málo (Łukawski et al., 2019; Montag et al., 2015).

Taktiež sa využívajú pri liečbe aj psychofarmaká z iných skupín. Napríklad psychostimulanty ako methylphenidate (MPH), ktoré sa využívajú pri liečbe ADHD (Huang et al., 2010; Przepiorka et al., 2014).

V nasledujúcej tabuľke 6 ponúkame prehľad psychofarmák využívaných pri liečbe závislosti od internetu.

Tabuľka 6 Psychofarmaká využívané pri závislosti od internetu

Trieda	Liek	Pacienti	Hlavné komorbidné psychiatrické diagnózy	Hlavné výsledky
antidepresíva	Escitalopram	závislí od internetu, online gamingu	depresia	redukcia času online, redukcia hrania online hier, zlepšenie depresívnych symptómov, zníženie závažnosti poruchy internetového hrania
	Bupropion	závislí od online gamingu	depresia	zníženie času stráveného online, zníženie túžby po online hraní, zlepšenie depresívnych symptómov, zníženie závažnosti poruchy internetového hrania
antipsychotiká	Quetiapine v kombinácii s citalopramom	závislý od internetu (1 pacient)	bez komorbidnej diagnózy	skrátene času stráveného online, zníženie obsedantno-kompulzívnych prejavov
antagonisti opiových receptorov	Naltrexone v kombinácii so sertralínom	závislý od internetového sexu (1 pacient)	obsedantno-kompulzívna porucha	remisia od nutkavého používania internetu a depresívnych prejavov
psychostimulanty	Methylphenidate	závislí od online gamingu	ADHD	zníženie používania internetu, zlepšenie príznakov ADHD, zníženie závažnosti poruchy internetového hrania

Spracované podľa Łukawski et al., (2019), Montag et al., (2015), Przepiorka et al., (2014)

4.3 Účinnosť a efektívnosť psychoterapie závislosti od internetu

Liečba závislosti od internetu je oblasť, ktorá zažíva v poslednom období naozaj veľký boom. V texte vyššie sme opísali viaceré formy a prístupy ku terapii. Od svojpomocných skupín až po liečbu pomocou psychofarmák. Aby sme však mohli povedať, ktorá liečba je naozaj účinná a efektívna, musíme sa zamerať na výskumy výsledku (Outcome) psychoterapie. Takýto výskum má veľký význam z viacerých hľadísk. Zisťujeme, čo naozaj funguje a čo nie. Či je daný prístup efektívny, t. j. či za kratší čas vieme dosiahnuť podobný alebo lepší výsledok ako iné terapie. Práve takéto otázky sú dôležité pre pacientov – prijímateľov terapie. Pre psychoterapeutov, aby vedeli po ktorom type terapie siahnuť. A v neposlednom rade pre zdravotné poisťovne a rôzne štátne a súkromné inštitúcie, ktoré terapiu hradia.

Najviac výskumov efektu terapie závislosti od internetu produkuje kognitívno-behaviorálna terapia, a to z veľmi racionálnych dôvodov. KBT závislosti od internetu je vhodná na výskum pre väčšinou časovo ohraničené trvanie, využívanie monitorovania a merania a tiež pre jej najväčšie rozšírenie. Preto predstavíme v tejto časti viaceré výskumy efektu kognitívno-behaviorálnej terapie a následne predstavíme metaanalýzy, ktoré zahŕňajú aj iné prístupy, prípadne ich kombinácie. Profesorka Kimberley Young (2007, 2011a, 2011b, 2013, 2017), nestorka výskumu závislosti od internetu, považuje KBT za liečbu prvej voľby, a to z dôvodu jej dostupnosti a efektívnosti potvrdených výskumom. Sama predstavila metódu liečby, kde kombinovala KBT s HRT- Harm Reduction Therapy, ktorú sme predstavili v tejto kapitole. Podobné úspešné skúsenosti s liečením problematickeho používania internetu s použitím KBT referovali odborníci v Holandsku (Billieux et al., 2017), v Nemecku (Jäger et al., 2012, Wölfling et al., 2014) a najmä v Číne (Ge et al., 2011; Huang et al., 2010 a mnohí ďalší). Young (2007) opisuje výskum, pri ktorom bola so 114 závislými od internetu aplikovaná KBT a signifikantné zlepšenie sa objavilo u väčšiny pacientov do ôsmeho stretnutia. Šesť mesiacov po terapii boli stále schopní zvládať symptómy závislosti.

Orzack et al. (2006) popisuje terapiu 35 mužov so závislosťou na online sexe liečenou skupinovou formou KBT. Boli vyšetrení pred terapiou po 8 a 16 stretnutiach škálou depresivity, dotazníkom kvality života a metodikou na skúmanie intenzity používania internetu. Pacienti vykázali štatisticky významné zlepšenie v depresii aj v kvalite života, ale významne sa nepohli v používaní internetu.

Novšie výskumy referujú podobne povzbudivé výsledky, ale vo výskumných dizajnoch už zohľadňujú viaceré kritériá kvalitných výskumov efektívnosti terapie

(Znáhodňované klinické kontrolované skúšky – ang. Randomized Controlled Trials – RCT).

Du et al. (2010) popisujú dlhodobý efekt multimodálnej kognitívno-behaviorálnej terapie na adolescentných študentoch v Šanghaji. Výskum bol robený na 56 pacientoch, náhodne rozdelených do skupiny s KBT (n=32) a kontrolnej skupiny (n=24), ktorá nedostala žiadnu terapiu. Po šiestich mesiacoch sa obe skupiny zlepšili v čase trávenom online, ale iba KBT skupina sa zlepšila aj v time – manažmente, v emocionálnych, kognitívnych a behaviorálnych symptómoch. Young (2013) popisuje terapiu 128 závislých s využitím CBT – IA. 95 % klientov bolo schopných manažovať symptómy závislosti po 12 týždňoch terapie a 78 % dosiahlo trvalú zmenu po šiestich mesiacoch od skončenia liečby. Nemeckí autori Jäger et al. (2012) a Wölfling et al. (2014) referujú o efektívnom využití KBT vo forme krátkej manualizovanej terapie závislosti od internetu a počítačových hier (STICA – Short-Term Treatment of Internet and Computer Game Addiction) aj s využitím znáhodňovania a kontrolných skupín. Oba tímy referujú o povzbudivých výsledkoch a signifikantnej zmene v štýle používania internetu a hrania hier. Signifikantná zmena sa dostavila aj pri ďalších symptómoch závislosti.

KBT prístup sa využíva po celom svete, čoho príkladom je aj aktuálny výskum kórejských terapeutov (Han et al., 2020). KBT využívali pri liečbe závislosti od hrania a skúmali u pacientov aj impluzivitu, anxiету, vyhýbanie sa problémom, problémy rodiny a životného prostredia. Výskumu sa zúčastnilo 101 pacientov, ktorí ukončili KBT program a 104 pacientov s podpornou terapiou ako kontrolná skupina. KBT program pozostával zo štrnásť 90-minútových stretnutí jedného terapeuta z piatimi pacientami 1 alebo 2-krát týždenne. Skupina podpornej terapie navštevovala psychiatrickú ambulanciu raz alebo dvakrát týždenne, kým neabsolvovala 14 návštev. Výsledky sa merali z hľadiska zlepšenia závislosti na hraní, psychologických symptómov a sociálnej interakcie. Obe skupiny sa po absolvovaní programu zlepšili v symptómoch závislosti od hrania. KBT program však výraznejšie (67 %) oproti podpornej skupine (34 %). KBT program však vykazoval výrazné zlepšenie aj v úzkosti, impluzivite a sociálnom vyhýbaní sa. Pacienti v KBT skupine sa zlepšili aj v pozornosti, depresívnych symptómoch a rodinnej súdržnosti (Han et al., 2020). Počet výskumov a ich kvalita (RCT) v tejto oblasti dovoľuje vedcom spracovávať aj prehľadové články a metaanalýzy efektu psychoterapie, kde sú porovnávané nielen KBT prístupy, ale aj ďalšie prístupy, prípadne ich kombinácia či kombinácia s farmakoterapiou.

King et al. (2012) ponúkajú prehľadovú štúdiu štyroch terapií závislosti od internetu u detí a adolescentov, využívajúcich KB prístup so signifikantným zlepšením nielen v zníženom čase strávenom na internete, ale i v celkovej kvalite života. Winkler et al.

(2014) prezentujú metaanalýzu 16 výskumov, zahŕňajúcich 670 participantov. Autori sa venovali všetkým druhom terapie aj s farmakoterapiou a liečenie internetovej závislosti hodnotia ako efektívne. Štúdie vykazovali celkové zlepšenie v symptómoch závislosti, ale aj času stráveného online, depresie a anxiety.

Veľmi prínosnú prehľadovú metaanalýzu ponúkajú aj Kaneez et al. (2013) pod názvom *Je kognitívno-behaviorálna terapia intervenciou pre závislosť od internetu?* Do prehľadu sa dostalo 16 výskumných správ z rôznych krajín, v ktorých bola na liečbu závislosti od internetu použitá KBT. Odhliadnuc od limitov výskumov – najmä malých skupín, slabších výskumných dizajnov, sa javí kognitívno-behaviorálny prístup ako najslubnejšia liečba. 87,5 % výskumov (14/16) dospelo k záveru, že liečba KBT je pri internetovej závislosti účinná a 12,5 % (2/16) stále pokračuje vo výskume v tejto oblasti. KBT je efektívna pri liečbe samotnej závislosti, ale aj pri komorbidite s inými diagnózami. Autorky uvádzajú, že samotná KBT je účinný prostriedok pri liečbe, účinnosť sa však ešte zvýšila, keď bola KBT kombinovaná s ďalšou terapiou, napr. s motivačným rozhovorom, medikamentóznou liečbou, rodinnou terapiou atď.

Austrálski odborníci (Stevens et al., 2019) prezentujú metaanalýzu 12 štúdií, ktoré pri terapii závislosti od hrania používali kognitívno-behaviorálne postupy. KBT bola vysoko efektívna pri znižovaní symptómov závislosti od hrania a depresí a preukázala miernu účinnosť pri znižovaní úzkosti po teste. Nepodarilo sa však potvrdiť schopnosť KBT znížiť skutočný čas online ani významnosť zmeny v katamnestickom vyšetrení. Súhrnné zistenia naznačujú, že KBT pri závislosti od hrania je efektívna krátkodobá terapia, ktorá pôsobí na zníženie symptómov závislosti a depresie. Vplyv KBT na zníženie skutočného času stráveného online je však nejasný a nejasnosť je tiež pri potenciálne dlhodobých zmenách (Stevens et al., 2019). Pri porovnaní KBT, skupinového poradenstva a intervencie prostredníctvom športovej aktivity v južnej Ázii vychádza metaanalýza pozitívne pre všetky tri programy (Liu et al., 2017). Ukazujú sa ako účinné pri znížení prejavov závislosti od internetu. KBT je zvlášť účinná pri redukcii komorbídnych psychických problémov ako depresia, úzkosť, agresivita, somatizácia, sociálna neistota, fóbická úzkosť, paranoidné predstavy a psychotizmus. Skupinové poradenstvo bolo zvlášť účinné pri v štyroch dimenziách závislosti od internetu vrátane časového manažmentu, medziľudských a zdravotných problémov, tolerancie a nutkavého používania internetu. Intervencia prostredníctvom športového tréningu zlepšovala najmä abstinenčné príznaky (Liu et al., 2017).

Najčastejšou skupinou s excesívnym používaním internetu smerujúcim do závislosti sú adolescenti, preto je logické uviesť metaanalitickú štúdiu terapií 305 adolescentov vo veku 12 – 21 rokov autorov Malinauskas a Malinauskiene (2019). Do analýzy bolo

zapojených 6 výskumov. Porovnávali sa KBT, KBT s antidepresívom Bupropion, Sandplay terapia a na správanie zamerané edukačné programy. Všetky štúdie mali aj kontrolné skupiny. Výsledky ukazujú, že experimentálni účastníci, ktorým boli poskytnuté psychologické intervencie, mali pri post teste signifikantne nižšiu závažnosť závislosti od internetu ako kontrolná skupina, hoci medzi štúdiami bola pozorovaná štatisticky významná heterogenita. Edukačné programy majú štatisticky významné účinky na zníženie závažnosti závislosti od internetu. Analýza skupinového prístupu KBT ukázala, že pri tejto metóde došlo k podobnému zníženiu závažnosti symptómov závislosti, ale nie štatisticky významným spôsobom (Malinauskas & Malinauskiene, 2019).

Juhokórejská metaanalýza skúmala účinky terapeutických intervencií na závislosť od internetu u dospievajúcich (Chun et al., 2017). Analyzovala 70 výskumov vrátane diplomových prác, ktoré referovali o kontrolovaných štúdiách. Odborníci odhalili rozdiely medzi skupinami na základe teoretického modelu použitého v terapii, veľkosti intervenčnej skupiny a trvania intervencie. Integratívna terapia generovala vyšší účinok, v porovnaní s inými modelmi liečby, ako je kognitívna behaviorálna terapia a terapia realitou. Najúčinnnejšie boli terapeutické skupiny vo veľkosti 9 až 12 pacientov. Liečebné intervencie, ktoré trvali 8 alebo viac týždňov, odhalili väčší účinok v porovnaní s kratšími intervenciami (Chun et al., 2017).

V poslednej dekáde významne narástol počet výskumov efektívnosti terapie závislosti od internetu. Stále viac sa objavujú kvalitné výskumy, ktoré rešpektujú postupy RCT – Randomized Controlled Trials – znáhodňované klinické kontrolované skúšky. Takéto štúdie umožňujú dobré zovšeobecnenie výsledkov a zaradenie výskumov do metaanalýz. Trendom sú výskumy efektu terapie zamerané špecificky na jednotlivé druhy závislosti a ústup od výskumov terapie „všeobecnej“ závislosti od internetu. Najčastejšia je závislosť od online hrania, ale objavujú sa aj terapie závislosti od online sexu a smartfónov, ktoré zase súvisia so sociálnymi sieťami a médiami. Výskumy efektu terapie pri závislosti od hrania sú ovplyvnené zaradením tejto diagnózy do diagnostických manuálov ako DSM-5 a ICD-11. Jasné definované diagnostické kritériá pomáhajú pri zaradovaní pacientov do terapie. Všeobecne môžeme povedať, že psychoterapia závislosti od internetu naozaj funguje a reálne znižuje mieru závislosti a z toho vyplývajúcich psychických problémov. Kognitívno-behaviorálny prístup je stále najčastejšie používanou terapiou z dôvodov, ktoré sme už spomínali. Nové metaanalýzy stále pokladajú KBT za jednu z účinných a efektívnych terapií, avšak aj iné terapeutické intervencie vychádzajú ako efektívne. Najúčinnnejšie sa javí integratívna – multimodálna terapia spájajúca viaceré prístupy. Respektíve terapia, ktorej základ je tvorený postupmi KBT a je obohatená o prvky z ďalších terapií. Napríklad pridanie motivačných rozhovorov, HRT, postupov rodinnej terapie a sociálnej práce, ale aj metód práce s pacientami pochádzajúcimi

z tretej vlny KBT ako Mindfulness. Čo sa týka formy, najúčinnějšía je skupinová forma vo veľkosti skupín 9 až 12 členov a trvanie skôr dlhšie (viac ako 8 týždňov). Takýto typ výskumu je veľmi náročný z pohľadu organizácie a tiež financovania. I keď produkuje rigorózne, porovnateľné a zovšeobecniteľné výsledky, nemusí zachytávať všetky odnože intervencií a najmä rôznych kombinácií. Nezachytáva napríklad rozbiehajúce sa používanie farmák pri závislosti od internetu, respektíve ich častú kombináciu s psychoterapiou. Taktiež príliš nereflektuje komorbídne prejavy závislosti od internetu. Ďalší nový trend, ktorý treba ešte preskúmať v kombinácii s farmakami a psychoterapiou je využívanie technológií, napr. monitorovacích aplikácií a umelej inteligencie pri liečbe závislosti. To sú potenciálne veľmi účinné intervenčné postupy, ktoré ešte čakajú na hlbšie preskúmanie.

5. MOTIVAČNÉ ROZHOVORY

Koncept motivačných rozhovorov (angl. Motivational Interviewing, ďalej v texte MR) bol pôvodne rozvinutý pri práci s ľuďmi závislými od alkoholu za účelom nájdania spôsobu, ako konštruktívne reagovať na ich potreby a na typicky prítomný odpor a neochotu spolupracovať a popierať svoje problémy. Adolescenti bežne vykazujú takéto znaky v správaní, čo nám umožňuje rozšíriť pole pôsobnosti techník tejto metódy aj pre našu cieľovú skupinu, a preto sa v tejto kapitole venujeme okrem základných techník aj špecifikám MR pri práci s adolescentmi. Viacerí odborníci (Gabrhelík, 2015a; Naar-King & Suarez, 2011; Soukup, 2014) poukazujú na ich využitie a efektivitu najmä na úrovni indikovanej prevencie. V posledných rokoch viaceré štúdie preukázali, že MR majú pozitívny účinok pri práci s užívateľmi návykových látok u mladistvých a mladých dospelých a práve táto skutočnosť predstavuje vznikajúcu podporu efektívnosti MR aj pre ostatné druhy rizikového správania. Máme na mysli opakované činy bez jasnej racionálnej motivácie, ktoré nemožno ovládnuť a ktoré poškodzujú vlastné záujmy jedinca a jeho okolia. Naar-King & Suarez (2011) vo svojej publikácii *„Motivačné rozhovory s dospelými a mladými dospelými“* ilustrujú ich využitie (okrem oblasti látkových závislostí) aj v oblasti porúch návykov a impulzov, rizikového sexuálneho správania, porúch príjmu potravy či školských problémov. Objektom intervencií s využitím vybraných techník MR môže byť v niektorých špecifických prípadoch aj rodina (viac Šavrnachová, 2017).

Motivačný rozhovor predstavuje metódu posilňovania vnútornej motivácie ku zmene cez exploračnú a vyriešenie ambivalencie, ktorá *„pomáha ľuďom poznať svoj existujúci alebo blížiaci sa problém a niečo s ním urobiť. Je zvlášť účinná v prípadoch ľudí, ktorí so zmenou váhajú alebo sú veľmi nerozhodní. Je zameraná na to, aby pomohla prekonať ambivalenciu a pomohla človeku postúpiť na ceste ku zmene“* (Miller & Rollnick, 2004, s. 46). Podľa Soukupa (2014, 2015) môžeme MR charakterizovať ako humanistický komunikačný prístup zameraný na rozvoj vnútornej motivácie klienta zmeniť svoje správanie. Nosným pilierom je teda nedirektívny prístup zameraný na človeka, koncept MR je však štruktúrovanejší a využíva prvky kognitívno-behaviorálnej terapie. Koncept MR podľa Dobiášovej et al. (2008 In Kalina et al., 2008) nepracuje s jednoznačným pohľadom na motiváciu klienta v zmysle, že klient buď je, alebo nie je ku zmene motivovaný, ale predpokladá, že ľudia sú motivovaní, avšak stav pripravenosti ku zmene kolíše a je ovplyvňovaný množstvom vnútorných a vonkajších podmienok. Rovnako dôležitá je skutočnosť, že terapeut nepreberá autoritatívnu či expertnú rolu, ale zodpovednosť

za zmenu je na klientovi samotnom. Autori pôvodného konceptu MR William R. Miller a Stephen Rollnick (2004) vidia samotný efekt intervencie MR so závislými klientmi a s klientmi s rizikovým správaním práve v presune zodpovednosti za zmenu na nich samotných. Úlohou poradcu/terapeuta (MR sú bežnou súčasťou poradenských intervencií, ale ich presah je zrejmý a overený aj v rámci terapie závislostí, v texte však budeme ďalej používať prevažne pojem poradca) je vytvorenie takých podmienok a prostredia, ktoré posilňujú klientovu vnútornú motiváciu, prípadne mu pomôžu využiť a zvnútorniť vonkajšiu motiváciu. To znamená, že vývoj klientovej motivácie nie je len na klientovi, ale aj na poradcovi, pretože zodpovedá za proces a jeho úlohou pri práci s klientom je priebežne používať intervencie posilňujúce klientovu motiváciu (Rotgers et al., 1999).

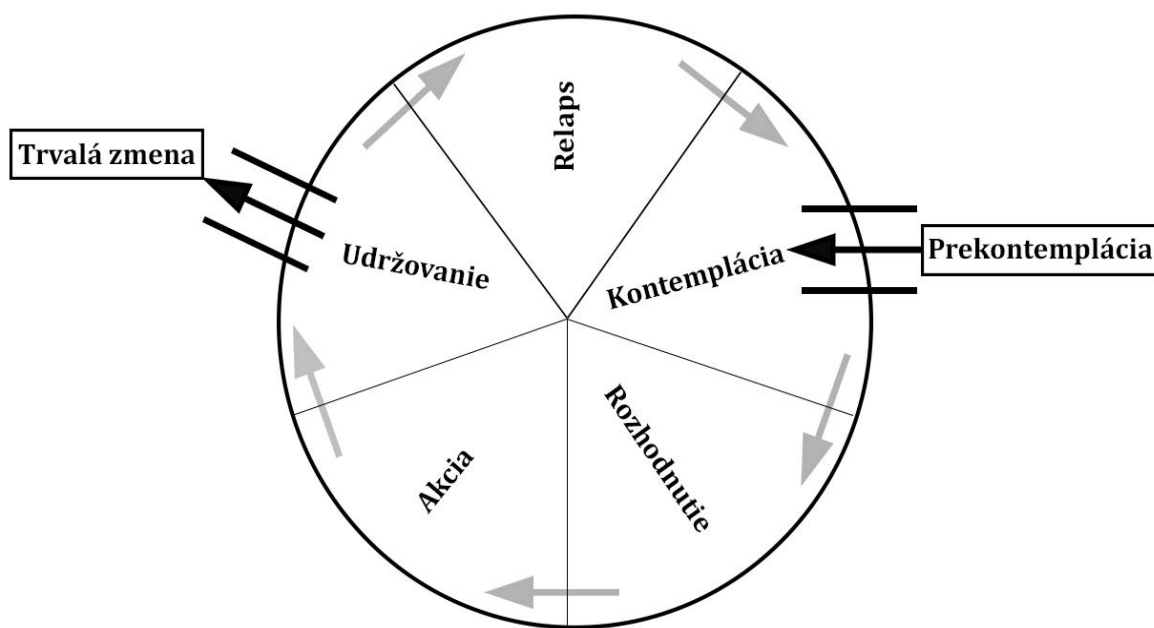
5.1 Motivácia v oblasti závislostí

Kľúčový pojem motivácia (máme na mysli pripravenosť ku zmene, resp. túžbu po nej) zahŕňa okrem iných aj integratívne teórie závislostí, ktoré sa najviac približujú k bio-psycho-sociálno-spirituálnej paradigme. Podľa týchto teórií *„závislosť zahŕňa kombináciu mechanizmov, v ktorých faktory prostredia a vnútorné rysy vytvárajú vedomú aj nevedomú motiváciu založenú na vyhľadávaní potešenia a uspokojení alebo vyhýbaní sa nepríjemným stavom. Vonkajšie faktory interagujú s pre-existujúcimi dispozíciami a spúšťajú iniciálne správanie, ktoré potom prostredníctvom interaktívneho procesu vedú k zmenám osobného kontextu a osobných dispozícií. Tým vzrastá sila motivácie angažovať sa do (závislého) správania, ktoré nakoniec preváži nad ostatnými typmi správania“* (Kalina et al., 2015, s. 105-108). Motivácia tak predstavuje veľmi dôležitý prvok pre zmenu v kompulzívnom správaní. Mnohí poradcovia a terapeuti sa zhodnú v tom, že motivácia a práca s motiváciou je pre úspešnú liečbu závislostí nevyhnutná, resp. vysoko dôležitá. Pri tradičnom prístupe k závislosti a závislému správaniu sa za motiváciu považuje uvedomenie si svojich problémov, potreby terapie a aktívne zapojenie sa do terapeutického procesu, ktorý môže zmeniť aktuálny stav. Miller (1985 In Rotgers et al., 1999) poukázal na fakt, že motivácia je často používaná ako opak popretia alebo odporu a býva synonymom konštrukcií, akými sú prijatie problému či rezignácia. Vymedzenie motivovaných a nemotivovaných klientov je charakteristické pre tradičný prístup v terapii látkových a nelátkových závislostí, ktorý pracuje s predpokladom, že klienti vstupujúci do terapie sú motivovaní ku zmene a v budúcnosti sú rozhodnutí abstinovať. Fakt, že motivácia sa mení a je možné ju ovplyvňovať, sa radí k významným poznatkom v terapii závislostí v 20. storočí (Nešpor, 2006). Preto je práca s motiváciou neoddeliteľnou súčasťou terapie a tiež podmienkou, aby klient v terapii zotrval. To, že nie je nutné, aby klienti prichádzali na terapiu odhodlaní ku zmene, je typické pre kognitívno-behaviorálnu paradigmu. K tejto zmene

a k pochopeniu motivácie svojím modelom štádií zmeny prispeli Prochaska a DiClemente (1986, 1992 In Rotgers et al., 1999), ktorí zistili, že závislých je možné rozlišovať podľa štádia procesu zmeny správania, v ktorom sa nachádzajú. Samotnú motiváciu ku zmene možno chápať ako určitý proces usmerňovania, udržovania a energetizácie správania, resp. proces zvýšenia alebo poklesu aktivity jedinca. Centrálnou ideou motivácie je teda to, že zmena nastáva v dôsledku funkčnej a motivačnej interakcie s druhými. Vplyvom rizikového správania sa táto základná osobnostná dimenzia zásadne mení a je jednou zo štyroch faktorov (ďalšími sú stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedinca, kvalita jeho okolia vrátane sociálneho), ktoré majú vplyv na úspech terapie (Kalina et al., 2008). Špecifikom môže byť *motivácia negatívna a pozitívna*. Negatívna motivácia označuje nevýhody a problémy, ktoré rizikové správanie prináša. Pozitívna motivácia predstavuje výhody, ktoré by človek získal, ak by zmenil svoje kompulzívne správanie. Prístup poradcu preto môže byť skutočne rozhodujúci v tom, či klient zvolí odpor alebo zmenu.

Ďalším smerom forumujúcim MR, je transteoretický model štádií zmeny Prochasku a DiClementa (označovaný aj ako koleso/cyklus zmeny), ktorý spočíva v chápaní zmeny ako komplexného procesu (obrázok 4). **Motivácia je považovaná za aktuálny vnútorný stav pripravenosti ku zmene**, ktorá sa v rôznych situáciách a v čase mení. Takto chápaná motivácia vyústila do modelu pozostávajúceho z niekoľkých štádií zmeny, v rámci ktorých relaps je bežnou súčasťou procesu a je vnímaný ako krok bližšie k uzdraveniu (Miller & Rollnick, 2004).

Obrázok 4 Fázy procesu zmeny



Spracované podľa Miller & Rollnick (2004)

Prekontemplácia

V prvej fáze ide o klientov, ktorí sa nachádzajú v štádiu, kedy ešte neuvažujú o zmene, nevnímajú svoje problémové správanie ako problém, pretože im takéto správanie prináša najmä pozitívne pocity a uspokojenie. Nevidia najmenší dôvod niečo s tým robiť, pretože sú presvedčení, že majú svoje správanie pod kontrolou. Často je prítomná externalizácia (ak aj je nejaký problém, môže zaň vonkajší svet) a popieranie problému. V tejto fáze nie je vhodné motivovať klienta ihneď k úplnej abstinencii, pretože nevidí k tomu dôvod. Poradca by sa mal zamerať na vzbudenie pochybností u klienta a umožniť mu vidieť riziká spojené s problémovým správaním. Aby sme nestratili kontakt s klientom, ponúkame mu služby minimalizujúce riziká jeho správania. Cieľom práce s klientom v tejto fáze je posun do štádia kontemplácie.

Kontemplácia

Pre kontempláciu je typická ambivalencia (kolísanie medzi túžbou pokračovať v problémovom správaní a rozhodnutím prestať). Jedinec váha, či zmení svoje správanie, pretože takéto správanie mu ešte stále prináša uspokojenie, no už sa objavujú pochybnosti o jeho správnosti, ako aj obavy z budúceho vývoja. Avšak pozitíva a negatíva zmeny sú vyrovnané. Tu je dôležité nezvoliť konfrontačný prístup ku klientovi, pretože ho môžeme posunúť smerom k rozvoju závislého správania a nie ku zmene. Vhodné je posilňovať klientovu sebadôveru, pokúšať sa rozvíjať rozpory, preskúmať jeho závislé správanie z oboch strán (straty aj zisky) a motivovať k drobným zmenám.

Rozhodnutie a proces prípravy na zmenu

Toto štádium obsahuje vlastné rozhodnutie a proces prípravy na zmenu. Klientova situácia sa zhoršuje a straty prevyšujú zisky. S blížiacim sa finálnym rozhodnutím často stúpa u klienta ambivalencia. V tejto fáze je dôležitá príprava, keď klient spolu s terapeutom plánujú konkrétne kroky k uskutočneniu zmeny. Preto je dôležité posilňovať klientovu motiváciu ku zmene, získať si jeho spoluprácu pri vytváraní následných cieľov a stratégií. V tomto štádiu bývajú klienti pozitívne naladení voči zmene a často súhlasia s obmedzením návykového správania.

Akcia

V tomto štádiu klient realizuje svoj vlastný plán činnosti, pretože si sám praje zmenu a chce ju zrealizovať. Môže ísť napríklad o rozhodnutie zúčastniť sa terapeutického programu. Napriek tomu by poradca nemal zabúdať podporovať klienta, pretože u neho môže pretrvávať pocit ambivalencie alebo zvažovanie ziskov a strát spojených so zmenou. Preto by mal oceniť každý dosiahnutý úspech. K realizácii potrebnej aktivity prispieva nepochybne aj dôveryhodný vzťah s poradcom.

Udržovanie

V štádiu udržovania sa klient snaží robiť aktivity a žiť tak, aby predchádzal relapsu a dokázal fungovať v bežnom živote bez excesívneho používania internetu. Je vhodné, aby po návrate do pôvodného sociálneho prostredia využíval služby doliečovacích stredísk a poradní, aby rovnako využíval stratégie potrebné na udržanie zmeny a prevencie lapsu (ako napr. vyhýbanie sa rizikovým miestam a situáciám, upevňovanie zdravého životného štýlu a pod.).

Relaps/laps

Relaps/laps je vnímaný ako normálny a takmer nevyhnutný moment procesu zmeny. Hoci odborná literatúra (Kalina et al., 2015; Miller & Rollnick, 2002; 2004) v rámci transteoretického modelu štádií zmeny explicitne vymedzuje fázu relapsu, klinická prax poukazuje na opodstatnenosť rozlišovania pojmov relaps a laps (lapsus) a kontext našej témy nás vedie k preferovaniu pojmu laps/lapsus – krátkodobé zlyhanie, sklznutie (angl. Lapse). Wanigaratne et al. (1990 In Kalina et al., 2003, s.118) definuje laps ako *„akékoľvek samostatné porušenie pravidiel alebo súbor zásad, ktoré si jedinec sám stanovil a ktoré sa týkajú častosti alebo typu vybraného cieľového správania.“*

Naopak relaps nepredstavuje jednorázové zlyhanie, ale skôr následok lapsu, ktorý sa vymkol kontrole. Relaps zahŕňa celý súbor kognitívnych a behaviorálnych procesov, ktoré predstavujú návrat k predchádzajúcemu rizikovému správaniu sprevádzaného pocitmi straty kontroly (Kalina et al., 2003). Laps teda môže poradca chápať ako príležitosť k učeniu a/alebo k posilneniu klientovej schopnosti zabrániť prípadnému ďalšiemu lapsu (a relapsu). Reakcia klienta na laps môže rovnako poradcovi ukázať, aká je jeho úroveň motivácie a ochota zmeniť svoje správanie. K lapsu môže dôjsť v každej etape tohto modelu. Klient sa môže presunúť späť do prvého štádia, kedy neuvažuje o zmene. Snahou poradcu je čo najrýchlejšie laps zastaviť a zároveň pomôcť klientovi obnoviť pôvodné rozhodnutie ku zmene a znovu zahájiť proces kontemplácie a rozhodovania.

Nasledujúca tabuľka 7 popisuje intervencie a motivačné úlohy poradcu smerom ku klientovi v závislosti od fázy zmeny, v ktorej sa klient nachádza.

Tabuľka 7 Fázy a úlohy poradcu

Fáza	Motivačné úlohy poradcu
Prekontemplácia	Vyvolať u klienta pochybnosti, posilniť vnímanie rizika a ťažkostí, ktoré súčasné správanie prináša.
Kontemplácia	Nakloniť rovnováhu žiaducim smerom, pripomenúť dôvody pre zmenu a riziká, pokiaľ zmena nenastane.
Rozhodnutie	Pomôcť klientovi, aby sa rozhodol pre najlepšiu variant akcie smerujúcej ku zmene.
Akcia	Pomôcť klientovi urobiť všetko potrebné.
Udržovanie	Pomôcť klientovi nájsť a použiť metódy, ktoré zabránia re/lapsu.
Relaps/laps	Pomôcť klientovi, aby obnovil proces uvažovania, rozhodnutia atď.

Spracované podľa Miller & Rollnick (2004)

Pri práci s motiváciou klienta sa odporúča využívať špeciálne techniky smerujúce k jej posilneniu pozitívnym smerom:

- **Odovzdávanie rád**

Hoci sa môže zdať, že odovzdávanie rád sa prieči nedirektívnemu prístupu, autori na základe viacerých výskumov (viac Miller & Rollnick, 2004) dospeli k záveru, že dobre načasovaná rada odporúčajúca zmenu môže mať veľký vplyv na zmenu. Účinné a dobré rady musia jasne smerovať k určitému problému, riziku a mali by obsahovať poučenie, prečo je potrebná zmena a samotná rada by mala navrhovať konkrétnu zmenu.

- **Odstraňovanie prekážok**

Máme na mysli prekážky, ktoré stoja v ceste snaženiu sa o zmenu. Ide o praktické problémy (napr. problém s dochádzaním na skupiny anonymných závislých z dôvodu veľkej vzdialenosti a pod.), ktoré klient dokáže pomenovať a spolu s poradcom hľadá vhodné riešenia.

- **Ponuka výberu**

Rozhodnutie posilňuje motiváciu ku zmene, preto poradca klientovi pomáha, aby sa cítil slobodný a zodpovedný uskutočniť takéto osobné rozhodnutie.

- **Znižovanie príťažlivosti**

Poradca sa snaží znižovať príťažlivosť doterajšieho spôsobu života a odhaliť klientove dôvody pokračovať v súčasnom spôsobe správania. Ako efektívne sa

javí informovať klienta o negatívnych následkoch jeho správania. Veľkú rolu zohrávajú aj spoločenské okolnosti a ľudia, s ktorými je klient v kontakte. Ak mu pomáhajú pokračovať v doterajšom spôsobe života, prehliadajú alebo chránia klienta pred následkami jeho konania (kontext kodependentného správania, viac Šavrnochová, 2017), zmena pravdepodobne nenastane. Pokiaľ ale okolie vyjadrí obavy, poukáže na negatívne následky klientovho nevhodného správania a ponúkne mu pomoc, motiváciu ku zmene to zvyšuje.

- **Uplatnenie empatie**

Empatia poradcu predstavuje účinný faktor podporujúci zmenu. Ide o špecifickú zručnosť, ktorá obsahuje porozumenie inému človeku (jeho názorom, výrokom, postojom) cez reflexívne počúvanie.

- **Poskytovanie spätnej väzby**

Poskytovanie spätnej väzby je ďalším významným motivačným prvkom. Poradca poskytuje klientovi jasnú spätnú väzbu o jeho súčasnej situácii, jej následkoch a ohrozeniach, ktoré prináša.

- **Vyjasňovanie cieľov**

Poskytovanie spätnej väzby a vyjasňovanie cieľov tvoria motiváciu ku zmene. Je dôležité, aby ľudia usilujúci sa o zmenu mali stanovený jasný, dosiahnuteľný a realistický cieľ a zároveň poznali svoju aktuálnu situáciu vďaka podanej spätnej väzbe.

- **Aktívna pomoc**

Poradca má na celkový priebeh klientovej zmeny veľký vplyv, a preto je aktívny záujem o zmeny prebiehajúce u klienta nevyhnutný. Poradca by mal svojím konaním a iniciatívou posilňovať klientovu zodpovednosť, klientovo začatie procesu zmeny a pokračovanie v nej. Záujem o klienta a poradcova iniciatíva v podpore zmeny problémového klientovho správania býva účinným faktorom v procese zmeny.

5.2 Základné fázy a techniky vedenia motivačných rozhovorov

Miller a Rollnick (2013 In Soukup, 2014) vymedzili štyri základné fázy, ktoré na seba nadväzujú a nie je možné postúpiť do vyššej fázy bez toho, aby boli naplnené aspoň základné podmienky fázy predchádzajúcej.

Vo fáze **budovania vzťahu** je hlavnou úlohou poradcu vytvoriť s klientom kvalitné spojenectvo a dôverný vzťah. Podľa Soukupa (2014, s. 108) *„dobrým nástrojom k budovaniu vzťahu sú aj základné techniky MR – reflektívne počúvanie, otvorené otázky, oceňovanie a zhrňovanie. Sú pracovníkovým výrazom záujmu a snahy o porozumenie, dávajú klientovi priestor k tomu, aby hovoril o veciach, ktoré sú pre*

neho podstatné, podporujú klienta.“ Ďalej sem radíme porozumenie potrebám klienta, prispôsobovanie intervencie (obzvlášť účinné v práci s adolescentmi), prijatie, ocenenie a objasnenie toho, čo ako klient môže očakávať.

Vo fáze **zamerania rozhovoru** sa poradca snaží pomôcť klientovi ujasniť si tému a problémy, s ktorými prichádza. Na základe hierarchie potrieb pomáha klientovi vybrať to, čo je pre neho najaktuálnejšie a na čom chce aktuálne pracovať. Rizikom v tejto fáze môže byť netrpezlivosť alebo obavy poradcu, ktoré môžu viesť k tomu, že presadzuje alebo priamo určuje oblasť tém bez ohľadu na potreby a možnosti klienta. Preto je vhodné témy zmapovať a priamo sa klienta spýtať, ako by chcel pokračovať v procese zmeny (čo z toho, čo bolo povedané, mu príde najdôležitejšie), príp. poradca môže vložiť vlastnú tému/oblasť, ponúknuť vlastný pohľad a informácie, ktoré klient môže využiť k rozhodovaniu.

Evokácia ako ďalšia fáza je zásadným a pre MR charakteristickým postupom, aby klient sám uvádzal dôvody ku zmene a nápady, ako ju uskutočniť. Poradca sa pri rozhovore zameriava najmä na reč zmeny a okolnosti, ktoré so zmenou súvisia. Evokácia má dva základné aspekty – dôveru v schopnosť klienta prísť na to, prečo chce zmenu a ako postupovať a druhým aspektom je súbor možných a vhodných spôsobov a stratégií, ako pri evokácii postupovať.

Fáza plánovania nastupuje vtedy, keď klient považuje zmenu za dostatočne dôležitú a sám si v dostatočnej miere dôveruje (jednak vo svoje vlastné schopnosti a tiež v praktických možnostiach dosiahnutia zmeny). Podľa Soukupa (2014, s. 110) *„podstatou plánovania je prechod od budovania motivácie (rozvíjanie rozporov a podpory dôvery vo vlastné schopnosti) k príprave konkrétneho plánu, jeho vlastná príprava a podpora pri realizácii“.*

Základné techniky vedenia motivačných rozhovorov

Pri praktickom využívaní MR je nevyhnutné, aby poradca dokázal pracovať so základnými postupmi a komunikačnými technikami a súčasne aby disponoval zručnosťami podporujúcimi budovanie klientovej motivácie ku zmene a k reči zmeny. Miller a Rollnick (2002) upozorňujú na šesť špecifických oblastí, ktorým je potrebné sa v rámci intervencie vyhnúť:

1. Nerozvíjať a neviest' diskusiu formou otázok a odpovedí.
2. Nepresadzovať jednostranné stanoviská vo vzťahu k problematike zmeny.
3. Nevystupovať v roli experta na všetky oblasti.
4. Nenálepkovať problém.
5. Nezamerat' sa predčasne na nejaký cieľ.
6. Nezval'ovať na klienta vinu za jeho správanie.

Naopak, autori MR koncipovali tzv. stratégiu OARS+ (ide o akronym zostavený z kľúčových slov jednotlivých stratégií, s výnimkou bodu 5) – Open (otvorené), Affirming (povzbudzovanie), Reflective (reflektovanie) a Summarizing (rekapitulácia).

1. Kladenie otvorených otázok.
2. Povzbudzovanie klienta.
3. Reflektívne počúvanie.
4. Rekapitulácia/reflektovanie.
5. + Evokácia reči zmeny.

V nasledujúcom texte sa budeme bližšie venovať základným technikám s ukážkami konkrétnych príkladov a uvedeným stratégiám vedenia MR doplnených Soukupom (2014, 2015) a jeho praktickými skúsenosťami z práce s klientom.

- **Reflektívne počúvanie**

Základom pre reflektívne počúvanie je schopnosť poradcu byť empatický (jeden zo základných princípov MR), bez ktorej by nebol schopný hlbšieho porozumenia klientovho prežívania. Použitie reflektívneho počúvania napomáha klientovi porozumieť samému sebe, svojej ambivalencii, motivácii a posilňuje proces porozumenia medzi klientom a poradcom. Práve táto technika podporujúca porozumenie na hlbšej úrovni zbližuje a oslobodzuje, klient sa cíti bezpečnejšie a stráca potrebu chrániť sa či byť v odpore. Niekedy reflektívne počúvanie stačí k tomu, aby sa zmenilo prežívanie klienta v smere zmeny, aby si klient uvedomil rozpor medzi súčasným správaním a tým, čo by chcel, a aby pocítil, že je schopný zmenu uskutočniť. Reflektívne počúvanie umožňuje hlbšie porozumenie. Pomocou neho poradca vyjadruje záujem, empatiu, porozumenie klientovi a napomáha tiež budovať vzťah.

Nasledujúce príklady reflektujú reakcie poradcu (P) na jeden výrok klienta (K) (inšpirované Soukupom, 2015):

K: *„Nemám odvahu povedať rodičom, že neviem s tým prestať. Už aj tak som im spôsobil veľa problémov a mama sa veľmi trápi. Je to moja vina, že som to nechal zájsť tak ďaleko.“*

P(1): *„Nechcete rodičov ešte viac sklamať.“* (porozumenie a podpora vzťahu, vyjadrenie prijatia)

P(2): *„Záleží vám na rodičoch a nie je vám jedno, ako to prežívajú.“* (podpora hľadania dôvodov ku zmene)

P(3): *„Napadlo vás porozprávať sa o tom s rodičmi.“* (podpora dôvery vo vlastné schopnosti)

V klinickej praxi sa bežne môžeme stretnúť s pojmom reflexia, pričom môže ísť o **jednoduchú reflexiu**, ktorá ukazuje poradcov záujem, pozornosť a nepridáva nič k povedanému (napr. *„Ak tomu dobre rozumiem...“*.) a **komplexnú reflexiu** – poradca

sa snaží „prečítať to, čo je medzi riadkami“, teda odhaduje možný hlbší význam hovoreného zo strany klienta a prehľbuje porozumenie (napr. „*Nie je ľahké udržať si v takomto prostredí vlastný názor.*“). Ku komplexným reflexiám patria aj reflexie pocitov klienta, metafory. K ďalším typom reflexií radí Soukup (2014) **zosilnené** (napr. „*Urobili ste maximum, čo sa dalo urobiť*“) a **zoslabené reflexie** (napr. „*Trochu váhate, či to máte povedať rodičom.*“), pri ktorých poradca posúva klientov výrok do krajnosti. Poukázaním na ambivalenciu, či nesúladi v tom, čo klient hovorí alebo povedal, môže poradca využitím **dvojstrannej reflexie** dať klientovi nekonfrontačným spôsobom možnosť sa nad tým zamyslieť. Pri používaní reflexií sa odporúča používať na konci vety oznamovací tón hlasu, nie opytovací, napr. „*Na jednej strane sa obávate reakcie rodičov, na druhej strane by ste im to chceli povedať a aj vám by sa ul'avilo.*“

- **Otvorené otázky**

Práve na začiatku budovania vzťahu medzi poradcom a klientom je dôležité vytvoriť atmosféru dôvery a bezpečia, v ktorej má klient priestor na hovorenie a vysvetľovanie. Otvorené otázky neumožňujú jednoslovnú, jednoduchú odpoveď. Poradca ich využíva v priebehu celého rozhovoru v situáciách, kedy chce podporiť klientovo rozprávanie alebo posunúť tému rozhovoru. Tento typ otázok v porovnaní so zatvorenými necháva klientovi dostatočný priestor na to, aby hovoril o dôležitých aspektoch svojich problémov a aby prezentoval, ako on sám vidí a vníma svoju situáciu. Napr. „*Spomínali ste vaše problémy v poslednom období doma. Rád by som sa o tom s vami porozprával. Čo keby ste začali od začiatku, od tej prvej hádky s otcom?*“ alebo „*Ako vnímate túto situáciu vy?*“

- **Oceňovanie**

Oceňovanie klienta je podľa Soukupa (2014, s. 46) jedna z alternatív, „*ako vrátiť klientom nádej a vieru v možnosť zmeny*“. Predpokladom pre oceňovanie je poradcova schopnosť vidieť klientove úspechy a snahu a schopnosť ich autenticky, úprimne a citlivo vyjadriť tak, aby klient toto ocenenie bol schopný prijať. Ide o ďalšiu formu posilňovania klientovho sebavedomia a viery v schopnosť zrealizovať zmenu (najmä vo fáze, keď má klient po opakovaných neúspešných pokusoch často tendenciu rezignovať). Napr. „*Ďakujem, že ste dnes prišli, viem, že to bolo pre vás ťažké*“; „*Super, že ste dodržali všetko, na čom sme sa dohodli na našom poslednom stretnutí*“ alebo „*Je dobré, že ste venovali čas aj niečomu inému a išli s rodičmi na chalupu, kde nie je signál.*“

- **Zhrňovanie**

Tento typ techniky je vhodné používať na reflektovanie podstatného, čo bolo povedané v rámci predchádzajúcej konverzácie s klientom. Môže sa použiť v úvodnej časti stretnutia (zhrnutie podstatného z predchádzajúceho

stretnutia), počas rozhovoru (zhrnutie ambivalencie, reflexia dôvodov ku zmene, príklady reči zmeny) a na konci (komplexné zhrnutie a pomoc klientovi vidieť súvislosti a celú šírku danej situácie alebo problému). „Zhrňovaním pomáhame klientom zorganizovať ich zážitky, ponúkame im určitý rámec či uhol pohľadu, dávame najavo záujem a pozornosť, zároveň máme sami možnosť si utriediť a ujasniť, čo sme počuli“ (Soukup, 2014, s. 48). Zhrňovanie môžeme využiť aj na výber novej témy alebo na zmenu zamerania rozhovoru (Soukup, 2015).

- **Informovanie**

Dôležitou zložkou MR je poskytovanie informácií a rád klientovi. Podľa Millera & Rollnicka (2002) má byť odborná informácia poskytovaná klientovi na jeho vlastnú žiadosť alebo s jeho výslovným súhlasom. Dôležité teda je, aby išlo o vyžiadané informácie a rady, v opačnom prípade poradca vyvolá u klienta tzv. **obhajovací reflex**. Poradca by mal preto pristúpiť k poskytovaniu informácií až vo chvíli, keď vie, že to klienta skutočne zaujíma (nevyvolá u neho obhajovanie), a tak zvýši pravdepodobnosť zmeny.

Soukup (2015) odporúča v troch krokoch nasledovný postup informovania:

1. Poradca sa najskôr snaží zistiť, čo klient už vie a čo ho ešte zaujíma.
2. Pri poskytovaní vlastnej informácie môže poradca požiadať o súhlas (napr. „Niečo ma napadlo, rád by som vám to povedal...“), vyjadriť, že informáciu môže odmietnuť (napr. „Neviem, či sa vám to bude zdať užitočné...“), informáciu poskytnúť neutrálnou formou s využitím skúseností iných ľudí (napr. „Niektorým ľuďom pomáha...“).
3. Po každej informácii, ktorú pracovník poskytne klientovi, je vhodné zistiť, čo si o tom klient myslí, ktorá z alternatív mu pripadá najpriateľnejšia pre jeho situáciu.

- **Reč zmeny**

Vyjadrenia klienta smerujúce ku zmene, o ktorú sa klient s poradcom snažia, nazývame reč zmeny (angl. change talk) (Miller & Rollnick, 2002; Soukup 2014). Pôvodne reč zmeny autori MR označovali ako sebamotivujúce prehlásenie. Výroky, v ktorých klient obhajuje svoju súčasnú situáciu, vymenúva dôvody, prečo zmenu nechce, nepotrebuje alebo nemôže uskutočniť, je pesimisticky naladený ohľadom zmeny, sa nazýva **reč zachovania statu quo**. Čím viac takýchto výrokov klienta v komunikácii s pracovníkom prevláda, tým je nižšia pravdepodobnosť, že zmení svoje správanie. Reč statu quo sa vyskytuje v situáciách, v ktorých klient všetky intervencie zamerané na zmenu správania aktívne odmieta (resistance talk), prípadne vtedy, keď obhajuje súčasný stav a výhody, ktoré z neho vyplývajú (sustain talk). Typickými výroky pre túto kategóriu sú vety začínajúce na

„áno, ale...“, napr. „...ale čo na to povedia spolužiaci?“. Aj napriek rizikám, že pri snahe pracovníka tento odpor zlomiť a zintenzívniť argumentáciu, sa reč k statusu quo u klienta ešte zvýši, môžu výroky z tejto kategórie predstavovať pre terapeuta cenný zdroj informácií o tom, ako postupuje pri práci s klientom a kde, resp. v akej fáze sa klient aktuálne nachádza.

Súhlasíme so Soukupom (2014), že schopnosť rozlišovať medzi rečou zmeny a statusom quo a taktiež schopnosť cielene s rečou zmeny pracovať, patrí k najdôležitejším a pre MR špecifickým zručnostiam poradcu a terapeuta. Na reč zmeny môže pracovník reagovať s využitím základných techník MR (otvorené otázky, reflexie, ocenenie a zhrnutie).

Miller & Rollnick (2002) rozlišujú štyri druhy reči zmeny, ktoré Soukup (2014) vymedzuje do dvoch základných:

- **výroky poukazujúce na proces prípravy ku zmene správania**
 - „Chcel by som viac času tráviť s rodičmi.“ (pranie zmenu uskutočniť)
 - „Ak to pôjde takto ďalej, budem mať zlé vysvedčenie“ (nevýhody súčasného stavu)
 - „Keby som sa dohodol s rodičmi na nejakom pravidelnom režime.“ (schopnosť zmenu uskutočniť)
 - „Budem mať viac času venovať sa futbalu.“ (výhody uskutočnenia zmeny)
- **výroky poukazujúce na záväzok zmenu uskutočniť** (alebo aj ako reč akcie – významný prediktor skutočnej zmeny; znak, že sa klient posunul od prípravy ku akcii a prezentuje už konkrétne kroky, ktoré chce zrealizovať alebo už tak urobil. Je tvorená dvomi typmi reči zmeny – vyjadrenie záväzku/zámeru uskutočniť konkrétny krok a popis krokov či zmien, ktoré klient už zrealizoval).
 - „Porozprávam sa o tom s rodičmi.“ (konkrétny plán alebo záväzok uskutočniť krok smerom ku zmene).
 - „Povedal som o svojich plánoch aj v škole, aby so mnou nerátali večer pri hraní.“ (kroky, ktoré klient už uskutočnil).
- **Evokácia reči zmeny**

Jednou z ďalších významných zručností poradcu je schopnosť vyvolať (evokovať) reč zmeny. Soukup (2014) zhrnul výber možných postupov podľa Millera a Rollnicka (2002) a Rosengrena (2009), akým spôsobom môže poradca reč zmeny evokovať:

 - používanie otvorených evokujúcich otázok, ktoré klienta aktivizujú a zameriavajú sa na osobné relevantné aspekty s cieľom evokovať reč zmeny, napr. „V čom by to bolo pre vás výhodnejšie, keby ste sa dohodli na presných pravidlách?“
 - podrobnejšie rozpracovanie klientových dôvodov ku zmene, napr. „Akým spôsobom sa chcete doma dohodnúť?“

- ohliadnutie sa späť, kedy sa klientovi v živote darilo a pripomenutie jeho plánov, cieľov, hodnôt a radostí, ktoré pre neho boli a možno niektoré ešte aj stále sú dôležité, napr. *„Ako ste trávili voľné chvíle predtým?“*
- pozeranie klienta do budúcnosti, napr. *„Predstavte si, že budete tráviť všetok voľný čas na internete a na tréning nebudete mať už vôbec čas. Čo budete robiť za povedzme 2 roky?“*
- skúmanie extrémov (skúmanie najlepších a najhorších možností, scenárov), napr. *„Čo najhoršie sa môže stať, ak niečo nezmeníte?“* alebo *„Čo najlepšie sa môže stať, keď zmeníte svoje správanie?“*
- využívanie stupnice dôležitosti (stupeň dôležitosti zmeny pre klienta) a stupnice dôvery (stupeň dôvery klienta, že je schopný zmenu uskutočniť);
- skúmanie cieľov a hodnôt klienta (rozhovor o tom, čo si klient váži, aké má ciele, hodnoty, čo je pre neho v živote dôležité), napr. *„Čo je pre vás v živote najdôležitejšie?“*
- pridanie sa na negatívnu stranu klientovej ambivalencie (paradoxný spôsob, ako vyvolať reč zmeny a akceptovanie, že klient v tomto čase nechce meniť svoje správanie). Napr. *„Chápem, že momentálne vám takáto situácia pravdepodobne vyhovuje“*.

5.3 Využitie motivačných rozhovorov v práci s adolescentmi

Adolescenti predstavujú špecifickú skupinu, pre ktorú je charakteristická túžba osamostatniť sa, túžba patriť niekam (špecificky do skupiny rovesníkov), prítomný býva pomerne často konflikt rodič – dieťa a nedôvera voči dospelým autoritám. Veľký vplyv zohrávajú rovesníci a rovesnícke normy. Typická je pre nich ambivalencia týkajúca sa rôznych oblastí života a vyššia ochota experimentovať a podstupovať riziko. Tieto špecifické vývinové faktory adolescentov (viac v kapitole 2) ovplyvňujú samotný obsah, štýl a ciele intervencií, ako aj používanie MR. Výskumné štúdie využitia MR u detí a dospievajúcich sa týkajú prevažne detí starších ako 13 rokov, výnimočne mladších (Naar-King & Suarez, 2011; Soukup, 2014). Ako zdôrazňujú odborníci, pre plné a efektívne využitie MR v praxi sú nevyhnutné dostatočne vyvinuté rečové schopnosti a kognitívna úroveň mladých ľudí (ako napr. schopnosť sebakontroly, sebareflexie).

Tober (2004) poukazuje na viaceré faktory špecifické pre adolescentov a nevyhnutnosť prispôsobenia techník MR v kontexte vekovej kategórie klientov:

- **Čas.** Je lepšie plánovať intervenciu na kratší čas ako na dlhodobé stretávanie.

- **Nízka sebadôvera a malé schopnosti.** Mladí ľudia majú často skúsenosť, že ich názory a túžby nie sú brané do úvahy a dospelí rozhodujú za nich. Preto je dôležité počas sedenia u mladého človeka vytvoriť možnosť posilnenia pocitu vlastnej dôležitosti a nehl'adať hneď príklady, ako zvládať každodenný život.
- **Reakcia na autoritu.** Dospievajúci majú väčšinou skúsenosť, že dospelé authority reagujú často na nich negatívne a nesúhlasne. Poradca môže využiť možnosť ako nevyvolávať odpor a nenávisť mladého človeka, ktorá býva prítomná v reakcii mladého človeka na autoritu. Vhodnými technikami MR môže zvyšovať klientovu vieru v samého seba a vo vlastné schopnosti mať istú mieru kontroly nad svojím životom.
- **Nutnosť aplikovať MR aj na iných úrovniach.** Práve v adolescentom veku ešte nemusíme hovoriť o závislosti ako takej a ani o osobných skúsenostiach so závažnými dôsledkami závislosti (napr. úraz, autonehoda pod vplyvom drog). Vážnejšími problémami, ako je samotné rizikové správanie, sú skôr dôsledky prejavujúce sa v sociálnom kontexte. Preto je potrebné, aby sa poradca zamerail aj na motiváciu ku zmene na úrovni fungovania v spoločnosti a na vzťahy s inými ľuďmi (v rámci rodiny, školy).
- **Vplyv skupiny rovesníkov.** Úlohou poradcu je neposilňovať popieranie problému mladým klientom, čo je typické pre danú vekovú kategóriu (rekreačné užívanie drog, online rizikové správanie a i. sú bežnou súčasťou noriem a správania rovesníckej subkultúry).

Vhodnosť použitia MR pri práci s adolescentmi predurčuje aj samotný charakter tejto metódy, t. j. komunikačný a rešpektujúci štýl, akceptujúci možnosť voľby; nezvyšujúci odpor; minimalizujúci hádky a argumentáciu; využívajúci ambivalenciu k rozvoju motivácie ku zmene a i. Cieľom intervencie nie je dosiahnuť, aby klient robil to, čo chce poradca, ale aby si uvedomil rozpor medzi tým, čo robí a čo chce on sám. Podobne Naar-King a Suarez (2011) zdôrazňujú, že ku zmene správania u dospievajúcich dochádza viac v prípade, ak je v súlade s ich hodnotami a cieľmi. Zmena správania realizovaná na základe vonkajších dôvodov (napr. na základe hrozieb) je menej stabilná a menej dôsledná ako zmena v dôsledku vnútorných síl. Poradca ju môže podporovať reflektovaním, príp. posilňovaním rozporov medzi hodnotami mladých ľudí a ich skutočným správaním. Baer a Peterson (2002) v tejto súvislosti kladú dôraz na schopnosť poradcu odlíšiť sám seba od iných dospelých osôb, s ktorými adolescent doposiaľ prišiel do kontaktu. Tento fakt a uznanie pochybností mladistvého klienta o význame samotnej intervencie môžu výrazne prispieť k zníženiu odporu a vytvoriť priestor pre vytvorenie dôvery a nadviazaniu spolupráce. Pre fungujúci vzťah je tak nevyhnutná otvorenosť, úprimnosť a prejavenie skutočného záujmu o dospievajúceho. Tento záujem sa však nemá zúžiť len na terajšie problémové správanie, ale aj na osobné ciele, záujmy a potreby mladého človeka. Preto je vhodné venovať pozornosť aj témam, ktoré sú okrajové či

dokonca v rozpore s dôvodom stretnutia (napr. problémové rovesnícke vzťahy, sexualita, obavy z nadviazania kontaktu s iným pohlavím) a zaoberať sa témami, ktoré mladého človeka zaujímajú, príp. vynechávať tie, ktoré nie sú v centre jeho záujmu (Baer & Peterson, 2002; Soukup, 2014). V tabuľke 8 uvádzame súhrn odporúčaní, ktoré na základe vlastnej praxe s adolescentmi sformulovali Naar-King a Suarez (2011). Podľa nich je úspech MR rovnako závislý od toho, čo bude poradca hovoriť a robiť, ale aj čo nebude hovoriť a nebude robiť.

Tabuľka 8 Základný postoj v MR

Efektívny prístup	Neefektívny prístup
Podporovať autonómiu	Prevziať zodpovednosť alebo kontrolu
Usmerňovať, viesť	Predpisovať
Podporovať u klienta vlastnú motiváciu a dôveru	Hovoriť dospelávajúcim, prečo a ako by mali byť zmeny vykonané
Vytvárať atmosféru prijatia a akceptácie	Namiesto preukázania empatie sa zamerať na zmenu správania a riešenie problémov
Poukázať na rozpory medzi cieľmi a hodnotami mladého človeka a jeho správaním	Zdôrazňovať externé požiadavky alebo dôvody k zmene klientovho správania
Aktívne počúvať a neprerušovať rozprávanie	Presviedčať alebo interpretovať
Vyjadriť optimizmus a nádej v súvislosti s problémovým správaním v zmysle, že zmena je možná	Koncentrovať sa na všeobecnú sebahodnotu a stanovovaním nereálnych cieľov podkopávať klientovu vieru vo vlastné schopnosti
Spolupracovať s mladými ľuďmi pri stanovovaní cieľov a úloh liečby	Nárokovat' si, že len my (poradca/terapeut) vieme, čo je skutočná pravda, čo je skutočný problém a diagnóza, alebo si myslieť, že jedine my máme tie najlepšie prostriedky na vyriešenie problému

Spracované podľa Naar-King & Suarez, 2011, s. 44

Ďalším podporným prvkom je nepochybne reflexia, že mladý človek prišiel na sedenie pod nátlakom, z donútenia (rodičom alebo inou dospelou autoritou, či inštitúciou) a následne na to hľadanie spoločného cieľa a zmyslu sedenia. Naar-King a Suarez (2011) odporúčajú poradcovi na úvodnom stretnutí s dospelávajúcim

zdôrazniť jeho rolu a ubezpečiť ho, že jeho úlohou mu nie je povedať, čo a ako má robiť, o aké zmeny sa má usilovať, ale že by chcel zistiť, čo sa v jeho živote v súčasnosti deje a ponúknuť pomoc, pokiaľ sa rozhodne vykonať zmenu. Podstatou pomoci poradcu je poskytnúť mladým ľuďom pomoc nájsť vnútornú silu a dôveru v schopnosť uskutočniť zmenu správania, pre ktorú sa rozhodli.

Z hľadiska komunikácie s dospievajúcimi pri realizovaní MR bude pravdepodobne poradca aktívnejší, bude klásť viac uzatvorených otázok, opakovane bude objasňovať dôvod stretnutia, čo sa bude diať a potvrdzovať svoj záujem o to, čo si klient myslí a prežíva. Naar-King a Suarez (2011) odporúčajú nepoužívať pojmy ako „problém“ alebo názov diagnózy (negatívna konotácia), pretože to znižuje vnímanú vlastnú schopnosť mladistvých dosiahnuť zmeny v správaní. Taktiež je vhodné dospievajúcich úprimne oceňovať a prejavovať uznanie tak, ako sme uviedli vyššie. Podľa Baer a Peterson (2002) adolescenti pri použití MR vyžadujú jednoduchšiu alebo štruktúrovanejšiu spätnú väzbu, pričom poradenské/terapeutické spojenectvo s dospievajúcimi a mladými dospelými môže vyžadovať viac času, energie a techník v porovnaní s dospelými klientmi.

Naar-King a Suarez (2011) rovnako vymedzili špecifické komunikačné zručnosti umožňujúce poradcovi aktívne počúvať mladého človeka, čo pomáha vytvoriť kvalitný poradenský vzťah a efektívnejšiu analýzu ambivalencie klienta (tabuľka 9).

Tabuľka 9 Komunikačné stratégie MR v práci s adolescentmi

Klásť otvorené otázky	Klad'te otvorené otázky klientovi, tým ho povzbudzujete k hovoreniu. Napr. „ <i>Prečo si podľa Vás iní ľudia myslia, že by ste tu mali byť?</i> “
Potvrdzovať	Potvrdzujte snahu klienta, čo u klienta vyvoláva pozitívne pocity a ukazuje mu to, že oceňujete jeho silné stránky.
Používať reflektujúce alebo zrkadliace výroky (tiež aktívne počúvať)	Aktívne počúvanie podporuje empatiu a predchádza nedorozumeniam.
Zhrnutie	Zhrňte najdôležitejšie aspekty v rozhovore, tak aby vznikli väzby medzi témami a zabezpečte zrozumiteľnosť povedaného pre seba aj pre klienta.

Spracované podľa Naar-King & Suarez, 2011

Ďalším významným rozdielom medzi dospelými a adolescentnými klientmi pri využívaní techník MR je **iná motivácia**. Adolescenti sú skôr vnímaví na krátkodobé následky svojho rizikového správania ako na dlhodobé, keďže je pre nich typické vnímanie života „tu a teraz“. Preto argumentovanie negatívnymi (napr. zdravotnými) dôsledkami užívania návykovej látky alebo kompulzívnym správaním, ktoré sa prejaví za niekoľko rokov, nemá váhu. Takisto môžu mať iné dôvody pre zmenu v problémovom správaní, založené na iných hodnotách ako dospelí (napr. vyhnutie sa konfliktom s rodičmi).

Na základe vyššie uvedených základných stratégií vedenia MR sme koncipovali súhrn špecifík MR v práci s adolescentmi, ktorý sme publikovali vo vedeckej štúdii *Integrovanie motivačných rozhovorov do procesu pozitívnej zmeny závislého správania adolescentov* (viac Šavrnachová & Tichý, 2020). Z dôvodu komplexnosti problematiky, charakteru monografie a preukázateľným pozitívnym efektom využívania MR v práci s adolescentmi s rizikovým správaním sme sa rozhodli ich opätovne zaradiť do tejto kapitoly:

- terapeut/poradca nemá voči klientovi vystupovať ako „múdry“ direktívny dospelý, ktorý poučuje, dáva rady, ale naopak má prejavovať rešpekt k nemu, k jeho rozhodovaniu, k jeho autonómii a má vytvoriť taký vzťah, v ktorom sa adolescent bude cítiť dobre a hodnotne, teda vzťah dôvery a akceptácie;
- pri adolescentoch má terapeut/poradca dbať na to, aby nepoužíval intelektuálny alebo infantilný jazyk, či jazyk experta, ale má používať jazyk klienta;
- adolescenti nie sú schopní detailne identifikovať dôsledky aktuálneho problémového správania, často ešte nezažívajú ich výrazné negatívne následky, žijú „tu a teraz“, preto by mal terapeut/poradca pracovať s prítomnosťou alebo nanajvýš veľmi blízkou budúcnosťou. Z tohto dôvodu má aj terapeut/poradca vychádzať z konceptu „tu a teraz“ a pracovať s aktuálnymi výhodami a sankciami;
- v terapii/poradenstve treba brať do úvahy, že pri adolescentoch zohráva väčšiu rolu sociálna konformita (sociálne žiaduce správanie) voči svojim rovesníkom, uprednostňujú postavenie v skupine a prijatie skupinou pred následkami rizikového správania;
- pri adolescentoch je potrebné techniky MR prispôbiť a zjednodušiť vzhľadom na ich mentálnu kapacitu, verbálne schopnosti a vývinové sociálne potreby;
- adolescenti oceňujú, ak je im prejavovaný ozajstný záujem a vytvorený priestor na hovorenie o témach, ktoré ich zaujímajú (pozitívny vplyv na budovanie vzťahu terapeut/poradca – klient);
- adolescenti prichádzajú na terapiu/poradenstvo často z donútenia a bez konkrétnej potreby (objednávky), ťažšie sa preto získavajú pre spoluprácu

(ak ešte nevidia a nezažívajú negatívne dôsledky súčasného správania, ťažšie je ich motivovať budúcnosťou, pretože nie je pre nich taká podstatná) a je mimoriadne náročné nájsť niečo, prečo by mladiství mali niečo meniť;

- pri adolescentoch v terapeutickom/poradenskom procese býva obvykle prítomná tretia strana (napr. rodičia, sociálny kurátor), s ktorými treba spolupracovať a je dôležité na začiatku spolupráce dohodnúť pravidlá dôverylosti informácií a ich prípadného poskytovania tretej strane;
- pre adolescentov býva významná podpora od členov terapeutickej alebo poradenskej skupiny (skupinová forma MR) a tiež zo strany rodiny, školy a pod.;
- adolescenti, ak už urobia rozhodnutie v prospech zmeny, prechádzajú zmenou rýchlejšie ako dospelí (majú menej obrán a obranných mechanizmov).

V práci s adolescentmi by mal terapeut/poradca dodržiavať *hlavné princípy MR*:

1. Vyjadrovanie empatie.

Táto schopnosť poradcu dáva klientovi najavo, že je akceptovaný (v zmysle porozumenia vnútorného prežívania klienta). Dôležitým momentom empatie je schopnosť poradcu dať svoje vnímanie klientovho prežívania najavo. Prijatie iniciuje zmenu (Millerová, 2011) a ambivalenciu je nutné vnímať ako normálny prejav v správaní a prirodzený proces zmeny bez potreby hodnotiacich negatívnych výrokov.

2. Rozvíjanie rozporov.

Ide o pomenovanie a rozvíjanie rozporov medzi klientovým terajším správaním a konaním a jeho osobnými cieľmi, teda ide o konfrontáciu klienta s neprijemnou skutočnosťou. Miller (1983 In Miller & Rollnick, 2004, s. 50) v pôvodnom koncepte MR definoval rozvíjanie rozporov ako vytvorenie „*vedomého rozladenia*“. Predpokladá sa, že ak je spôsob správania v rozpore s osobnými cieľmi (napr. zdravie, rodinný život.), nastane pravdepodobne zmena. Cieľom je dosiahnuť, aby argumenty pre zmenu predkladal klient a nie poradca a aby si klient uvedomil následky svojho doterajšieho správania (napr. vyslovuje nahlas znepokojenie).

3. Využitie odporu.

V prvom vydaní publikácie Millera a Rollnicka (1991) „*Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*“, ktorá vyšla v českom preklade v roku 2004, nájdeme okrem uvedených štyroch hlavných princípov aj piaty – **vyhýbanie sa argumentácii**. Tento princíp síce nenájdeme medzi kľúčovými princípmi v druhom vydaní z roku 2002, čo však neznamená, že by tento princíp nebol súčasťou metódy MR. Naďalej ho sčasti môžeme nájsť práve vo využití odporu ako tretieho princípu. Úlohou poradcu je vyhnúť sa situácii, v ktorej predkladá klientovi racionálne a logické

argumenty v prospech zmeny, pretože to prirodzene vyvoláva u klienta odpor a obranu vo forme protiargumentov, prečo zmena nie je možná. Soukup (2014, 2015) označuje takéto správanie poradcu ako tzv. *napravovací reflex*. Tento typ argumentácie býva kontraproduktívny. Pokiaľ sa u klienta objaví odpor, je to signál pre poradcu, že má zmeniť svoj prístup a komunikáciu, čo znamená, že by mal upustiť od argumentácie. Na druhej strane však klient nebude mať tendenciu obhajovať sa. Klasickým prejavom tohto javu môžu byť klientove odpovede začínajúce slovným spojením „áno, ale“. Na zmiernenie klientovho odporu pomáha, ak poradca ponecháva na individuálnom rozhodnutí klienta, čo s problémom urobí. Klienta vníma ako autonómnou osobnosť, ktorá je sama sebe zdrojom riešenia svojich problémov. Poradca sa snaží klientovi ponúknuť nové možnosti, prizve ho, aby zvážil nové informácie. Takto zachovaný prístup nevyvoláva u klienta odpor.

4. Podpora vlastných schopností klienta.

Aby bola zmena možná, nestačí, aby klient zmenu chcel, ale aby veril vo svoje vlastné schopnosti túto zmenu uskutočniť. Preto kľúčovou úlohou poradcu je podpora klientovej dôvery vo vlastné schopnosti. Podľa Soukupa (2015) nie je úlohou poradcu túto dôveru a nádej klientovi dodať alebo ho o nej presvedčiť, ale pomôcť klientovi ju v sebe nájsť a posilniť (napr. pripomenúť a uznať klientove minulé úspechy a oceniť ich; poskytnúť informácie a rady; zmenšiť cieľ; využiť brainstorming; mapovať a odstraňovať prekážky; vyhľadať ďalšiu podporu; pomenovať klientove schopnosti a vlastnosti; predstaviť hypotetické možnosti; uviesť príklady niekoho, kto podobnú zmenu úspešne zvládol a pod.)

V nadväznosti na súhrn vyššie uvedených špecifík v práci s adolescentmi a v kontexte štyroch hlavných princípov MR by mal terapeut/poradca v práci s adolescentmi:

- na úvodnom stretnutí vysvetliť klientovi svoju rolu a úlohu, aby sa odlíšil od iných dospelých autorít a zmiernil prípadný klientov odpor;
- prispôbiť MR kognitívnej zrelosti klienta (schopnosti abstraktného uvažovania, sebareflexie a pod.);
- byť vzhľadom na nedôveru adolescentov voči dospelým autoritám nedirektívny, otvorený, úprimný, nehodnotiaci, nemoralizujúci, rešpektujúci autonómiu mladého človeka;
- ponechať slobodu a zodpovednosť v rozhodovaní a v kontrole nad svojím životom na klientovi;
- ponechať zodpovednosť za zmenu na klientovi;
- snažiť sa o vytvorenie atmosféry dôvery, prijatia a akceptácie;
- podporovať u klienta vlastnú motiváciu a dôveru;

- potvrdzovať snahu klienta a oceňovať jeho silné stránky;
- vytvárať atmosféru prijatia a akceptácie;
- klienta usmerňovať a viesť a nie mu nariaďovať a predpisovať, čo a ako má robiť;
- prejavíť skutočný záujem o dospelujúceho (napr. aj tým, že sa bude venovať pozornosť aj iným témam, ktoré klienta zaujímajú, napriek tomu, že sú okrajové či v rozpore s dôvodom stretnutia);
- byť pripravený poskytnúť viac času a energie na vytvorenie kvalitného terapeutického/poradenského spojenectva s dospelujúcim klientom na rozdiel od dospelého;
- reflektovať a oceniť to, že dospelujúci prišiel na stretnutie pod nátlakom a z donútenia, zaujímať sa o to, čo si klient myslí a čo prežíva;
- používať otvorené otázky, reflektovať a aktívne počúvať, ale s primeraným očným kontaktom a primeraným prejavovaním emócií;
- zamerať sa na prítomnosť alebo veľmi blízku budúcnosť (aj pri popisovaní možných zdravotných dôsledkov problémového správania);
- dbať na to, aby zmena správania bola v súlade s hodnotami a cieľmi klienta;
- vytvárať, reflektovať a rozvíjať rozpor medzi klientovými hodnotami a cieľmi a jeho skutočným správaním;
- aktívne spolupracovať s dospelujúcim pri stanovovaní a formulovaní cieľov a úloh terapie/poradenstva;
- dbať na to, aby stanovené ciele boli reálne, aby ich dosiahnutie podporovalo klientovu vieru vo vlastné schopnosti;
- vychádzať z klientových hodnôt a cieľov a nie zo svojich alebo externých (spoločenských) hodnôt a cieľov;
- poukázať na rozpor medzi cieľmi a hodnotami, ktoré prezentuje dospelujúci a jeho reálnym správaním, a tak vytvárať a rozvíjať rozpory;
- zabezpečiť zrozumiteľnosť pre klienta a overovať si, či klient rozumie;
- používať jazyk klienta a vyhýbať sa infantilnému alebo naopak intelektuálnemu jazyku, príp. jazyku experta;
- uvedomovať si, že u adolescentov zohráva väčšiu rolu sociálna konformita voči svojim rovesníkom pred následkami rizikového správania;
- vedieť, že u dospelujúcich sa ťažšie „aktivuje“ vnútorná motivácia ako u dospelých, pretože jednak nezažívajú výrazné negatívne dôsledky svojho súčasného správania, a tiež preto, lebo budúcnosť nie je pre nich taká podstatná a je ťažké nájsť niečo, čo dospelujúceho motivuje ku zmene;
- uvedomovať si, že je prítomná tretia strana (napr. rodičia, sociálny kurátor) a je potrebné s klientom dohodnúť pravidlá týkajúce sa dôvernosti informácií a ich prípadného poskytovania tretej strane;

- vedieť, že zapojenie adolescenta do skupinovej formy terapie s rovesníkmi môže mať pozitívny efekt na motiváciu ku zmene a jej realizáciu, pretože skupinová podpora je pre neho významná;
- vedieť, že podpora zo strany rodičov je žiaduca a pri adolescentoch dôležitá (Šavrnichová & Tichý, 2020).

6. EXCESÍVNE POUŽÍVANIE INTERNETU VO VÝSKUMNÝCH REFLEXIÁCH

Pre komplexnejšie uchopenie problematiky excesívneho používania internetu (EPI) v nasledujúcej časti uvedieme výskumy realizované v tejto oblasti. Tabuľka 10 uvádza prehľad výskumov realizovaných a uverejnených v renomovaných databázach (viď. nižšie) a ďalej nasledujú výskumy realizované v rámci medzinárodných projektov Health Behaviour in School Aged Children (HBSC), EU Kids Online a v závere podkapitoly sú uvedené výskumné štúdie realizované na Slovensku. V poslednej podkapitole sú uvedené autorské výskumné zistenia týkajúce sa používania internetu u adolescentov so zameraním na excesívne používanie.

6.1 Prehľad medzinárodných výskumných štúdií

Výskumy uverejnené v nasledujúcej tabuľke 10 sú súčasťou výskumných štúdií publikovaných v databázach Wiley Online Library a Scopus za obdobie posledného roka (október 2019 – október 2020). Po zadaní hesla Internet Addiction jednotlivé databázy sprístupnili viac ako 786 (Wiley Online Library) a 1441 (Scopus) publikácií. Do tabuľky je zaradený výber tých výskumov, v rámci ktorých boli realizované výskumy na výskumnom súbore detí a dospelých. Štúdie v uvedených databázach sa nevenovali len závislosti od internetu ako takej, ale boli to štúdie, ktoré sledovali internetovú závislosť v kontexte sociálnych, psychologických a iných premenných. Pre naše potreby v tabuľke 10 uvádzame prevalenciu internetovej závislosti, výskumný súbor, merací nástroj, autorov a pôvod výskumu.

Tabuľka 10 Výskumy realizované v kontexte excesívneho používania internetu a prevalencia excesívneho používania internetu

Autor/i, rok vydania výskumu a pôvod	Použitý merací nástroj	Výskumný súbor	Prevalencia EPI
Kargin et al., Turecko, september 2020	Internet Addiction Scale	511 študentov vo veku 18 – 30 rokov	3,8 % respondentov sú patologickí používatelia internetu
Gürarşlan Baş, & Karatay, Turecko, december 2019	Internet Addiction Scale	840 žiakov základných škôl, priemerný vek 12,43 rokov	6,5 % respondentov sú závislí od internetu
Ismail et al., Malajzia, november 2019	The Malay version of the Internet Use; Proneness Scale for Youth (K-scale-M)	525 študentov univerzity, priemerný vek 22 rokov	18,5 % nízka závislosť 67,0 % stredná závislosť 9,6 % vysoká závislosť
Kawabe et al., Japonsko, 2020	Internet Addiction Scale	853 žiakov základných škôl vo veku 12 – 15 rokov	2,0 % závislí 21,7 % možná závislosť 76,3 % bez závislosti
Shen et al., Čína, február 2020	Revised Chinese Internet Addiction Scale	8 098 študentov univerzity	7,7 % respondentov sú závislí od internetu
Stevens et al., USA, apríl 2020	Vlastné otázky v dotazníku	43 003 študentov univerzity vo veku 18 – 24 rokov	10 % respondentov vykazuje problematické používanie internetu
Mamun et al., India, október 2019	Internet Addiction Scale	605 študentov univerzity, priem. vek 20,26 rokov	16,5 % respondentov vykazuje problematické používanie internetu
Truzoli et al., Taliansko, júl 2019	Internet Addiction Test	285 vysokoškolských študentov	34,4 % respondentov spadá nad cutt-off skóre

Autor/i, rok vydania výskumu a pôvod	Použitý merací nástroj	Výskumný súbor	Prevalencia EPI
Effatpanah et al., Irán, december 2020	Persian version of the Youth Self-Report (YSR) and Chen Internet Addiction Scale (CIAS)	945 študentov, priemerný vek 14,85 roka	20 % respondentov závislých od internetu
Sharma et al., Nepál, september 2020	Generalized Problematic Internet Use Scale-2 (GPIUS2)	166 študentov, priemerný vek 21,93 roka	31,9 % respondentov vykazuje problematické používanie internetu
Guo et al., Čína, august 2020	Internet Addiction Test	31 659 vysokoškolských študentov	Mierna závislosť 37,93 % stredná závislosť 6,33 % ťažká závislosť 0,20 %
Aznar-Díaz et al., Španielsko a Mexiko, máj 2020	Internet Addiction Test	758 vysokoškolských študentov: 387 z Mexika, 371 zo Španielska	Internetová závislosť u 11,37 % respondentov z Mexika a 12,13 % respondentov zo Španielska
Tomczyk, L., & Solecki, Poľsko, júl 2019	Internet Addiction Test	663 stredoškolských študentov, priem. vek 17,93 rokov	5,88 % respondentov vykazuje problematické používanie internetu

Zdroj: vlastné spracovanie

V prezentovaných výskumoch autori používali rôznu terminológiu viažucu sa k excesívnemu používaniu internetu: internetová závislosť, patologické používanie internetu, nadmerné používanie internetu, problematické používanie internetu a pod. Ako sme spomenuli vyššie, výskumy okrem samotnej prevalencie internetovej závislosti skúmali jej vplyv na rôzne iné oblasti: napr. alkoholová závislosť, spánkové poruchy, depresia, úzkosť, kompulzívne nakupovanie, problémové správanie a pod. Problematika excesívneho používania internetu je otázkou posledných dvadsiatich rokov, počas ktorých sa vyvinulo množstvo meracích nástrojov. Laconi et al. (2014) realizovali obsahovú analýzu výskumných štúdií za účelom zmapovania ich

používania a uvádzania psychometrických charakteristík. Identifikovali 45 nástrojov v 23 jazykoch. V našom prehľade výskumných štúdií boli na meranie samotnej prevalencie excesívneho používania internetu (prípadne závislosti od internetu) použité viaceré nástroje – najčastejšie použitý bol nástroj vyvinutý Kimberly Young (1998). Dotazník zahŕňa 20 tvrdení, pričom respondent má uviesť, do akej miery s tvrdeniami súhlasí. Napríklad: „to, že ostávam online dlhšie, ako som plánoval, si uvedomujem“, „kvôli tráveniu času na internete zanedbávam domáce povinnosti“, „nové vzťahy s partnermi si vytváram iba prostredníctvom internetu“, „pripojením sa na internet zaháňam znepokojujúce myšlienky týkajúce sa môjho života“, „keď som offline, cítim sa depresívny, náladový alebo nervózny a hľadám akúkoľvek príležitosť vrátiť sa späť k internetu“ a pod.

Čo sa týka samotnej prevalencie internetovej závislosti, v nami sledovaných štúdiách sa pohybovala v rozmedzí od 2 % v Turecku po 31,9 % v Nepále. Pre porovnanie, v rámci prehľadu literatúry autorov Kuss et al. (2014) uskutočnenej za obdobie desiatich rokov sa prevalencia pohybovala na úrovni od 0,8 % v Taliansku po 26,7 % v Hongkongu.

6.2 Prehľad domácich výskumných štúdií

Štúdia HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children)

Štúdia HBSC (ang. Health Behaviour in School Aged Children) je koordinovaná Regionálnym úradom WHO pre Európu s cieľom popísať, ako sa vybrané aspekty zdravia a správania vyskytujú u školákov vo veku 11, 13 a 15 rokov (Sociálne determinanty zdravia školákov: HBSC – Slovensko – 2017/2018, 2019). Na štúdii spolupracuje 48 krajín, na Slovensku sa štúdia realizovala trikrát, naposledy v rokoch 2017/2018. Už v úvode Národnej správy autori akcentujú zmenu v správaní žiakov za posledné obdobie a to hlavne pod vplyvom pôsobenia digitalizovaného sveta a upriamujú aj na zmenu v sledovaných závislostiach – kým ešte v nedávnej minulosti odborníci varovali hlavne pred závislosťami od sladkostí, cigariet a alkoholu, dnes varujú pred závislosťami od technológií. Údaje v štúdii boli zbierané formou anonymného elektronického dotazníka, pričom výsledný počet respondentov bol 4 789 (1 587 11-ročných, 1 909 13-ročných a 1 293 15-ročných). V štúdii boli sledované rôzne oblasti: voľnočasové aktivity, nutričné správanie, zdravie, hodnotenie postavy a diétovanie, školské prostredie a pod. V nasledujúcom prehľade sa budeme venovať výlučne časti využívanie moderných technológií, pričom v rámci nej bolo sledované: správanie sa na internete, nadmerné používanie internetu, strach z vymeškania (ang. Fear of Missing Out), používanie mobilných telefónov. V Národnej správe za Slovensko nie je vyhodnotená prevalencia excesívneho používania internetu, údaje sú vyhodnocované a porovnávané

v kontexte pohlavia a veku. V nasledujúcom texte uvádzame najdôležitejšie zistenia, pričom všetky sa viažu na obdobie posledného uplynulého roku:

- *chlapci častejšie ako dievčatá* často alebo veľmi často **nejedli alebo nespali kvôli internetu**; *mladší chlapci menej často ako starší chlapci* uviedli, že často alebo veľmi často nejedli alebo nespali kvôli internetu;
- *chlapci častejšie ako dievčatá* sa často alebo veľmi často **cítili nepríjemne, keď nemohli byť na internete**; *mladší žiaci a žiačky sa menej často ako starší žiaci a žiačky* cítili nepríjemne, keď nemohli byť na internete;
- vo veku 11 rokov *častejšie chlapci ako dievčatá* **surfovali na internete aj keď ich to nebavilo**, vo veku 13 rokov to boli naopak dievčatá; *mladší žiaci a žiačky menej často ako starší žiaci a žiačky* surfovali na internete, aj keď ich to nebavilo;
- *chlapci vo veku 11 a 15 rokov častejšie ako dievčatá* **zanedbávali rodinu, priateľov, školské povinnosti alebo koníčky kvôli času strávenému na internete**; *mladší žiaci a žiačky menej často ako starší žiaci a žiačky* zanedbávali rodinu, priateľov, školské povinnosti alebo koníčky kvôli času strávenému na internete;
- *chlapci vo veku 11 a 15 rokov sa častejšie ako dievčatá* **neúspešne snažili obmedziť čas, ktorý trávili na internete**; *mladší chlapci sa v uplynulom roku menej často ako starší chlapci* neúspešne snažili obmedziť čas, ktorý trávili na internete;
- vysoké **riziko z omeškania** vykazovalo menej ako 4 % žiakov a žiačok; zvýšené riziko vykazovalo 7 – 8 % dievčat a 15 – 18 % chlapcov;
- *chlapci menej často ako dievčatá* uviedli, že im bolo povedané, že sa **venujú mobilu častejšie ako by mali**;
- približne každý piaty žiak/žiačka (18 – 21 %) uvádzali, že je **úzkostný, ak si nekontroluje správy alebo vypne mobil na nejaký čas** (Sociálne determinanty zdravia školákov: HBSC – Slovensko – 2017/2018, 2019).

EU Kids Online Slovensko

Projekt EU Kids Online sa zameriava na aktivity, príležitosti a riziká detí a dospievajúcich v online prostredí, vo väčšine európskych krajín sa uskutočňuje od roku 2010, na Slovensku sa prvýkrát uskutočnil v roku 2018 (Izrael et al., 2020). Uvedeného výskumu sa zúčastnilo 969 detí a dospievajúcich vo veku 9 – 17 rokov (30,5 % respondentov vo veku 9 – 11 rokov, 32,7 % respondentov vo veku 12 – 14 rokov, 36,8 % respondentov vo veku 15 – 17 rokov), ktorí používajú internet, výskumný súbor bol reprezentatívny z hľadiska pohlavia a veku pre túto vekovú kategóriu. V prípade zisťovania excesívneho používania internetu bola vo výskume EU Kids Online použitá 5-zložková škála, zahŕňajúca 6 symptómov: významnosť, zmena nálad, tolerancia, abstinenčné príznaky, konflikty a relaps, pričom respondent

mal uviesť jednu z piatich frekvencií: nikdy, niekoľkokrát, aspoň raz za mesiac, aspoň raz za týždeň, denne alebo takmer denne. Pri vyhodnocovaní bol použitý „prísnejší“ spôsob vyhodnocovania – za excesívneho používateľa internetu by bol považovaný ten respondent, ktorý by splnil všetky kritériá a to vo frekvencii minimálne raz za týždeň. Vo výskumnom súbore EU Kids Online za Slovensko v roku 2018 nebol identifikovaný ani jeden takýto respondent, 1,3 % respondentov spĺňalo 4 kritériá z piatich a 10 % spĺňa aspoň jeden zo štyroch kritérií.

Uvádzame súhrn najvýznamnejších zistení:

- najčastejšie sa deti a dospelávajúci pripájajú na internet prostredníctvom mobilu – 72 % detí a dospelávajúcich;
- každé piate dieťa a dospelávajúci trávi na internete počas pracovných dní viac ako 4 hodiny denne;
- cez víkend trávi na internete 33 % detí a dospelávajúcich viac ako 4 hodiny denne;
- takmer 65 % detí a dospelávajúcich navštevuje denne sociálne siete;
- výskyt kyberšikanovania medzi deťmi a dospelávajúcimi je 6 %;
- 20 % detí a dospelávajúcich uviedlo, že sa za posledný rok stretli na internete so sexuálnym obsahom;
- minimálne raz za týždeň sa so sexuálnym obsahom stretáva 5 % chlapcov a 4 % dievčat;
- 37 % detí a dospelávajúcich bolo za posledný rok na internete v kontakte s niekým neznámym (Izrael et al., 2020).

Prevalencia excesívneho používania internetu v slovenských výskumných štúdiách

Na doplnenie prehľadu uvádzame v tabuľke 11 vybrané výskumné štúdie v slovenskom prostredí, ktoré sa venovali problematike excesívneho používania internetu (závislosti od internetu) na výskumnom súbore detí a dospelávajúcich.

Tabuľka 11 Výskumy realizované v kontexte excesívneho používania internetu a prevalencia excesívneho používania internetu na Slovensku

Autor/i a rok vydania výskumu	Použitý merací nástroj	Výskumný súbor	Prevalencia excesívneho používania internetu
Janková, 2020	Autorský dotazník – za rizikových sa považujú tí jedinci, ktorí trávajú na internete viac ako 5 hodín denne	2 249 žiakov ZŠ a SŠ vo veku 12 – 18 rokov	30,2 % rizikových používateľov internetu
Kohútová, 2020	AICA-S	240 adolescentov, priemerný vek 16,7 rokov	Normálne používanie internetu 73,2%; stredná závislosť na internete 24,7%; 2,1% závislosť na internete
Dulovics, Sámelová, 2020	CIUS	469 žiakov SŠ	74,6% bežní používatelia; 14,9% problémoví používatelia; 10,5% riziko vzniku závislosti
Šavrnichová et al., 2020	Škála EIU	777 žiakov vo veku 12 – 19 rokov zo Slovenska a z Čiech	Excesívne používanie internetu: 23 respondentov (SR) 27 respondentov (ČR)
Kurilla et al., 2019	Škála závislosti od internetu (inš. Blinka, 2014; Šmahel et al., 2009)	1 473 žiakov ZŠ a SŠ; priemerný vek 15,1 rokov	Patologické používanie internetu 0,5 % (N = 7); problematické používanie 5 % (N = 74)
Hostovecký, et al. 2019	Internet Addiction Test	276 vysokoškolských študentov	7,97 % predpokladaná závislosť od internetu

Autor/i a rok vydania výskumu	Použitý merací nástroj	Výskumný súbor	Prevalencia excesívneho používania internetu
Fertal'ová et al., 2019	Test internetovej závislosti autora Šmahela	300 respondentov – 100 žiakov ZŠ; 100 žiakov SŠ; 100 študentov VŠ	Závislosť od internetu: 1 % žiakov ZŠ; 1,67 žiakov SŠ; 1,67 študentov VŠ
Holdoš et al., 2017	The Assessment for Computer and Internet Addiction - Screener (AICA – S)	405 respondentov vo veku 18 – 45 rokov	13,2 % nadmerné používanie internetu; 2,3 % závislosť od internetu
Roľková, & Hamarová, 2017	The Assessment for Computer and Internet Addiction - Screener (AICA – S), Internet Addiction Test	175 žiakov ZŠ a SŠ, priemerný vek 14,90 rokov	Mierna (stredná) úroveň závislosti: AICA-S: 24 %; IAT: 26,9 % vysoká úroveň závislosti: AICA-S: 5,1 %; IAT: 0 %
Holdoš, & Ďurka, 2015	The Assessment for Computer and Internet Addiction - Screener (AICA – S)	192 vysokoškolských študentov	5,5 % závislí od internetu; 19,8 % nadmerné používanie internetu
Lichner, & Šlosár, 2014	Internet Addiction Test	306 vysokoškolských študentov	21 % preukázalo problémy s používaním internetu na strednej úrovni
Holdoš, 2013	Internet Addiction Test	490 vysokoškolských študentov vo veku 20,97 roka	71,4 % mierna závislosť 4,6 % stredná závislosť 0 ťažká závislosť

Zdroj: vlastné spracovanie

Na rozdiel od prehľadu výskumov realizovaných v zahraničí, v slovenskom prostredí sa na meranie excesívneho používania internetu (závislosti od internetu) často používala škála AICA – S (ang. The Assessment for Computer and Internet Addiction – Screener). Ako uvádza Holdoš (2015), ide o sebauhľadnú techniku, v rámci ktorej sa zisťujú: dĺžka a frekvencia používania internetu, využívanie online aplikácií a sociálnych sietí. Položky vychádzajú z diagnostických kritérií: túžba, tolerancia, abstinenčný syndróm, strata kontroly, zaujatie. Dotazník má 16 položiek a okrem prevalencie závislosti od internetu skúma aj negatívne dôsledky spôsobené internetom: problémy v škole, rodinné konflikty, finančné problémy, zanedbávanie voľnočasových aktivít a zhoršenie zdravotného stavu. Prevalencia excesívneho používania internetu v slovenskom prostredí vo výskumných štúdiách sa pohybuje od 0,5 % u žiakov základných a stredných škôl až po 5,1 % vysokú úroveň závislosti – takisto u žiakov základných a stredných škôl.

6.3 Excesívne používanie internetu u adolescentov na Slovensku – autorské výskumné zistenia

V nasledujúcej kapitole uvádzame výsledky výskumu, ktorý bol realizovaný u žiakov a žiačok základných škôl s cieľom zistiť ich správanie v súvislosti s používaním internetu. V úvodnej časti uvádzame deskriptívne charakteristiky jednak výskumného súboru, a jednak jednotlivých položiek dotazníka; nasleduje časť, v ktorej uvádzame identifikáciu možných vzťahov a rozdielov v jednotlivých premenných v kontexte excesívneho používania internetu a súčasťou je aj identifikácia rizikových skupín používateľov internetu a prediktorov excesívneho používania internetu.

Pri uvažovaní o vplyve na excesívne používanie internetu (EPI) u žiakov a žiačok sme predpokladali nasledovné možné prediktory (či už protektívne alebo rizikové): vek, socioekonomický status respondentov, trávenie voľného času respondentmi, sociálna opora respondentov, sensation seeking (vyhľadávanie senzácií), problémové správanie respondentov, škála emocionálnych problémov, self-efficacy (sebadôvera vo vlastné schopnosti), čas strávený na internete respondentmi a rodičovská kontrola aktivít na internete. V úvode kapitoly popisujeme jednotlivé premenné a ich deskriptívne charakteristiky, nasleduje podkapitola venovaná uvažovaniu o možných vzťahoch a rozdieloch v používaní internetu v kontexte jednotlivých premenných a posledná podkapitola je venovaná identifikovaniu prediktorov a identifikácii rizikových skupín respondentov.

Charakteristika výskumného súboru

Výskumu sa zúčastnilo 1 062 respondentov – žiakov základných škôl z regiónu Horehronie, Liptov a Šariš. Zber dát bol realizovaný v období október 2019 – február 2020. Išlo o zámerný výber typu výber „priemerných jednotiek“ (Chráška, 2016). Respondenti boli vo veku od 10 do 16 rokov, priemerný vek 12,75 roka, medián 13, modus 14, štandardná odchýlka 1,56. 49,9 % (n = 530) respondentov bolo dievčat, 49,8 % (n = 529) bolo chlapcov, 3 respondenti pohlavie neuviedli. 32,8 % (n = 348) respondentov býva v meste, 65,9 % (n = 700) respondentov býva na dedine, 14 respondenti bydlisko neuviedli. Čo sa týka navštevovaného ročníka – 20,7 % (n = 220) respondentov navštevuje 5. ročník, 19,1 % (n = 203) navštevuje 6. ročník, 17,5 % (n = 186) navštevuje 7. ročník, 18,4 % (n = 195) navštevuje 8. ročník a 24,3 % (n = 258) navštevuje 9. ročník.

Vzdelanie a zamestnanie rodičov respondentov

Tabuľka 12 zobrazuje vzdelanie rodičov respondentov. Najviac matiek aj otcov respondentov má stredoškolské vzdelanie s maturitou (otec N = 467, 44,0 %; matka N = 439, 41,3 %), nasleduje vysokoškolské vzdelanie (otec N = 211, 19,9 %; matka N = 305, 28,7 %), stredoškolské vzdelanie bez maturity (otec N = 190, 17,9 %; matka N = 151, 14,2 %) a základné vzdelanie (otec N = 109, 10,3 %; matka N = 115, 10,8 %).

Tabuľka 12 Vzdelanie rodičov respondentov

Vzdelanie rodičov	Otec		Matka	
	N	%	N	%
Základné	109	10,3	115	10,8
Stredoškolské bez maturity	190	17,9	151	14,2
Stredoškolské s maturitou	467	44,0	439	41,3
Vysokoškolské	211	19,9	305	28,7
Neodpovedal/a	85	8,0	52	4,9
<i>Spolu</i>	1 062	100	1 062	100

Viac ako 80 % rodičov respondentov je zamestnaných (otec N = 938, 88,3 %; matka N = 860, 81,0 %), nezamestnaných je viac matiek ako otcov (otec N = 29, 2,7 %; matka N = 111, 10,5 %), rovnaký počet (n = 13, 1,2 %) má pozíciu dôchodca (buď starobný, alebo invalidný), nad 5 % (otec N = 58, 5,5 %; matka N = 57, 5,4 %) respondentov s otcom alebo matkou nežije, preto informáciu o ich zamestnaní neposkytli.

Tabuľka 13 Zamestnanie rodičov respondentov

Zamestnanie rodičov	Otec		Matka	
	N	%	N	%
Zamestnaný/á	938	88,3	860	81,0
Nezamestnaný/á	29	2,7	111	10,5
Dôchodca (starobný, invalidný)	13	1,2	13	1,2
Neviem, nežijem s ňou/ s ním	58	5,5	57	5,4
Neodpovedal/a	24	2,3	12	1,1
<i>Spolu</i>	1 062	100	1 062	100

Rodinný kontext respondenta

73,6 % (N = 782) respondentov žije v úplnej rodine, 8,9 % (N = 94) žije v doplnenej rodine, 13,8 % (N = 147) v neúplnej rodine, 3,2 % (N = 34) respondentov uviedlo možnosť iný typ rodiny a 5 respondentov neodpovedalo.

Socioekonomický status respondentov

Pri definovaní socioekonomického statusu respondentov sme vychádzali z výskumu Global Kids Online, konkrétne z dotazníka Global Kids Online: Child and Parent Questionnaire. Do premennej socioekonomický status sme zahrnuli položky: „ako často si kupuješ alebo niekto ti kupuje nové oblečenie“; „nájdeš si doma tiché miesto na študovanie alebo robenie domácich úloh“; „ako často chodíš na dovolenku (aspoň jeden týždeň vkuse) mimo domu“; „ako často máš doma k dispozícii na jedenie čerstvé ovocie alebo zeleninu“ a „máš aspoň dva páry dobre sediacich topánok“. Prvé štyri položky obsahovali štvorstupňové škály, ktoré sme preškálovali na dvojstupňové, rovnako ako posledná položka. Po spočítaní všetkých položiek do celkového skóre sme dospeli k premennej socioekonomický status, ktorého priemerné skóre M = 4,04. Deskripcia premennej socioekonomický status je uvedená v tabuľke 14.

Tabuľka 14 Deskripcia premennej socioekonomický status

Socioekonomický status	
Počet (N)	1 062
Priemer (M)	4,04
Štandardná odchýlka (SD)	1,00
Minimum	0
Maximum	5

Tabuľka 15 zobrazuje počet respondentov v jednotlivých úrovniach socioekonomického statusu. Do skupiny *nízka úroveň socioekonomického statusu* boli zaradení respondenti, ktorí ani v jednej alebo aspoň v jednej položke dosiahli jeden bod (2,1 %, N = 22), do skupiny *stredná úroveň socioekonomického statusu* boli zaradení respondenti, ktorí dosiahli aspoň v dvoch alebo v troch položkách po jednom bode (23,7 %, N = 252); a do skupiny *vysoká úroveň socioekonomického statusu* boli zaradení tí, ktorí dosiahli bod v najmenej štyroch alebo piatich položkách (74,2 %, N = 788).

Tabuľka 15 Úrovne socioekonomického statusu u respondentov

Úrovne socioekonomického statusu	N	%
Nízka úroveň socioekonomického statusu	22	2,1
Stredná úroveň socioekonomického statusu	252	23,7
Vysoká úroveň socioekonomického statusu	788	74,2
Spolu	1 062	100

Trávenie voľného času respondentmi

V otázke týkajúcej sa trávenia voľného času mali respondenti k dispozícii 11 činností, pri ktorých označovali jednu z možných frekvencií: „*nikdy*“, „*niekoľkokrát*“, „*aspoň raz za mesiac*“, „*aspoň raz za týždeň*“, „*denne alebo takmer denne*“. Najfrekvencovanejšími voľnočasovými aktivitami sú aktivity spojené s činnosťou na internete – „*chatovanie s priateľmi na sociálnych sieťach*“, „*surfovanie na internete*“, „*sociálne siete*“. Na štvrtom mieste ako prvá aktívna aktivita sa umiestnilo športovanie, nasledoval voľný čas trávený s rodičmi. Viac v tabuľke 16. Pre zjednodušenie ďalších analýz bola realizovaná faktorová analýza, ktorá zredukovala ich počet. Pred realizáciou faktorovej analýzy boli použité Kaiser Meyer Olkin (KMO) test a Barlett's Sphericity test, ktoré slúžia na potvrdenie opodstatnenosti realizácie faktorovej analýzy. Z analýzy boli vylúčené položky, ktorých faktorový náboj bol nižší ako 0,4. Výsledok KMO testu premennej trávenie voľného času bol 0,707 a výsledok Barlett's Sphericity testu bol štatisticky signifikantný ($\chi^2 = 1707,323$ p < 0,000), čo potvrdzuje opodstatnenosť realizácie tejto štatistickej operácie. Faktorová analýza identifikovala dva relevantné faktory: **pasívne trávený voľný čas** („*trávim čas na sociálnych sieťach*“, „*trávim čas na sociálnych sieťach alebo chatujem s priateľmi*“, „*surfujem na internete*“, „*chodím do nákupných centier alebo len tak po meste*“) a **aktívne trávený voľný čas** („*zúčastňujem sa organizovaných športových aktivít*“, „*trávim čas s rodičmi (výlety, šport, kino)*“, „*športujem sám alebo s priateľmi*“, „*chodím na krúžok alebo krúžky*“). Tabuľka 17 zobrazuje deskriptívne charakteristiky novovzniknutých premenných.

Tabuľka 16 Voľnočasové aktivity respondentov

Voľnočasové aktivity	M	SD
Chaty s priateľmi na soc. sieťach	4,08	1,35
Surfovanie na internete	3,98	1,42
Sociálne siete	3,93	1,49
Športujem	3,66	1,32
Trávim čas s rodičmi	3,58	1,19
Krúžok, krúžky	3,43	1,60
Nákupné centrá	3,14	1,69
Hráť PC hry	3,05	1,55
Organizované športové aktivity	2,44	1,35
Výherné automaty	1,17	0,71

Tabuľka 17 Deskripcia premenných pasívny a aktívny voľný čas

	Pasívny VČ	Aktívny VČ
Počet	1 059	1 061
Chýbajúce	3	1
Priemer	15,03	12,51
Štandardná odchýlka	4,21	3,73
Minimum	4	4
Maximum	20	20
Spolu	1 062	1 062

Sociálna opora

Sociálna opora (SO) je pomoc, ktorá je poskytovaná druhými ľuďmi človeku, ktorý sa nachádza v zložitej situácii a túto situáciu mu uľahčuje (Křivohlavý In Mareš & Ježek, 2005). Niekedy ju môžeme vnímať ako existenciu ľudí, ktorí sú v blízkosti človeka a sú ochotní pomôcť nejakým spôsobom (napr. vypočutie, materiálna pomoc, poradenstvo a pod.), pričom môže ísť o rodičov, súrodencov, príbuzných, priateľov, učiteľov, psychológov, sociálnych pracovníkov a pod.

Pri zisťovaní sociálnej opory sme použili dotazník CASSS-CZ autorov Mareš a Ježek (2005), ktorý je vhodný pre vekové zloženie našich respondentov. Dotazník obsahuje päť „poskytovateľov“ sociálnej opory: „matka“, „otec“, „učitelia“, „spolužiaci“ a „kamaráti“. V každej časti respondent označoval 12 položiek na dvoch škálach: „ako často“ (respondent si mohol vybrať jednu z možností: „nikdy“, „takmer nikdy“,

„občas“, „často“, „takmer vždy“ alebo „vždy“) a „ako je to pre teba dôležité“ (respondent si mohol vybrať jednu z možností: „nedôležité“, „dôležité“ a „veľmi dôležité“). Pred samotnou deskripciou premennej sociálna opora bola realizovaná faktorová analýza zameraná na potvrdenie faktorového zloženia dotazníka. Po realizovaní analýzy môžeme skonštatovať, že nami distribuovaná verzia dotazníka CASSS-CZ vykazuje podobné psychometrické vlastnosti ako originálny český dotazník. Analýza potvrdila päťfaktorovú štruktúru pôvodného dotazníka (matka, otec, spolužiaci, učitelia, kamaráti), pričom každý faktor bol sýtený 12 položkami. Vnútoraná konzistencia faktorov v časti „ako často“ sa pohybovala od $\alpha = 0,953$ po $\alpha = 0,923$. Konzistencia v časti „ako je to pre teba dôležité“ sa pohybovala $\alpha = 0,942$ po $\alpha = 0,893$. Reliabilita dotazníka ako celku bola $\alpha = 0,971$.

Časti „ako často“ a „ako je to dôležité“ sa môžu vo výsledku od seba odlišovať – prvá časť je o tom, ako vníma respondent frekvenciu poskytovanej sociálnej opory a druhá časť je o tom, ako je pre respondenta dôležitá sociálna opora od poskytovateľa (hoci reálne poskytovaná byť nemusí).

Nasledujúca tabuľka 18 poskytuje prehľad celkových hodnôt sociálnej opory v oblastiach „ako často“ a „ako je to dôležité“ a tabuľka 19 prehľad celkovej sociálnej opory u jednotlivých poskytovateľov v našom súbore respondentov. Môžeme vidieť, že v oblasti „ako často“ pociťujú respondenti najvyššiu oporu zo strany matky ($M = 55,24$), nasledujú kamaráti ($M = 53,36$), otec ($M = 52,24$), učitelia ($M = 47,50$) a spolužiaci ($M = 44,0$). V oblasti „ako je to dôležité“ je pre respondentov takisto najdôležitejšia matka ($M = 28,16$), nasleduje otec ($M = 27,53$), kamaráti ($M = 27,30$), učitelia ($M = 25,30$) a spolužiaci ($M = 24,91$).

Tabuľka 18 Vnímaná sociálna opora v oblastiach „ako často“ a „ako je to dôležité“

Poskytovateľ SO	N (chýbajúce)	M	SD	Min.	Max.
Matka – ako často	1 054 (8)	55,24	12,51	12	72
Matka – ako je to dôležité	1 000 (62)	28,16	5,45	12	36
Otec – ako často	1 007 (55)	52,24	15,21	12	72
Otec – ako je to dôležité	939 (123)	27,53	6,15	12	36
Kamaráti – ako často	1 052 (10)	53,36	14,63	12	72
Kamaráti – ako je to dôležité	977 (85)	27,30	6,54	12	36
Učitelia – ako často	1 049 (13)	47,50	12,00	12	72
Učitelia – ako je to dôležité	975 (87)	25,30	6,26	12	36
Spolužiaci – ako často	1 047 (15)	44,00	13,99	12	72
Spolužiaci – ako je to dôležité	974 (88)	24,91	6,19	12	36

V prípade celkového skóre v sociálnej opore dosahuje najvyššiu hodnotu matka (M = 79,51); nasledujú kamaráti (M = 78,42); otec (M = 77,51); učitelia (M = 70,67) a spolužiaci (M = 68,05).

Tabuľka 19 Celkové skóre vnímanej sociálnej opory u jednotlivých poskytovateľov

Poskytovateľ SO	N (chýbajúce)	M	SD	Min.	Max.
Matka	1 059 (3)	79,51	17,56	12	108
Otec	1 012 (50)	77,51	21,13	12	108
Učitelia	1 054 (8)	70,67	18,87	12	108
Spolužiaci	1 050 (12)	68,05	19,25	12	108
Kamaráti	1 056 (6)	78,42	21,11	12	108

Nami použitý dotazník umožňuje zistiť aj celkové skóre za jednotlivé druhy vnímanej sociálnej opory. V dotazníku sú zahrnuté nasledovné druhy: *emocionálny druh sociálnej opory* – odráža porozumenie, pochopenie, záujem, ústretové správanie, ochotu k pomoci, ochotu k počúvaniu a pod. *Informačný typ opory* je ochota k poskytovaniu informácií, poskytovanie dobrých rád, nasmerovanie, poradenstvo. *Hodnotiaci typ sociálnej opory* poskytuje pochvalu, ale aj citlivo upozorní na chyby, pravdivo zhodnotí. *Inštrumentálny typ sociálnej opory* poskytne pomôcky, predmety, čas a pod. Z tabuľky 20 vyplýva, že najdôležitejšou je pre respondentov v oblasti „ako často“ informačná opora (M = 64,81), nasleduje emocionálna (M = 63,70), inštrumentálna (M = 62,86) a hodnotiaci (M = 57,89). V oblasti „ako je to dôležité“ je najpodstatnejšia pre respondentov emocionálna (M = 33,00), nasledujú informačná (M = 32,60), inštrumentálna (M = 32,30) a hodnotiaci sociálna opora (M = 30,02).

Tabuľka 20 Celkové skóre podľa druhov sociálnej opory

Druh SO	N (chýbajúce)	M	SD	Min.	Max.
Emocionálna – ako často	1 061 (1)	63,70	13,74	15	90
Emocionálna – ako je to dôležité	1 014 (48)	33,00	7,64	15	45
Informačná – ako často	1 061 (1)	64,81	14,26	15	90
Informačná – ako je to dôležité	1 012 (50)	32,60	7,59	15	45
Hodnotiaci – ako často	1 061 (1)	57,89	14,96	15	90
Hodnotiaci – ako je to dôležité	1 014 (48)	30,02	7,89	15	45
Inštrumentálna – ako často	1 061 (1)	62,86	14,86	15	90
Inštrumentálna – ako je to	1 013 (49)	32,30	7,53	15	45

Sensation seeking (vyhl'adávanie senzácií)

Podľa Zuckermana (2010) je vyhl'adávanie senzácií osobnostná črta vyjadrená všeobecnou tendenciou hľadať rôzne, nové, zložité a intenzívne vnemy a senzácie a ochota riskovať kvôli týmto zážitkom. Ako uvádza spomenutý autor, v literatúre sa môžeme stretnúť aj s iným pomenovaniami – napr. vyhl'adávanie noviniek, vzrušenia, senzácií, zábavy, odvážnosť. Pri konštruovaní našej škály vyhl'adávanie senzácií sme vychádzali z výskumu GKO (Global Kids Online¹) – škála má dve položky: „robím nebezpečné veci pre zábavu“ a „robím vzrušujúce veci, aj keď sú nebezpečné“. Respondenti mali možnosť označiť jednu z nasledovných možností: „vôbec neplatí“, „trochu platí“, „dosť platí“ a „úplne platí“. Vnútna konzistencia našej škály prostredníctvom Cronbachovho alfa bola na úrovni 0,84. Pre zjednodušenie ďalších výpočtov sme vypočítali celkové skóre a deskripcia premennej vyhl'adávanie senzácií je zobrazená v tabuľke 21. Priemerné celkové skóre premennej vyhl'adávanie senzácií je na úrovni 1,77, ktoré sa blíži k hodnote „trochu platí“.

Tabuľka 21 Deskripcia premennej vyhl'adávanie senzácií

Sensation seeking	
Počet	1 059
Chýbajúce	3
Priemer	1,77
Štandardná odchýlka	0,948
Minimum	1
Maximum	4

Problémové správanie

Pojem problémové správanie zahŕňa v sebe širokú paletu prejavov správania, takisto sú k dispozícii rôzne teoretické východiská, ktoré pracujú s týmto pojmom. Pri premennej problémové správanie sme sa rovnako inšpirovali výskumom GKO a boli do nej zahrnuté nasledovné položky: „často sa nahnevám a stratím nervy“, „často ma obviňujú, že klamem alebo podvádzam“, „beriem si veci, ktoré nie sú moje – napr. z domu, školy alebo z iných miest“. Respondenti, podobne ako v predchádzajúcej premennej, mali označiť jednu zo štyroch možností. Vnútna konzistencia našej škály prostredníctvom Cronbachovho alfa bola na úrovni 0,48. Deskripcia premennej je uvedená v tabuľke 22. Priemerné skóre premennej problémové správanie je na úrovni 1,78 a blíži sa k hodnote „trochu platí“.

¹ Vo výskume Global Kids Online bola použitá dvojzložková škála Sensation Seeking autorov Stephenson, Hoyle et al., 2003.

Tabuľka 22 Deskripcia premennej problémové správanie

Problémové správanie	
Počet	1 062
Chýbajúce	0
Priemer	1,78
Štandardná odchýlka	0,59
Minimum	1
Maximum	4

Škála emocionálnych problémov

Pri zostavovaní škály emocionálnych problémov sme sa takisto inšpirovali výskumom GKO², pričom škála má päť položiek: „často si robím starosti a mám obavy“, „v niektorých situáciách som nervózny/a a ľahko strácam sebadôveru“, „často ma bolí hlava, brucho alebo je mi zle“, „často som nešťastný/á, smutný/á a je mi do plaču“, „bojím sa mnohých vecí a ľahko sa vyľakám“. Vnútoraná konzistencia našej škály prostredníctvom Cronbachovho alfa bola na úrovni 0,75. Tabuľka 23 zobrazuje deskriptívne údaje premennej škála emocionálnych problémov, pričom priemerné skóre je na úrovni „trochu platí“ – dosahuje hodnotu 2,04.

Tabuľka 23 Deskripcia premennej škála emocionálnych problémov

Škála emocionálnych problémov	
Počet	1 062
Chýbajúce	0
Priemer	2,04
Štandardná odchýlka	0,68
Minimum	1
Maximum	4

Self-efficacy (sebadôvera vo vlastné schopnosti)

Autorom konceptu self-efficacy je americký psychológ Bandura (1982), ktorý self-efficacy charakterizuje ako vieru v schopnosť človeka organizovať a uskutočňovať kroky potrebné na zvládnutie prípadných situácií. Ide o vieru vo vlastné schopnosti,

² Vo výskume bola použitá 5-zložková škála Emotional Symptoms z dotazníka SDQ: The Strengths and Difficulties Questionnaire (dotazník predností a nedostatkov) autora Goodman, 1997.

ktoré môžeme využiť v situáciách, ktoré sa v našich životoch vyskytnú. Inšpirovali sme sa otázkami použitými vo výskume GKO. Išlo o položky: „*je pre mňa ľahké držať sa svojich cieľov a dosiahnuť ich*“, „*som presvedčený/á, že si dokážem poradiť s neočakávanými problémami*“, „*dá sa povedať, že dokážem zvládnuť nové situácie*“, „*ak sa veľmi snažím, dokážem vyriešiť väčšinu problémov*“, „*ak mám problémy, zvyčajne prídem na to, čo mám robiť*“. Respondent opäť volil jednu zo štyroch možností – rovnako ako v predchádzajúcich troch premenných. Vnútna konzistencia našej škály prostredníctvom Cronbachovho alfa bola na úrovni 0,77. Tabuľka 24 zobrazuje deskriptívne charakteristiky premennej self-efficacy, pričom jej priemerné skóre je na úrovni 2,60, čo je na úrovni medzi hodnotami „*trochu platí*“ a „*dost' platí*“.

Tabuľka 24 Deskripcia premennej self-efficacy

Self-efficacy	
Počet	1 062
Chýbajúce	0
Priemer	2,60
Štandardná odchýlka	0,65
Minimum	1
Maximum	4

Aktivity respondentov na internete

Pri skúmaní aktivít respondentov na internete nás zaujímalo, ktoré online aktivity respondenti realizujú. Tabuľka 25 zobrazuje priemernú aktivitu jednotlivých aktivít, pričom respondenti mali možnosť uviesť pri každej aktivite jednu z nasledovných možností: „1 = nikdy“; „2 = niekoľkokrát“; „3 = aspoň raz za mesiac“; „4 = aspoň raz za týždeň“ a „5 = denne alebo takmer denne“. Najčastejšie spomedzi vybraných aktivít respondenti uvádzali „*aktivity na sociálnych sieťach*“ (M = 4,06), „*chatovanie*“ (M = 3,86), „*surfovanie na informačných stránkach*“ ako napr. Wikipédia a pod. (M = 3,02). Najmenej uvádzali aktivitu týkajúcu sa „*online sexu*“ (pornografia, erotika a pod.) (M = 1,56) a „*online gambling*“ (M = 1,26).

Tabuľka 25 Priemerná realizácia vybraných aktivít na internete

Aktivity na internete	M	SD
Sociálne siete	4,06	1,40
Chaty	3,86	1,51
Informačné stránky	3,02	1,81
Online hry	2,77	1,65
E-mail	2,34	1,33
Internetové obchody	2,26	1,23
Online sex	1,56	1,20
Online gambling	1,26	0,90

Počet hodín strávených na internete

V dotazníku nás zaujímalo, koľko času v priemere strávia respondenti na internete počas týždňa a cez víkend. Tabuľka 26 zobrazuje, že **cez týždeň je to v priemere 4,82 hodiny za deň a cez víkend je to v priemere 6,03 hodiny za deň**. Viac ako 4 hodiny trávi na internete cez týždeň 38,2 % respondentov a cez víkend 48,7 % respondentov.

Tabuľka 26 Počet hodín strávených na internete cez týždeň a cez víkend

Počet hodín na internete	Týždeň	Víkend
Počet	1 055	1 055
Chýbajúce	7	7
Priemer	4,82	6,03
Štandardná odchýlka	4,77	5,52
Minimum	0	0
Maximum	24	24

Rodičovská kontrola aktivít na internete

Pri zisťovaní rodičovskej kontroly mali respondenti k dispozícii šesť možností, pričom označovali jednu z možností: „*nikdy*“, „*málokedy*“, „*niekedy*“, „*často*“ a „*veľmi často*“. Najčastejšie kontrolovanou aktivitou zo strany rodičov sú „*nákupy na internete*“ (M = 2,58), najmenej kontrolovanou aktivitou sú „*správy, ktorými respondenti komunikujú cez chaty*“ (M = 2,06).

Tabuľka 27 Rodičovská kontrola aktivít na internete

Rodičovská kontrola	M	SD
Nákupy, ktoré uskutočňujem online	2,58	1,61
Môj profil na sociálnych sieťach	2,28	1,38
Aplikácie, ktoré používam	2,17	1,41
Priateľov, s ktorými sa kontaktujem	2,11	1,26
Webové stránky, ktoré navštevujem	2,11	1,34
Správy, ktorými komunikujem cez chat	2,06	1,33

Excesívne používanie internetu

Nami upravená škála EIU bola vytvorená použitím komponentov závislosti (Griffiths, 2005; inšpirované Škařupová, Ólafsson & Blinka, 2015) a pokrýva päť komponentov zo šiestich, pričom respondenti odpovedali na 5-stupňovej škále („1 = nikdy“, „2 = niekedy“, „3 = aspoň raz za mesiac“, „4 = aspoň raz za týždeň“ a „5 = denne alebo takmer denne“). Škála obsahovala nasledovné položky: **1. význačnosť:** „Zanedbávaš niekedy svoje potreby (napr. jedlo alebo spánok) kvôli internetu alebo hraniam hier?“, **2. syndróm z odňatia:** „Cítiš sa nekludný/á, mrzutý/á alebo podráždený/á, keď nemôžeš byť na internete alebo hrať hry?“, **3. tolerancia:** „Pristihneš sa, že zostávaš na internete alebo v hre, i keď ťa to už vlastne nebaví?“, **4. relaps:** „Pokúsil/a si sa niekedy neúspešne obmedziť čas, ktorý tráviš na internete alebo v hre?“, **5. konflikt:** „Zanedbávaš svoju rodinu, priateľov, prácu alebo koníčky kvôli času, ktorý tráviš hraním alebo online?“. Vnútoraná konzistencia nami upravenej škály prostredníctvom Cronbachovo α bola 0,631.

Pri vyhodnocovaní počtu respondentov, ktorí by spadali do kategórie excesívnych používateľov internetu, je možné postupovať dvomi spôsobmi – prísnejším a jemnejším. Pri prísnejšom spôsobe ide o identifikáciu respondentov, ktorí spĺňajú všetkých päť komponentov uvedených vyššie – rovnako pristupujú pri vyhodnocovaní odborníci v rámci výskumu EU Kids Online. V našom výskumnom súbore sa nachádzali traja takíto respondenti, čo z celkového počtu tvorí 0,3 %. Respondentov, ktorí spĺňali 4 z 5 komponentov, bolo 19, čo je celkového počtu 1,8 %. Pri jemnejšom spôsobe sa excesívnosť používania hodnotí prostredníctvom priemerného skóre – v našom prípade nadobúdalo hodnotu 1,73. Ak respondent vykazuje priemerné hrubé skóre vyššie ako 2,6, môžeme o ňom uvažovať ako o jedincovi, ktorý excesívne používa internet. Skóre takejto hodnoty zdvojnásobuje pravdepodobnosť problémov so správaním, školských problémov, online rizík a rôznych psychologických ťažkostí – príznaky depresie alebo úzkosti (inšpirované Škařupová, Ólafsson & Blinka, 2015).

V našom výskumnom súbore išlo o 124 takýchto respondentov, čo je z celkového počtu 11,7 %. Všetky nasledujúce výpočty budú realizované s týmto vyhodnocovaním excesívneho používania internetu.

Rozdiely v excesívnom používaní internetu vzhľadom na vybrané premenné

Na zisťovanie prípadných rozdielov v excesívnom používaní internetu sme použili Mann-Whitney U-test, príp. Kruskal-Wallis test, nakoľko dáta nevykazujú normálne rozdelenie. Testy boli realizované na hladine významnosti 5 %.

Sumarizujeme najpodstatnejšie zistenia:

- v excesívnom používaní internetu sa **nepreukázal signifikantný rozdiel medzi dievčatami a chlapcami**;
- respondenti z mesta alebo vidieka sa **neodlišujú v excesívnom používaní internetu**;
- v excesívnom používaní internetu **sú medzi respondentmi rozdiely vzhľadom na to, či pravidelne navštevujú kostol, alebo nie**, pričom tí, ktorí kostol navštevujú, vykazujú nižšie priemerné skóre ($M = 1,59$) ako tí, ktorí kostol nenavštevujú ($M = 1,78$);
- v excesívnom používaní internetu respondentmi **nie sú rozdiely vzhľadom na vzdelanie otca a takisto ani vzhľadom na vzdelanie matky**.

Tabuľka 28 P-hodnoty neparametrických testov

Premenné	p
Pohlavie	0,150
Bydlisko	0,092
Návšteva kostola	0,002
Vzdelanie otca	0,610
Vzdelanie matky	0,424

Vzťah medzi excesívnym používaním internetu a vybranými premennými

Na zisťovanie vzťahu medzi excesívnym používaním internetu a vyššie popísanými premennými sme použili Pearsonov korelačný koeficient. Nie všetky korelácie sú signifikantné (signifikantné korelácie sú vyznačené hrubým písmom), tabuľka 29 uvádza prehľad najpodstatnejších zistení (uvádzame len signifikantné korelácie):

- čím viac respondenti trávajú **voľný čas pasívnym spôsobom**, tým je vyššia hodnota excesívneho používania internetu;
- čím je **sociálna opora** zo strany matky, otca a učiteľov slabšia, tým je vyššia hodnota excesívneho používania internetu;
- čím je celkové skóre sociálnej opory nižšie (čím je celková sociálna opora nižšia), tým je vyššia hodnota excesívneho používania internetu;
- čím je hodnota celkového skóre **sensation seeking** vyššia, tým je vyššia hodnota excesívneho používania internetu;
- čím je hodnota celkového skóre **problémového správania** vyššia, tým je vyššia hodnota excesívneho používania internetu;
- čím je vyšší **čas strávený na internete cez týždeň a cez víkend**, tým je vyššia hodnota excesívneho používania internetu.

Tabuľka 29 Korelácie medzi excesívnym používaním internetu a jednotlivými premennými

Premenné	EPI	
	r	p
Socioekonomický status	-0,056	0,069
Aktívny voľný čas	0,005	0,861
Pasívny voľný čas	0,226**	0,000
Sociálna opora – matka	-0,123**	0,000
Sociálna opora – otec	-0,146**	0,000
Sociálna opora – učitelia	-0,106**	0,000
Sociálna opora - kamaráti	-0,049	0,111
Sociálna opora – spolužiaci	-0,056	0,072
Sociálna opora – celkové	-0,119	0,000
Sensation seeking	0,247**	0,000
Problémové správanie	0,419**	0,000
Self-efficacy	-0,055	0,075
Škála emocionálnych	0,363**	0,000
Počet hodín na internete	0,178**	0,000
Počet hodín na internete	0,252**	0,000

**Korelácia je signifikantná na úrovni 0,001

r = hodnota korelačného koeficientu

Identifikácia prediktorov excesívneho používania internetu a rizikových skupín používateľov internetu

Pre identifikáciu prediktorov a rizikových skupín v kontexte excesívneho používania internetu (EPI) bola použitá metóda klasifikačných stromov (ang. Decision Trees). Je to metóda, ktorá sa používa na identifikovanie respondentov, ktorí patria do určitej skupiny – napr. ako v prípade našich respondentov na základe rizikovosti. Výsledkom analýzy je graf dendogram, ktorý má podobu stromu, pričom v jednotlivých uzloch sú „zoskupení“ respondenti na základe rizikovosti v kontexte excesívneho používania internetu.

Pod pojmom prediktory máme na mysli nezávislé premenné, ktoré vstúpili do algoritmu klasifikačného stromu: sociálna opora, úroveň socioekonomického statusu, sensation seeking, problémové správanie, škála emocionálnych problémov, self-efficacy, pasívny a aktívny voľný čas, počet hodín strávených na internete cez víkend a cez týždeň, vek respondentov. Závislou premennou v algoritme bolo celkové skóre excesívneho používania internetu, ktoré nadobúdalo hodnotu 1,73.

Celý dendogram 1 je rozdelený do piatich hlavných vetiev, pričom najdôležitejšou premennou, ktorá najviac rozhoduje o delení respondentov do jednotlivých vetví je **problémové správanie**. Respondenti (uzol 5), ktorí vykazujú vyšší priemer v problémovom správaní ($M > 2,00$), dosahujú aj vyšší priemer v rámci excesívneho používania internetu ($M = 2,26$). Tento uzol sa ďalej rozvetvuje na základe toho, aký je **počet hodín strávených na internete počas víkendu** – respondenti (uzol 13), ktorí takto strávia menej ako tri hodiny, dosahujú nižšie skóre EPI ($M = 1,86$) ako respondenti, ktorí takto strávia viac ako tri hodiny – tí dosahujú vyššie skóre EPI ($M = 2,42$). Uzol sa ďalej delí na základe premennej **sensation seeking** – vyšší priemer EPI dosahujú respondenti, ktorí majú tendenciu viac vyhľadávať senzácie ($M = 2,57$). Tento uzol je koncový a z celkového hľadiska posudzovania rizikovosti je aj najrizikovejší.

Ďalšiu vetvu dendogramu takisto diskriminuje premenná **počet hodín strávených na internete počas víkendu**. V tomto uzle sa nachádza druhá najrizikovejšia skupina respondentov – tí, ktorí cez víkend používajú internet viac ako 6 hodín a dosahujú priemerné skóre EPI na úrovni $M = 2,22$. Tento uzol je koncový.

V tretej vetve dendogramu je najrozhodujúcejšou premennou **vek respondenta** – respondenti starší ako 12 rokov dosahujú vyššie priemerné skóre EPI ($M = 1,77$) ako respondenti mladší ako 12 rokov ($M = 1,42$). Starší respondenti ako 12 rokov sa ďalej delia podľa **pasívne tráveného voľného času** – tí, ktorí trávajú vo veľkej miere svoj voľný čas pasívnym spôsobom, dosahujú aj vyššie skóre v EPI ($M = 1,93$).

V poslednej vetve dendogramu je diskriminujúcou premennou podobne ako v predchádzajúcich vetvách premenná **počet hodín strávených na internete cez**

víkend. Respondenti, ktorí sú na internete cez víkend od 1,5 – 6 hodín sa ešte následne delia do dvoch skupín podľa premennej **škála emocionálnych problémov**. Rizikovejší sú tí, ktorí dosahujú hodnotu vyššiu ako 1,8 (hodnota EPI = 1,69).

Priemerné skóre excesívneho používania internetu v našom výskumnom súbore je na úrovni 1,73 a metóda klasifikačných stromov umožňuje identifikovať rizikové skupiny na základe porovnávania s priemerným skóre.

V nasledujúcom prehľade uvádzame tie skupiny, ktoré vykazujú vyšší priemer ako 1,73 a považujeme ich teda z hľadiska excesívneho používania internetu za rizikové (v dendograme sú tieto rizikové skupiny vždy koncovým uzlom) v kontexte premenných vložených do algoritmu:

- 109 respondentov (uzol 20), ktorí vykazujú celkové skóre v premennej problémové správanie v hodnote viac ako 2,00³; ktorí strávia viac ako 3 hodiny na internete počas víkendu a ktorí vykazujú celkové skóre v premennej sensation seeking vyššie ako 1,5⁴. Táto skupina vykazovala najvyššie priemerné skóre v EPI: M = 2,57;
- 63 respondentov uzol (12), ktorí vykazujú v premennej problémové správanie celkové skóre v hodnote 1,67 – 2,00 a trávajú na internete viac ako šesť hodín počas víkendu. Skupina vykazovala priemerné skóre v EPI: M = 2,21;
- 56 respondentov (uzol 19), ktorí vykazujú celkové skóre v premennej sensation seeking nižšie ako 1,5. Skupina vykazovala priemerné skóre v EPI: M = 2,21;
- 83 respondentov (uzol 18), ktorí vykazujú v premennej problémové správanie hodnotu 1,33 – 1,67; sú starší ako 12 rokov a vo veľkej miere trávajú svoj voľný čas pasívnym spôsobom. Skupina vykazovala priemerné skóre v EPI: M = 1,93;
- 67 respondentov (uzol 13), ktorí vykazujú celkové skóre v premennej problémové správanie v hodnote viac ako 2,00 a počet hodín, ktoré strávia na internete, je menej ako 3. Skupina vykazovala priemerné skóre v EPI: M = 1,86;
- 69 respondentov (uzol 8), ktorí vykazujú celkové skóre v premennej problémové správanie v hodnote 1,00 – 1,33 a ktorí strávia na internete počas víkendu viac ako 6 hodín. Skupina vykazovala priemerné skóre v EPI: M = 1,78.

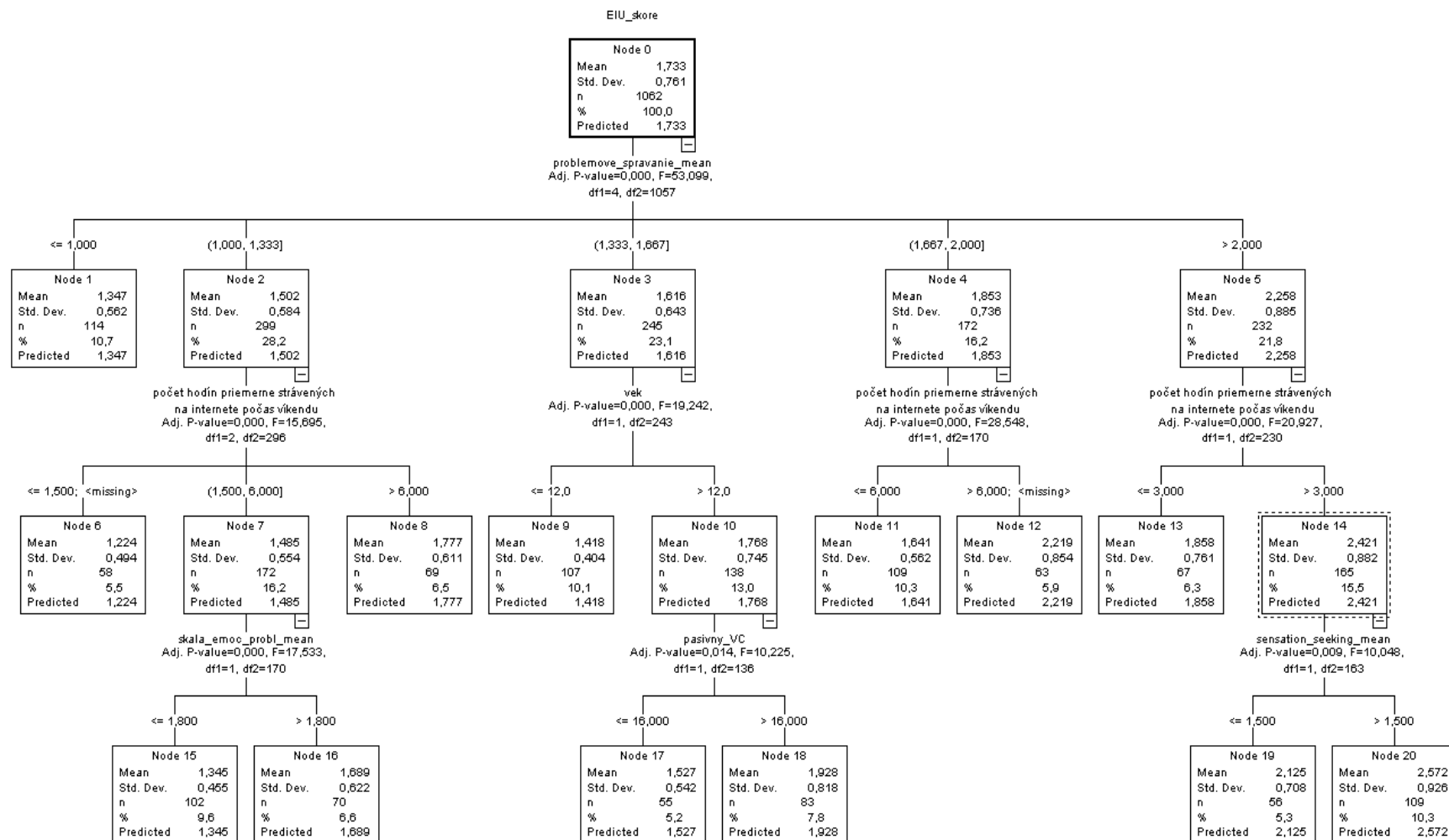
³ Priemerné skóre premennej problémové správanie je na úrovni 1,78 a blíži sa k hodnote „trochu platí“.

⁴ Priemerné celkové skóre premennej vyhľadávanie senzácií je na úrovni 1,77, ktoré sa blíži k hodnote „trochu platí“.

Rizikové prediktory excesívneho používania internetu, ktoré sme identifikovali, sú nasledovné:

- vysoké skóre v premennej problémové správanie;
- vyšší počet hodín strávených na internete počas víkendu;
- vysoké skóre v premennej sensation seeking;
- vyšší vek;
- viac voľného času stráveného pasívnym spôsobom.

Dendrogram 1



Sociálna opora ako prediktor excesívneho používania internetu

Pre zaujímavosť sme do algoritmu vložili len jednotlivé časti sociálnej opory s cieľom identifikovať rizikové skupiny na základe nich. Do algoritmu bolo teda vložené: sociálna opora (SO) matka – ako často; SO otec – ako často; SO učitelia – ako často; SO spolužiaci – ako často; SO kamaráti – ako často; SO matka – ako je to dôležité; SO otec – ako je to dôležité; SO učitelia – ako je to dôležité; SO spolužiaci – ako je to dôležité; SO kamaráti – ako je to dôležité.

Najdôležitejšou premennou, ktorá diskriminuje všetky ostatné, je vnímaná **sociálna opora v časti ako často od matky**⁵. Tí respondenti, ktorí uvádzali priemerné skóre sociálnej opory vyššie ako 63,0, vykazovali najnižšie skóre v EPI ($M = 1,55$) – tento uzol je koncový a zároveň z hľadiska posudzovania rizikovosti aj najmenej rizikový a patrí doň 311 respondentov (dendogram 2). Druhú vetvu dendogramu tvorí 642 respondentov, ktorí uvádzali v premennej **sociálna opora v časti ako často od matky** skóre od 38,0 – 63,0. Respondenti sa ďalej delia podľa premennej **sociálna opora v časti, ako je to dôležité od otca**.

Najrizikovejším uzlom celkového počtu respondentov bola skupina 154 respondentov, ktorí uvádzali túto hodnotu v rozmedzí nad 31,0; pričom priemerné skóre EPI je $M = 2,00$. Ako sme spomenuli vyššie, sociálna opora v časti „ako je to dôležité“ nie je o reálne poskytovanej opore, ale o jej dôležitosti pre respondenta.

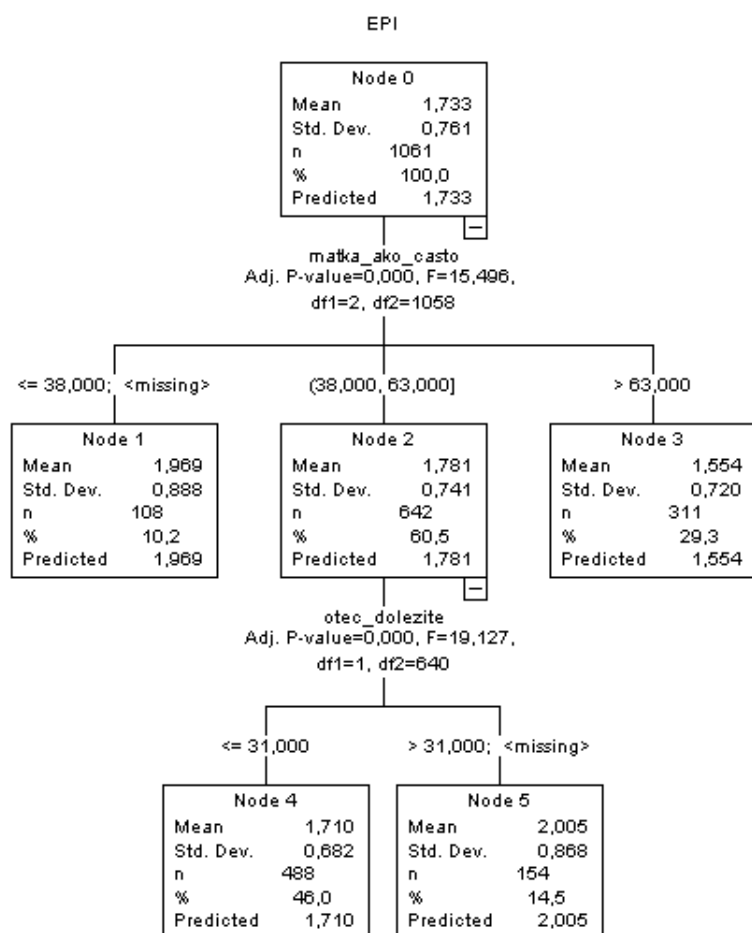
Druhým najrizikovejším uzlom je uzol z poslednej vetvy dendogramu – 108 respondentov, ktorí uvádzali najnižšie skóre v premennej **sociálna opora v časti ako často od matky** $< 38,0$.

Rizikové prediktory excesívneho používania internetu v kontexte sociálnej opory, ktoré sme identifikovali, sú nasledovné:

- nízka hodnota sociálnej opory v časti ako často – matka
- vysoká hodnota sociálnej opory v časti ako je to dôležité – otec.

⁵ Premenná sociálna opora v časti ako často od matky nadobúda priemer $M = 55,24$ max. 72, min. 12

Dendrogram 2



Zhrnutie (závery) autorského výskumu

Hlavným cieľom nášho výskumu bolo zistiť správanie adolescentov v súvislosti s používaním internetu so zameraním na identifikáciu rizikových skupín a rizikových prediktorov excesívneho používania internetu. Identifikácia rizikových skupín a rizikových prediktorov patrí k základným predpokladom presne zacielených selektívno-indikovaných preventívnych prístupov, ktoré považujeme za najefektívnejšie pri práci s adolescentmi.

Respondenti nášho výskumného súboru trávajú svoj voľný čas viac pasívnym ako aktívnym spôsobom, pričom k najfrekvencovanejším aktivitám patria aktivity spojené práve s internetom. Na internete trávajú cez týždeň v priemere takmer päť hodín, čo je hodnota porovnateľná s počtom hodín, ktoré trávajú deti na internete cez týždeň podľa výskumu EU Kids Online (každé piate dieťa a dospelávajúci trávi na internete počas pracovných dní viac ako štyri hodiny denne) (Izrael et al., 2020). Cez víkendové dni je počet hodín strávených na internete ešte vyšší – je to o niečo málo viac ako šesť hodín.

Keďže ani v literatúre a v realizovaných výskumných štúdiách nie je zhoda jednak v meracích nástrojoch, a jednak v spôsoboch vyhodnocovania týchto nástrojov, nami použitú škálu EIU sme vyhodnotili dvomi spôsobmi. Podľa prísnejšieho spôsobu hodnotenia boli identifikovaní 3 (0,3 %) respondenti spadajúci do kategórie excesívnych používateľov internetu a podľa jemnejšieho spôsobu bolo takýchto respondentov identifikovaných 124 (11,7 %). V analýzach, ktoré nasledovali, sme pracovali s týmto jemnejším vyhodnotením excesívneho používania internetu. V excesívnom používaní internetu sa od seba neodlišujú dievčatá a chlapci, ani adolescenti pochádzajúci z vidieka a z mesta. Premenná, v ktorej sa preukázali štatisticky významné rozdiely, je pravidelná návšteva kostola, pričom počet adolescentov, ktorí pravidelne navštevujú kostol, vykazujú menší podiel v excesívnom používaní internetu.

Pri identifikovaní vzťahov medzi excesívnym používaním internetu sa preukázalo, že pasívny voľný čas, skóre v sensation seeking, problémové správanie a čas strávený na internete cez víkend spolu pozitívne korelujú – excesívne používanie internetu je vyššie, čím je skóre dosiahnuté v uvedených premenných vyššie. V prípade sociálnej opory sa preukázala negatívna korelácia – čím je sociálna opora nižšia, tým je excesívne používanie internetu vyššie.

Pri identifikácii prediktorov excesívneho používania internetu pomocou metódy decision tree sa ako rizikové prediktory preukázali vysoké skóre v problémovom správaní, vyšší počet hodín strávených na internete cez víkend, vysoké skóre v sensation seeking, vyšší vek a viac voľného času stráveného pasívnym spôsobom. K rizikovým teda patria adolescenti, ktorí vykazujú problémové správanie (napr. často sa hnevajú a strácajú nervy; obviňujú ich, že klamú a podvádzajú a berú si veci, ktoré im nepatria), v sobotu a v nedeľu trávajú veľa času na internete, sú náchylní na vyhľadávanie senzácií (robia nebezpečné veci pre zábavu aj napriek tomu, že sú rizikové), majú viac ako 12 rokov a trávajú voľný čas pasívnym spôsobom.

Pri uvažovaní o sociálnej opore ako o komplexe viacerých premenných, ktoré by mohli vstúpiť do algoritmu decision tree ako nezávislé premenné a excesívne používanie internetu ako závislá premenná, môžeme skonštatovať, že ako riziková sa preukázala nízka hodnota sociálnej opory v časti ako často u matky (ide o frekvenciu poskytovania sociálnej opory) a vysoká hodnota sociálnej opory v časti ako je to dôležité u otca (ide o to, za akú dôležitú považujú respondenti sociálnu oporu). K rizikovým teda patria respondenti, ktorých matka pri poskytovaní sociálnej opory zlyháva a ktorí zároveň považujú otca v tomto smere za veľmi dôležitého (ale pravdepodobne sa im sociálnej opory z jeho strany nedostáva).

Použitá metóda identifikovala rizikové faktory a rizikových adolescentov v kontexte excesívneho používania internetu, pričom, ako bolo spomenuté vyššie, identifikácia môže slúžiť ako základ tvorby presne zacielených selektívno-indikovaných preventívnych prístupov, ktoré považujeme za najúčinnnejšie pri práci s adolescentmi.

Záver

Vedecká monografia má za cieľ poskytnúť čo najkomplexnejší pohľad na problematiku excesívneho používania internetu, ktoré sa stáva bežnou súčasťou života adolescentov a napriek nesporným pozitívam digitálnych technológií prináša do ich života aj množstvo negatív.

V úvodných kapitolách monografie sú popísané teoretické východiská zamerané na objektívne pochopenie fenoménu excesívneho používania internetu, na vymedzenie konceptu závislosti od internetu a zároveň aj na charakteristiku ich prekrývajúcich sa znakov a prejavov. Nechýba špecifikácia obdobia adolescencie, na ktoré je v kontexte excesívneho používania internetu zameraná celá monografia. Súčasťou teoretickej časti monografie je pohľad na prevenciu a jej úlohy na všetkých úrovniach a podrobný prehľad terapie závislosti od internetu v súčasných podmienkach. Charakteristike motivačných rozhovorov v kontexte ich špecifik pri práci s adolescentmi je venovaná posledná kapitola teoretickej časti monografie.

Záverečná časť monografie je venovaná výskumným reflexiám v medzinárodnom a domácom kontexte a súčasne analýze autorských výskumných zistení. Naše výsledky poukazujú na alarmujúco vysoký počet hodín, ktoré trávajú adolescenti na internete cez pracovné dni a cez víkend, čo sa zároveň preukázalo ako rizikový faktor excesívneho používania internetu. Ďalšími rizikovými faktormi sú problémové správanie, vyhľadávanie senzácií (sensation seeking) a trávenie voľného času pasívnym spôsobom. V snahe poskytnúť účinnú a efektívnu prevenciu, prípadne terapiu, považujeme za nevyhnutné identifikovať tieto faktory a zohľadniť ich v poradenskej a terapeutickej intervencii s adolescentmi. Práve ich stanovenie nám totiž slúži pri výbere konkrétnych vekových skupín do preventívnych programov a zároveň umožňuje ich modifikáciu v rámci intervenčných programov.

Ako sme uviedli v úvode, veríme, že monografia prostredníctvom objektívnych vedeckých dát prispeje k lepšiemu poznaniu problematiky excesívneho používania internetu a závislosti od internetu a bude prospešná nielen odborníkom a odborníčkam z oblasti prevencie a terapie tohto novodobého fenoménu, ale aj ďalším pomáhajúcim profesionálom v práci s deťmi a mládežou.

Conclusion

The scientific monograph aims to provide the most comprehensive view possible of the issue of excessive use of the Internet, which is becoming a common part of adolescents' lives and, despite the undeniable advantages of digital technologies, brings a number of negative aspects into their lives.

The introductory chapters of the monograph describe the theoretical basis focused on an objective understanding of the phenomenon of excessive use of the Internet, the definition of the concept of Internet addiction as well as the characteristics of their overlapping signs and manifestations. They also include a specification of the period of adolescence, on which the whole monograph is focused in the context of excessive use of the Internet. The theoretical part of the monograph looks at prevention and its role at all levels and provides a detailed overview of the therapy of Internet addiction in the current conditions. The last chapter of the theoretical part of the monograph addresses the characteristics of motivational interviews in the context of their specifics when working with adolescents.

The final part of the monograph focuses on research reflections in the international and domestic context as well as the analysis of the author's research findings. Our results point to the alarmingly high number of hours that adolescents spend online on weekdays and weekends, which has proved to be a risk factor for excessive Internet use. Other risk factors include difficult behavior, sensation seeking and passive leisure. To provide effective and efficient prevention, or therapy, it is considered necessary to identify these factors and take them into account in counseling and therapeutic intervention with adolescents. Determination thereof supports us in the selection of specific age groups for prevention programs and at the same time allows their modification within the intervention programs.

As mentioned in the introduction, the monograph shall contribute to a better understanding of the issue of excessive Internet use and Internet addiction based on objective scientific data and will benefit not only experts in prevention and therapy of this modern phenomenon but also other assisting professionals working with children and young people.

Zoznam skratiek

AA	Anonymní alkoholicy (Alcoholics Anonymous)
ACT	Terapia prijatia a záväzku (Acceptance and Commitment Therapy)
ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou
AICA – S	Merací nástroj na zisťovanie závislosti od počítačových hier a internetu (The Assessment for Computer and Internet Addiction – Screener)
CA	Závislosť od počítačových hier (Computer Game Addiction)
CASSS	Škála sociálnej opory u detí a adolescentov (Child and Adolescent Social Support Scale)
CBT – IA	Kognitívno-behaviorálna terapia internetovej závislosti (Cognitive Behavioral Therapy – Internet Addiction)
CDR	Centrum pre deti a rodiny
CIAS	Chanova škála závislosti od internetu (Chen Internet Addiction Scale)
CPRVK	Centrum prevencie rizikové virtuálnej komunikácie
CPLDZ	Centrum pre liečbu drogových závislostí
CPPPaP	Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie
CSPP	Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva
DSM	Diagnostický a štatistický manuál mentálnych porúch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
EEG	Elektroencefalografia
EIU	Excesívne používanie internetu (Excessive Internet Use)
EMCDDA	Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť (European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction)
EPI	Excesívne používanie internetu
fMRI	Funkčná magnetická rezonancia
FOMO	Strach z premeškania, vynechania niečoho (Fear of Missing Out)
GA	Anonymní gambleri
GKO	Global Kids Online, neprekladá sa
GPIU	Všeobecné (generalizované) patologické používanie internetu (Generalized Pathological Use)
GPIUS2	Škála generalizovaného patologického používania internetu (Generalized Problematic Internet Use Scale-2)
HBSC	Medzinárodná štúdia o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní (Health Behavior in School-Aged Children)
HIV	Vírus ľudskej imunodeficiencie (Human Immunodeficiency Virus)
HRT	Terapia zameraná na redukciu škôd (Harm Reduction Therapy)
IA	Závislosť od internetu (Internet Addiction)

IAD	Porucha závislosti od internetu (Internet Addiction Disorder)
ICD	Medzinárodná klasifikácia chorôb – MKCH (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
IGD	Porucha internetového hrania (Internet Gaming Disorder)
I-PACE	Model interakcie človek-afekt-kognícia-exekúcia (The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution)
IRP	Individuálny resocializačný plán
KBT	Kognitívno-behaviorálna terapia
MMORPG	Virtuálna hra s hraním rolí pre veľké množstvo hráčov (Massive Multiplayer Online Role-Playing Game)
MR	Motivačný rozhovor
NAcc	Nucleus Accumbens
NIDA	National Institute of Drug Addictions, USA
NMCD	Národné monitorovacie centrum pre drogy
NPS	Národná protidrogová stratégia
NR SR	Národná rada Slovenskej republiky
PET	Pozitrónová emisná tomografia
PPI	Patologické používanie internetu
RCT	Znáhodňované klinické kontrolné skúšky (Randomized Controlled Trials)
SFBT	Krátka na riešenie zameraná terapia (Solution Focused Brief Therapy)
sMRI	Štruktúrna magnetická rezonancia
SMT	Typ preventívneho programu (Self-Management Training), neprekladá sa
SO	Sociálna opora
SPOD a SK	Sociálnoprávna ochrana detí a sociálna kuratela
SPECT	Jednofotónová emisná tomografia
SPIU	Špecifické patologické používanie internetu (Specific Pathological Use)
SSRIs	Selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)
STICA	Krátka manualizovaná terapia závislosti od internetu a počítačových hier (Short-Term Treatment of Internet and Computer Game Addiction)
SŠ	Stredná škola
ŠVZ	Špeciálne výchovné zariadenie
TENS	Elektrická nervová stimulácia (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)
TPS	Teória problémového správania (Problem-Behavior Theory)
VŠ	Vysoká škola
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organization)
YSR	Sebavýpoveď mládeže (Youth Self-Report)
ZŠ	Základná škola

Zoznam bibliografických odkazov

- Aboujaoude, E. (2018). Problematic Internet use two decades later: apps to wean us off apps. *CNS Spectrums*, 24(04), 371–373. doi:10.1017/s109285291800127x.
- Alavi, S. S., Ferdosi, M., Jannatifard, F., Eslami, M., Alaghemandan, H., & Setare, M. (2012). Behavioral Addiction versus Substance Addiction: Correspondence of Psychiatric and Psychological Views. *International Journal of Preventive Medicine*, 3(4), 290-294.
- Alimoradi, Z., Lin, C. Y., Broström, A., Bülow, P. H., Bajalan, Z., Griffiths, M. D., ... & Pakpour, A. H. (2019). Internet addiction and sleep problems: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 47, 51-61.
- Almáši, M. (2019). Analysis Of Voluntary Non-Engagement of Young Men in the Life of Society: Computer Games and Online Porn – A Challenge for Social Work. In *CER Comparative European Research 2019: proceedings/research track of the 11th Biannual CER Comparative European Research Conference*, (s. 101-105). Sciemcee Publishing. <https://bit.ly/3hkBl6f>.
- Almáši, M. (2020). *Sociálna zrelosť mužov v súvislosti s kyberazylom v digitálnom veku* (Kód záverečnej práce 72f7fa34-ffe6-4d70-ab02-aa721b6359c0) [Dizertačná práca, Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici]. Centrálny register záverečných a kvalifikačných prác.
- Almáši, M., & Šavrnochová, M. (2020). Od klienta sociálnej práce k e-klientovi sociálnej práce: Výzva slovenskej sociálnej práce v digimodernizme. *Čo prinieslo sociálnej práci 100 rokov? Minulé a súčasné podoby sociálnej práce*. 8. ročník Košických dní sociálnej práce: Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou (14-24). Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. <https://bit.ly/32hn9Wu>.
- Andreassen, C. S. (2015). Online Social Network Site Addiction: A Comprehensive Review. *Current Addiction Reports*, 2(2), 175–184. doi:10.1007/s40429-015-0056-9.
- Andreassen, C., & Pallesen, S. (2014). Social Network Site Addiction – An Overview. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4053–4061. doi:10.2174/13816128113199990616.
- Andreassen, C. S., Torsheim, T., Brunborg, G. S., & Pallesen, S. (2012). Development of a Facebook Addiction Scale. *Psychological Reports*, 110, 501–517. doi:10.2466/02.09.18.PR0.110.2.501-517.
- Arslan, G. (2017). Psychological maltreatment, forgiveness, mindfulness, and internet addiction among young adults: A study of mediation effect. *Computers in Human Behavior*, 72, 57–66. doi:10.1016/j.chb.2017.02.037.

- Asociácia nízkoprahových programov pre deti a mládež.* (2020). Bratislava. [cit. 2020-11-21]. Dostupné z: <http://nizkoprah.sk/>.
- Augier, E., Barbier, E., Dulman, R. S., Licheri, V., Augier, G., Domi, E., ... & Heilig, M. (2018). A molecular mechanism for choosing alcohol over an alternative reward. *Science*, 360(6395), 1321–1326. doi:10.1126/science.aao1157.
- Avcı, D. K., & Şahin, H. A. (2017). Relationship between Burnout Syndrome and Internet Addiction, and the Risk Factors in Healthcare Employees. *Konuralp Tıp Dergisi*, 9(2), 78-85.
- Aznar-Díaz, I., Romero-Rodríguez, J. –M., García-González, A., & Ramírez-Montoya, M. (2020). Mexican and spanish university students' internet addiction and academic procrastination: Correlation and potential factors. *PLoS ONE*, 15(5) doi:10.1371/journal.pone.0233655.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147. doi:10.1037/0003-066x.37.2.122.
- Baer, J. S., & Peterson, P. L. (2002). Motivational interviewing whit adolescents and young adults. In Miller, W. R. & Rollnick, S. (eds.): *Motivational interviewing: Preparing people for change*. 2nd Ed. (s. 320-332). New York: Guilford Press.
- Beard, K. W. (2011). Working with Adolescents Addicted to the Internet. In Young, K. S. & Nabuco de Abreu, S. *Internet Addiction. A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. 173-189.
- Beard, K. W., & Wolf, E. M. (2001). Modification in the Proposed Diagnostic Criteria for Internet Addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 4(3), 377–383. doi:10.1089/109493101300210286.
- Bernardi, S., & Pallanti, S. (2009). Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 50(6), 510–516. doi:10.1016/j.comppsy.2008.11.011.
- Bener, A., Al-Mahdi, H. S., Ali, A. I., Al-Nufal, M., Vachhani, P. J., & Tewfik, I. (2010). Obesity and low vision as a result of excessive Internet use and television viewing. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 62(1), 60–62. doi:10.3109/09637486.2010.495711.
- Bener, A., Yildirim, E., Torun, P., Çatan, F., Bolat, E., Alıç, S., ... & Griffiths, M. D. (2018). Internet Addiction, Fatigue, and Sleep Problems Among Adolescent Students: a Large-Scale Study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17(4), 959–969. doi:10.1007/s11469-018-9937-1.
- Benkovič, J. (2007). Nelátkové závislosti v ambulancii praktického lekára. *Via Practica* 11, s. 530-533.
- Berghel, H. (2018). Malice Domestic: The Cambridge Analytica Dystopia. *Computer*, 51(5), 84–89. doi:10.1109/mc.2018.2381135.
- Bez internetu.* (2020). E-Slovensko [online]. Bratislava. [cit. 2020-11-21]. Dostupné z: <https://eslovensko.sk/wordpress/bezinternetu/>.

- Bezpečne na nete*. (2020). ESET, spol. s.r.o. [cit. 2020-11-21]. Dostupné z: <https://bezpecnenanete.eset.com/sk/>.
- Bhandari, P. M., Neupane, D., Rijal, S., Thapa, K., Mishra, S. R., & Poudyal, A. K. (2017). Sleep quality, internet addiction and depressive symptoms among undergraduate students in Nepal. *BMC Psychiatry*, 17(1). doi:10.1186/s12888-017-1275-5.
- Billieux, J., van Rooij, A. J., Heeren, A., Schimmenti, A., Maurage, P., Edman, J., ... & Kardefelt-Winther, D. (2017). Behavioural Addiction Open Definition 2.0-using the Open Science Framework for collaborative and transparent theoretical development. *Addiction*, 112(10), 1723–1724. doi:10.1111/add.13938.
- Blatný, M., Hrdlička, M., Sobotková, V., Jelínek, M., Květon, P., & Vobořil, D. (2006). Prevalence antisociálního chování českých adolescentů z městských oblastí. *Československa Psychologie*, 2006, roč. 50, č.4, s. 297 - 310.
- Blinka, L. (2008). The Relationship of Players to Their Avatars in MMORPGs: Differences between Adolescents, Emerging Adults and Adults. *Cyberpsychology. Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*. 2(1), 5. Dostupné z: <https://cyberpsychology.eu/article/view/4211/3252>.
- Blinka, L., Škařupová, K., Ševčíková, A., Licehammerová, Š., & Vondráčková, P. (2015). *Online závislosti*. Praha: Grada Publishing.
- Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *American Journal of Psychiatry*, 165, 306–307. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07101556.
- Brand, M., Young, K. S., Laier, C., Wölfling, K., & Potenza, M. N. (2016). Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific Internet-use disorders: An Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 71, 252–266. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.08.033.
- Busch, V., de Leeuw, R. J. J., & Schrijvers, A. J. P. (2013). Results of a multibehavioral health-promoting school pilot intervention in a Dutch secondary school. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 400–406. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.07.008.
- Bútora, M. (1991). *Prekročit svůj stín*. Praha: Avicenum, 238 s.
- CA16207 – European Network for Problematic Usage of the Internet [online]. 2020: *European Commission*, 2020 [cit. 2020-11-12]. Dostupné z: <https://www.cost.eu/actions/CA16207/#tabs|Name:overview>.
- Calvete, E., Gámez-Guadix, M., & Cortazar, N. (2017). Mindfulness facets and problematic Internet use: A six-month longitudinal study. *Addictive Behaviors*, 72, 57–63. doi:10.1016/j.addbeh.2017.03.018.
- Caplan, S. E. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior*, 18(5), 553–575. doi:10.1016/s0747-5632(02)00004-3.

- Caplan, S. E. (2007). Relations Among Loneliness, Social Anxiety, and Problematic Internet Use. *CyberPsychology & Behavior*, 10(2), 234–242. doi:10.1089/cpb.2006.9963.
- Caplan, S. E. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Computers in Human Behavior*, 26(5), 1089–1097. doi:10.1016/j.chb.2010.03.012.
- Caplan, S. E., & High, A. C. (2006). Beyond Excessive Use: The Interaction between Cognitive and Behavioral Symptoms of Problematic Internet Use. *Communication Research Reports*, 23(4), 265–271. doi:10.1080/08824090600962516.
- Cash, H., D. Rae, C., H. Steel, A., & Winkler, A. (2012). Internet Addiction: A Brief Summary of Research and Practice. *Current Psychiatry Reviews*, 8(4), 292–298. doi:10.2174/157340012803520513.
- Castellacci, F., & Tveito, V. (2018). Internet use and well-being: A survey and a theoretical framework. *Research Policy*, 47(1), 308–325. doi:10.1016/j.respol.2017.11.007.
- 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 into the New Millennium. *CyberPsychology & Behavior*, 1(2), 187–193. doi:10.1089/cpb.1998.1.187.
- Crosby, J. M., & Twohig, M. P. (2016). Acceptance and Commitment Therapy for Problematic Internet Pornography Use: A Randomized Trial. *Behavior Therapy*, 47(3), 355–366. doi:10.1016/j.beth.2016.02.001.
- Costa, F., & Jessor, R. (2001). *Problem-Behavior Theory ~ A Brief Overview*. In: Institut of Behavioral Science [online]. Colorado, USA, 2001. Dostupné z: https://ibs.colorado.edu/jessor/pb_theory.html.
- Da Charlie, Ch. W. HyeKyung, Ch., & Khoo, A. (2011). Role of Parental Relationships in Pathological Gaming. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 30, 1230–1236. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.238.
- Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17(2), 187–195. doi:10.1016/s0747-5632(00)00041-8.
- Debbarma, R., & Umadevi, G. (2018). Social Anxiety and Problematic Internet Use among University Students. *American Journal of Pharmacy And Health Research*, 6(2), 25–36. doi:10.46624/ajphr.2018.v6.i2.003.
- de Leeuw, R. J., de Bruijn, M., de Weert-van Oene, G. H., & Schrijvers, A. J. P. (2010). Internet and game behaviour at a secondary school and a newly developed health promotion programme: A prospective study. *BMC Public Health*, 10(1), 544–551. doi:10.1186/1471-2458-10-544.
- Delmonico, D. L., & Griffin, E. J. (2011). Cybersex Addiction and Compulsivity. In Young, K. S. & Nabuco de Abreu, S. *Internet Addiction. A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. 113–131.

- Dell'Osso, B., Di Bernardo, I., Chamberlain, S., & Fineberg, N. (2020). Learning to deal with Problematic Usage of the Internet. *COST Action CA16207*. [cit. 2020-11-12]. Dostupné z: https://www.internetandme.eu/wp-content/uploads/2020/10/PUICompanionBook_high-pp-distese.pdf.
- Dempsey, A. E., O'Brien, K. D., Tiamiyu, M. F., & Elhai, J. D. (2019). Fear of missing out (FoMO) and rumination mediate relations between social anxiety and problematic Facebook use. *Addictive Behaviors Reports*, 9, 100150. doi:10.1016/j.abrep.2018.100150.
- De Shazer, S., & Fafejta, O. (2014). *Zázračná otázka: krátká terapie zaměřená na řešení*. Portál.
- Deti na nete. (2020). [cit. 2020-11-21]. Dostupné z: <https://www.detinanete.sk/>.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. (2013). doi:10.1176/appi.books.9780890425596.893619.
- Digitálna inteligencia*. (2020). Bratislava. [cit. 2020-11-21]. Dostupné z: <https://digiq.sk/>.
- Dong, G., & Potenza, M. N. (2014). A cognitive-behavioral model of Internet gaming disorder: Theoretical underpinnings and clinical implications. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 7–11. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.07.005.
- Dousti, P., Gholami, S., & Torabian, S. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on aggression among students with internet addiction. *Journal of health and care*, 18(1), 63-72.
- Dragulová, A., Hargašová, M., Kopányiová, A., & Smiková, E. (2013). *Nové metódy odbornej činnosti v systéme výchovného poradenstva a prevencie*. Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum.
- Du, Y., Jiang, W., & Vance, A. (2010). Longer Term Effect of Randomized, Controlled Group Cognitive Behavioural Therapy for Internet Addiction in Adolescent Students in Shanghai. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 129–134. doi:10.3109/00048670903282725.
- Dulovics, M., & Sámelová, S. (2020). Prevalencia návykového správania vo vzťahu k vybraným online aktivitám u žiakov stredných škôl. In Zborník vedeckých štúdií: *Behaviorálne závislosti v kontexte sociálneho fungovania*. (24-33). Belianum – Vydavateľstvo Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici.
- Effatpanah, M., Moharrami, M., Damavandi, G. R., Aminikhah, M., Nezhad, M. H., Khatami, F., & Yekaninejad, M. S. (2020). Association of internet addiction with emotional and behavioral characteristics of adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry*, 15(1), 55-66.
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2009). *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. A review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Thematic Papers. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Erikson, E. H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo.

- ESlovensko. (2020). Bezinternetu.sk: O projekte [online]. Eslovensko.sk. <https://bit.ly/2G5xvwK>.
- EU Kids Online 2020 [online]. 2020: LSE, 2020 [cit. 2020-11-12]. Dostupné z: <https://www.lse.ac.uk/media-and-communications/research/research-projects/eu-kids-online/eu-kids-online-2020>.
- Fang-ru, Y. A. N. G. (2005). The Effect of Integrated Psychosocial Intervention on 52 Adolescents with Internet Addiction Disorder [J]. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 3.
- Fernandez, O. L., & Kuss, D. (2019). Harmful internet use-Part I: Internet addiction and problematic use. *European Parliamentary Research Service*.
- Fertal'ová, T., Ondriová, I., Hadašová, L., Dimunová, L., Cínová, J., Šantová, T., Šulíčková, A., Cibříková, S., & Cuperová, J. (2019). Úroveň závislosti od internetu - prieskum. *Česká a slovenská psychiatrie*, 115(1), 9 - 13.
- Fischer, S., & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada.
- Gabrhelík, R. (2015a). Základní úrovně provádění prevence (Basic levels of prevention implementation). In Miovský, M. et al. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování* (s. 204-208). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.
- Gabrhelík, R. (2015b). Teoretické modely ve školské prevenci a základní typy preventivních programů. In Miovský, M. et al. *Prevence rizikového chování ve školství* (s. 62-71). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.
- Gallà, M., Aertsen, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R., Fischer, U., Habils, K., Jaspers, D., Koller, M., Lee, H., Michaelis, T., & Sannen, A. (2007). *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Trimbos Institute, Utrecht, 2002. SANANIM, o. s., 2. vydanie v českém jazyku.
- Gavriel-Fried, B., & Ronen, T. (2016). Positive Emotions as a Moderator of the Associations Between Self-Control and Social Support Among Adolescents with Risk Behaviors, *International Journal Of Mental Health & Addiction*, 14, 2, pp. 121-134. doi: 10.1007/s11469-015-9580-z.
- Ge, L., Ge, X., Xu, Y., Zhang, K., Zhao, J., & Kong, X. (2011). P300 change and cognitive behavioral therapy in subjects with Internet addiction disorderA 3-month follow-up study. *Neural Regeneration Research*, 6(26), 2037-2041.
- Gentile, D. A., Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D., Fung, D., & Khoo, A. (2011). Pathological video game use among youths: A two-year longitudinal study. *Pediatrics*, 127(2), e319-e329. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1353>.
- Gioka, S., Kefaliakos, A., Ioannou, A., Mechili, A., & Diomidous, M. (2014). Hospital based Treatment for Internet Addicts. *Studies in health technology and informatics*, 202, 279-282.

- Giffords, D. E. (2009). The Internet and Social Work: The Next Generation. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, roč. 90 (4), s. 413-417.
- Giddens, A. (2013). *Sociologie*. Vyd. 1., Praha: Argo.
- Glasser, W. (2001). Counseling with choice theory: *The new reality therapy*. Harper Collins.
- Global Kids Online. Creative Commons Attribution-NonCommercial CC BY-NC, 2020. Dostupné z: <http://globalkidsonline.net/>.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Griffiths, M. (1995). Technological addictions. *Clinical psychology forum* (pp. 14-14). *Division of Clinical Psychology of the British Psychol Soc*.
- Griffiths, M. (1998). Internet addiction: Does it really exist? In J. Gackenbach (Ed.), *Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications* (p. 61-75). Academic Press.
- Griffiths, M. (1999). Internet addiction: Fact or fiction? *The Psychologist*, 12(5), 246-250.
- Griffiths, M. (2005). A "components" model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191-197. doi:10.1080/14659890500114359.
- Gross, E. F. (2004). Adolescent Internet use: What we expect, what teens report. *Applied Developmental Psychology*, 25(6), 633-649. doi:10.1016/j.appdev.2004.09.005
- Gul, H., Yurumez Solmaz, E., Gul, A., & Oner, O. (2017). Facebook overuse and addiction among Turkish adolescents: are ADHD and ADHD-related problems risk factors? *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28(1), 80-90. doi:10.1080/24750573.2017.1383706.
- Guo, W., Tao, Y., Li, X., Lin, X., Meng, Y., Yang, X., Wang, H., Zhang, Y., Tang, W., Wang, Q., Deng, W., Zhao, L., Ma, X., Li, M., Chen, T., Xu, J., Li, J., Hao, W., Lee, S., Coid, J.W., Greenshaw, A.J., & Li, T. (2020). Associations of Internet Addiction Severity With Psychopathology, Serious Mental Illness, and Suicidality: Large-Sample Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res*; 22(8):e17560. doi:10.2196/17560.
- Gürarslan Baş, N., & Karatay, G. (2020). Effects of technology usage on the addictive behaviors of secondary school students. *Perspectives in Psychiatric Care*. doi:10.1111/ppc.12504.
- Hall, A. S., & Parsons, J. (2001). Internet addiction: College student case study using best practices in cognitive behavior therapy. *Journal of mental health counseling*, 23(4), 312.
- Han, J., Seo, Y., Hwang, H., Kim, S. M., & Han, D. H. (2020). Efficacy of cognitive behavioural therapy for internet gaming disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 27(2), 203-213. doi:10.1002/cpp.2419.

- Hapalová, M. (2017). *Nízkoprahové kluby pre deti a mládež*. Implementačná agentúra Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2016). *Acceptance and commitment therapy, Second Edition: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Heath, M., Sutherland, C., Bartel, K., Gradisar, M., Williamson, P., Lovato, N., & Micic, G. (2014). Does one hour of bright or short-wavelength filtered tablet screenlight have a meaningful effect on adolescents' pre-bedtime alertness, sleep, and daytime functioning? *Chronobiology International*, 31(4), 496–505. doi:10.3109/07420528.2013.872121.
- Holdoš, J. (2009). Možnosti pozitívneho využitia efektu disinhibovaného správania v prostredí internetu u adolescentov. *Premeny psychológie v európskom priestore. 27. Psychologické dni : zborník príspevkov*. Bratislava : Stimul, 2009. 74-9, S. 339-343.
- Holdoš, J. (2013). Závislosť vysokoškolákov od internetu. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. 47(2), s. 162-174.
- Holdoš, J. (2015). Závislosť od internetu u mladých ľudí na Slovensku. *Internet a jeho súvislosti v sociálnych vedách*. Ružomberok: VERBUM – vydavateľstvo KU, 2015.
- Holdoš, J. (2016). Type D Personality in the Prediction of Internet Addiction in the Young Adult Population of Slovak Internet Users. *Current Psychology*, 36(4), 861–868. doi:10.1007/s12144-016-9475-6.
- Holdoš, J., & Ďurka, R. (2015). Internetová závislosť a osobnosť typu D (Sociálna inhibícia a negatívna afektivita v kontexte problematického používania internetu v populácii univerzitných študentov. [online]. *Internet a jeho súvislosti v sociálnych vedách*. Ružomberok: VERBUM.
- Holdoš, J., Ďurka, R., & Izrael, P. (2017). Závislosť od internetu a osobnosť typu D v porovnaní dvoch výskumných štúdií. *Sociálne procesy a osobnosť 2016*. Ústav experimentálnej psychológie, CSPV SAV, 2017, 170 - 178.
- Holdoš, J., & Druso, L. (2018). Vzťah medzi závislosťou od online sociálnych sietí a spánkovými návykmi u pubescentov. *Zborník vedeckovýskumných prác Katedry pedagogiky*. Vydavateľstvo Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici - Belianum, s. 123-132.
- Hostovecký, M., Pietriková, M., & Tóthová, D. (2019). A Study of Risk Internet Addiction among University Students. *17th International Conference on Emerging eLearning Technologies and Applications (ICETA)*, Starý Smokovec, Slovakia, doi: 10.1109/ICETA48886.2019.9039976.
- Howatt, W.A. (2003). Choice Theory: a core addiction recovery tool. *International Journal of Reality Therapy*, 22(2), 12-15.
- Huang, X., Li, M., & Tao, R. (2010). Treatment of Internet Addiction. *Current Psychiatry Reports*, 12(5), 462–470. doi:10.1007/s11920-010-0147-1.
- Hupková, I., & Liberčanová, K. (2012). *Drogové závislosti a ich prevencia*. Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave.

- Hupková, I. (2016). Výzvy pre pomáhajúce profesie – prevencia nelátkových závislostí vo vzťahu k deťom a mládeži. *Sociálna prevencia*. 01/2016. (18-21).
- Chráska, M. (2016). *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitatívneho výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada.
- Choi, J., Cho, H., Lee, S., Kim, J., & Park, E.-C. (2018). Effect of the Online Game Shutdown Policy on Internet Use, Internet Addiction, and Sleeping Hours in Korean Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 62(5), 548–555. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.11.291.
- Chun, J., Shim, H., & Kim, S. (2017). A Meta-Analysis of Treatment Interventions for Internet Addiction Among Korean Adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(4), 225–231. doi:10.1089/cyber.2016.0188.
- International Classification of Diseases 11th Revision* [online]. 2020 [cit. 2020-10-21]. Dostupné z: <https://icd.who.int/en>.
- Izrael, P. (2017). To be on facebook or not to be: slovak young people and their use of social networking sites. *Informatologia*, 50(1-2), 63-73.
- Izrael, P., Holdoš, J., & Hasák, M. (2019). Sociálne siete a excesívne používanie internetu a sociálnych médií. *Správa z výskumu EU Kids Online IV na Slovensku*. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku.
- Izrael, P., Holdoš, J., Ďurka, R., & Hasák, M., (2020). Slovenské deti a dospievajúci na internete. *Záverečná správa z výskumu EU Kids Online IV – Slovenská republika*. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku.
- Jandourek, J. (2011). *Sociologie zločinu: proč lidé vraždí a jezdí načerno*. Praha: Portál.
- Janková, M. (2020). *Význam internetu a sociálnych sietí v živote žiakov základných a stredných škôl*. Bratislava: Centrum vedecko-technických informácií SR.
- Jäger, S., Müller, K. W., Ruckes, C., Wittig, T., Batra, A., Musalek, M., ... & Beutel, M. E. (2012). Effects of a manualized short-term treatment of internet and computer game addiction (STICA): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13(1). doi:10.1186/1745-6215-13-43.
- Jessor, R., Graves, T.D., Hanson, R.C., & Jessor, S.L. (1968). *Society, Personality, and Deviant Behavior: A Study of a Tri-ethnic Community*. New York: Holt, Rinehart, and Winston. Reprinted by Kreiger Publishing Company, Inc., Melbourne, FL.
- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). *Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*. New York: Academic Press.
- Jessor, R., Turbin, M., & Costa, F. (2010). Predicting Developmental Change in Healthy Eating and Regular Exercise among Adolescents in China and the United States: The Role of Psychosocial and Behavioral Protection and Risk. *Journal Of Research On Adolescence*. 20, 3, pp. 707-725. doi: 10.1111/j.1532-7795.2010.00656.x.
- Kabíček, P., Csémy, L., Hamanová, J. et al. (2014). *Rizikové chování v dospívání*. Praha: Triton.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of sexual behavior*, 39 (2), 377–400.

- Kahan, J., & Žiaková, E. (2018). Loneliness and the Prospect of Abstinence in Addicts in the Context of the Ecosystem Meta-theory of Social Work. *Adiktologie*, 18(3-4), 199-206.
- Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalmus, V., Siibak, A., & Blinka, L. (2014). Internet and Child Well-Being. *Handbook of Child Well-Being*, 2093–2133. doi:10.1007/978-90-481-9063-8_75.
- Kaneez, F. S., Zhu, K., Tie, L., & Osman, N. B. H. (2013). Is Cognitive Behavioral Therapy an Intervention for Possible Internet Addiction Disorder? *Journal of Drug and Alcohol Research*, 2, 1–9. doi:10.4303/jdar/235819.
- Karacic, S., & Oreskovic, S. (2017). Internet Addiction Through the Phase of Adolescence: A Questionnaire Study. *JMIR Mental Health*, 4(2), e11. <https://doi.org/10.2196/mental.5537>.
- Kargın M., Türkbën Polat H., & Coşkun Şimşek D. (2020). Evaluation of internet addiction and fear of missing out among nursing students. *Perspect Psychiatr Care*, 1–6. doi:10.1111/ppc.12488.
- Kardefelt-Winther, D. (2014). A conceptual and methodological critique of internet addiction research: Towards a model of compensatory internet use. *Computers in Human Behavior*, 31, 351–354. doi:10.1016/j.chb.2013.10.059.
- Kawabe, K., Horiuchi, F., Ochi, M., Oka, Y., & Ueno, S. (2016). Internet addiction: Prevalence and relation with mental states in adolescents. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(9), 405–412. doi:10.1111/pcn.12402.
- Ke, C. L., & Shih-Tsung, C. (2019). Applied mindfulness smartphone app helps mitigating smartphone addiction. *European Neuropsychopharmacology*, 29, S530–S531. doi:10.1016/j.euroneuro.2018.11.786.
- Kemp, S. (2019). The Global State of Digital in 2019. *Hootsuite*. <https://hootsuite.com/resources/digital-in-2019>.
- Khazaei, F., Khazaei, O., & Ghanbari-H., B. (2017). Positive psychology interventions for internet addiction treatment. *Comput. Hum. Behav.*, 72, 304-311.
- Kim, K., Lee, H., Hong, J. P., Cho, M. J., Fava, M., Mischoulon, D., ... & Jeon, H. J. (2017). Poor sleep quality and suicide attempt among adults with internet addiction: A nationwide community sample of Korea. *PLOS ONE*, 12(4), e0174619. doi:10.1371/journal.pone.0174619.
- Kim, S. Y., Kim, M.-S., Park, B., Kim, J.-H., & Choi, H. G. (2017). The associations between internet use time and school performance among Korean adolescents differ according to the purpose of internet use. *PLOS ONE*, 12(4), e0174878. doi:10.1371/journal.pone.0174878.

- King, S. A. (1999). Internet Gambling and Pornography: Illustrative Examples of the Psychological Consequences of Communication Anarchy. *CyberPsychology & Behavior*, 2(3), 175–193. doi:10.1089/109493199316311.
- King, S. A., & Moreggi, D. (2007). Internet self-help and support groups: The pros and cons of text-based mutual aid. *Psychology and the Internet*, (pp. 221-244). Academic Press.
- King, A. L. S., Guedes, E., Neto, J. P., Guimarães, F., & Nardi, A. E. (2017). Nomophobia: Clinical and demographic profile of social network excessive users. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 8(4), 1-6.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Griffiths, M. D., & Gradisar, M. (2012). Cognitive-Behavioral Approaches to Outpatient Treatment of Internet Addiction in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 68(11), 1185–1195. doi:10.1002/jclp.21918.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Zwaans, T., & Kaptsis, D. (2013). Clinical features and axis I comorbidity of Australian adolescent pathological internet and video game users. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(11), 1058-1067. doi:10.1177/0004867413491159.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Doh, Y. Y., Wu, A. M. S., Kuss, D. J., Pallesen, S., Mentzoni, R., Carragher, N., & Sakuma, H. (2018). Policy and Prevention Approaches for Disordered and Hazardous Gaming and Internet Use: An International Perspective. *Prevention Science*, 19(2), 233-249. doi:10.1007/s11121-017-0813-1.
- Ko, C.-H., Yen, J.-Y., Chen, C.-S., Yeh, Y.-C., & Yen, C.-F. (2009). Predictive Values of Psychiatric Symptoms for Internet Addiction in Adolescents: A 2-year Prospective Study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(10), 937-943. doi:10.1001/archpediatrics.2009.159.
- Koh, Y.-S. (2015). The Korean National Policy for Internet Addiction. *Studies in Neuroscience, Psychology and Behavioral Economics*, 219–233. doi:10.1007/978-3-319-07242-5_13.
- Koh, Y. S. (2007). Development and application of K-Scale as diagnostic scale for Korean Internet addiction. *International Symposium on the Counseling and Treatment of Youth Internet Addiction*. Seoul: National Youth Commission, s. 294.
- Kohútová, K. (2020). Excesívne používanie internetu dospelými. *Information Bulletin Aimed at Prevention of Social-pathological Phenomena in the Education Sector*, Roč. 19, č. 1 (2020), s. 26-34.
- Kohútová, V. (2016). *Internetová poradňa IPčko.sk*. Virtuálna generácia neexistuje! Zborník Medzinárodnej vedeckej konferencie VIRTUÁLNA GENERÁCIA. IPčko, o. z., Fakulta psychológie Paneurópskej vysokej školy v Bratislave, 42-48.
- Koo, C., Wati, Y., Lee, C. C., & Oh, H. Y. (2011). Internet-Addicted Kids and South Korean Government Efforts: Boot-Camp Case. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(6), 391–394. doi:10.1089/cyber.2009.0331.

- Koranda, M. (2015). Specifika adiktologickej péče v dťstvtí a adolescenci. In Kalina, K. et al.: *Klinická adiktologie*. (545-558). Praha: Grada Publishing.
- Korkmaz, O., Celik, V., Yesilyurt, E., & Usta, E. (2017). From the Perspective of Loneliness and Cognitive Absorption Internet Addiction as Predictor and Predicted. *EURASIA Journal of Mathematics, Science and Technology Education*, 10(6). doi:10.12973/eurasia.2014.23560a.
- Korkmaz, M., & Kiran-Esen, B. (2012). The effects of peertraining about secure Internet use on adolescents. *Turkish Psychological Counseling & Guidance Journal*, 4(38), 180.
- Kováčová, B., Benčič, Š., & Valachová, D. (2019). Expressivity in Hidden Aggressive Behaviours of Children in Pre-Children Age. *Ad Alta. Journal of Interdisciplinary research*, 9(1), 153-156.
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. Portál.
- Kraus, B., & Bělík, V. (2018). Nové nežiaduce javy a problémy prevencie. *Sociálna prevencia*, 01, 6-7.
- Kto je ďalší*. (2020). Bratislava. [cit. 2020-11-21]. Dostupné z: <https://www.ktojedalsi.sk/>.
- Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing.
- Kulifaj, P. (2017). *Preventívne aktivity*. Implementačná agentúra Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky.
- Kurilla, A., Kamendy, Z., & Selepová, S. (2019). Problematické a patologické používanie internetu adolescentmi. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*. 2019, 54(3).
- Kuss, D. J., & Pontes, H. M. (2018). *Internet Addiction*. doi:10.1027/00501-000.
- Kuss, D., & Griffiths, M. (2017). Social Networking Sites and Addiction: Ten Lessons Learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), 311. doi:10.3390/ijerph14030311.
- Kuss, D. J., Griffiths, M. D., Karila, L., & Billieux, J. (2014). Internet addiction: A systematic review of epidemiological research for the last decade. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4026-4052.
- Kuss, D. J., & Lopez-Fernandez, O. (2016). Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. *World Journal of Psychiatry*, 6(1), 143. doi:10.5498/wjp.v6.i1.143.
- Kwon, J. H. (2011). Toward the Prevention of Adolescent Internet Addiction. In Young, K. S. & Nabuco de Abreu, C. *Internet Addiction. A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment* (223-243). John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.

- Kwon, J.-H., Chung, Ch.-S., & Lee, J. (2011). The Effects of Escape from Self and Interpersonal Relationship on the Pathological Use of Internet Games. *Community Mental Health Journal*, 47(1), 113–121. doi:10.1007/s10597-009-9236-1.
- Labáth, V., et al. (2001). *Riziková mládež*. Praha : SLON.
- Laconi, S., Rodgers, R. F., & Chabrol, H. (2014). The measurement of Internet addiction: A critical review of existing scales and their psychometric properties. *Computers in Human Behavior*, 41, 190–202. doi:10.1016/j.chb.2014.09.026.
- Lan, Y., Ding, J.-E., Li, W., Li, J., Zhang, Y., Liu, M., & Fu, H. (2018). A pilot study of a group mindfulness-based cognitive-behavioral intervention for smartphone addiction among university students. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 1171–1176. doi:10.1556/2006.7.2018.103.
- Lee, Y. S., Han, D. H., Yang, K. C., Daniels, M. A., Na, C., Kee, B. S., & Renshaw, P. F. (2008). Depression like characteristics of 5HTTLPR polymorphism and temperament in excessive internet users. *Journal of Affective Disorders*, 109(1-2), 165–169. doi:10.1016/j.jad.2007.10.020.
- Lelkes, O. (2013). Happier and less isolated: internet use in old age. *Journal of Poverty and Social Justice*, 21(1), 33–46. doi:10.1332/175982713x664047.
- Lemma, A. (2010). An Order of Pure Decision: Growing Up in a Virtual World and the Adolescent's Experience of Being-in-a-Body. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 58(4), 691–714. doi:10.1177/0003065110385576.
- Levin, M. E., Heninger, S. T., Pierce, B. G., & Twohig, M. P. (2017). Examining the feasibility of acceptance and commitment therapy self-help for problematic pornography viewing: Results from a pilot open trial. *The Family Journal*, 25(4), 306–312.
- Li, W., O'Brien, J. E., Snyder, S. M., & Howard, M. O. (2015). Characteristics of Internet Addiction/Pathological Internet Use in U.S. University Students: A Qualitative-Method Investigation. *PLOS ONE*, 10(2), e0117372. doi:10.1371/journal.pone.0117372.
- Lichner, V., & Šlosár, D. (2014). The correlates between Internet addictive behavior and psychosocial variables of using the social networks among slovak university students. [online]. *SGEM Conference on Psychology & Psychiatry Sociology & Healthcare, Education*.
- Lin, Y.-H., Lin, Y.-C., Lee, Y.-H., Lin, P.-H., Lin, S.-H., Chang, L.-R., ... & Kuo, T. B. J. (2015). Time distortion associated with smartphone addiction: Identifying smartphone addiction via a mobile application (App). *Journal of Psychiatric Research*, 65, 139–145. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.04.003.
- Lindenberg, K., Halasy, K., Szász-Janócha, C., & Wartberg, L. (2018). A Phenotype Classification of Internet Use Disorder in a Large-Scale High-School Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 733. doi:10.3390/ijerph15040733.

- Lindenberg, K., Kindt, S., & Szász-Janocha, C. (2020). *Internet Addiction in Adolescents. The PROTECT Program for Evidence-Based Prevention and Treatment*. Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-43784-8>.
- Liu, J., Nie, J., & Wang, Y. (2017). Effects of group counseling programs, cognitive behavioral therapy, and sports intervention on internet addiction in East Asia: a systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 14(12), 1470.
- Livingstone, S., Mascheroni, G., & Staksrud, E. (2018). European research on children's internet use: Assessing the past and anticipating the future. *New Media & Society*, 20(3), 1103–22. <https://doi.org/10.1177/1461444816685930>.
- Lopéz Peláez, L. A., & Marcuello-Servós, Ch. (2018). e-Social Work and Digital Society: Re-conceptualizing Approaches, Practices and Technologies. *European Journal of Social Work*. 21 (6). 801-803. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1520475>.
- Łukawski, K., Rusek, M., & Czuczwar, S. J. (2019). Can pharmacotherapy play a role in treating internet addiction disorder? *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 20(11), 1299–1301. doi:10.1080/14656566.2019.1612366.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. 2. upr. vyd. Praha: Portál.
- Macková, L. (2015). Přehled preventivních vzdělávacích činností a výukových materiálu pro primární prevenci. In Miovský, M. et al. *Prevence rizikového chování ve školství* (198-202). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.
- Malinauskas, R., & Malinauskiene, V. (2019). A meta-analysis of psychological interventions for Internet/smartphone addiction among adolescents. *Journal of behavioral addictions*, 8(4), 613–624. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.72>.
- Mareš, J., & Ježek, S. (2005). *Dotazník sociální opory u dětí a mládeže*. Praha: Institut pedagogicko - psychologického poradenství ČR.
- Marcus, M. T. (2014). Mindfulness as Behavioural Approach in Addiction Treatment. *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*, 821–839. doi:10.1007/978-88-470-5322-9_39.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., & Kivlahan, D. R. (1988). Addictive Behaviors: Etiology and Treatment. *Annual Review of Psychology*, 39(1), 223–252. doi:10.1146/annurev.ps.39.020188.001255.
- Marlatt, G. A., Blume, A. W., & Parks, G. A. (2001). Integrating Harm Reduction Therapy and Traditional Substance Abuse Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 13–21. doi:10.1080/02791072.2001.10400463.
- Martanová, V. P. (2015). Selektivní a indikovaná primární prevence. In Kalina, K. et al.: *Klinická adiktologie*. (261-271). Praha: Grada Publishing.
- Mamun, M. A., Hossain, M. S., Moonajilin, M. S., Masud, M. T., Misti, J. M., & Griffiths, M. D. (2020). Does loneliness, self-esteem and psychological distress correlate with problematic internet use? A Bangladeshi survey study. *Asia-Pacific Psychiatry*, e12386. doi:10.1111/appy.12386.

- Mentzoni, R. A., Brunborg, G. S., Molde, H., Myrseth, H., Skouveroe, K. J. M., Hetland, J., & Pallesen, S. (2011). Problematic Video Game Use: Estimated Prevalence and Associations with Mental and Physical Health. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 14(10), 591–596. doi:10.1089/cyber.2010.0260.
- Mikuška, J., Smahel, D., Dedkova, L., Staksrud, E., Mascheroni, G., & Milosevic, T. (2020). Social relational factors of excessive internet use in four European countries. *International Journal of Public Health*, 65(8), 1289–1297. doi:10.1007/s00038-020-01484-2.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. 2nd Ed. New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2004). *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: Scan.
- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Translation from *Learning the language of addiction counseling*. 2nd edition. 1. české vydanie. Praha: Galén.
- Miovský, M., Skácelová, L., & Zapletalová, J. (2015). Zásady efektivní prevence rizikového chování u dětí a mládeže. In Miovský, M. et al. *Prevence rizikového chování ve školství* (58-60). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.
- Mitchell, M. E., Lebow, J. R., Uribe, R., Grathouse, H., & Shoger, W. (2011). Internet use, happiness, social support and introversion: A more fine grained analysis of person variables and internet activity. *Computers in Human Behavior*, 27(5), 1857–1861. doi:10.1016/j.chb.2011.04.008.
- Montag, C., & Reuter, M. (2017) *Internet Addiction. Studies in Neuroscience, Psychology and Behavioral Economics*. Springer, Cham. doi:10.1007/978-3-319-07242-5_9.
- Montag C., Reuter M., & Markowetz A. (2015) The Impact of Psychoinformatics on Internet Addiction. In: Montag C., Reuter M. (eds) *Internet Addiction. Studies in Neuroscience, Psychology and Behavioral Economics*. Springer, Cham. doi:10.1007/978-3-319-07242-5_9.
- Morahan-Martin, J., & Schumacher, P. (2003). Loneliness and social uses of the Internet. *Computers in Human Behavior*, 19(6), 659–671. doi:10.1016/s0747-5632(03)00040-2.
- Moravcová, E., Podaná, Z., & Buriánek, J. (2015). *Delikvence mládeže: trendy a souvislosti*. Praha: Triton.
- Mrazek, P. J., & Haggerty R. J. (1994). *Reducing Risk for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, DC: National Academies Press (US). doi:10.17226/2139.
- Muuss, R. E., & Porton, H. D. (1998). Increasing risk behavior among adolescents. *Adolescent behavior and society* (pp. 422 – 431). New York, NY: McGraw Hill.

- Myers, L. (2013). Substance Use Among Rural African American Adolescents: Identifying Risk and Protective Factors. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 30, 1, pp. 79-93. doi: 10.1007/s10560-012-0280-2.
- Naar-King, S., & Suarez, M. (2011). *Motivational Interviewing With Adolescents and Young Adults*. New York: Guilford Press.
- National Institute on Drug Abuse. (1997). *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide* (NIH Publication No. 97-4212). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Nemcová, L., Kohútová, V., & Madro, M. (2018). Online terénna práca v prostredí sociálnych sietí. *Duševné zdravie a wellbeing virtuálnej generácie*. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie 21.11.2018. Bratislava: IPčko, o. z., s. 156-162.
- Němec, J. (2016). Deti a mládež v závažných životných situáciách. *Sociálna prevencia*. 01/2016. (7-8).
- Nešpor, K. (2006). *Zůstat střízlivý. Praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. Brno: HOST.
- NeZavislost (2017). Bratislava: eSlovensko, [cit. 2020-11-08]. Dostupné z: <https://nezavislost.sk/sk/>.
- Nielsen Sobotková, V., Blatný, M., Hrdlička, M., & Jelínek, M. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada.
- Obando, D., Trujillo, A., & Trujillo, C. (2014). Substance Use and Antisocial Behavior in Adolescents: The Role of Family and Peer-Individual Risk and Protective Factors. *Substance Use & Misuse*, 49, 14, pp. 1934-1944. doi: 10.3109/10826084.2014.956365.
- Olšovská, M. (a2014). *Niektoré základné informácie k prevencii sociálno-patologických javov 1. časť*. Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum.
- Olšovská, M. (b2014). *Niektoré základné informácie k prevencii sociálno-patologických javov 2. časť*. Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum.
- Orosová, O., Gajdošová, B., & Madarasová-Gecková, A. (2007). Rizikové faktory užívania drog dospievajúcimi. *Československá psychologie*. Aademia, 2007, 51(1), 32 - 48.
- Orzack, M. (1999). Computer addiction: Is it real or is it virtual. *Harvard Mental Health Letter*, 15(7), 8.
- Orzack, M. H., Voluse, A. C., Wolf, D., & Hennen, J. (2006). An Ongoing Study of Group Treatment for Men Involved in Problematic Internet-Enabled Sexual Behavior. *CyberPsychology & Behavior*, 9(3), 348-360. doi:10.1089/cpb.2006.9.348.
- Pan, S. J., & Dai, X. Y. (2010). Efficiency of electroencephalographic biofeedback treatment in middle school students with internet addiction disorder. *Journal of Ningxia Medical University*, (1), 26.

- Panagiotidi, M., & Overton, P. (2018). The relationship between internet addiction, attention deficit hyperactivity symptoms and online activities in adults. *Comprehensive Psychiatry*, 87, 7–11. doi:10.1016/j.comppsy.2018.08.004.
- Park, H. S., & Kim, S. E. (2017). Internet Addiction and PET. *Studies in Neuroscience, Psychology and Behavioral Economics*, 81–92. doi:10.1007/978-3-319-46276-9_5.
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*. Lexington Books/DC Heath and Com.
- Poskotinova, L. V., Krivonogova, O. V., & Zaborsky, O. S. (2020). Effectiveness of Short-Term Heart Rate Variability Biofeedback Training and the Risk of Internet Addiction in Adolescents 15-16 Years of Age. *International Journal of Biomedicine*, 10(2), 153-156.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Oxford University Press.
- Projekt E-Bezpečí. (2020). *E-bezpečí* [online]. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, 2020 [cit. 2020-11-21]. Dostupné z: <https://www.e-bezpeci.cz/index.php/o-projektu/oprojektu>.
- Przepiorka, A. M., Blachnio, A., Miziak, B., & Czuczwar, S. J. (2014). Clinical approaches to treatment of Internet addiction. *Pharmacological Reports*, 66(2), 187-191.
- Reamer, G. F. (2015). Clinical Social Work in a Digital Environment: Ethical and Risk-Management Challenges. *Clinical Social Work Journal*. roč. 43 (2), s. 120-132.
- Robb, H. (2007). Values as leading principles in Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 3(1), 118–122. doi:10.1037/h0100170.
- Roľková, H., & Hamarová, Ľ. (2017). Závislosť od Internetu adolescentov a jej vzťah k vybraným dimenziám osobnosti. *Školský psychológ/ Školní psycholog*. [online]. 2017. roč. 18., č. 1., s. 102-107.
- Rosengren, D. B. (2009). *Applications of motivational interviewing. Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook*. Guilford Press.
- Ross, M. W., & Kauth, M. R. (2002). Men who have sex with men, and the Internet: Emerging clinical issues and their management. *Sex and the Internet: A guidebook for clinicians*, 47-69.
- Rotgers, F. et al. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing.
- Rushby, N. J. (2019). *An introduction to educational computing*. Routledge.
- Safer Internet Day [online]. Brusel: European Commission, 2020 [cit. 2020-11-12]. Dostupné z: <https://www.saferinternetday.org/about>.
- Santos, V. A., Freire, R., Zugliani, M., Cirillo, P., Santos, H. H., Nardi, A. E., & King, A. L. (2016). Treatment of Internet Addiction with Anxiety Disorders: Treatment Protocol and Preliminary Before-After Results Involving Pharmacotherapy and Modified Cognitive Behavioral Therapy. *JMIR Research Protocols*, 5(1), e46. doi:10.2196/resprot.5278.

- Savi Çakar, F., & Tagay, Ö. (2017). The Mediating Role of Self-Esteem: The Effects of Social Support and Subjective Well-Being on Adolescents; Risky Behaviors. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 17, 3, pp. 859-876. doi: 10.12738/estp.2017.3.0024.
- Seo, M., Kang, H. S., & Yom, Y.-H. (2009). Internet Addiction and Interpersonal Problems in Korean Adolescents. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 27(4), 226–233. doi:10.1097/ncn.0b013e3181a91b3f.
- SFBT. *ViaSua Centrum systemickéj prevencie a intervencie* [online]. Bratislava: Viasua, [cit. 2020-10-29]. Dostupné z: <http://viasua.sk/sfbt/>
- Shaffer, H. J., LaPlante, D. A., LaBrie, R. A., Kidman, R. C., Donato, A. N., & Stanton, M. V. (2004). Toward a Syndrome Model of Addiction: Multiple Expressions, Common Etiology. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(6), 367–374. doi:10.1080/10673220490905705.
- Shapira, N. A., Lessig, M. C., Goldsmith, T. D., Szabo, S. T., Lazoritz, M., Gold, M. S., & Stein, D. J. (2003). Problematic internet use: Proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*, 17(4), 207–216. doi:10.1002/da.10094.
- Sharma, M. K., & Palanichamy, T. S. (2018). Psychosocial interventions for technological addictions. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(Suppl. 4), S541. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_40_18.
- Sharma, P., Shakya, R., Singh, S., & Balhara, Y. P. S. (2020). An online survey of problematic internet use and its correlates among undergraduate medical students of Nepal. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 37, 95–99. doi:10.1016/j.npbr.2020.07.001.
- Shrivastava, A., Sharma, M. K., & Marimuthu, P. (2018). Internet addiction at workplace and its implication for workers life style: Exploration from Southern India. *Asian Journal of Psychiatry*, 32, 151–155. doi:10.1016/j.ajp.2017.11.014.
- Shek, D. T., Tang, V. M., & Lo, C. Y. (2009). Evaluation of an Internet addiction treatment program for Chinese adolescents in Hong Kong. *Adolescence*, 44(174).
- Shek, D. T., Ma, H. K., & Sun, R. C. (2011). Development of a new curriculum in a positive youth development program: The project P.A.T.H.S. in Hong Kong. *Scientific World Journal*, 11, 2207–2218. doi:10.1100/2011/289589.
- Shen Y, Meng F, & Xu H. (2020). Internet addiction among college students in a Chinese population: Prevalence, correlates, and its relationship with suicide attempts. *Depression and Anxiety*;1–10. doi:10.1002/da.23036.
- Shin, J. H., & Jang, M. (2016). Effect of group sandplay therapy to be addicted youth's addiction levels and anxiety. *Journal of Symbols & Sandplay Therapy*, 7(1), 39–55. doi:10.12964/jsst.160002.
- Shonin, E., Gordon, W. V., & Griffiths, M. D. (2014) Mindfulness as a Treatment for Behavioural Addiction. *J Addict Res Ther* 5: e122. doi: 10.4172/2155-6105.1000e122.

- Schavel, M. & Oláh, M. (2010). *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety.
- Smahel, D., & Blinka, L. (2012). Excessive internet use among European children. *Children, Risk and Safety on the Internet*, 191–204. doi:10.1332/policypress/9781847428837.003.0015.
- Smahel, D., Machackova, H., Mascheroni, G., Dedkova, L., Staksrud, E., Ólafsson, K., Livingstone, S., & Hasebrink, U. (2020). EU Kids Online 2020: Survey results from 19 countries. *EU Kids Online*. Doi: 10.21953/lse.47fdeqj01ofo.
- Smiková, E. (2012). *Efektívna drogová prevencia v školách a školských zariadeniach*. Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum.
- Smyth, N. (2011). *Social Workers in Cyberspace: UB School of Social Work Pursues a Vision for the Profession's Digital Future. Online tools can help social workers reach and treat clients*. [online]. Buffalo.edu. [2. 3. 2018]. <https://bit.ly/2s7wHDn>.
- Sociálne determinanty zdravia školákov: HBSC - Slovensko - 2017/2018. Košice: Equilibria, 2019.
- Soukup, J. (2014). *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál.
- Soukup, J. (2015). Motivační rozhovory. In Kalina, K. et al.: *Klinická adiktologie*. (316–326). Praha: Grada Publishing.
- Spear King, A. L., Guedes, E., Neto, J. P., Guimaraes, F., & Nardi, A. E. (2017). Nomophobia: Clinical and Demographic Profile of Social Network Excessive Users. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 08(04). doi:10.4172/2155-6105.1000339.
- Stavropoulos, V., Griffiths, M. D., Burleigh, T. L., Kuss, D. J., Doh, Y. Y., & Gomez, R. (2018). Flow on the Internet: A longitudinal study of Internet addiction symptoms during adolescence. *Behaviour & Information Technology*, 37, 1–14. doi:10.1080/0144929X.2018.1424937.
- Stephenson, M. T., Hoyle, R. H., Palmgreen, P., & Slater, M. D. (2003). Brief measures of sensation seeking for screening and large-scale surveys. *Drug and Alcohol Dependence*, 72(3), 279–286. doi:10.1016/j.drugalcdep.2003.08.003.
- Stevens, M., King, D. L., Dorstyn, D., & Delfabbro, P. H. (2019). Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(2), 191–203. doi:10.1002/cpp.2341.
- Stevens C., Zhang E., Cherkerzian S., Chen J.A., & Liu CH. (2020). Problematic internet use/computer gaming among US college students: Prevalence and correlates with mental health symptoms. *Depression and Anxiety*, 1–10. doi:10.1002/da.23094.
- Strittmatter, E., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven Ch. W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Durkee, T., Apter, A., Bobes, J., Brunner R., Cosman, D., Sisask, M., Várník, P., & Wasserman, D. (2015). Pathological Internet use among adolescents: Comparing gamers and non-gamers. *Psychiatry Research*, 228 (1), 128–135. doi:10.1016/j.psychres.2015.04.029.

- Suler, J. (2004). The Online Disinhibition Effect. *CyberPsychology & Behavior*, 7(3), 321–326. doi:10.1089/1094931041291295.
- Sum, S., Mathews, M. R., Pourghasem, M., & Hughes, I. (2008). Internet Technology and Social Capital: How the Internet Affects Seniors' Social Capital and Wellbeing. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 14(1), 202–220. doi:10.1111/j.1083-6101.2008.01437.x.
- Sun, A. P., Ashley, L., & Dickson, L. (2013). Behavioral addiction: Screening, assessment, and treatment. *Central Recovery Press, LLC*.
- Svoboda, Z., Smolík, A. a kol. (2012) *Etopedické propylaje I - Aktuální otázky systému náhradní výchovné péče o jedince s poruchou chování*. Ústí nad Labem: Pedagogická fakulta Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem.
- Šavrnichová, M. (2015). *Závislosť od alkoholu v kontexte rodinného systému*. Banská Bystrica: Belianum. Vydavateľstvo Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici.
- Šavrnichová, M. (2016). Sosialarbeid i forebygging av rusmidlermisbruk = Social work in the prevention of drug addiction. In Wallin Weihe, H.-J. & Stachon, M. (eds.) *Sosialt arbeid og natid: slovakisk-norske perspektiver, lareverk for hoyskoler*. (180-192). Stavanger: Hertervig Forlag Norway.
- Šavrnichová, M. (2017). Stratégie vedenia motivačného rozhovoru s kodependentným klientom. In Zborník vedeckých prác: *RES SOCIALIS 2017. Sociálna práca v meniacej sa Európe – Social Work in Changing Europe*. (27-34). Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce FZaSP TU v Trnave.
- Šavrnichová, M., Almašiová, A., Almáši, M., Vaska, L., Barták, M., Gabrhelík, R., Petruželka, B., & Vacek, J. (2020). Identifikácia rizikových skupín žiakov a žiačok základných škôl na Slovensku a v Česku pre účely tvorby efektívnych preventívnych opatrení v oblasti technologických závislostí. *Sociálna práca/Sociálna práca*, 20(2), 31-49.
- Šavrnichová, M., & Tichý, L. (2020). Integrovanie motivačných rozhovorov do procesu pozitívnej zmeny závislého správania adolescentov. In Zborník vedeckých štúdií: *Behaviorálne závislosti v kontexte sociálneho fungovania*. (92-101). Belianum – Vydavateľstvo Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici.
- Ševčíková, A., Šmahel, D., Blinka, L., Macháček, H., Dědková, L., & Černá, A. (2015). *Děti a dospívající online: vybraná rizika používání internetu*. Grada Publishing.
- Širůček, J., Širůčková, M., & Macek, P. (2007). Sociální opora rodičů a vrstevníků a její význam pro rozvoj problémového chování v adolescenci. *Československá psychologie*. Praha: Academia, 2007, 51(5), 476 - 488.
- Škařupová, K., Ólafsson, K., & Blinka, L. (2015). Excessive Internet Use and its association with negative experiences: Quasi-validation of a short scale in 25 European countries. *Computers in Human Behavior*, 53, 118–123. doi:10.1016/j.chb.2015.06.047.
- Šlepecký, M., Praško, J., Kotianová, A., & Vyskočilová, J. (2018). *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii: Nové směry*. Portál.

- Taş, İ. (2017). Relationship between Internet Addiction, Gaming Addiction and School Engagement among Adolescents. *Universal Journal of Educational Research*, 5(12), 2304–2311. doi:10.13189/ujer.2017.051221.
- Te Wildt, B. (2018). Diagnostik und Therapie der Internetabhängigkeit. *Die Rehabilitation*, 57(05), 321–333. doi:10.1055/s-0043-124392.
- Tober, G. (2004). Motivační rozhovory s mladými lidmi. In Miller, W. R. & Rollnick, S. (eds.): *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: Scan.
- Tokunaga, R. S. (2017). A meta-analysis of the relationships between psychosocial problems and internet habits: Synthesizing internet addiction, problematic internet use, and deficient self-regulation research. *Communication Monographs*, 84(4), 423–446. doi:10.1080/03637751.2017.1332419.
- Tomczyk, L., & Solecki, R. (2019). Problematic internet use and protective factors related to family and free time activities among young people. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 19(3), 1–13. doi:10.12738/estp.2019.3.001.
- Truzoli, R., Viganò, C., Galmozzi, P.G., & Reed P. (2020). Problematic internet use and study motivation in higher education. *J Comput Assist Learn*; 1–7. doi:10.1111/jcal.12414.
- Turkle, S. (2017). *Alone together: Why we expect more from technology and less from each other*. Hachette UK.
- Twohig, M. P., & Crosby, J. M. (2010). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Problematic Internet Pornography Viewing. *Behavior Therapy*, 41(3), 285–295. doi:10.1016/j.beth.2009.06.002.
- Young, K. S. (1997). What makes the Internet addictive: Potential explanations for pathological Internet use. *105th annual conference of the American Psychological Association* (Vol. 15, pp. 12-30). Chicago.
- Young, K. S. (1998). Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *Cyber Psychology & Behavior*, 1(3), 237–244. doi:10.1089/cpb.1998.1.237.
- Young, K. S. (1999). Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. *Innovations in clinical practice: A source book*, 17(17), 351-352.
- Young, K. S. (2007). Cognitive Behavior Therapy with Internet Addicts: Treatment Outcomes and Implications. *CyberPsychology & Behavior*, 10(5), 671–679. doi:10.1089/cpb.2007.9971.
- Young, K. S. (2009). Understanding Online Gaming Addiction and Treatment Issues for Adolescents. *The American Journal of Family Therapy*, 37(5), 355–372. doi:10.1080/01926180902942191.
- Young, K. S. (2011a). CBT-IA: The First Treatment Model for Internet Addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 304–312. doi:10.1891/0889-8391.25.4.304.

- Young, K.S. (2011b). Clinical assessment of Internet-addicted clients. In K. Young, Ch. N. Abreu (Eds.), *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment* (pp. 19 - 34). doi:10.1002/9781118013991.ch2.
- Young, K. S. (2013). Treatment outcomes using CBT-IA with Internet-addicted patients. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(4), 209–215. doi:10.1556/jba.2.2013.4.3.
- Young, K. S., & Nabuco de Abreu, S. (2011). *Internet Addiction. A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- Young, K. (2017). Assessment Issues with Internet-Addicted Children and Adolescents. *Internet Addiction in Children and Adolescents*. doi:10.1891/9780826133731.0008.
- Young, K., Pistner, M., O'mara, J., & Buchanan, J. (1999). Cyber Disorders: The Mental Health Concern for the New Millennium. *CyberPsychology & Behavior*, 2(5), 475–479. doi:10.1089/cpb.1999.2.475.
- Yu, H.-G., & Son, C. (2016). Effects of ACT on Smartphone Addiction Level, Self-Control, and Anxiety of College Students with Smartphone Addiction. *Journal of Digital Convergence*, 14(2), 415–426. doi:10.14400/jdc.2016.14.2.415.
- Vacek, J., & Vondráčková, P. (2014). Behaviorální závislosti: klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 110(6).
- Vágnerová, M. (2002). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál.
- Van Gordon, W., Shonin, E., Dunn, T. J., Garcia-Campayo, J., Demarzo, M. M. P., & Griffiths, M. D. (2017). Meditation awareness training for the treatment of workaholism: A controlled trial. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(2), 212–220. doi:10.1556/2006.6.2017.021.
- Vondráčková, P. (2015). Nadměrné užívání internetu z vývojového hlediska. In Blinka et al. *Online závislosti*. (89-110). Praha: Grada Publishing.
- Vondráčková, P., & Gabrhelík, R. (2016). Prevention of Internet addiction: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*. 5(4), 568–579. doi: 10.1556/2006.5.2016.085
- Vyhláška Ministerstva školstva Slovenskej republiky č. 323/2008 Z. z. o špeciálnych výchovných zariadeniach.
- Walther, B., Hanewinkel, R., & Morgenstern, M. (2014). Effects of a Brief School-Based Media Literacy Intervention on Digital Media Use in Adolescents: Cluster Randomized Controlled Trial. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 17(9), 616-623. doi:10.1089/cyber.2014.0173.
- Wallis, D. (1997). Just Click No. *The New Yorker*. <https://www.newyorker.com/magazine/1997/01/13/just-click-no>.
- Wan Ismail, W. S., Sim, S. T., Tan, K.-A., Bahar, N., Ibrahim, N., Mahadevan, R., ... & Abdul Aziz, M. (2020). The relations of internet and smartphone addictions to depression, anxiety, stress, and suicidality among public university students in Klang Valley, Malaysia. *Perspectives in Psychiatric Care*. doi:10.1111/ppc.12517.

- Weinstein, A., Curtiss Feder, L., Rosenberg, K. P., & Dannon, P. (2014). Internet Addiction Disorder. *Behavioral Addictions*, 99–117. doi:10.1016/b978-0-12-407724-9.00005-7.
- Weinstein, A., & Lejoyeux, M. (2010). Internet Addiction or Excessive Internet Use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 277–283. doi:10.3109/00952990.2010.491880.
- Witteck, C. T., Finserås, T. R., Pallesen, S., Mentzoni, R. A., Hanss, D., Griffiths, M. D., & Molde, H. (2016). Prevalence and Predictors of Video Game Addiction: A Study Based on a National Representative Sample of Gamers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(5), 672–686. doi:10.1007/s11469-015-9592-8.
- Wölfling, K., Beutel, M. E., Dreier, M., & Müller, K. W. (2014). Treatment Outcomes in Patients with Internet Addiction: A Clinical Pilot Study on the Effects of a Cognitive-Behavioral Therapy Program. *BioMed Research International*, 2014, 1–8. doi:10.1155/2014/425924.
- Wölfling, K., Müller, K. W., Dreier, M., Ruckes, C., Deuster, O., Batra, A., ... & Beutel, M. E. (2019). Efficacy of Short-term Treatment of Internet and Computer Game Addiction. *JAMA Psychiatry*, 76(10), 1018. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.1676.
- Wu, L., Yan, J. J., & Han, J. S. (2007). Treatment on 27 adolescents with Internet addiction by 2/100 Hz Han's acupoint nerve stimulator (HANS). *Chinese Journal of Drug Dependence*, 16(1), 32.
- Xin, M., Xing, J., Pengfei, W., Houru, L., Mengcheng, W., & Hong, Z. (2018). Online activities, prevalence of Internet addiction and risk factors related to family and school among adolescents in China. *Addictive Behaviors Reports*, 7, 14–18. doi:10.1016/j.abrep.2017.10.003.
- Zákon NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- Zákon NR SR č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- Zákon NR SR č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- Zákon NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.
- Zhang, X., Shi, X., Xu, S., Qiu, J., Turel, O., & He, Q. (2020). The Effect of Solution-Focused Group Counseling Intervention on College Students' Internet Addiction: A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2519. doi:10.3390/ijerph17072519.

- Zhou, Y., Lin, F., Du, Y., Qin, L., Zhao, Z., Xu, J., & Lei, H. (2011). Gray matter abnormalities in Internet addiction: A voxel-based morphometry study. *European Journal of Radiology*, 79(1), 92–95. doi:10.1016/j.ejrad.2009.10.025.
- Zuckerman, M. (2010). Sensation Seeking. *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (eds I.B. Weiner and W.E. Craighead). doi:10.1002/9780470479216.corpsy0843.
- Živný, H. (2012). *Teoretické a praktické koncepty liečby a doliečovania závislostí*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave.

Autori:

PhDr. Michaela Šavrnichová, PhD. (3,8 AH)

Mgr. Juraj Holdoš, PhD. (3,8 AH)

PhDr. Angela Almašiová, PhD. (3,8 AH)

Názov:

Excesívne používanie internetu u adolescentov na Slovensku

Vedecký redaktor:

prof. PaedDr. Peter Jusko, PhD.

Recenzenti:

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.

doc. PhDr. Marián Špajdel, PhD.

Návrh obálky:

Ľudmila Gašperová

Jazyková korektúra:

Mgr. Daniel Markovič, PhD.

Formát publikácie: A5

Náklad publikácie: 250 kusov

Rozsah: 176 strán

Rok vydania: 2020

Vydanie: prvé

Formát: tlačaná a online verzia

Vydavateľ: Belianum

Vydavateľstvo Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici

Edícia: Pedagogická fakulta

ISBN 978-80-557-1798-2 (tlačaná verzia)

ISBN 978-80-557-1799-9 (online verzia)

Publikácia vychádza v rámci projektu VEGA č. 1/0692/18 Závislosť od internetu u žiakov základných škôl v podmienkach SR a ČR.

- Monografia ponúka teoretický a praktický prierez a kritický pohľad na kontroverznú tému excesívneho používania internetu a závislostí spojených s používaním internetu, respektíve závislosti od internetu. Prehľadné spracovanie teoretických východísk závislostí a základných diagnostických kritérií podľa DSM-5 a MKCH-11 dáva čitateľovi priestor pre porovnanie s klinickými prejavmi a znakmi excesívnosti a závislosti vo vzťahu k používaniu internetu a s ním spojenými obsedantnými kompulziami. Celý text je dopĺňaný o významné zistenia svetových, ale i domácich autorov naprieč historickým kontextom daného problému, až po súčasné, najaktuálnejšie zistenia, ktoré sú doplnené vlastným výskumom. Kvalitné štatistické spracovanie autorského výskumu podporuje konzistentnosť zaujímavých zistení, ktoré explicitne poukazujú na popísané rizikové faktory/prediktory.
- Predložená publikácia je prvá ucelená monografia takéhoto druhu.

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.

Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta,
Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

- Veľmi pozitívne hodnotím prehľad medzinárodných aj domácich výskumných štúdií a predovšetkým výsledky autorského výskumu, ktorého jedným z cieľov bolo identifikovať závislosť od internetu u žiakov základných škôl vo vybraných regiónoch Slovenskej republiky. Konštatujem, že monografia spracúva veľmi aktuálnu problematiku. Rukopis je zrozumiteľný, komplexný a na vysokej odbornej úrovni.

doc. PhDr. Marián Špajdel, PhD.

Katedra psychológie, Filozofická fakulta,
Trnavská univerzita v Trnave

ISBN 978-80-557-1799-9