

bohatými, žen muži, mladých lidí starými, minoritních skupin majoritními atd. Společnost si vždy hledá vhodného obětního beránka, kterého pak předhazuje veřejnosti.

Teorie patologické interpersonální komunikace

Mühlbacher ve svých výzkumných pracích parciálně prezentuje dílčí problémy vzniku sociálně patologického chování. Jeho výzkumné aktivity, dílčí i souhrnné práce, vyústily v prezentaci sociálně pedagogické teorie vzniku sociální deviace. Tyto dílčí etiologické elementy syntetizuje do teorie patologické interpersonální komunikace. Samotná teorie je postavena na sociologicko-pedagogicko-psychologické epistémě (ve foucaultovském slova smyslu), stejně tak jako sociální pedagogika je postavena na třech stavebních pilířích (sociologie, psychologie, pedagogika). **Sociologickou dimenzí** představuje *patologie*, **psychologická rovina** je zastoupena *interpersonálností* a **kommunikací** *paradigma* je předmětem *pedagogiky*.

Teorie Patologické Interpersonální Komunikace vzešla jako výslednice řady empirických a teoretických studií autora. Vedle dlouhodobě prováděných kvantitativních výzkumů doplněných kvalitativními parciálními studii se verifikovala tato teorie jako teorie etiologická ve vztahu ke vzniku sociálně patologického chování jedinců, a to se zvláštním důrazem na problematiku závislostního chování.

Legitimita teorie PIK je podložena triádou systémově podmíněných faktorů, přičemž na *první* místě nutno uvést **dlouhodobou, patologickou interpersonální komunikaci (ve smyslu neuspokojení primární komunikační potřeby dítěte)**, která má protrahovaný, prolongovaný charakter. Po určité individuálně dané době chronifikuje (stává se chronickou patologickou komunikací). Počátky této patologické interpersonální komunikace lze diagnostikovat do tří let věku dítěte, kdy vznikají zárodky komunikačního deficitu. Dítě trpí neuspokojenou komunikační potřebou, nejsou zkomunikovávány (lépe: rozkomunikovávány) jeho problémy, potřeby, poznatky, připomínky apod. Komunikační deficit se prohlubuje se zvyšujícím se věkem a silícími (co do četnosti i kvality) edukativními vlivy (intencionalními, ale zejména funkcionálními), přináležejícími danému věkovému období dítěte. Komunikační deficit se markantně manifestuje v prepubertálním, resp. pubertálním a adolescentním věku inklinací k projevům sociálně patologickým. Dítě, resp. mladistvý vzhledem k neuspokojené potřebě – potřebě interpersonální komunikace v primární skupině – se odvrací hodnotově i normativně od rodiny a přijímá hodnoty a normy jiné primární skupiny, v tomto případě vrstevnické skupiny. Chce-li být integrován do této vrstevnické skupiny (party), musí socializovat hodnoty a normy této skupiny (experimentuje s narkotiky, alkoholem, vykrádá auta, přijímá a prezentuje – mnohdy i bez přijetí – extremistické názory apod.). Čím déle bude dítě intencionalními výchovnými vlivy v rodině *fixováno* ke členům rodiny (a nemusí to být pouze rodiče či sourozenci), tím déle bude toto

dítě rezistentní vůči funkcionálním vlivům patologických subkultur. Komunikační paradigma by se mělo stát základem pro operacionalizaci při tvorbě preventivních socioedukativních intervencí.

Druhým systémově podmíněným komplexem faktorů, který je identifikován ve vztahu k dítěti, resp. mladistvému, je **nenalezení adekvátní identity**. Nenalezení identity úzce souvisí s deficitní komunikací. Dítě v podmínkách současné *agresivně* orientované postmoderní společnosti nemá možnost nalézt svoji vlastní identitu, sociální roli, sociální status. Vízí současnosti je nonidentismus. Dítě, resp. mladistvý, a neukotvenou identitou je o to více ohroženo při vytváření své identity, neboť své socializační vzory spatřuje v masmédiích. Hrdinové akčních filmů, pořadů pro děti, ale i celé řady pohádek jsou etiketizováni jako *ti nejlepší, nejschopnější, nejprávní, nejnižší*. Jejich komunikačním paradigmatickým je síla a násilí, non-realismus, postmoderní utopie. Tyto společnosti prezentované vzory a modely přebírají jedinci s výše popsanými deficity a aplikují je do podmínek svého reálného života. Pak se setkávajíme se šikanou jako s formou *alternativní* komunikace, experimentování s drogou je projevem *vyššího* sociálního statusu a vykrádání aut je symbolem moci, neboť kdo má peníze, má moc.

Třetím, nejširším komplexem patologické triády je **systém sociálně patologických vlivů nejružnější kvality**. Jedná se o dysfunkci rodiny, individuální či sociální patologii různého druhu. Lze sem zařadit i nedostatek sociokorektivních opatření, volnočasových aktivit, průměru intencionalních i funkcionálních vlivů s negativním nábojem, vliv masmédiálních institucí, životní styl s atributy postmoderní společnosti – nonkonformismus – a ostentativní životní styl. Fenomén *přidružené* patologie je pouze živnou půdou pro rozvoj jakékoliv formy sociálně patologického chování, na které *kličí* dva primární problémy (komunikace a identita).

Teorie Patologické Interpersonální Komunikace může lingvisticky využít svých počátečních písmen v obráceném pořadí pro vyjádření intenzity triády přím ob-
sažených v systémově pojaté PIK teorii (**K** – komunikace patologická, **I** – identita absenční, **P** – patologie přidružená).

Nelze opomíjet velmi specifické teorie jednotlivých vědních oborů (medicina, biologie, psychologie, sociologie, antropologie a další) ani multidisciplinární teorie čerpající z komplexu systémově podmíněných disciplín. Je třeba je plně akceptovat.

4.4 Sociální patologie jako negativní deviace

Sociální patologie (angl. socialpathology, něm. Sozialpathologie, fr. pathologie sociale) je souhrnný pojem pro označení chorobných, nenormálních, všeobecně nežádoucích společenských jevů. Patří sem i sankcionované formy deviantního chování, rovněž studium příčin jejich vzniku a existence. Pojem začal používat významný anglický filozof a sociolog H. Spencer, jeden ze zakladatelů pozitivismu

ve společenských vědách a zastánce evolucionismu. Spencer hledal paralelu mezi sociální a biologickou patologií, a to v oblasti biologického a sociálního organismu. E. Durkheim považoval sociální patologii za vědu o chorobách a nepřirozených skutečnostech, činech a chování, které se odchyloují od stanovených norem, ale současně jsou organickou součástí, komponentou sociálního života.

Porozumět tomu, co je abnormální je možné pouze tehdy, pokud máme vymezeno, co je normální. V odborné literatuře jsme občas svědky dvojakého chápání normality – jednou jako normalita prožívaného světa (Lebensweltliche Normalität), která garantuje vnitřní jistotu, jindy (jako) normalita, o kterou usiluje sociální stát, překlínající sociální jistoty (Böhmsch, 1994).

Operacionalizovat a následně empiricky postihovat normalitu je neobyčejně těžké. Všeobecně lze konstatovat, že za normální je smysluplné pokládat sociální jevy a procesy, ale i sociální situace, které umožňují člověku takové životní projevy, které jsou výsledkem konsenzu a nepotřebují vždy znovu a znovu zvláštní argumentaci pro vlastní zdůvodňování. Normalita bude mít proto svoji subjektivní, statistickou, antropologickou a sociokulturní dimenzi.

Termín *sociální patologie* použil už A. I. Bláha (1968), který zdůrazňoval poruchy *sociálních procesů a sociálních zařízení*. Sociálně patologické teorie vycházejí nejčastěji z předpokladu, že ve společnosti existují dlouhodobé strukturální nedostatky, které členy společnosti postihují různě, nerovnoměrně. Sociální patologii se často vytýká, že je popisná, že je pouze sbírkou sociálních problémů. Často se hovoří také o *patologizaci*. Máme tím na mysli situaci, kdy jistému deviantnímu chování, nebo některým znakům takového chování, připsujeme charakter choroby. Doprovodným negativním jevem *patologizace* je odnětí kompetencí sociální pedagogiky ve prospěch medicíny (nejčastěji psychiatrie) nebo psychopatologie. V důsledku takového přístupu se redukuje úsilí o nápravu na *terapii a kurety*.

S termínem *sociální patologie* se setkáváme ve specifických významech od doby Ericha Fromma a tzv. Frankfurtské školy (kritická teorie, neomarxismus). Podle této teorie představuje sociální patologie nejen problém duševního zdraví jednotlivce uprostřed společnosti, který se neumí přizpůsobit, ale i patologický stav celé (západní) společnosti.

Zastánci kategorie *sociální patologie* zdůrazňují její negativní axiologický náboj, tj. společenskou nepřijetost, kterou údajně termin sociální deviance neobsahuje v takové intenzitě. Zvláštní kategorií představují poruchy chování, které nepatří do oblasti sociální patologie, resp. sociální deviance, neboť jsou součástí individuální invalidity, abnormality v psychologické anebo anatomické struktuře či funkci člověka.

V průběhu 20. století byly považovány za sociálně patologické jevy sebevražednost, alkoholismus, prostituce, rozvodovost, nezaměstnanost a válka. Později se k nim přidaly narkomanie, široké spektrum závislostí, násilí, agresivita a extremismus, který představuje dnes jedno z největších nebezpečí. Hrozí nebezpečí rezignace lidí na jejich odstraňování, resp. eliminaci.

Sociálně patologické jevy mají všechny známky sociálních jevů včetně *nadřádnosti*. Znamená to, že existují nezávisle na tom, zda si je subjekt, jednotlivec, uvědomuje či nikoliv. Metody výzkumu v oblasti sociálně patologických jevů považujeme za významné, ne však za samostatné a už vůbec ne za výlučné metody sociálně pedagogického výzkumu v oblasti sociální patologie ve smyslu návratu k durkheimovskému antipsychologismu a proti nominalistickému chápání společnosti, podle kterých *společnost*, a tedy i *sociální patologie*, je pouze název, kterým se sleduje vyjádření určitého celku individuí a jejich vzájemných vztahů (Hirner, 1976). V této oblasti je třeba hledat všeobecné úsilí o budování kolektivní identity, překonávání dichotomické myšlení *společensví a společnosti*, ale i interpretace společenského života z pozic jednodlivce.

Specifický přístup k problematice sociální patologie získáme v okamžiku, kdy na současnou sociální situaci pohlídneme z pozice *superzapsu*, který úzce souvisí s utvářením *nové civilizace* (Tofler, A., Toflerová, H., 1996). Koncept srážky civilizací (rozuměj první sociální vlny – agrární revoluce, druhé vlny – industrializace a třetí vlny – nástupu informačních technologií) znamená vznik, resp. rozvoj nových konfliktů, jakými jsou především klasická průmyslová velkovýroba a přesun těžišť z oblasti výroby do oblasti sociálních služeb, ultranacionalismus a zánik klasických národních států, masovost výroby a společnosti a současně jejich demasifikace, tradicionalismus a zrychlování tempa vývoje, vzdělanost versus nevzdělanost, univerzálnost versus specializace apod. Nejdůležitějším momentem v politickém vývoji naší doby je podle Toflerových vznik dvou základních táborů. Jeden je oddán *civilizací Druhé vlny*, pevně odhodlaný zachovat klíčové instituce masové průmyslové společnosti, tj. nukleární rodinu, masový vzdělávací systém, gigantické korporace, masové odbory, centralizovaný národní stát a politiky pseudoreprezentativní vlády. Druhý tábor, oddaný *civilizací Třetí vlny*, si uvědomuje, že nejnáléhavější problémy dneška, počínaje nedostatkem energií přes válku, chudobu a ekologickou krizi až po rozpad rodinných vztahů, se nemůže řešit v rámci průmyslové civilizace. Rozvojem poznání, akceptováním plurality hodnot, změn v klasické nukleární rodině *Druhé vlny* a přisouzením adekvátního významu sociální pedagogice, sociální práci a sociálním službám vůbec je možné hledat a nacházet řešení problémů sociální patologie.

Sociální patologie je shrnující pojem pro nezdravé, nenormální, obecně nežádoucí společenské jevy, tzn. společnosti nebezpečné, negativně sponzorované formy deviantního chování, ale hlavně označení pro studium příčin jejich vzniku a existence. Do sociologie zavedl tento pojem Herbert Spencer, který hledal paralelu mezi patologii (chorobou) sociální a patologií (chorobou) biologickou, mezi biologickým organismem a společenským organismem, jejich strukturami a funkcemi. Spence-rovský biologismus je hlavní příčinou pozdějšího zamítnutí pojmu sociální patologie a jeho nahrazování pojmem sociální deviance.

5. Problematika závislostního chování

Závislost je kategorie, která vždy patří k člověku, po staletí s ním existovala a vyvíjela se. Po staletí se lidstvo snaží tuto vlastnost dostat pod kontrolu a stále se mu to nedaří. Problém závislosti, či jejího předstupu-abúzu, je problémem multidisciplinárním. Kombinují se zde vlivy sociální, psychologické i biologické. Záleží na okolnostech, který z vlivů je v daném momentu rozhodující. Dochází tak ke vzájemné interakci všech faktorů, které ovlivňují vznik, vývoj a projevy závislosti (Urban, 1973). Farnakologické faktory reprezentuje droga, tedy substance, která má schopnost ovlivnit některou či některé z psychologických funkcí. Faktory psychologické se projevují ve struktuře osobnosti, zvláště v její odolnosti, schopnosti adaptability na stres a zátěž. Tyto vnější faktory prezentuje prostředí, sociální klima, schéma začleňování jedince do vztahů k okolí. Konečně pak precipitující faktor, který vstupuje do interakce, je podnět, konkrétní situace, konkrétní problém.

Sama závislost je aktivním, dynamickým dějem, který odráží vzájemné vztahy vyjmenovaných faktorů. Vznik závislosti je postupný, kdy chroničnost je jedním ze základních rysů závislosti. Činy, které závislí vykonávají pro získání látky, jsou stejně důležité jako droga sama. Tyto činy tvoří součást pozitivního rituálu, který je zase částí denního rituálu a téměř neměnné náplně dne. Droga se tak stává částí ustáleného způsobu jednání. Závislý člověk tak žije způsobem života, který nechce nebo nemůže změnit.

O závislosti se v minulosti hovořilo jen v souvislosti s alkoholem a drogami. Fenomenem současné postmoderní doby je závislostní chování jako součást životního stylu zvláště dětí, mladistvých a mladých dospělých. Kvalitativně jinou, postmoderní společností mnozí filozofové a sociologové charakterizují jako společnost, v níž na místo normativní regulace občana nastoupilo svádění konzumenta a na místo legitimizace moci masmédií.

Závislostní chování se intenzivně šíří do oblastí hracích automatů, sexuálního chování, sledování televize, pracovní činnosti, odborníci zaznamenávají závislosti na jídle, hubnutí, závislost na sektách, kultech a narůstající počty klasicky závislých, tj. na alkoholu, drogách, cigaretách, kávě, čaji apod. Zdá se, že nabídka identifikace je víc než dostatečná. Hrozí nebezpečí, že v dnešním světě padne každý za obětí nějaké závislosti.

Existují různé klasifikace závislostního chování, uvedená klasifikace reprezentuje obecně uznávaný přehled v odborných kruzích.

Závislostní chování se jeví stále jako jednooborový problém, medicínský. Rozbor tohoto jevu naznačuje možnosti intervencí v jednotlivých stádiích závislosti, a to nejen pro sektor zdravotnický. Závislostní chování se jeví stále častěji jako problém pedagogický, sociálně pedagogický a zřejmě i možnosti řešení budou nalezeny v této oblasti.

Pro toto téma je velice podnětný článek *Psychopatologie závislosti*, který vyšel německy v roce 1948. Jeho autor Viktor E. von Gebsattel v něm razí výstižnou tezi, že každý lidský zájem, ať je směřován kamkoliv, může vyústit v závislost.

Stejně biologické, psychologické a sociální charakteristiky se objevují při zneužívání návykových látek, stejně jako u jiných pravidelně se opakujících konzumních zvyklostí. **Nejdůležitější kritérium závislosti je neschopnost kontrolovat chování** (Schmeichel, 1995).

Při užití *kritéria patologického užívání* se může abúzus manifestovat intoxikací během celého dne, neschopností snížit nebo zastavit užívání, opakovanými pokusy kontrolovat abúzus občasnou abstinencí nebo omezením v určité době, pokračováním abúzu i při vážném tělesném onemocnění, které je i abúzem považované za exacerbované právě vlivem látky, a potřebou denního užívání. Také se ale manifestuje epizodami komplikací, vzniklými intoxikací látkou, jako jsou „okénka“, předávkováním a halucinacemi prožitky.

Kritérium narušení výkonu běžných sociálních nebo profesionálních funkcí způsobené patologickým užíváním se projevuje narušenými sociálními vztahy, ztrátou schopnosti jedince udržet důležité závazky k přítelům, rodině, impulzivním chováním a neadekvátním vyjadřováním agresivních tendencí. Jedinec může mít i problémy se zákonem pro komplikace během intoxikace nebo pro kriminální chování v rámci získání látky či peníze k jejímu zakoupení. Profesionální fungování se může zhoršit, opouští-li jedinec zaměstnání nebo školu nebo je neschopen fungovat, protože je intoxikován. Pokud je narušení těžké, stává se pro život postiženého zcela dominujícím užívání návykové látky s výraznou deteriorací fyzických a psychologických funkcí.

Kritérium časového určení poruchy – doba trvání poruchy je minimálně jeden měsíc. Příznaky poruchy nemusí být přítomny kontinuálně celý měsíc, ale měly by být dostatečně časté, aby bylo splněno kritérium podmíněnosti narušeného sociálního chování patologickým užíváním návykových látek.

Při závislosti se jedná obvykle o těžší formu psychologické poruchy ze zneužívání látek nežli je při abúzu a znamená fyzickou závislost, prokazatelnou buď stoupající tolerancí, nebo abstinencí syndromem. Pravidelně bývá splněno kritérium patologického užívání, způsobující narušení výkonu běžných sociálních a profesionálních funkcí.

Toleranci je chápána potřeba jedince výrazně zvyšovat množství látky k dosažení žádaného účinku nebo naopak jde o projev výrazně sníženého účinku při pravidelném užívání stejných dávek.

Abstinencí syndrom se projevuje při přerušení podávání látky nebo při redukcii množství pravidelně podávané látky. Projevuje se jako specifický látkový abstinencí syndrom dle kategorizace návykových látek a jejich charakteru.

Stanovení srovnatelných a obecně platných diagnostických pravidel je nezbytné pro specifikaci problému. Také problém závislosti ve stádiu je nezbytné precizovat

pomocí těchto kritérií. Často se totiž směřují různé diagnostické roviny a dochází ke zkreslení výsledků. V dimenzi pojmu závislosti ve stáří lze odlišit dvě oblasti diskutabilních informací.

Jedná se o otázku epidemiologie či četnosti výskytu tohoto problému v populaci. Další oblastí je pak posuzování psychopatologie samotné, kdy dochází ke zkreslení při nedodržení diagnostické purity.

5.1 Teorie vzniku závislostního chování

Multidisciplinárnost problému závislosti také podmiňuje mnohorožnost chápání vzniku závislosti. Lze proto přistupovat k posouzení vzniku závislosti z různých pohledů a přístupů.

Teorie patologického rozvoje závislosti jsou variabilní, podle typu faktorů, které zdůrazňují. Různorodost hypotéz odpovídá skutečnosti, že závislost je složitým interdisciplinárním problémem.

V odborné literatuře se nenachází jednoznačné přímé vysvětlení vzniku závislosti (Durkheim, 1893; Řehan, 1994; Chvíla, 1996; Nešpor, 1995, 1996). V současné době jsou formulovány teorie vzniku závislosti a jsou tříděny podle hledisek, která dominují.

Biologické teorie vzniku závislosti

Základní východisko těchto přístupů spočívá v hledání biologicky podmíněných znaků, které vytváří dispozici pro vznik a rozvoj závislosti. Mezi biologické teorie se řadí genetická teorie, enzymové teorie, které se vztahují nejčastěji k alkoholové závislosti, a dopamin-endorfinová teorie.

Biologické teorie závislosti vycházejí ze zjištěných nebo předpokládaných, vrozených a získaných odchylek v metabolismu drog.

Nejvíce je citována a přijímána endorfinová teorie, která předpokládá insuficienci autonomního endorfinového systému jedince. Exogenně je pak tento systém saturován drogami – prekurzory endorfinů vnitřních k tlumení tenze či přímo absťinčních projevů. Obsazování morfinových receptorů různého typu se pak děje náhradními, zvenku dodávanými ligandami, které jsou ale často toxické a podporují vznik tolerance vůči užívané droze či vznik absťinčních projevů. Mimo endorfinovou teorii je také, zvláště u alkoholové závislosti, zvažována enzymová abnormalita jako etiopatogenetický stimul. Rozdíly v aktivitách alkoholdehydrogenázy, aldehyddehydrogenázy – enzymů účastnících se na metabolismu etanolu v organismu – vedou k různé saturaci organismu acetaldehydem, látkou daleko toxičtější nežli etanol samotný, který se pak transformuje na látku typu tetrahydroisochinolinu. Ty pak mohou obsazovat receptory morfinové a mohou suplovat endorfiny organismem vytvářen. Tyto nálezy korespondují s genetickým pojetím vzniku závislosti, kdy

se předpokládají právě geneticky podmíněné odchylky ve způsobu metabolismu etanolu v organismu. Tato teorie má platnost nejen pro závislost na alkoholu, ale i pro závislosti na jiných drogách. Nejnovější výzkum endorfinů ukazuje na úzkou fyziologickou souvislost mezi drogovou závislostí a závislostmi, které nejsou vázané na nějakou látku. Endorfiny jsou vznikající látky v organismu podobné opiátům, které vzbuzují podobné účinky jako drogy. Organismus je produkuje, když se člověk ocitne v extrémní závažné situaci a při silných bolestech. Endorfiny zmírňují bolesti, mají dočasně omamující účinky a vyvolávají pocity euforie. V určitých situacích jsou v lidském mozku prokazatelně přítomné (Schmeichel, 1995).

Genetická teorie vychází z předpokladu, že přímá dispozice spočívá přímo v dědičné informaci. Primární podporu teorii poskytly studie z počátku století, kdy mezi předky diagnostikovaného alkoholika byly objeveny osoby s alkoholickým vývojem a sociální či psychologickou patologií. Řehan (1994) uvádí, že po zhodnocení výzkumů prováděných na zvířatech i lidech nelze popřít zvýšené riziko genetického ovlivnění u dětí alkoholiků, i když moderní genetické výzkumy jednoznačné výsledky nepodávají.

Enzymové teorie spojuje vznik a rozvoj závislosti se změnami v působení základních enzymů odbourávajících alkohol, v případě závislosti na alkoholu.

Sociologické teorie vzniku závislosti

Sociální teorie hodnotí vznik závislosti s ohledem na sociální strukturu, klima a možnosti společnosti. Vychází se z premis, které postulují pravidla:

- a) jsou-li drogy snadno dosažitelné, je jejich spotřeba větší a počet závislých také. Jsou-li drogy dosažitelné s těžší, jejich cena je vysoká, je také sklon k jejich užívání nižší. Přitom dosažitelnost drog je na úrovni technické, ekonomické a sociální.
- b) je-li možná účast v deviantní subkultuře, kde je možno se vyhnout nepřijemným situacím, které společnost přináší, je zde zároveň možno se té společnosti pomstít. Být částí této subkultury přináší pocit sebeuznání, který se v *normální* společnosti nepodařilo získat. I toto soužití má své normy, hierarchie a zákony, ale jsou přijatelnější než zákonné normy běžné společnosti. Je-li jedinec úspěšný v této subkultuře, ztrácí motivaci začlenit se do běžné společnosti a ztratit tak své postavení. Užívání drog je přitom akceptovanou hodnotou. Následkem této sociální seberealizace vzniká *sociální závislost* na této subkultuře. Výsledky systematické teorie u velkého množství rodin závislých jedinců ukazují silný strach před separací. Mnohým jedincům se nepodařilo být samostatnými. Jinými slovy odrážení od rodiny vedlo k nadměrnému užívání drog a tím k ještě silnějšímu posílení vazby na rodinu. Tato situace je také prototypem rodinné struktury závislého jedince. Silná pozitivní spolupráce jednoho z rodičů oproti druhému, který

guje jako unikový obranný mechanismus. Mertonovo (1938) pojetí operuje s typy přizpůsobení či odmítnutí kulturně definovaných cílů a prostředků k jejich dosažení. Tokikomanie je vysvětlována odmítáním jak cílů, tak i prostředků (Bütor, 1989).

Význam postojů pro návykové chování zdůrazňuje *model systémové dynamiky* Whita a kol. (Vojtík a kol., 1982). Prostřednictvím tohoto modelu je popsán mechanismus tvorby postojů k alkoholu a interakce celospolečenských postojů a postojů individuálních. Pozitivní postoje k alkoholu obsažené ve společenské makrostruktuře vykonávají nátlak na postoje jednotlivců, individuální postoje zpětně ovlivňují okolí, čímž se celý cyklus uzavírá.

Psychologické teorie vzniku závislosti

Při hledání příčin vzniku závislosti se uplatnil rovněž psychologický přístup. Jedna z tradičních teorií je redukce tenze. Tato teorie ztrácí postupně svoji platnost a je vystřídána propocovanějšími.

Hlubinná psychologie tvoří rámec několika odlišných pohledů na problém látkové závislosti. Jak konstatuje Zášková (1997) ve své výzkumné práci, nejstarší hypotézy vychází z klasické analýzy, později se látkovou závislostí zabývá též neopsychoanalýza. První pokusy vysvětlit patologizaci zneužívání návykových látek obsahovaly předpoklad specifické osobnostní struktury závislých, s rysy raných vojových stádií, tj. se silnou potřebou péče, podpory, nízkou tolerancí vůči frustraci a bolesti. Vedle specifické osobnostní struktury byla předpokládána přítomnost infantilních nevědomých potřeb, které byly uspokojovány prostřednictvím drog (Ong, 1991).

Abúzas představuje emoční obranu, spojenou se snahou navodit rovnováhu organismu. Drogeny jsou užívány k emočnímu zvládnutí interakce s okolním světem. Vědomé užívání drog není hledáním vzrušení, ale farmakologickou redukcí emočního utrpení, stresu.

Psychoanalytická teorie vychází z názoru, že závislost je součástí narušeného já s projevy omnipotence, sklonem k agresi, potřebou uspokojení. Narušené relační vztahy a droga vytváří pak pseudovztahy. Jedná se také o narušenou frustrační toleranci, nutnost okamžitého uspokojení potřeby s narušenou sebekritičností a odhadem skutečnosti, následkem čehož vzniká potřeba samodestrukce. Jsou také zřetelnější projevy zlosti a podrážděnosti. Zvyšuje se touha mezi ostatními ve společnosti vyniknout na úkor schopnosti tuto touhu uskutečnit. Zvlášť pak v období adolescence, kdy je emoční náplň a nejistota maximální, je sklon k regresi nejvýraznější. Namísto aktivní adaptace se projevují sklony k pasivnímu podřízení a diskrepance je tím výraznější, čím je větší rozdíl mezi společenskou možností jedince a jeho omnipotentními, narcistickými tužbami.

má odmitavý či trestající postoj. Pak vzniká spojenectví mezi závislým jedincem a přítlisť starostlivým rodičem. Pokud trvá závislost jedince na drogách, trvá také společenství, a tím se posiluje stabilita takového rodinného schématu.

Podobně jako biologické teorie hledají příčinu vzniku a rozvoje závislosti v somatické složce, tak sociologické teorie vycházejí z makrosociálních vztahů a zákonitostí. Těžiště zájmu se přesouvá od jedince na societu jako celek. Problémy, navazující na konzumaci alkoholu, drog, obecně patologické závislosti, mají povahu sociálních jevů.

Klasické studie se zaměřily na obecné vývojové charakteristiky měnící se společnosti, v níž narůstá komplexita. Migrace lidí do velkých měst, rozvoj masové komunikace a kultury, vzrůstající tlaky na bazální sociální konformnost, zvyšující míru napětí a tlaků. Řehan (1994) připomíná tzv. druhou ngramotnost, kterou se miní faktické selhávání stále většího procenta populace tváří v tvář nejmodernější technice, a uvádí Baconovu tezi, že komplexita vede k nárůstu potřeby integrativní funkce, která by mimila tuto tenzi, nejistotu a pocity ohrožení, což může zajistit alkohol a droga.

Teorie distribuce spotřeby alkoholu metodicky využívá Ledermannovu křivku logonormálního rozložení spotřeby. Základní tezí je předpoklad vztahu mezi celkovým objemem konzumace a procentem alkoholických problémů. Ledermannova logonormální křivka distribuce spotřeby je jednovrcholová se značným jednostranným sešikmením. Její pomocí lze stanovit, že zhruba 50 % spotřeby alkoholických nápojů připadá jen asi na 10 % populace a dalších 50 % spotřeby na zbývajících 90 % populace.

Zastánci distribučního modelu postupně formulovali některé obecnější teze (Řehan, 1994):

- ❖ země s vysokou spotřebou mají největší prevalenci chorobnosti související s alkoholem;
- ❖ čím více je ve společnosti konzumentů, tím více v ní bude i alkoholiků a tím větší bude výskyt ekonomických a dalších škod způsobených alkoholem;
- ❖ výskyt a rozšíření alkoholismu jsou determinované celkovou úrovní spotřeby v dané populaci;
- ❖ spotřeba na obyvatele za rok poskytně spolehlivý odhad počtu alkoholiků;
- ❖ existuje úzká korelace mezi úmrtností na cirhózu jater a celkovou spotřebou alkoholu.

Durkheimova *teorie anomie* vychází z předpokladu závažného vlivu rozpadu sociálních norem v důsledku revolucí, válek, dramatických sociálních změn na vzestup konzumace alkoholu, zneužívání drog a patologického chování (Durkheim, 1893). Rozpad je doprovázen absencí společenské solidarity a soudržnosti. Závislost fun-

Kulturně antropologické teorie vzniku závislosti

Výběr a užívání konkrétního typu návykové látky jsou spolupodmíněny mnoha činiteli, osobnostními, věkovými, sociálními, ale i faktory historickými, kulturními, geografickými. Kulturně antropologické pojetí závislosti čerpá z etnografických studií, které srovnávají kulturní, historické a jiné odlišnosti konzumu látek, jejich účinků na prožívání a chování, vazby na pohyblivost apod. Sleduje také zvláštnosti ve významu a hodnocení látek tradičně zakotvených v normách a postojích dané společnosti. Etnografické výzkumy podložené biochemickými metodami prokázaly odlišnosti metabolismu alkoholu. Tyto zvláštnosti způsobují intenzivní reakci na pozitivní alkohol a jsou přirozenou biologickou ochranou proti abúzu.

Psychická deprivace jako příčina závislosti

Psychická deprivace bývá definována jako **psychický stav**, vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostatečném množství a po dosti dlouhou dobu (Langmeier, Matějček, 1974). Takový stav vzniká ochuzením určitých žádoucích podnětů, postiženému jedinci není dána možnost, aby své základní psychické potřeby rozvinul a ve svém životním prostředí uplatnil. Vedle biologických potřeb, které musí být v náležité míře uspokojovány, má-li se dítě vyvíjet v osobnost psychicky zdravou a zdravou. Odborníci definují a výzkumně ověřili pět vitálních potřeb:

- ❖ Potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů. Její uspokojení umožňuje naladit organismus na určitou žádoucí úroveň aktivity.
- ❖ Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech, tj. smysluplného světa. Uspokojení této potřeby umožňuje, aby se z podnětů, které by jinak byly chaotické a nepracovatelné, staly zkušenosti, poznatky a pracovní strategie. Jde tedy o základní podmínky pro jakékoliv učení.
- ❖ Potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů, tj. k osobě matky a k osobám dalších primárních vychovatelů. Její náležité uspokojování přináší dítěti pocit životní jistoty a je podmínkou pro žádoucí vnitřní integraci jeho osobnosti.
- ❖ Potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty, z jejíhož uspokojení vychází zdravé uvědomění vlastního já neboli vlastní identity. To pak je dále podmínkou pro osvojení užitečných společenských rolí a hodnotných cílů životního snažení.
- ❖ Potřeba *otevřené budoucnosti*. Její uspokojení dává lidskému životu časové rozpětí a podněcuje a udržuje jeho životní aktivitu. Naděje překonává stagnaci.

Prenatální psychologie přináší důkazy o tom, že dítě vstupuje do tvořivé součinnosti se svým sociálním okolím již v posledních měsících svého intrauterinálního života a samozřejmě pak od prvních okamžiků po narození. U jeho prvotních vycho-

Behaviorální teorie pracuje s pojmem "odměňování", kdy odměna nebo trest mají větší vliv na chování a zvyšují možnost opakujícího se způsobu chování tím více, čím rychleji se dostaví účinek a žádáný efekt. Znamená to, že nepřijemné průvodní účinky při užívání drog psychologicky nevyvážají okamžitě zvláštní uspokojení po požití drogy. Okamžitý pocit uspokojení po požití drogy se nedá srovnat s pozdějšími negativními účinky, naopak tyto negativní účinky se dají překonat dalším požitím drogy. Tím se uzavírá bludný kruh závislosti.

Je možné, že zde fyziologický mechanismus návykovosti nalézá psychologický protějšek, kdy udržování závislosti je zajímavé pouze v tom případě, kdy intenzita prožitku zůstává na původní úrovni. Proto je nutné zvyšovat dávky, proto jsou voleny prostředky, které potlačují pocity strachu a bolesti a vedou k výrazné redukci celkového počtu nejistoty, úzkosti a bolesti.

Princip generalizace konstatuje, že vědomí závislosti se stává způsobem života. Nepřijemný proces odvykání pak narušuje tento princip a může být důvodem pokračování v požívání drog.

V souladu s teorií učení odmítá *neobehaviorální psychologie* závislost jako nemoc a prezentuje ji jako naučené chování. Kondáš (1969) konstatuje, že závislostní chování vychází z potřeby sebeupravení a uvádí tyto principy učení maladaptivním formám chování:

- ❖ Zdrojem maladaptivních forem chování jsou sociální faktory, nezvládnuté konflikty, nadměrná zátěž a jiné. Za určitých podmínek se učením tyto poruchy upevňují, fixují a přetrvávají.
- ❖ Sklon ke vzniku poruch závislosti na celém předchozím vývoji jedince, na jeho předchozích zážitcích, problémech. Ty tvoří vnitřní podmínky pro to, aby se učením fixovala příslušná porucha chování.
- ❖ Vznik a vývoj poruch se realizuje na základě celkové psychické skladby osobnosti, tzn. že poruchové a neporuchové činnosti jsou ve vzájemné interakci.

Teorie předisponované osobnosti je stále diskutována a rozvíjena, ale stále chybí jednotný princip, případně průkazné nálezy. Je zde nutno odlišit osobnostní rysy osob léčených pro závislost od rysů premorbidní osobnosti v jejím vývoji.

Při studiu *sociálně psychologických* faktorů v etiologii závislostního chování stojí v popředí pozornosti zvláštnosti struktury a dynamiky malých společenských skupin, rodina, vrstevníci. Závislostní patologie v rodině je důsledkem vnitřních rodinných napětí a konfliktů, konfliktů rodiny s vnějším prostředím spolu s nejistotou vnitřního života rodiny ve vztahu ke světu vnějšmu. Otázkami vlivu rodiny, vrstevníků, zvláštností atmosféry v rodinách se závislostním chováním se zabýval Vojtík (1982a, 1982b, 1984/85).

vatelů – matek, ale ve velké míře i u otců – jsou uváděny v pohotovost nebo spouštěny mnohé instinktivní mechanismy, které se v časně interakci s dítětem významně uplatňují a jež jsou podkladem dalšího chování, rozvinutějšího, více uvědomělého, plánovaného, promyšleného a kulturně podmiňovaného. Bowlby (1988) vychází z pozorování oddělování dítěte od matky a na základě těchto výzkumů vypracoval tzv. **teorii vazby**, která mu zajistila místo mezi třemi až čtyřmi nejvýznamnějšími psychiatry našeho století (Koukolík, Drtilová, 1996).

Teorie vazby říká:

- 1) Citové významná vazba mezi matkou a dítětem měla a má základní význam pro přežití.
- 2) Citové vazbě tohoto druhu nejlépe porozumíme, představíme-li si v mozku matky i dítěte funkční soustavu, která uchovává jejich vzájemnou blízkost a snadnou dosažitelnost.
- 3) Citová vazba se vyvíjí celý život, smyslem vazby je ochrana a pomoc. V průběhu dospívání a dospělosti je vazba doplňována vazbami novými.
- 4) Chování dětí se dá popsat jako zkoumání světa z bezpečné základny. V průběhu dospívání dochází k odloučení od sebe, nicméně bezpečná základna přetrvává.
- 5) Pečování je další součástí vazby. Bez péče by potomstvo nepřežilo.

Předpokládá se, že porušení vazby mezi matkou a dítětem bývá jednou z klíčových příčin běžné se vyskytující poruchy chování. Porušená vazba vede ke vzniku rozmanitých duševních onemocnění, k osobnosti deprivovaní. Klasické psychologické deprivace ubývá. S jejím plně rozvinutým obrazem se setkáváme tam, kde spolupůsobí dva nebo více nepříznivých činitelů. Naproti tomu vyrůstá nový problém, neméně závažný, který označujeme jako **psychickou subdeprivaci**. Její definice odpovídá definici psychologické deprivace. V případě subdeprivace máme před sebou deprivaci obraz příznaků v méně výrazné, méně určité, méně dramatické podobě. Chování deprivantů ve skupinách má svá specifika. Deprivanti snadněji vytvářejí aliance, koalice a organizace než lidé, kteří jimi nejsou.

Teorie memů

Popper a Eccles (1987) rozdělili svět do tří vzájemně souvisejících kategorií:

- ❖ Svět 1 je světem atomů, molekul, buněk, tkání, orgánů, včetně mozku.
- ❖ Svět 2 je světem psychologického bytí.
- ❖ Svět 3 je světem objektivní informace.

Ze světa 1 vyrůstá svět 2 a z něj v průběhu vývoje našeho druhu vyrůstá a roste svět 3, který zpětně ovlivňuje svět 2 a jeho prostřednictvím svět 1.

Součástí světa 3 jsou memy, což jsou informace, které se v sociálním prostředí chovají podobně jako geny v prostředí biologickém. Mem je *negenetický replikátor*, *jemně se šíří pouze v prostředí vytvořeném složitými mozků* (Dawkins, 1989).

Vztah mezi deprivanty a jejich způsoby užití memů má prvky pozitivní zpětné vazby. Někteří deprivanti vytvářejí v čase a prostoru deprivantské způsoby užití memů a naopak – tyto způsoby užití memů tvoří další deprivanty.

Deprivanti jsou lidé, kteří z biologických, psychologických nebo sociokulturních důvodů nedosáhli **lidské normality** či o ni přišli. Ve vztahu k normalitě jsou to lidé v různém stupni a rozsahu *nepovolení* nebo zrušení, nikoli nemocní. Postižení je výraznější v citové a hodnotové než v intelektuální oblasti (Koukolík, Drtilová, 1996).

Deprivanty chápeme jako antropologickou, sociokulturní kategorii, nikoli jako kategorii diagnostickou, lékařskou (ta by byla užší).

Riesman (1969) považuje deprivanty a deprivantství za součást společenského charakteru a konstatuje, že je to část charakteru, kterou sdílí lidé lidské skupiny a která je výsledkem jejich zkušenosti.

Koukolík a Drtilová se domnívají, že epidemický výskyt deprivantů a skupinové projevy jejich chování souvisejí s vývojem soudobé společnosti. Jsou jak jeho důsledkem, tak jeho pohonnem. Přibývají a jsou tak závažné, že je možné uvažovat o deprivantské vzpouře (Koukolík, Drtilová, 1996).

Příčinou, součástí i důsledkem deprivantství může být zneužívání psychoaktivních látek a disociační poruchy.

Prezentované teorie (Skála, 1987; Hanzlíček, 1978; Chvíla, 1984; Tonneyck, 1992) podávají přehled názorů na vznik závislosti z různých pohledů a přístupů k ní. Medicínský přístup si ale vynucuje preciznější diagnostické začlenění a definici problému. Zatím nejpečlivěji se s problémem diagnostiky závislosti vypořádává DSM-IV, Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti.

5.2 Faktory vzniku závislosti

Závislost je multifaktoriální jev. Mezi základní faktory vzniku závislosti patří: farmakologické, somatické a psychologické faktory, prostředí a podnět.

Štáblová (1994) konstatuje, že působení jednotlivých typů faktorů, vzájemně se ovlivňujících ve složitých příčinných vazbách, vede k toxikomanii, přičemž názory na míru závažnosti jednotlivých faktorů se vyvíjejí. Autorka analyzuje jednotlivé faktory takto:

• Farmakologické faktory – droga

Dostupnost drogy byl v minulosti příkladem velkého významu, později převládá názor, že dostupnost drogy nemůže u zdravotně jedince, žijícího v harmonickém sociálním prostředí, závislost navodit a navodit ji jen tehdy, dostane-li se do kontaktu

Mezi dominantní socioekonomický faktor patří vzrůstající životní úroveň, ta má za následek růst kupní síly a dostatečné finanční prostředky pro stále větší počet obyvatel. Sekundárně pak přistupují možnosti neomezeného cestování a delších pobytů v cizině, kde dochází k intenzivním kontaktům s patologickou subkulturou.

Střední Evropa je tranzitní oblastí pro mezinárodní automobilovou dopravu a figuruje jako prosředník všech tranzitních drogových tras. Zvýšený počet osob na hraničních přechodech vede k nedokonalému a nedůslednému odbavování, kterého využívají především tzv. kurýři, kterými jsou jak občané té které země, tak cizinci a bývalí emigranti. Zvýšený rozvoj turistiky přináší nárůst letecké dopravy, a tím klesá pravděpodobnost náhodného záchytu na letišti.

Nedostatečná legislativa v oblasti pohybu, pobytu a obchodní činnosti cizích státních příslušníků na území země střední Evropy usnadňuje legální pobyt cizinců na tomto území, a tím se vytváří předpoklad i pro pobyt nelegálně přistěhovalých osob, které se významně podílejí na importu a distribuci drog.

Neadekvátní ekonomické a sociální poměry, přinejmenší nejistota a nedostatek seberealizačních příležitostí, mohou být považovány za významné faktory, ke kterým lze přiřadit náhlé politické a sociální změny, nestabilitu společnosti, snadno dostupné tabákové výrobky a alkohol. Masmediální působení reklamy nelze podceňovat. Rasová nebo jiná diskriminace a jazyková bariéra mohou působit iniciačně.

V kontextu důsledků sociálních proměn pro výchovné klima mladé generace pak výrazněji vystupují nejčastější důvody, proč mladí lidé sahají po drogách. Důvody přibližnosti jsou následující:

- módnost okusit drogu,
- zvědavost, experimentace sama se sebou a drogou,
- samoléčení psychických poruch, labilita, rozlad, ostychu, studu,
- přizpůsobení se partě, skupině a získání tak možnosti participovat na činnosti skupiny,
- protest proti okolnímu světu, jeho požadavkům a nárokům na člověka,
- únik od problémů a před problémů, únik od jejich strastiplného prožívání, trýznivého rozhodování a namáhavého hledání řešení a ještě tíživějšího převzetí zodpovědnosti za zvolené řešení,
- zvýšení koncentrace pozornosti, hledání inspiračních zdrojů v situaci pozitivně vyvalené psychiky, dolaďování až burcování své výkonnosti ve vyjatých situacích,
- umocnění pozitivních prožitků (většně sexuální), touha oddat se prožitkům čiré libosti, zabezpečit si tímto způsobem aspoň nějaký zdroj pozitivních prožitků i za cenu poškozeného zdraví.

Fakt, že člověk je závislý, nemá jen obsah negativní, ale nese i pozitivní informaci o tom, že tento člověk má určitý problém v hledání a nalezení si místa

s biopsychosociálně oslabeným jedincem. Současnost je charakterizována spektrem drog, které navozují extrémně rychlé závislosti, z toho důvodu se droga jeví jako významný faktor, zvláště u mládeže.

• Somatické a psychické faktory – osobnost

Analýzou těchto faktorů lze zjistit, že se stále více prosazuje komplexní, tzv. biopsychosociální přístup. Strukturu osobnosti tvoří vrozené a získané vlastnosti, v osobnosti se projevuje nejen společenská, ale i biologická podstata.

V oblasti biopsychické je to snaha odstranit fyzické potíže, udržet kondici, stimulovat smysly, posílit sebevědomí, v oblasti sociální je to snaha identifikovat se s určitou subkulturou, uniknout z prostředí.

• Prostředí

Vliv na utváření osobnosti má prostředí, ve kterém jedinec žije. Osobnost dítěte je utvářena především rodinou, výrazný vliv na dítě má úroveň výchovně vzdělávacího procesu a spolupráce rodiny a školy. Zanedbatelný není ani způsob trávení volného času.

• Podnět

Složitá interakce mezi drogou, osobností a prostředím uvádí do pohybu precipitující faktory. Jsou velmi různorodé a často splývají s osobností, nebo s prostředím. Nejčastěji se setkáváme s podněty, které lze rozdělit do dvou odlišných skupin, a to touha po euforických pocitech a snaha uniknout nepřijemným pocitům a složitým životním situacím.

Uvedený integrativní model popsal také Urban (1973), který navázal na původní Kielholzův model (1965) tří intervenujících proměnných a připojením čtvrté proměnné – podnětu – vytvořil tetraedr vzniku a rozvoje drogových závislostí. Urban předpokládá, že tento model vyhovuje systémovému přístupu.

Ladewig (1983) vytvořil trojúhelníkové schéma příčin vývoje abúzu drog a drogové závislosti s proměnnými: osobnost, droga, sociální prostředí.

Jessor (1983) je zastáncem sociálně-psychologického modelu konzumu drog s proměnnými: sociální pozadí, charakteristiky sociálně-psychologické a charakteristiky behaviorální.

Tyto modely koncipují osobnost nikoliv izolovaně, ale komplexně v rámci sociálně psychologického pole a dynamicky probíhající interakce s drogou.

Výchovně vzdělávací faktory

Statut profesionálního vychovatele předpokládá plnění role poznávající a výchovně vzdělávající, s prognózováním dalšího vývoje žáka. Výchova proti závislosti probíhá souběžně s pedagogickým procesem, jehož je nedílnou součástí.

Učitel nejprve analyzuje osobnost žáka a souběžně buduje pedagogický vztah. Z hlediska prevence nemoci ze závislosti je nutné mapovat žákovy schopnosti, vlastnosti, sociální vztahy, zájem, cíle a touhy. Zvláštní pozornost si zasluhuje nesplnění a zejména vlekne neplnění přání, neúspěšné snahy žáka, jeho frustrační tolerance, případná agresivita (auto či heteropunitivní), neuroticismus, neadaptivní a maladaptivní projevy. Z neadaptivních samotářství, zamlklost, z maladaptivních záškoláctví, dětské lži a krádeže, projevy zlomyslnosti, napadání slabších.

Od rodičů a školních lékařů nutno znát případný zdravotní handicap žáka, ordinované léky, zejména ty, které mění bdělost vědomí. Moderní trendy v pedagogice dávají přednost integraci handicapovaných jedinců.

Do hodnotového systému, axiologie žáka proniká pedagog později a co nejdříve, neboť se může, zejména u pubescentů, velmi lišit od deklarovaného. Učitel někdy zjistí o žákovi více při zájmové činnosti, sportu, školních výletech, kulturních akcích, než při samotné výuce. Mimořádné události mohou vést k překvapením. V této fázi jsou aktivní výchovné zásahy zdrženlivější. Pomalejší, ale důkladnější poznání přináší pedagogický vztah budovaný na principu laskavé autority či vztah partnerský (symetrický, ve školních vztazích u nás méně obvyklý). Zde je však mnoho proměnných s pohyblivým věkem žáků.

Nápodobá autoritu, zejména neformálních, je silným (neinvazivním) prvkem výchovy. Mládež potřebuje identifikační vzory nebo alespoň jejich stavebnicové prvky, představami doplňované, idealizované. Právě individuality mezi žáky nebo ti z nich, fantazijně obdařeni, si vytváří skladební vzory. Obecně platí, že dobrý pedagog na sobě pracuje, neboť patří vědomě do nabídkové galerie identifikačních vzorů žáků. Nekvalitou pedagoga je slabost pro některou ze závislostí, která snižuje i jeho autoritu.

Aktivní výchovně působení na žáka při kvalitním pedagogickém vztahu je např. pomoc ve volbě či při korekci již zvolených cílů, které si žák stanoví. Cíle by měly být konkrétní, realizovatelné a spíše krátkodobé. Dosažení dílčích cílů je kladně motivujícím prvkem výchovy. Žákovi nenabízíme cíle jeho osobnosti cizí, násilně implantované, nýbrž předkládáme škálu námi odhadnutých možností k výběru žáka. Cíle vždy takové, že obohacují osobnost žáka, neboť nejspolehlivějším pozitivním ovlivněním sklonu k závislosti je motivovat a podněcovat k činnosti. Naopak oslabujícím faktorem vzniku závislosti je duševní prázdnota.

Výhraněný životní cíl žáka (rodinné tradice, profesně přecházející z generace na generaci) může být ochranou proti závislosti. Některé povahové rysy, jako houževnatost, cílevědomost, hluboké zájmy, se zdají být ukazateli příznivé prognózy, že takto obdařený žák nepodlehne závislostnímu svodu (Hosák).

pro seberealizaci, seberozvoj a je třeba být mu nápomocni tento problém řešit. Závislostní chování je důsledkem problému. Je to výzva, podnět zabývat se tímto člověkem.

Komorous (1994) uvádí základní faktory dostupnosti drog v širším mezinárodním sociálním kontextu. Jsou jimi:

- Strategická poloha území České republiky v centru Evropy, na hlavních tranzitních drogových trasách. Zejména se to týká heroinové, tzv. balkánské cesty, kokainové jihoamerické trasy a stále výrazněji se projevující tzv. východní cesty.
- Vysoce rozvinutý a kvalitní chemický průmysl s tradičně velmi dobrou obecnou i speciální odbornou vzdělaností většího množství lidí na území České republiky.
- Velice kvalitní báze ilegálních výrobců domácích drog, která se v ČR vytvářela ještě v době hermetického uzavření území republiky v období před rokem 1989.
- Tradičně dobrý organizační a inteligenční potenciál obyvatel ČR.
- Vysoká propustnost a velice špatná kontrolovatelnost státních hranic České republiky.

K těmto domácím aspektům autor dále přiřazuje dva základní momenty zahraniční:

- Rozpad bývalého Sovětského svazu.
- Válka na Balkáně spolu s rozpadem bývalé Socialistické federativní republiky Jugoslávie, která vedla k masivnímu proudu lidí z těchto dvou směrů na západ a tím i na území České republiky.

V těchto dvou prouděch ekonomických a politických běhů se na našem území objevily profesionální zločinecké gangy, které se rychle aklimatizovaly v našem prostředí a působí jednak jako středoevropský mezikulturní velkých zločineckých organizací a jednak vykonávají a realizují svou aktivitu přímo na území České republiky se zaměřením na české občany.

Všechny tyto kriminogenní a společenské faktory pak vytváří základní stavební kameny české drogové scény.

Přes území České republiky se rychle otevřela nejsilnější, tzv. severní větev balkánské heroinové cesty, začíná se také objevovat jihoamerická cesta, která využívá území České republiky jako křižovatku kokainové trasy. Jako cílová země začíná být Česká republika testována a používána africkou hašišovou trasou a holandskou trasou LSD.

Poznatky výše uvedené obsahují oprávněné obavy nárůstu drogových problémů, a to nejen u mládeže, včetně drogové trestné činnosti nebo trestné činnosti v důsledku problémů s drogou.

Výchova jako primární prevence

Primární prevence sociálně patologických jevů se překrývá, pokud se někdy zcela nekryje, s výchovou. Právě do kompetencí učitele a vychovatele na všech stupních škol náleží tato činnost. Určitý tzv. nežádoucí jev je výsledkem mnoha okolností, vyrůstá z mnoha zvláštností ve vývoji a je součástí celého komplexu chování a prožívání i faktorů situacích. Zdá se, že i ty nejmenší podněty mohou mít nedozírné důsledky, nadměrná úzkostlivost však může ve výchově skodit stejně jako nezodpovědnost. Výchova se promítá do celého života člověka – jde o setkání konkrétních lidí a nikoli pouze o aplikaci nějaké metody – může připravovat člověka k vědomějšímu, odpovědnějšímu řešení svízelných životních situací i usnadňovat mu cestu k hledání sebe sama. Způsob, jakým my vychovatelé řešíme životní problémy včetně problémů v mezilidských vztazích, to je vlastní a výchovně agens. Není tedy tak významné, co k danému problému říkáme, rozhodující je autenticita našeho postoje – co skutečně ve shodě sami se sebou činíme. Dítě má v určité době sklon napodobovat své vzory a potřebu identifikovat se s milovanými, resp. atraktivními osobami. Jsou-li naše slova v rozporu s naším přesvědčením, resp. činy, musíme počítat s tím, že se dítě nebude řídit jen podle našich rad, resp. varování, ale bude se muset vyrovnat se zmatkem a nejistotou, které v něm svým dezintegrováním působení vyvoláme. (Pozor – vychovatel může působit i jako negativní vzor.)

V podstatě je takřka nemožné do důsledků odtrhnout ve výchově způsob resp. metodu řešení problémových situací od celkového působení osobnosti toho, kdo je dítěti prezentuje. *Výchováváme ne tím, co žvame, nýbrž tím, co jsme (C. G. Jung).* Nejrozšířenějším způsobem řešení problémové situace je únik od problému. Ve vztahu s nejbližšími může dítě udělat zkušenost, že unikání je výhodné nebo dokonce životně nutné, ale v dalším vývoji se může i snažit svým opacným postojem tuto zkušenost kompenzovat...

Potřeba lásky, potřeba intimity a tělesné blízkosti, potřeba jistoty, potřeba zažívat libé pocity, potřeba přesahovat atd. patří mezi ty nejdůležitější lidské potřeby. Způsob, jak se utváří vztah k jejich uspokojování jistě záleží i na vrozených dispozicích. Můžeme si to zhruba představit asi tak, že každý se rodíme s určitou nediferencovanou dynamickou připraveností, s jakýmsi předznamenáním či s určitou přizpůsobivostí k určitému druhu vývojových problémů. Konkrétní užší a širší životní a zejména vztahové okolnosti (výchova atd.) pak patrně nejen dodávají prožitkový materiál či obsah, ale i nabízejí způsoby k jejich řešení.

V rámci primární prevence se nedoceňuje nepřímé výchovné působení, působení celým svým bytím a chováním, vlivy rodiny, vrstevníků, masmedií aj.

Dítě má v sobě zakotvenou potřebu stát se osobností, i když si to ještě vůbec neuvědomuje. K tomu musí splnit řadu vývojových úkolů a najít svou identitu. Toto hledání může být zvenčí nazýváno i jako bloudění. Thomas Moore (1997) upozorňuje, že pro dítě může být fascinující asociální chování, děti se snadno mohou nechat zlákat lidmi a činnostmi, které jsou pro ně nebezpečné. Rodiče

i vychovatelé se pak marně snaží všlepuvat dítěti smysl pro hodnoty a přiměřenou životní cestu. Pro dítě může být jeho ovlivnitelnost temnými lidmi či místy nebezpečnou, ale někdy nevyhnutelnou cestou k utváření duše. C. G. Jung opakovaně upozorňoval, že cesta k *polidštění* vede přes sestup do *podsvětí*, do nevědomí. Poznat, kdy nám osud přináší něco dobrého a kdy zlého, je někdy těžké. Věci, které na první pohled vypadají velmi nebezpečné, mohou být z dlouhodobého nebo širšího hlediska prospěšné.

Pravověrní, voluntarističtější nebo na výkon orientovaní pedagogové se ovšem budou bránit a budou věřit v sílu a oprávněnost svého zaměřeného působení. Do arzenálu jejich metod bude především patřit ovlivňování dětí přesvědčováním, informováním, restrikcemi či manipulací, odměnami a tresty, s cílem dosáhnout předem vytyčeného cíle, který se bude blížit jejich vlastním představám o tom, jak má vypadat dítě či mladistvý. Problém je v tom, že dítě se často chápe jako *tabula rasa*, nepopsaná tabule. Výchova – *educatio* (vedení) – však není jen jedhoshměrný proces určený k vyvedení z dětství, k zaplnění vědomí a přizpůsobení se navenek, světu a představám dospělých. Mělo by jít také o pomoc v nalézání sebe sama. Každý člověk, a dítě především, má v sobě užasný vývojový potenciál a jakési předznamenání. Pro vychovatele je velmi užitečné, když dítě především *přijme* a bude k němu přistupovat s určitou pokorou, tolerancí a úctou. Proč tomu tak často není? *Přijetí dítěte může ohrozit dospělého, který si cení více informací než údivu, zaměstnání více než hry, inteligence více než nevědomosti. Kdybychom skutečně pečovali o dítě, podívali bychom se zpráva na naši vnitřní přirozenost – na naše nezkrotné emoce, zmatené touhy a na naši ohromnou nedostatečnost (T. Moore, 1997).*

Individuální předpoklady pedagoga

Úkoly vychovatele vyplývající z určitých kritických situací u tzv. problémových dětí a mládeže jsou často silně podmíněny specifickou celou situací. Lze však formulovat základní výchovní postoj pomáhajícího, od nějž se pak výchovně-preventivní působení může odvíjet.

Na základě zkušenosti a poznatků z praxe lze obecně konstatovat, že vedle odborné erudice a sociální role bývá výchozí kompetence vychovatele či pomáhajícího určena hlavně:

- láskou k lidem a prací s lidmi, což dodává člověku nutnou sílu a radost,
- schopností rozlišovat mezi potřebami vlastními a vývojovými potřebami dětí,
- schopností nacházet správnou míru a čas pro sebereflexi a spontaneitu, přípravu, most či otevřenost k setkání.

Zůstaneme-li na rovině obecného resp. primárního výchovně-preventivního působení, daly by se jeho zásady shrnout asi takto:

- sám za sebe, na svém místě, ve svém okruhu působnosti a podle své kompetence
- konkrétně, bezprostředně a pokud možno integrovaně,
- také sám žít autenticky svůj život,
- sdílet ho s lidmi, a
- podle svého nejlepšího vědomí a svědomí – tedy odpovědně, ale
- radostně, s láskou a beze strachu
- pomáhat podle potřeby a možností, ale pokud možno neodklánět nikoho od jeho vlastní cesty.

Sociální předpoklady institucí

Tzv. sociálně patologické jevy se přirozeně týkají individua, ale jak už jejich vymezení napovídá, mají širší dosah. Představa, že se sociálně patologické jevy dají řešit masovou výchovou, je velmi zjednodušená, protože masa se chová jako přírodní, nediferencovaná, anonymní a nezodpovědná bytost. Preventivní působení je především individuální působení.

Nelze popřít, že stát a další instituce mají v našich podmínkách svou funkci. Měly by napomáhat řádu a vzájemnému přispívání, hlídat rovnováhu mezi pořádkem a svobodou, bez nichž je život společnosti těžko myslitelný. Institucionální působení je běžné i v oblasti výchovy, terapie či prevence, i když to vlastně odporuje podstatě věci – skutečná výchova je vždy individuální.

Instituce vznikly proto, aby pomáhaly efektivněji uspokojovat či ovládat potřeby lidí. Nejde však o působení bezprostřední. Instituce má zprostředkující úlohu. Zdá se, že stále častěji žijeme v epoše zprostředkovávání, i když to konkrétní se vlastně vždycky odvíjí od jedné jediné věci nebo jejích dohod. Ukazuje se, že síla systému je dána silou jeho nejsilnějšího článku. Jediněc bývá v instituci anonymní, sčítaný za svoji sociální roli, postavením nebo úřední kompetencí. Samy instituce se personifikují a dnešní člověk vsutku často potřebuje hodně odvahy a vytrvalosti.

Vedle toho, že instituce pomáhá, je často ideálním polem pro rozvíjení mocenských ambicí. Všechno lze využít i zneužít a i instituce může onemocnět.

Tento zdánlivě obecný výklad má závažné důsledky pro závěr, co můžeme např. ve škole či jiném výchovném zařízení pro prevenci sociálně patologických jevů udělat. Ukazuje se, že osoba ředitele či vedoucího je klíčová, ale nikoli samospasitelná. Jeho sociální prestiž je delegována společenstvím, které mu ji udělo. Sila vedoucího pracovníka spočívá v tom, jakými lidmi se dokáže obklopit a jaký jim vytvoří prostor pro jejich zodpovědné a samostatné působení. Tento člověk také ztělesňuje základní filosofii instituce a určuje její atmosféru, deleguje pravomoci a stará se o zdraví své instituce.

Zdravě fungování institucí není zdaleka samozřejmé. Následující zásady a doporučení mohou být užitečné pro každého odpovědného vedoucího pracovníka. Bez zajištění těchto sociotechnických opatření přestávají instituce plnit svoji pravou roli.

V oblasti prevence či výchovy by to prakticky znamenalo, že by se bojovalo pouze s vnějšími projevy, ale nikoli s faktickými příčinami sociální patologie.

Jde o tyto zásady:

- snaha o souhrn instituce s osobními vlastnostmi lidí, jímž tyto instituce slouží a rovněž se specifickou kulturou daného prostředí,
- harmonizace jednotlivých struktur uvnitř instituce,
- dosažení sociální rovnováhy lidského společenství tvořícího danou instituci prostřednictvím převahy odměn nad tresty, pokroku nad petrifikací, integrace nad disintegrací, a též dosažení stavu vnitřní organičnosti,
- dbalost o funkční (a ne dysfunkční) charakter jednotlivých elementů instituce ve vztahu k ní jako celku,
- racionální hospodaření se sociální energií, jíž instituce disponuje, pomocí systematického a dovedného rozdělování,
- ovládání protikladů (rozporů) projevujících se ve fungování instituce a konstruktivní využívání energie vznikající z těchto rozporů,
- instituce by měla mít charakter systému otevřeného všem užitečným inovacím,
- humanizace instituce.

Každý systém, má-li fungovat, musí mít určitou vůli, volnost, i když řada institucí, které se zabývají i sociální patologií, věnuje část své kapacity funkcím kontrolním, příp. restriktivním.

Preventivní péče, o níž se snaží pracovníci různých institucí, by měla být vzájemně dobře koordinována, systém by měl mít dosti volnosti, aby poskytoval prostor pro individuální práci. Má-li primární (a nejúčinnější) prevence mít smysl, je ji třeba chápat dostatečně široce – patří k ní všechno, co podporuje zdravý vývoj osobnosti, každá přiměřená snaha přiblížit se ideálu integrovaného, laskavého, vnitřně svobodného a přitom odpovědného člověka.

5.3 Učitel jako sociální pracovník

Sociální práce jako společenskovědní disciplína, mající výrazně technologický charakter, doznala za poslední období značných změn.

Zásady moderní sociální práce lze vnímat jako zásady uplatňované v práci ostatních vědních disciplín, tedy i v pedagogice jako obecné vědě o výchově.

Sociální práce je orientována na pomoc jedinci v kritických bodech životní dráhy nebo při patologickém průběhu životní dráhy. V průběhu životní cesty se klient setkává s celou řadou profesionálů – sociálních pracovníků, kteří ho institucionálně (zprostředkovaně i funkcionálně) ovlivňují. Významné role v tomto procesu hraje i pedagog.

Kvalifikovaný učitel by měl vedle výchovně vzdělávacích funkcí plnit řadu dalších funkcí. Následující schéma tyto nadstavbové funkce znázorňuje takto:

- vaza: učitel-žák = funkce diagnostická
- vaza: žák-učitel = funkce poradenská
- vaza: učitel-rodice = funkce informační
- vaza: rodiče-učitel = funkce konzultační
- vaza: učitel-pedagogický sbor = funkce koordinační

Prioritní **diagnostická funkce** je založena na permanentním pozorování chování a jednání žáka, na sledování jeho reakcí na běžné i stresující situace. Někdy, agrese, neadekvátní verbální projevy, stejně jako uzavřenost, nekomunikativní postoje, vynechávání se z kolektivu, mohou indikovat přítomnost patologie. Učitel by neměl podečňovat více či méně „důmyslné“ způsoby navázání verbálního i nonverbálního kontaktu ze strany žáka s cílem vyhledat pomoc, radu, podporu. Tato snaha žáka implikuje učitelovu funkci poradenskou.

Poradenská funkce představuje poskytnutí pomoci, podporu a pochopení problému, se kterým se na učitele žák obrátí. Pedagog s prosociálním citěním žákovu očekávání splní, jeho problém však nevyřeší a je na učiteli, jak se vyrovná se svojí rolí poradce. V prvé řadě musí být učitel důkladně seznámen s problematikou té které patologie, znát zásady včasné intervence, tedy základní pravidla sociální práce. Zkušený pedagog se v podstatě těmito pravidly řídí a není nezbytně nutné, aby prošel nadstavbovým kurzem. U méně zkušených a věkově mladších učitelů je vhodné absolvovat seminář či školení v rámci dalšího vzdělávání učitelů k danému tématu. Zkušený učitel-poradce – si vytváří kolem sebe tým odborníků-specialistů z různých oblastí (odborní lékaři, pediatři, psychologové, speciální pedagogové aj.). Poradenská intervence je zvláště u žáků mladšího a středního školního věku podmíněna spoluprací s rodiči.

Funkce informační je mnohdy podmíněna řadou faktorů, které provázejí vztah učitel-rodice. Ze strany rodičů je učitel chápán především jako vychovatel, pak jako vzdělávatel a už vůbec ne jako poradce. Rodiče považují školu za všemocnou instituci, která v podstatě plní zakázku rodiče – vychovávat a vzdělávat jejich dítě. Velmi častým jevem je reakce rodiče na patologické chování dítěte v tom smyslu, že dítě si patologické chování přináší právě ze školy, tam se mu naučilo, tam jsou kořeny výskytu patologických jevů (kouření, krádeže, experimentování s drogami apod.). Zkušený učitel ví, že k pozitivní spolupráci učitele s rodiči dochází mnohdy až po opakovaných intervencích ze strany učitele. Rodiče velmi intenzivně vnímají například medicínská varování, výrazně podceňují varování výchovná. Učitel by neměl poskytovat systém neomylných rad, nýbrž konzultace, které analyzují všechny stránky problému ohroženého žáka-klienta.

Konzultace patří mezi intervenční techniky, kterými se učitel snaží pomoci rodičům při řešení patologického problému. I zde se učitel setkává, obdobně jako u žáků, se skutečností proěřenou dobou: zkušenost je sdílitelná, nikoliv předatelná. Tato teze dokladuje obtížnost a individuálnost intervence do primární skupiny – rodiny.

Mezi nejvíce opomíjené funkce patří **koordinační funkce** učitele, ta, která usměrňuje interakci učitel-pedagogický sbor. Pedagogický sbor je specifická profesní skupina, která má své zvláštnosti. Rozhodující roli v tomto kolektivu hraje jeho vedoucí-ředitel a jeho styl řízení.

Učitelé jako jednotlivci obtížně vnímají moderní pohled na sociálně patologickou problematiku a neuvědomují si, že tyto jevy jsou nedílnou součástí společnosti. Žádná společnost patologické jevy neodstraní, vyskytovaly se vždy a všude a je tedy nutné najít takové způsoby řešení, takové intervence, které by výskyt těchto jevů eliminovaly. „Nevyrovnání“ pohled učitele na žáka se sociálně negativním chováním se prohlubuje v kontextu řešení problému v celém pedagogickém sboru. Ten chápe patologické chování jako poruchu chování a škola zasahuje jako instituce se sankcemi v rámci daného normativního systému. Problém tím však vyřešen není, žák je pouze potrestán a tentýž problém bují dále a objeví se později v mnohem závažnější podobě. Takto nevyrovnaný pohled celého pedagogického sboru vede ke stigmatizaci žáka, upozorňuje se tím na jeho deviaci a není vyloučeno, že se z něho skutečně stane jedinec s výraznou patologií. Učitelé nevhodným způsobem řešení problému mnohdy přispívají ke vzniku sociálně deviantních jedinců, neboť jako sociálně významnější jedinci etiketizují méně sociálně významné jedince (žáky) a činí tak z nich devianty.

Praxe naznačuje tři závažné aspekty zvyšující negativní pohled na žáka (např. toxikomana) ze strany učitelů:

1. feminizace pedagogického sboru

Čím větší podíl žen v pedagogickém sboru, tím konfliktnější atmosféra mezi členy sboru, tím více negativistická až nepřátelská atmosféra. Parciální problémy k řešení nepředstavují problémy žáků, nýbrž problémy jednotlivých členů pedagogického sboru, resp. různých podskupin, klik apod. Přes nesporný pozitivní vliv žen ve škole (zvláště na 1. stupni ZŠ) je nutné doplňovat pedagogické sbory učiteli-muži.

2. velikost pedagogického sboru

Čím početně větší pedagogický sbor, tím je méně mobilní, méně akceschopný, neprogresivní a s negativními vlivy *konkurenčního boje* mezi učiteli, které se promítají do interpersonálních vztahů mezi členy pedagogického sboru. V takto koncipovaném kolektivu mají velmi obtížnou pozici nově přichozí učitelé a je vhodné je na tyto alternativy připravit již v průběhu studia učitelství.

3. věkové složení pedagogického sboru

Čím větší věkový průměr členů pedagogického sboru, tím konzervativnější postoj má pedagogický sbor k patologickým jevům a učitel s moderními postupy, alternativními přístupy a metodami je v pozici *ostré sledovaného učitele*.

Praxe jasně ukazuje, že existují školy, kde učitelé pracují na principech moderní sociální práce (individuální přístup, pomoc, podpora, diskretnost, vedení skrze problémové situace a stavy, získání důvěry, snaha kladně motivovat žáka, snaha proniknout do jeho hodnotového systému, do problémů jeho rodiny, zainteresovat ostatní k řešení problémů atd.).

Existují však i školy a výchovná zařízení, která k tomuto pojetí mají velmi daleko (evidují problémy, trestají a etiketizují žáky, verbálně je ponižují, vyvíjejí psychický tlak apod.).

Sociální kompetence učitele

Sociální klima školy a třídy závisí na pedagogické kompetenci jednotlivých učitelů, jež se součastí jejich sociální kompetence. Podle Vališové lze sociální kompetenci chápat jako přiměřené používání motorických, duševních a emocionálních způsobů chování, schopností, postojů i dovedností tak, aby bylo možno se úspěšně vyrovnat s konkrétními a důležitými životními situacemi. (Vališová, Kasíková, 1994).

Ve vztahu k učitelům je sociální kompetence chápána jako schopnost vhodného učitelského chování a jednání, umění vnímat procesy skupinové dynamiky, vhodně na ně reagovat a usměrňovat je, rozumět procesům dospívání dětí a mládeže, být schopen týmové práce a jednání s dětmi, s mládeží i s dospělými.

Sociální kompetence obecně je výsledkem sociální zralosti. Sociálně kompetentní jedinec se vyznačuje těmito charakteristikami:

- je dobrým posluchačem, umí naslouchat
- je přirozeně komunikativní
- je vyrovnaný a optimisticky laděný
- v jednání a řešení problémů je konstruktivní
- dokáže svým chováním druhé uvolnit a uklidnit
- rád poznává prostřednictvím komunikace ostatní lidi
- má všestranné zájmy a je v mezilidských kontaktech zvědavý
- má pozitivní vztah k lidem i k sobě samému
- má schopnost rozvíjet pozitivní osobnostní rysy lidí
- je taktický, tolerantní, citlivý
- dokáže přiměřeným způsobem pochválit i kritizovat
- je úspěšný v organizování a řízení lidí
- je schopen cíleně ovlivňovat a regulovat interpersonální vztahy i vztah k sobě samému (Kasíková, Vališová, 1994)

Sociálně kompetentní učitel je schopen přispívat k utváření sociální kompetence žáků, jež se pozitivně odráží nejen v kvalitě školního sociálního klimatu, ale jako významnou osobnostní kvalitu ji pak žáci uplatňují i mimo školu.

S otázkou sociální kompetence učitele souvisí i problematika autority ve škole, již lze chápat jako neustálé se obnovující uplatňování učitelovy mocenské pozice, založené na odpovědnosti profesní i všeobecně morální. Žádoucí je tzv. přirozená autorita učitele, která vede k dobrovolnému respektování učitelovy pozice ze strany žáků. Její podstatné prvky cituje Vališová podle Kirschnera (1976). Jde o:

- vysokou profesionální a odbornou úroveň učitele
- umění vést a řídit pracovní tým
- umění komunikovat a kooperovat se skupinou
- dovednost předcházet konfliktům a případně je i řešit
- umění nenásilně přesvědčovat a vyjednávat
- dovednost motivovat ostatní k pracovním výkonům
- umění kombinovat velkorysost, humor, příslost a důslednost
- dovednost zvládat své citové vztahy
- umění stanovit vzájemná pravidla mezilidských kontaktů i pracovních povinností a jejich společné respektování
- umění sdělovat pochvalu i kritiku
- celkový přirozený image a kultivované vystupování

Učitel má možnost svými postoji, požadavky a svým jednáním vytvářet, ovlivňovat a měnit sociální vztahy uvnitř třídy, zvláště vztahy učitel-žáci. Ty mohou nabývat různé kvality, přes manipulaci a strach ze sankcí až po partnerské vztahy spolupráce.

Některé osobnostní rysy učitelů přispívají k napětí v sociálních vztazích a jsou proto nevhodné pro vytváření příznivého sociálního klimatu třídy a školy. Jde například o intoleranci, dominantnost, rigiditu nebo orientaci na chybný výkon.

Důsledky učitelovy orientace na chybu v edukačním prostředí školy analyzuji Helus a Piřha (1993). Dítě v tomto prostředí prožívá strach, nekonzentruje se na úkol a činnosti vedoucí k jeho řešení, ale na možnost chyby a sankce, které bude mít za následek. Bojí se a úzkostné dítě má tendenci se vyhýbat úkolům a požadavkům únikem do fantazie, do nemoci nebo vybírá si úkoly extrémně lehké, aby se nebezpečí chyb minimalizovalo. Jiným důsledkem je výběr úkolů extrémně těžkých, neboť v tomto případě se dopustí chyby každý a chyba nebude ničím trestuhodným.

Uvedení autorů sledují také vliv některých situací vzniklých ve školním prostředí na školní či třídní sociální klima. Orientace na chybný výkon vyvolává pocit ohrožení a celkové chápání vyučování jako ohrožujícího faktoru. Stejně je pojímáno i autokratické vedení výchovné práce ve škole. Učitelé preferují autokratický model vztahů neustále usměrňují podle vlastních představ nejen průběh vyučování (což lze zdůvodnit), ale i průběh mimovyučovacích aktivit a utváření vztahů vztahů.

6. Tradiční typy závislostního chování

6.1 Drogová závislost

Od dávných časů lidé používali drogy k tomu, aby změnili stav svého vědomí, aby se stimulovali nebo uvolnili, usnuli nebo spánku zabránili, aby zlepšili schopnost svého vnímání nebo aby si vyvolali halucinace. Drogy jsou známé a užívány od dob prvních lidských civilizací a vždy se také objevovalo nadměrné užívání těchto látek až závislost na nich. Rozšíření drog je spojeno s industrializací. Šlablová (1994) konstatuje, že spektrum látek využívaných legálně k léčbě i nelegálně k toxikomanickému účelům se postupně rozšiřovalo v souladu s trendy rozvoje společenské výroby, především chemické a farmaceutické, s rozvojem mezinárodního obchodu a vztahů mezi zeměmi a státy.

Fáze vývoje drogové závislosti

Vývoj drogové závislosti ve vztahu jedinec–droga rozdělil Waldmann (1971) do 4 etap:

1. etapa se vyznačuje hledajícím vztahem mladistvého, který prožívá své generální problémy a konflikty;
2. etapa je spojená s vytvářením a stabilizací skupin (part) mladistvých, kde se konzumují drogy;
3. etapa je vyjádřena vznikem vlastní závislosti jedince na droze, kterou potěbuje bez ohledu na partu;
4. etapa znamená fyzickou závislost na droze se stálou starostí o její opatření, neboť hrozí dramatické abstinční projevy. Toxikoman neprožívá pravý efekt drogového opojení, ale úlevu od nepříjemných prožitků po aplikaci a nutnost udržovat v organismu stálou hladinu.

Zvláště u adolescentů není přesně vymezena hranice mezi návykem a závislostí. Je obtížné rozhodnout, co je a co není možné diagnostikovat jako závislost. V odborné literatuře se lze setkat s termíny, jako jsou experimentální, rekreační, habitální a jiné používání drog mladistvými.

Klasifikace abúzu drog obvykle vychází z teoretických hypotéz čtyř kategorií:

- **biologické** – podminěnost biologickými poruchami;
- **psychodynamické** – nerozřešení psychického traumatu a neuspokojení potřeb s následným rozvojem konfliktů;
- **sociální** – na úrovni mikrostruktur i makrostruktur, jako výsledek sociálního učení;
- **sociologické** – teorie o sociálních deviacích (Heller, Pecinová, 1996).

Na tvorbě školního klimatu se podílí i převažující orientace buď na soutěživost nebo na spolupráci ve vyučování i v mimovyučovacích situacích. Autoři projektu Obecné školy upozorňují, že příslušnou orientaci na soutěživost se narušuje rovnováha vztahů v sociální skupině. Těživé jsou dopady soutěživosti na děti, které nikdy nejsou mezi prvními, ale i na ty, kteří jsou v roli premiantů a vítězů soutěží. To nadechává učitele, aby využívali možnosti spolupráce mezi dětmi a podněcovali zlepšování skupinových výkonů.

Sociální klima třídy a škol je exaktně měřitelná veličina, jak dokládá např. Lašek (1995). Svým výzkumem v učitelských sborech zjistil, že školní sociální klima ovlivňuje i vztahy mezi učiteli a vedením školy. Direktivní řízení škol má vliv na malou angažovanost v chování učitelů, která se pak projevuje v jejich práci s dětmi.

Obecná představa vidí učitele jako člověka se vztahem k dětem, konkrétní učitelé mohou být velmi rozdílní. Kantorem může být i jedinec, který nemá např. jinou pracovní příležitost a děti mohou být vnímány v zásadě jako obtěžující a nepřijemné, což může ovlivnit konkrétní chování k nim. Nebo proto, aby uspokojil svou potřebu dominance, protože pak není těžké být chytřejší a silnější než děti a ovládnout děti tak může dojít do zcela nepřijatelných forem. Často se setkáváme s přetížnými až neurotickými učiteli (nebo spíše učitkami), které své osobní problémy a frustrace řeší pomocí hněvivých útoků na děti. Nelze ovšem na druhé straně opominout žáka a jeho podíl na agresivním chování učitele (Vaničková, 1995).

Klasifikace drogových závislostí

Zvolný (1997) podává ucelený klasifikační přehled typů závislostí na návykových látkách:

- a) **Alkohol-barbiturátový typ** (alkohol, hypnotika, trankvilizéry, anxiolytika)
- b) **Amfetaminový typ** (psychoton, anorektika, antidepresiva, látky obsahující efedrin – bronchodilatancia, antitusika)
- c) **Cannabisový typ** (látky obsažené v konopí – cannabis, hašiš, marihuana)
- d) **Halucinogenový typ** (LSD, meskalin, psylocybin)
- e) **Kathový typ** (látky obsažené v listech rostliny catha edulis)
- f) **Opiátový-morfínový typ** (papaverin, morfin, heroin, diolan, Dolsin)
- g) **Solvenciový typ** (toluen, benzin, inhalační narkotika)
- h) **Tabákový typ**
- i) **Kofeinový typ**
- j) **Antipyretiko-analgetický typ**
- k) **Neuroleptický typ**
- l) **Antidepresivový typ**

Motivace abúzu drog

Důležitou součástí a podmínkou pro vznik a vývoj závislostního chování jsou důvody vedoucí k abúzu drog. Pokušíme se prezentovat nejčastější motivace, které jsou analyzovány v odborné literatuře. Jsou jimi:

- **motivace interpersonální** – přání proniknout interpersonálními bariérami a získat uznání vrstevníků, komunikovat s nimi, neboť v patologické rovině se nachází interpersonální komunikace rodinná, vzdorovat autoritám,
- **motivace sociální** – potřeba prosadit si sociální změny, identifikovat se s určitou subkulturou, uniknout z obtížných nesnesitelných podmínek prostředí, měnit společenské vědomí vrstevníků. Současná společnost způsobuje sociální frustraci, působí chaoticky na děti a mládež. Uplatňují se v první linii rysy postmoderní společnosti,
- **motivace fyzická** – přání fyzického uspokojení, fyzického uvolnění, odstranění fyzických obtíží, přání získat více energie, udržet si fyzickou kondici,
- **motivace senzoričká** – přání stimulovat zrak, sluch, hmat, chuť, potřeba smyslové sexuální stimulace,
- **motivace emocionální** – uvolnění od psychické bolesti, pokus řešit osobní komplikace, snížení úzkosti, uvolnění od špatné nálady, emocionální relaxace,
- **motivace politická** – identifikovat se se skupinami protestujícími proti etablovanému, měnit drogovou legislativu, nedodržovat společenská pravidla,
- **motivace intelektuální** – uniknout nudě, dosáhnout intelektuální kuriozity, řešit umělé problémy, produkovat originální ideje, zkoumat své vlastní vědomí a podvědomí,

- **motivace kreativně estetická** – vylepšit uměleckou tvorbu, zvýšit počet umění, ovlivnit a rozšířit představivost,
- **motivace filozofická** – objevovat významné hodnoty, hledat smysl života, nalézat osobní identifikaci, objevovat nové pohledy na svět,
- **motivace antifilozofická** – neuspokojení hledání sebe sama v učeních filozofů, zklamání při hledání smyslu života, nenalezení východiska ve filozofii Východu,
- **motivace spirituálně mystická** – vyznávat ortodoxní víru, prosazovat a vázat se na spirituální náhled, získávat boží víze, komunikovat s bohem, získávat spirituální moc,
- **motivace specifická** – osobní potřeba prožít dobrodružství, jinak nevyjádřitelné prožitky, získat ocenění u určitých osob.

Rizikové skupiny

Nejrizikovější skupinou v oblasti abúzu drog se jeví **populace dětí a mladistvých**. Při formování životního stylu hraje prvořadou úlohu **rodina**. Pozornost je potřeba věnovat aspektům demografickým, sociálnímu postavení rodiny, povahovým vlastnostem rodičů, funkci rodiny jako celku, úrovni a druhu výchovných přístupů rodičů, vztahu a přístupu k dítěti a k adolescentovi a opačně.

Rodina je ve svých přístupech k dětem charakterizována přístupem pólovým. Na jedné straně nadměrná protektivnost, pečlivost, autoritativnost a dominantnost rodičů, na straně druhé malá důslednost, nedostatečný kontakt a kontrola se sníženým zájmem o dítě. **Dysfunkční rodina je vedle patologické komunikace a hledání sociální identity jednou z nejdůležitějších příčin vzniku abúzu drog.**

Skupiny mládeže, kamarádi, vrstevníci, se kterými se biologicky, psychologicky a sociálně oslabený jedinec stýká, mají nesporný vliv na to, že adolescent experimentuje s návykovými látkami.

6.2 Závislost na alkoholu

Alkohol je jednoduše chemická látka, která snadno proniká k různým orgánům, včetně mozku. Její obsah v alkoholických nápojích kolísá zhruba v rozmezí od 2–3 % do asi 40 %. Alkohol je droga s tisíciletou tradicí, která je přehlížena, podceňována, schvalována. Společnost akceptuje alkohol, **společenské čtení je proalkoholní**. Konzumace alkoholu je zabudována do většiny lidských rituálů, které provází člověka od narození po smrt. Odmítnutí konzumace alkoholu vzbuzuje pozornost a neadekvátní reakce. Člověk, který odmítá konzumaci alkoholu, je považován za patologického. Právě rituály spojené s konzumací alkoholu mají svou vysokou nebezpečnost pro oslavení mládeže a dětí. Rituál tůkání na zdraví je symbolem dospělosti a účasti v dospělém životě. Odklad účasti v této aktivitě vytváří

napětí a snahu tuto bariéru odstranit a být již nositelem dospělosti – tedy moci pít alkohol. Pokud se dítě nedostane k jiným projevům dospělosti a nevytvoří si jiné rituály vedoucí k projevu dospělosti, pak rituál pít je velmi snadno dosažitelný. Pouhá napodobenina rituálu je nebezpečím především pro děti do šesti let a tato nápodoba pro ně může končit smrtí, neboť mají menší tělesnou hmotnost a jejich játra nejsou schopna odbourávat alkohol v takové míře jako u dospělých.

Alkohol, podobně jako tabák, je průchozí drogou. Znamená to, že část dětí z nich přechází k látkám nebezpečnějším. Podle amerických výzkumů je riziko škodlivého užívání drog vyšší u dětí, které začaly pít alkohol nebo kouřit v mladším věku (Nešpor, Csémy, 1995).

Alkohol patří do skupiny hypnosedativ s krátkodobým účinkem. Schuckit (1989) vymezuje léta, kdy jedinec nejvíce pije, mezi 16. a 25. rokem života, a konstatuje, že alkoholik zemře pravděpodobně o 15 let dříve, než je očekávaná délka života pro celkovou populaci.

Diagnostická kritéria

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je chápán syndrom závislosti na alkoholu jako skupina jevů fyziologických (tělesných), behaviorálních (týkajících se chování) a kognitivních (týkajících se duševního života, zejména poznávání), v nichž přijímání alkoholu má u jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti na alkoholu je **touha** (často silná, někdy přemáhající) přijímat alkohol. Pít alkoholu po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu závislosti, než je tomu u jedince, u kterého se závislost nevyskytuje.

Definitivní diagnóza by se měla obvykle stanovit tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo potřeba přijímat alkohol
- b) potřeba v kontrole přijímání alkoholu, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství pít alkoholu
- c) tělesný odvykací stav, jestliže je alkohol přijímán s úmyslem zmenšit jeho příznaky nebo jestliže je přijímána příbuzná látka se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky
- d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami alkoholu
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch přijímání alkoholu a zvýšení množství času k získání nebo přijímání alkoholu nebo zotavení se z jeho účinků
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků jako poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy, vyplývající z nadměrného pití nebo poškození myšlení alkoholem. Je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození (Nešpor, 1996).

Podstatnou charakteristikou syndromu závislosti na alkoholu je přijímání alkoholu nebo touha po jeho přijímání. Jedinec si uvědomuje, že má pouze přijímat alkohol, což se běžně projevuje během pokusů zastavit nebo kontrolovat pít.

Fáze závislosti na alkoholu

Vývojová stádía závislosti vypracoval kanadský psychiatr Jellinek (1960), jehož klasifikace je obecně přijímána našimi i zahraničními odborníky.

1) stadium: iniciální, počáteční

Pacient se neliší od svého okolí, pije kvůli psychotropním účinkům alkoholu. V intoxikaci překonává stresové a neřešitelné situace. Zvyšuje konzumaci, jeho tolerance roste.

2) stadium: prodromální, varovné

Rostoucí tolerance způsobuje stále vyšší hladinu alkoholu v krvi. Postižený preferuje tajné pít, pít s předstíháním a konzumuje alkohol rychleji než okolí. Je citlivý na verbální i nonverbální komunikaci s tematikou alkoholu. Objevují se palimpsesty – nepamatuje si průběh intoxikace. Prohlubuje se jeho pocit viny, zvyšuje se snaha ovládnout účinky alkoholu.

Druhé stadium je hranicí možnosti řešit situaci kontrolovaným pitím a vyřešením původních problémů.

1. a 2. stadium se řadí do předchorobí.

3. stadium: krucální, rozhodné

Stále roste tolerance. Dochází ke změně kontroly pít. Alkohol se stal součástí metabolických dějů. Rostoucí frekvence zjevných opilostí vede k narůstání konfliktů s okolím. Postižený buduje racionalizační systém – systémem zdůvodnění, jímž svému okolí i sobě vysvětluje a omlouvá své pít. Jellinek hovoří o alkoholocentrickém chování, upadají jeho zájmy, koničky a povinnosti. Tlak okolí může donutit i k dlouhodobé abstinenci. Uvolněním tlaku končí i období abstinence. V tomto stadiu se objevují zdravotní poruchy.

4. stadium: terminální, konečné

Charakteristickým znakem je nepřijemný stav po vysřizlivění, nastupují tzv. ranní doušky, které přechází v nekontrolovanou konzumaci – vzniká lah. Klient konzumuje vedle alkoholických nápojů i technické prostředky. Nastupuje degradace osobnosti, celkový úpadek.

Ve 3. a 4. stadiu může kdykoliv dojít k chronifikaci choroby, kdy se následky abstinence stávají trvalými, neodstranitelnými, vzniká chronické stadium závislosti na alkoholu.

Klasifikace abúzu alkoholu

Heller (1996) klasifikuje nadužívání alkoholu následovně:

- 1) **Symptomatický abúzus** je ve svém vývoji a průběhu určován strukturou osobnosti, chorobou, odchylkou. Vede k závislosti s psychogením podkladem. Charakteristické je samotářské pití. Alkohol je prostředkem k navázání komunikace, změny nálady. Doba vývoje závislosti trvá řádově pět let, dle individuálních zdravotních podmínek. Tento typ abúzu je typický pro ženy.
- 2) **Systematický abúzus** je založen na stereotypu pití alkoholu s rozvíjejícím se pijáckým chováním a s významným fenoménem časovým. Závislost vzniká na podkladě společensko-sociálního. Tento typ abúzu reprezentuje mužskou populaci.

V praxi se čisté formy symptomatického a systematického abúzu nevyskytují. Vyskytují se ve vzájemné kombinaci.

- 3) **Juvenilní etylismus** má brzký začátek, často v dětství. Později spontánně ustává. Z této larvované formy se často aktivuje okolo třicátého roku věku do závislosti. Tento typ je vázán na etnické faktory, jeho výskyt je regionální a vzácný.

Klasifikace typů alkoholové závislosti

Jellinek (1960) ilustruje v následující klasifikaci nejčastější integrace do závislostního chování:

- 1) **typ alfa:** typické občasná excesy s následnými problémy. Represivní opatření stačí k dočasné abstinenci, nejedná se o závislost v pravém slova smyslu, může se však vyvinout v závislost typu gama.
- 2) **typ beta:** pravidelná konzumace alkoholu, kterou není pacient ochoten přerušit ani za nevýhodných podmínek (dovolená, onemocnění). Jedná se o předstupňovou závislost, který se za příznivých podmínek rozvíje v závislost typu delta.
- 3) **typ gama (anglosaský typ):** charakteristická je poruchová kontrola, která vede k ebrietě a následným konfliktům s okolím, v mezidobí je zachována schopnost abstinence, při pokusu o pití s kontrolou však následují další problematické opilosti, jejichž frekvence stoupá, až se stanou každodenními.
- 4) **typ delta (románský typ):** charakteristický pro vinařské oblasti, kde pravidelná každodenní konzumace alkoholu patří k životnímu stylu, postižený si udržuje hladinu alkoholu v krvi, nedochází k pravidla k sociálním selháním. K manifestaci závislosti

dochází často při náhlém odnětí pravidelných dávek alkoholu, které může vyústit v delirium tremens. Kontrola zde bývá dlouho zachována, problematická je schopnost abstinence. Roste i denní dávka a každodenní opilosti se stávají manifestními.

- 5) **typ epsilon:** typická je koincidence abúzu alkoholu s psychickým onemocněním, nejčastěji při afektivní poruše, časově jde o kvartální typ pití.

Rizikové skupiny

Děti a mládež

Je-li u této populační skupiny významná skupina vrstevníků u nealkoholových drog, pak u alkoholu je dominantní pozice přisuzována životnímu stylu rodiny a způsobu konzumu alkoholu u rodičů. Heller (1996) předpokládá nepříznivý vliv na děti v případě závislosti na alkoholu u jejich rodičů či vychovatelů. Nevhodné utváření základních sociálních vztahů v rodině se závislostí, nedostatečné vytváření základní potřeby životní jistoty, nedostatek vhodných identifikačních vzorů a posunutý model rodinného soužití jsou poruchy způsobené konzumem alkoholu a vedou k vážným důsledkům ve vývoji osobnosti dítěte. Sekundární pozici zaujímá primární skupina vrstevnická.

Johnston, O'Malley, Bachman se domnívají, že požívání alkoholu je značně rozšířeno právě mezi mladšími 21 let. Autor spolu s kolektivem uvádí, že nejintenzivnější abúzus alkoholu lze zaznamenat mezi vysokoškolskou mládeží.

Alkohol ohrožuje i vyvíjející se plod v období prenatalním, autoři pak pojednávají o fetálním alkoholovém syndromu.

Fetální alkoholový syndrom (dále FAS)

Alkohol ohrožuje dítě, resp. plod, již v prenatalním období. Matky, které v průběhu těhotenství pijí, mají dvakrát vyšší pravděpodobnost, že u nich dojde k abortu nebo porodu dítě s nízkou porodní váhou, jak konstatují Streissguth, Clarren a Jones (1985). Uvedení autoři se shodují s našimi odborníky, které v otázkách fetálního alkoholového syndromu reprezentuje Mečíř (1989), který charakterizuje FAS jako stav duševní zaostalosti s mnohočetnými deformacemi tváře a ústní dutiny. Časté jsou vady vnitřních orgánů, přítomnost hyperkinetického syndromu, nižší porodní hmotnost.

Heller (1989) vedle FAS uvádí další alkoholovou situaci, kterou je akutní intoxikace alkoholem v době porodu. Novorozenec má stejné množství alkoholu v krvi jako matka. Bezprostředně po porodu je dítě ohroženo na životě, neboť nedisponuje s tělo metabolizační funkcí výbavu. Novorozenec prožije první den života situací podobnou terminálnímu stadiu závislosti. Pokud přežije, je v jeho buňce nesmazatelně zapsán biochemický stav terminální závislosti.

Mezi časté alkoholové psychózy patří *dipsomanie*. Je to onemocnění charakteristické periodickými záchvatovými stavy, u kterých dominuje neodolatelná touha po alkoholu, silná úzkost a impulzivní jednání. Jedná se o jedno z nejtěžších onemocnění, které vzniká na bázi chronického alkoholismu. Mezi periodami pití může jedinec i abstinovat, pro jeho období abstinence je charakteristický psychomotorický neklid, labilita, nechuť k práci, ochablost, pocit nemocnosti, nulkavosti a napětí. Po počátečním požití alkoholu následuje okamžitě těžký stav opilosti, ztráta sebekontrola a následná reakce.

Delirium tremens je onemocnění charakteristické pro pijáky destilovaných nápojů. Jeho typickými prodromálními příznaky jsou nespavost, ulekanost a strach. Někdy mohou nástup deliria předcházet křečové záchvaty. Klasická triáda příznaků zahrnuje zastřenou vědomí a zmatenost, smyslově živé halucinace a iluze, postihující kterýkoliv ze smyslů, a výrazný tremor. Obvykle jsou též přítomny bludy, nespavost a obrácený spánkový cyklus. Nástup deliria zpravidla uvádí déle trávající prodromy, jako jsou pocit úzkosti, tzv. noční můry, event. mohou být přítomny subdeliriozní stavy – postití žený po setmění vidí nejrůznější stíny postav, které na něj číhají, uvědomuje si jejich nereálnost, ale přesto se jich bojí. Někdy bývá delirium tremens uvedeno epileptickým záchvatem. Delirium tremens obvykle propuká v noci. V klinickém obrazu se setkáváme s poruchami spánku, nálad, silnou úzkostí, velkým strachem, psychomotorickým neklidem. Pro delirium je typický stálý třes končetin, někdy i celého těla, a puze ní k neustálé aktivitě. V noci se setkáváme často s tzv. formou profesionálního deliria (dotyčný vykonává pohyby, jako by pracoval). Tento stav trvá 3 až 7 dní, přičemž všechny tyto symptomy se zhoršují vždy k večeru. Po celou dobu delirantního stavu má pacient na celé toto období amnézii, která může být jak totální, tak parciální. Ataky deliria tremens se opakují a někdy přecházejí v Korsakovovu psychózu.

Korsakovská psychóza, *Korsakovský syndrom* je onemocnění, které vzniká v důsledku několikaletého pití. Tento syndrom je charakteristický poruchami paměťového procesu ve fázi vstřípivosti. V důsledku toho se nemocný pokouší vyplnit své paměťové mezery tzv. konfabulacemi (smyšlenkami, jak by to, na co si není schopen vzpomenout, asi logicky mohlo být). Stav doprovází porucha orientace a intelektu. Současné si svůj stav nemocný neuvědomuje. Často bývá bezdůvodně veselý jako malé dítě.

Alkoholická paranoia (alkoholická žárlivost) vzniká na podkladě chronického alkoholismu. Jedná se o vleklé onemocnění, pro které jsou charakteristické bludné představy (vztahovachnost, podezřivost, žárlivost). V případě abstinence je prognóza onemocnění dobrá.

Akutní a chronická alkoholická halucinóza je onemocnění, pro které jsou charakteristické sluchové halucinace při zachování orientace. Obvykle nemocný slyší nadávky a posměšky. V důsledku těchto halucinací u něj pak mohou vznikat bludy. Ataka trvá v případě akutní formy tohoto onemocnění zpravidla 2 až 3 týdny. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2000)

6.3 Tabakismus

První Evropané, kteří se seznámili s tabákem, byli Kolumbovi námořníci. Do Evropy se tabák dostal v roce 1512, k nám se dostal koncem 16. století. Od té doby se v Evropě tabák pěstuje. V té době totiž zavedl jeho pěstování Jean Nicot ve Francii. Tabák, který se kouří, se připravuje sušením a následnou fermentací tabákových listů.

Tabák patří mezi návykové drogy, jeho účinky se neprojevují tak rychle a dramaticky, vzhledem k rozšířenosti kouření jsou citelné. Tabákový kouř obsahuje řadu škodlivin: dehet, kyslík uhoelnatý, formaldehyd, arsenid, kyanid. Nešpor (1995) konstatuje, že z velkého množství chemikálií v tabákovém kouři je návyková pouze jedna – nikotin. To je v rozporu s tvrzením Duška a Janíka (1990), kteří uvádějí, že při kouření tabáku nejde pouze o závislost na nikotinu, ale i na některých dalších látkách, které jsou v tabáku obsaženy. Tyto látky však nespécifikují.

Pokorný, Telcová, Tomko (2000) uvádějí, že z chemického hlediska představuje kouření cigarety proces suché destilace, během něhož se do trávícího traktu dostává nikotin, dehet a jiné látky. Nikotin se hromadí ke konci cigarety. U slukujícího kuřáka je v těle šestkrát více nikotinu než u nešlukujícího. Nikotin je absorbován sliznicemi, odbourává se po 3 až 4 dnech v játrech. Chemicky je nikotin alkaloid žluté barvy, který je rozpustný ve vodě a líhu. Letální, tj. smrt vyvolávající dávka nikotinu je 50 mg, jedna cigareta v průměru obsahuje 1–2 mg nikotinu.

Prudká otrava nikotinem se v důsledku narušení funkce vegetativního nervového systému projevuje bledostí, pocením, pocitem nevolnosti, závratěmi, skleslostí, bolestí hlavy, průjmami. Chronická otrava nikotinem se nazývá nikotinismus. Dochází k němu tehdy, kouří-li kuřák více jak 20 cigaret denně. Nikotinismus se projevuje nespavostí (dominantní symptom), která sekundárně vyvolává labilitu nálad, pokles pozornosti, pseudoneurastický syndrom. Dalšími příznaky jsou chronický zánět dýchacích cest, nechutenství, střídání průjmu a zácpy, zvracení, porucha tepové frekvence (bušení srdce), pocit sevřenosti, zvýšená produkce moči, u mužů snížená schopnost potence až impotence, u žen poruchy menstruačního cyklu, snížená ostrost čichu a chuti, arteriosklerotické změny, zánět a vředy v oblasti žaludku, vznik kolik.

Terapie nikotinismu předpokládá motivaci kuřáka k tomu, aby se odnaučil kouřit. V průběhu odnaučování kouření se dostávají typické abstinční příznaky.

Barnum (1994) referoval, že tabák je příčinou 3 milionů úmrtí ročně a že v roce 2015 počet úmrtí vzroste na 10 milionů.

Světová banka uvádí, že aktivity pro nekouření jsou při pandemickém rozšíření kouření jednou z neefektivnějších kampaní z hlediska finančních nákladů. (Podle Smoking Prevention, BASP, Newsletter 26, December 94).

V České republice umírá podle odhadů na následky kouření denně 63 lidí. V naší populaci kouří 60 % mužů a 40 % žen. Na rozdíl od alkoholové závislosti je nikotinová závislost v sestupném trendu a zvyšuje se počet nekuřáků. Lze se domnívat, že

6.4 Závislost na hracích automatech

Naše současnost se dá charakterizovat jako ekonomický teror, kdy náhle a bez vážení varování se společenská atmosféra změnila ve vnitřních hodnotách natolik, že vláda peněz zaskočila mnoho jedinců. Pociť osamocení v problému a nedostatečně vyvinutá osobní odpovědnost za všechno konání nedovoluje mnohým, aby úspěšně zvládli pravidla této společnosti. Hledají pak únik, redukují svou tenzi a nespokojenost náhradními řešeními. Někteří pak vstupují do světa hry, do světa výherních automatů, heren a magické iluze velkého světa štěstí.

Hru jako kladně hodnocenou formu využívání volného času zná lidstvo od nepaměti. Pozitiva různých her spočívají v odbourávání agrese, pomáhají v navazování nových sociálních kontaktů, přinášejí duševní odlehčení a relaxaci. Se změnou sociálně ekonomických poměrů a v souladu s expanzivním nástupem nové techniky se změnila i forma těchto her a vzrůstá počet lidí na hře závislých. Roste kriminalita páchaná v souvislosti s hazardními hrami.

Od roku 1990 přibývá problémů s hazardní hrou mezi dětmi, dospívajícími, ale i dospělými. Specifikum této závislosti spočívá v širokém věkovém spektru závislých. Chorobný návyk se dá vytvořit i na karetní hry, sportovní sázky, kasina a sázkové automaty (uvedeno od lehkých forem závislosti k těžším).

Automaty se dělí do dvou skupin: **na zábavní a na výherní**. U zábavních automatů si hráč kupuje čas, o hazardní hru se nejedná. U výherních automatů si zákazník kupuje možnost výhry. Nešpor (1996) dělí výherní automaty na **lehké a těžké** podle výše vkladu a podle toho, jak vysoký obnos může hráč vyhrát. Toto dělení je z mnoha důvodů iluzorní. Výška vkladu i výherní obnos jsou relativní částky, pro každého hráče individuální a navíc konstrukce automatů umožňuje vyměnit program tak, že z tzv. lehkého se může stát těžký výherní automat.

Zákon zakazuje provozování hazardní hry na výherních automatech osobám mladším 18 let.

Primární nebezpečí hrozí i dětem, které se věnují nadměrně zábavním automatům, které představují videohry, počítačové hry. Hrozí reálné nebezpečí, že namísto upravení interpersonálních vztahů u nich převládá komunikace s počítačem.

Podstatou patologického hráčství je **hra** – hrani – činnost pro zábavu a osvětlení. Hra je nejpřirozenější projev činnosti. Je to základní aktivita života, která člověka provází po celý život, uvolňuje jeho tvůrčí potenciál, slouží k duševní relaxaci. Hra má hodnotu sama o sobě. Je cílem sama sobě a nikoli jen pouhým prostředkem k dosažení cíle.

Hra plní funkci pohybovou, poznávací, emocionální, motivační, procvičovací a diagnostickou a má funkci fantazijní, imaginativní, kreativní, formativní, terapeutickou, rekreační, sociální, pedagogickou.

Ve chvíli, kdy rozhodnutí o tom, zda a kdy se bude klient věnovat hře, přestane záviset na jeho svobodném rozhodnutí a stane se neodbytným a neovladatelným nutkáním, vnitřním imperativem, zákonitě dochází ke zvratu a zásadní proměně vztahu hra kontra hráč.

při stále vzestupné tendenci drogově závislých právě ti se již nepovažují za kuřáky. Sestupný trend kuřáctví ovlivňuje i moderní postoj k fenoménu nekuřáctví a změna životního stylu.

Typologie kuřáků

Schmidt (1982) dělí kuřáky na následující typy:

1) Příležitostný kuřák

Kouří občas, na základě kuřáckých zvyklostí, které stimuluje. Necítí potřebu, pokud se objeví, uspokojí ji, pokud ne, nezpůsobí žádné komplikace.

2) Návykový kuřák

Kouří ze zvyku ve vleku kuřáckých zvyklostí a napodobení. Psychodynamické procesy nejsou tak fixovány, aby se mohla vyvinout psychická závislost. Kouření může ukončit bez větší námahy.

3) Kuřák s psychickou závislostí

Do této skupiny patří kuřák z požitku, u něhož stojí v popředí vůně, chuť a kuřácký ceremoniál. Lze sem zařadit i ty, kteří jsou motivováni prožíváním uvolněním, uklidněním, odstraněním dysforie a pocitu prázdnoty.

4) Kuřák s psychickou a fyzickou závislostí

Do popředí vystupují farmakodynamické účinky nikotinu, které kuřák vyhledává pro emočně vegetativní prožitky. Na tělesnou závislost upozorňuje bušení srdce, návaly pocení, třes a neklid po absenci kouření.

Rizikové skupiny

Ve školní populaci je kouření ve srovnání s alkoholem ještě výraznějším hrobným jevem. Cigareta si prosazuje postavení symbolu mužnosti a dospělosti. Kuřáctví je spojeno s prospěchem, jak konstatuje Heller (1996). Čím horší prospěch, tím více a častěji jsou kouřeny cigarety. Typický silný kuřák je chlapec nejvyšší třídy ZŠ s podprůměrným prospěchem. Mezi děvčaty je zřetelně více nekuřáček než mezi chlapci a mezi chlapci je zřetelně více především slabých kuřáků. Ti vytváří základnu pro další vývoj a s postupnými ročníky narůstá množství kuřáků i počet vykouřených cigaret. U chlapců 8. tříd se špatným prospěchem lze najít již návykové kouření.

Hra ztrácí většinu svých pozitivních atributů a funkcí. Svým vývojem je gamblerství velmi blízké drogové závislosti.

Gambler se stává chorobně závislý na hře, ztrácí schopnost sebekontroly a autokorekce. Většina patologických hráčů nemá prostředky na financování své vášně, opatřuje si je nelegálním způsobem, převážně majetkovou trestnou činností. Uvědomují si, že jejich aktivity budou odsuzovány a reagují zvýšeným konzumem alkoholu a abúzem drog. Kriminogenní prostředí, v němž se gambléři pohybují, bývá posíleno o nežádoucí asociální a antisociální tendence, které se rozšiřují.

Na gamblerství můžeme pohlížet z různých aspektů. Nepochybně má svůj rozměr filozofický, především axiologický, ontologický a etický, společensky nejaktuálnější je však jeho dimenze psychologická a sociologická, následně i zdravotní a ekonomická.

Diagnostická kritéria

Chvíla (1996) vychází v diagnostice patologického hráčství z kritérií DSM IV se zdůrazněním kompulzivní v chování jedince. Jako nejdůležitější kritéria uvádí:

- ❖ progresivitu celého procesu s posunem hodnot a koncentrací na získání financí na další hru,
- ❖ nerespektování mezí přijatelných ztrát, zaujetí hrou natolik, že ztrácí pojem reálné hodnoty peněz a diferencuje peníze na hru od financí na běžný život;
- ❖ impulzivitu v rozhodování o hře, podlehne okamžitým rozhodnutím navzdory racionální úvaze;
- ❖ ambivalenci k penězům, nevímá tržní hodnotu peněz, hraje, když peníze má, ne aby je získal, neukončí hru, když vyhrává;
- ❖ hráč dělá dluhy, ale bez agrese, zaplétá se do lží a konstrukcí k zakrytí důvodů dluhů.

Diagnostická kritéria zahrnují **aspekty psychologické, sociální a také biologické**. Kombinací a vzájemným ovlivněním teprve vzniká problém patologického hráčství s následky a potřebou řešení, pomoci.

Biologické aspekty – diagnostická skupina kompulzivních poruch chování, včetně hráčství, vykazuje obdobnou dynamiku poruch afektivity, nálad a sebekontroly jako skupina drogových závislostí. Mc Elroy (1992) konstatuje, že společným jmenovatelem je porucha serotoninového přenosu. Serotonin představuje významný humorální extracelulární přenos vzruchu, jeho snížení biologická dostupnost je spojena s depresí a určitým typem úzkosti s kompulzivitou a nutkavostí.

Sociální aspekty – sociální, či spíše environmentální charakteristika odpovídá ekonomické expanzi, zhodnocení funkce peněz, nutnosti sebezprosažení. Potřeba relaxace, úniku, redukce tenze je častější. Vzrušení ze hry tuto možnost nabízí, navíc

bez pocitu nelegálnosti jednání (jako je to v případě drogové či sexuální závislosti). Promítá se zde také výchovně ochranné prostředí, kdy rodiče se snaží utajovat problémy, řešit dluhy či selhání a berou na sebe závazky a osobní problémy dětí, jak publikuje Bajger (1994). Osobní nezralost vůči odpovědnosti za sebe vede k úniku do světa hry, mimo realitu, kde není potřebné nést důsledky za selhání.

Psychologické aspekty – Chvíla a Nyklová (1994) se shodují v tom, že neexistuje modelová hráčská osobnost, lze však v osobnostních charakteristikách hráčů konstatovat vyšší četnost specifických charakterových rysů. Je to emoční instabilita a nezralost, nedostatek frustrační tolerance, proměnlivost postojů, nezdůvěřivost, snaha odkládat řešení, nedostatek pevných vnitřních norem s nebalostí a lehkovázností. Často je problematický vztah k opačnému pohlaví projevující se v ambivalenci až zábránách v sexuální interakci nebo závislosti na ženě.

Pomocí těchto aspektů je patologické hráčství definovaným problémem, je podkladem pro následné terapeutické plány, které se přes veškerou specifikaci na jednotlivce shodují v nutnosti hru opustit, abstinovat. Chvíla (1996) považuje za nutné definovat v této fázi nejen postup jak toho dosáhnout, ale také podrobným assessmentem ohraničit problém hráčství jako celek. Nestačí jen stanovit pro-spektivní plány obrany před kompulzivitou hráčství, ale také stanovit zdroje této nerovnováhy.

Pouhá redukce frekvence gamblingu a relapsu nebude trvale úspěšná, pokud budou opomíjeny souvztažné problémy deprese, matematické tenze, úzkosti z pracovní či finanční situace, abúzu alkoholu či jiných návykových látek, případně další aspekty multifaktoriálnosti problému gamblingu.

Diagnostická kritéria DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) pracují s položkami, které jsou pro diferencování problému patologického hráčství specifické. Jsou to:

A) Trvajících a opakujících se maladaptivních chování ve vztahu k hazardní hře, jak ukazuje 5 (nebo více) z následujících indikátorů:

- 1) Zaměstnává se hazardní hrou (např. znovu prožívá minulé zážitky související s hazardní hrou, plánuje další hazardní hru, uvažuje o tom, jak si opatřovat prostředky k další hazardní hře).
- 2) Aby docílil žádoucího vzrušení, musí zvyšovat množství peněz vkládaných do hazardní hry.
- 3) Opakované a neúspěšné se pokoušel hazardní hru ovládat, redukovat nebo s ní přestat.
- 4) Když se pokouší snížit hazardní hru nebo s ní přestávat, cítí neklid a podrážděnost.
- 5) Používá hazardní hru jako prostředek, jak uniknout problémům nebo mírnit dysforickou náladu (např. pocit bezmocnosti, viny, úzkosti, deprese).

Fáze závislosti

Kariéra patologického hráče má své zákonitosti. Vývoj hráčské náruživosti je analogický kariéře alkoholika, lze jej tedy rozdělit do následujících tří stadií, jak je prezentují americké prameny:

1. Stadium výher

Patologická hra začíná nenápadně, občasným hraním s přítomností fantazie o velké výhře. Postižený se projevuje přehnaným optimismem, zvyšuje sázky a hraje častěji, přechází k osamělé hře. Chlubit se svými výhrami, být jsou nepravdivé.

2. Stadium prohrávání

V této fázi jde o patologické hráčství. Není schopen s hrou přestat a ztrácí kontrolu nad svým chováním. Svě hraní skrývá před rodinou a blízkými, hru financuje ze zapůjčených peněz, splácení dluhů odkládá. Je neklidný, podrážděný, uzavřený, zanedbává své zdraví, dochází k nárůstu problémů v rodině i v zaměstnání.

3. Stadium zoufalství

U hráče se projevuje výrazné odcizení rodiny, přátel, má tendenci obviňovat z odpovědnosti za své jednání druhé. Může se dopustit závažných trestných činů, dochází k rozpadu rodiny. Postižený upadá do těžkých duševních stavů, uvažuje o sebevraždě, má za sebou suicidální pokusy.

Fázi sebevražedných pokusů a dopadů sociálních důsledků, jako je odsouzení za delikvenci, rozpad rodiny, označují někteří autoři za čtvrtou fázi závislosti – fázi beznaděje.

Rizikové skupiny

V České republice je patologické hráčství jev nový a populární, který se rychle rozšířil bez pocitu pokračování zákona a sociálních pravidel. V atmosféře ekonomických stimulů a možnosti tržního hospodářství existuje mnoho lidí, kteří chtějí do tohoto světa vstoupit. V letech 1992–1994 se gamblerství stalo jedním z nejrozšířenějších problémů závislosti v České republice (Chvíla, Nyklová, 1994). Ohrožena je celá populace, přesto lze vymezit rizikové skupiny. Jsou jimi:

- 1) Děti a mladiství jsou věkovou skupinou, u které vzniká patologické hráčství nejrychleji, během několika týdnů nebo měsíců. Nášpor (1996) se domnívá, že průměrná doba vzniku závislosti je 1–3 roky.
- 2) Muži jsou z hlediska pohlaví naprosto dominantní rizikovou skupinou. Lze konstatovat, že patologické hráčství je fenomén mužské populace, přesto i v této

- 6) Po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál nazpět.
- 7) Lze příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou.
- 8) Dopustil se ilegálních činů jako padělání, podvodů, krádeží nebo zpronevěry kvůli hazardní hře.
- 9) Ohrožil nebo ztratil kvůli hazardní hře významné vztahy, zaměstnání, vzdělání nebo kariéru.
- 10) Společně na druhé, aby mu poskytovali finanční prostředky, které by mímily zoufalou finanční situaci, do které se dostal kvůli hazardní hře.

B) Hazardní hraní nelze lépe vysvětlit manickou epizodou.

Chvíla (1996) ve výzkumné práci uvádí následující typologii patologického hráče, kterou sestavil na základě analýzy jednotlivých položek diagnostického manuálu DSM IV. Jsou to:

Typ A

je charakterizován výraznou snahou zopakovat si hazardní jednání, znovuprožití hráčské zkušenosti s rostoucí potřebou finančního vkladu do hry a stupňování prožitků a nezastaví se ani před nezákonnými činy, jak získat další finance na hru. Jedná se o sociálně narušeného jedince s osobnostními rysy nezdrženlivosti a sociální maladaptace.

Typ B

má nejvýraznější vyjádřenou potřebu útěku od reality ke hře, hledá náhradu své úzkosti, pocitů viny a nedostatečnosti ve vztahu k okolí. Nedokáže se k problému přiznat, lze a snaží se problém zakrýt. Předpokládá pomoc a převzetí odpovědnosti za své prohry svými blízkými. Tento typ inklinuje k neurotickému řešení problémů, je zvýšená anxióznost a nejistota v sebehodnocení.

Typ C

má nejvíce vyjádřenou neschopnost kontrolovat hru, projevuje se podrážděností při myšlenkách či snaze o ukončení hraní, považuje hru za svou potřebu, které se nemůže zbavit a nepřipouští si výrazný sociální dopad, izolaci a ztrátu společenského statusu. Jedná se o typ s výraznou toxikomanickou dispozicí a kompulzivitou v řešení situací.

Tyto rozdíly jsou důležité pro sestavení terapeutického plánu, který nemůže obsahovat jen trénink abstinence a prevenci relapsu v obecné poloze, ale musí zahrnovat zvládnutí predisponujících faktorů.

7. Nové formy závislostního chování

Mezi nové formy závislostního chování, které se v poslední době v rozšířené podobě vyskytují, lze zařadit netomani (závislost na Internetu), závislost na televizi, sexuální závislost, workholismus, patologické nakupování a patologické přejídání.

7.1 Netomanie – závislost na Internetu

Závislost na Internetu je závislostí primárně psychologickou, nikoli fyzickou. Týká se nejčastěji věkové kategorie lidí mezi dvaceti a pětácti lety. Jejich stav lze přirovnat k donedávna nejznámější nedrogové závislosti – patologickému hráčství. Rozdíl mezi gamblery a netomany je relativně malý. U obou je totiž přítomna ztráta sebeovládání, touha po druhu chování, které směřuje k takovému prožívání, které dotyčný člověk vnímá jako příjemné. Tato charakteristika je průvodním znakem všech nedrogových závislostí.

Potíže spojené se závislostí na Internetu lze rozdělit na potíže fyzické, psychologické a sociální.

Mezi fyzické potíže lze zařadit průběžné poškození krční páteře, vady držení páteře a v jejich důsledku pak špatné držení těla, které zhoršuje funkci krevního oběhu, přičemž některé tělesné partie jsou natolik přetěžovány, že může docházet i ke zduření šlach, dále pak k poškození očí v důsledku dlouhodobého sezení u obrazovky monitoru počítače. Organizmus je přetěžován, člověk si nepřipouští, že vyhledávání nových informací na Internetu je namáhavé a stresující. Při stresu se v mozku vyplavují tzv. excitální aminokyseliny, které způsobují zvýšené odumírání neuronů. To má následky, které se projevují v oblasti psychologické.

Člověk se v důsledku shora uvedené skutečnosti obtížněji soustředí, klesá i jeho pozornost. U malých dětí hrozí vlivem excitálních aminokyselin poškození kůry CNS a tím i pokles intelektových schopností analogicky, jako je tomu u závislosti na televizi.

V oblasti sociální dochází k tomu, že počítač se stává pro mnoho lidí náhradou vzájemné interakce a komunikace. Člověk se stává součástí řízené komunikace, ale tuto komunikaci neví on, nýbrž jeho počítač. Výsledkem je skutečnost, že se jeho výrazové prostředky snižují. Velmi nebezpečné je to hlavně u dětí, které se v určitém věku musí naučit komunikovat s vnějším světem. Počítač dětem neumožňuje získat odpovídající sociální dovednosti. Zvláště u dospělých se odráží nezřízené surfování po Internetu i v partnerském a sexuálním životě, neboť někteří lidé se stávají závislími na erotických stránkách Internetu a klesá jejich schopnost komunikovat s okolím. Sexuální život těchto jedinců se pak redukuje na prohlížení erotických

oblastí jsou patrné emancipační snahy (srov. v padesátých letech byla žena závislá na alkoholu v ČSSR vzácností, v současnosti patří ženy mezi dominantní rizikové skupiny alkoholismu).

3) Profesionální hráči disponují značným rizikem, že propadnou patologické hrací vášni. Původně profesionální přístup (triky, podvody, dovednosti) se mění v závislost, při které nelze profesionální zkušenosti aplikovat.

4) Nebezpečné povolání, při kterém je jedinec vystaven trvalé kontaktu s výherním automatem (např. číšníci, obsluha heren apod.) nebo má dostatečné a neomezené finanční prostředky (podnikatelé).

5) Hyperaktivní děti se vyznačují schopností strávit mnoho hodin u hracích automatů, přestože se v rodině a ve školní realitě projevují nadměrně živě.

6) Nezaměstnaní a ti, kteří selhali ve škole nebo v zaměstnání. Nutno však poznamenat, že nezaměstnanost je častěji důsledkem hazardní hry nežli její příčinou.

stránek Internetu. Tvrdí pornografie může vést až k násilnému chování vůči ženám a u dospívajících k problémům v intimním životě.

Podstatou netomanie je fakt, že většina lidí nepotřebuje naplnit své ambice a představy v reálném světě. Velmi často jim stačí virtuální prožitek, někdy dokonce fantazijní uspokojení. Rozdíl mezi virtuálním a skutečným prožitkem odpovídá rozdílu mezi reálným a symbolickým jednáním. Navíc výhodou symbolického prožitku je fakt, že rizika z něj plynoucí jsou výrazně nižší než rizika chování, která by člověk podstupoval v realitě – v procesu symbolického virtuálního prožitku se nikomu nemůže nic zlého stát. Tato přednost virtuálního symbolického prožitku může být někdy i silnější než výhoda reálného plného prožitku, kterou poskytuje člověku realita.

Internet nabízí člověku bezpečnou virtuální realitu, ve které se může volně pohybovat, což je navíc posíleno i poměrně vysokým stupněm jeho anonymity. Současně je mu umožněno do této virtuální reality zakomponovat i fantazijní produkce. Tyto zážitky, které si člověk dopřává, se odrážejí v jeho psychologické činnosti.

Na vzniku závislosti na Internetu se podílejí zejména dva faktory. Obu přímo souvisí s tím, jak uživatel Internetu vnímá sebe a své okolí. Ukazuje se, že lidé, kteří mají tendenci zabývat se sebou samými, jsou na Internetu závislejší než lidé, kteří se soustředí spíše na okolní svět.

U osob první zmíněné skupiny myšlenkové pochody často směřují do oblasti permanentního zabývání se jejich vztahem k Internetu a často na toto téma komunikují s ostatními. Stává se, že jsou svými myšlenkami zaujati natolik, že se dostávají do čim dál tím bezvýhodnějšího postavení.

Druhým faktorem, který přispívá ke vzniku netomanie, je nízké sebehodnocení a pohybnost o sobě samém. Jedná se o to, že člověku s nízkým sebehodnocením Internet nabízí zisk pozitivní odezvy, která mu umožňuje zvýšit si svou osobní prestiž.

Americký psycholog Richard Davis dokládá, že závislost na Internetu představuje výsledek součinnosti přirozených předpokladů a životních okolností člověka. Nemá-li člověk psychopatologické dispozice ke zmiňovanému chování, zpravidla se na něm závislost nestane.

Patologické zneužívání Internetu má zpravidla sociální kontext. Člověk stížený netomanií tráví u počítače nadměrně množství času, a to bez jakéhokoli cíle. Navenek se jeho chování projevuje nutkovou potřebou neustále prohlížet svou e-mailovou poštu, nutkovou potřebou bez cíle listovat nabídkami jednotlivých serverů, v jeho prožívání se objevují vtravé myšlenky o Internetu ve chvílích, kdy se zabývá jinými aktivitami a cítí nutkovou potřebu zapnout Internet v místnostech, kde se nachází počítač. Jeho myšlení a aktivity se soustřeďují na počítač a Internet a v důsledku toho pak ztrácí zájem o své okolí, omezuje činnost, které ho dříve uspokojovaly, izoluje se od okolí. Je si vědom svého změněného chování, často toto chování dokonce vnímá jako nesprávné, a proto se je snaží před svým okolím maskovat.

Netomanie se projevuje v užívání specifických služeb, které Internet nabízí. Jedná se o závislost na e-mailové nebo „chatové“ komunikaci, na online okruzích, burzách, online aukcích, online nakupování, online pornografii a počítačových hrách.

Neuspokojují-li uživatele Internetu reálné mezilidské vztahy, roste nebezpečí, že před nimi bude upřednostňovat své virtuální vztahy, které mu umožňují Internet, neboť ho prožitkově pozitivně obohacují více. Virtuální svět Internetu se pro něj může stát dokonce natolik atraktivním, že je ochoten vyměnit svůj reálný svět za svět Internetu. Neuspokojený člověk tak může realizovat své sny, které mu realita neumožňuje. Pochybnosti, nespokojenost, neklid jsou zdrojem jednání, které může člověka přivést k hledání toho, co mu chybí v každodenním životě. Tímto způsobem si pak uspokojí i své nezákladnější fyziologické potřeby. Existují studie, které dokládají, že nejčastější znamenání patologického zneužívání Internetu představuje nutkavé používání online sexuálních služeb na Internetu, neboť pornografie představuje stimul, na který psychika uživatele reaguje okamžitě.

Nebezpečí Internetu spočívá i v tom, že se může stát prostředkem k hazardní hře. Existuje totiž jasný přechod k patologickému hráčství a s ním souvisejícím problémem.

Symptomy typu obsedantní myšlenky o Internetu, snížení sebekontroly při jeho používání, neschopnost přerušit práci s Internetem mohou vypovídat o jeho patologickém způsobu používání. To pak v plné síle nastupuje od doby, kdy uživatel Internetu má potřebu utéci z reality do světa imaginárního, virtuálního. Tento svět od něj neočekává kompromisy a ústupky, naopak mu umožňuje, aby se projevoval, jak je mu příjemné. Výzrálý psychologický zdravý člověk, který je pevně zakotven ve světě, který ho obklopuje, takovou potřebu přirozeně nemá (Pokorný, Telcová, Tomko, 2000).

7.2 Závislost na televizi

Některí lidé, kteří tráví před televizní obrazovkou dlouhé hodiny, mají obdobné charakteristiky jako tzv. počítačová narkomani. Všeobecně vykazují rysy závislosti obdobné těm, které vykazují závislé osoby, ať již se jedná o závislost na drogách, gamblerství nebo závislost na jídle.

Počátek závislostního chování lze vysledovat v následujících kritériích: u dětí a adolescentů dochází k tomu, že postupně ztrácejí blízké vztahy k vrstevníkům, dospělí omezují mezilidské kontakty. Volní úsilí závislých je vázáno pouze na objekt jejich závislosti. Jejich emoční vztahy vyhasínají, vyskytují se u nich konflikty s ostatními lidmi, které mají svůj původ v neplnění si svých povinností a závazků. Postupně se u nich dostává morální emoční otupění. Zvlášť patrné je to u dětí a mladistvých, kteří se chovají nemotivovaně, apaticky, neeticky, jejich hierarchie hodnot vykazuje egoistické uspořádání, neboť z jejich chování je patrné, že zevní vlivy u nich hrají dominantní roli. Není nevytýká, že lidé závislí na televizi uzpůsobují svůj denní program televiznímu, žijí životy seriálových a jiných tele-

vizních a filmových hrdinů a to, co se děje v realitě, se jim stává cizím, obtěžujícím a nezajímavým.

Vedle popsaného sociálního aspektu má závislost na televizi i svůj aspekt psychologický, který se sociálním přirozeně úzce souvisí. U člověka klesá schopnost empatie, po shlédnutí některých filmových scén se mění jeho prožívání. Při sledování agresivních scén se navozuje agresivní chování, po shlédnutí erotického filmu se zvyšuje sexuální apetence. Novým poznatkem je skutečnost, že dochází k narušení paměťových stop, které nemohou být v důsledku prožitku traumatických situací některých agresivních a stres navozujících scén přeneseny a zakódovány do dlouhodobé paměti. Kromě toho bylo prokázáno, že při zažívání stresových situací, například akčních filmů, při filmech s agresivními, strach navozujícími záběry apod. se v mozku vyplavují tzv. excitální aminokyseliny, které ničí mozkové neurony, tj. nervové buňky, které tvoří mozkovou tkáň (Pokorný, Telcová, Tomko, 2000, s. 59).

Zmínované sociální a psychologické aspekty úzce korespondují s biologickými aspekty závislosti na televizi. Děti se často budi ze spaní, mají noční můry, případně si situaci vybavují při hře s ostatními dětmi. Výzkumy v této souvislosti prokázaly zvýšený výskyt agresivity. Biologické aspekty závislosti na televizi se projevují i v jiných oblastech – nedostatek polybu, který způsobuje ochablost kosterního svalstva, vadné držení těla, v důsledku toho trpí páteř i mícha a dostávají se bolesti hlavy. Současně jsou neúměrně zatěžovány oči a narůstá riziko očních onemocnění.

7.3 Sexuální závislost

O závislosti se dlouho mluvilo jen v souvislosti s alkoholem a drogami. V posledních letech je tento termín chápán širší. Mluví se o celé řadě závislostních projevů. Zdá se, že *nabídka identifikace* je víc než dostatečná. Stejně biologické, psychologické a sociální charakteristiky se objevují při zneužívání všech drog, stejně jako u jiných pravidelně se opakujících konzumních zvyklostí. Nejdůležitějším kritériem stanovení závislostního chování je ztráta kontroly. Fenomén ztráty kontroly řadí tedy do závislosti i celou řadu nápadných způsobů chování v oblasti sexuality. V Encyklopedii sexuality píše Ernest Borneman o faktu, že se u zdravého jedince projevuje pohlavní pud v určitých jemu vlastních intervalech, které se s věkem postupně prodlužují. Sexuální závislost, stejně jako drogová závislost, vykazuje akceleraci nutkavého neklidu a zvyšující se četnost různých sexuálních aktivit při zmenšující se satisfakci. Sexuální závislost má shodné rysy s drogovou závislostí v sociální oblasti. Utajování a pocit viny, závislý vede dvojitý život, aby svou chorobu před veřejností skryl, výčitky – to jsou průvodní a charakteristické rysy spojené se sexuální závislostí.

Něnovější výzkum endorfinů ukazuje na pravděpodobnou úzkou fyziologickou souvislost mezi drogovou závislostí a závislostí, které nejsou vázány na nějakou látku. Endorfiny jsou v organismu vznikající látky podobné opiatům, které vzbuzují

podobné účinky jako drogy. Tělo je produkuje, když se člověk ocitne v extrémní zatěžové situaci a při silných bolestech. Endorfiny zmírňují bolest, mají dočasně onamující účinky a mohou vyvolávat pocity euforie. V určitých situacích jsou v lidském mozku prokazatelně přítomné, například při orgasmu.

Rozhodujícím spouštěčem jednání vedoucího k závislosti je slabě vyvinuté sebevědomí. Příčinou společenského nevhodného a nefunkčního způsobu života je v mnoha případech pocit méněcennosti, jímž postižený trpí většinou od raného dětství. Jednou z možností, jak zvládnout pocit vlastní nedostatečnosti a méněcennosti, je orientace na způsobu jednání, které na určitou dobu pozitivně ovlivní náladu. Důsledkem sexuální bezuzdnosti je stále rychlejší tělesný, duševní a nakonec i sociální úpadek.

7.4 Závislost na práci

Závislost na práci se řadí rovněž mezi tzv. nepravé závislosti. Lidé, kteří patří do skupiny tzv. workholiků, tvoří nesourodou skupinu.

Jejich závislost se negativně dotýká především jejich partnerů a rodiny. Tito lidé svůj přístup k práci považují za svou osobní přednost. Jejich nezdravý postoj k práci jim dává pocit vlastní nadřazenosti nad ostatními – „méně schopnými“. Silné pracovní vypětí, které prožívají, mnohdy nedokáží adekvátním způsobem odreagovat a velmi často v této skupině nacházíme lidi se sklonem k alkoholismu nebo patologické hrabě, často i s prokázanou závislostí. Zpravidla se jedná o lidi středního věku. Pokorný, Telcová, Tomko (2000) ve své publikaci představují typologii workholiků převzatou z výzkumných šetření v USA. Jedná se o:

1. **Typ urputného dřívce.** Jedná se o člověka, který neustále pracuje, a to bez ohledu na to, zda je to třeba či nikoliv, zda je jeho práce užitečná, či tomu tak není. S tím souvisí zvýšené riziko chybných úkonů, zdravotních poruch, ale i pracovních úrazů. Rovněž je zde zvýšené riziko nesprávného rozhodování.
2. **Záchvatový typ.** Tento typ představuje člověka, který má jakési záchvaty nadměrné pracovitosti. Tato záchvatovitost má iracionální vnitřní kořeny a není dána zevními objektivními okolnostmi. Mezi pracovními záchvaty u tohoto typu může docházet k apatii, nezájmu, útlumu nebo se dokonce může zhroutit. Je zřejmé, že tento typ člověka není schopen dlouhodobě podávat požadovaný pracovní výkon a celkově může být jeho produktivita práce nižší.
3. **Hyperaktivní typ s poruchami pozornosti.** Představuje typ člověka, který je neustále v činnosti, avšak vzhledem k přítomnosti poruchy pozornosti se není s to na to, co dělá, adekvátně soustředit, resp. daný úkol dokončit. Kromě toho tento typ člověka kolem sebe šíří atmosféru neustálého rozruchu a zmatku.
4. **Pracovní labužník.** Představuje typ člověka pedanta a perfekcionista. Tento typ věnuje všem svým pracovním aktivitám nepřiměřeně množství času a mnoho

energie. Současně postrádá nad svými pracovními povinnostmi schopnosti jistého nadhledu a velkorysosti. Je-li takový člověk v pozici manažera, dokáže svým podřízeným znepřijemňovat pracovní proces.

5. **Opečovávač.** Představuje typ člověka s velmi silnými altruistickými rysy. Znamená to, že se okázale obětuje pro blaho ostatních, a to i tehdy, pokud o to nestojí. Tím v nich vyvolává pocity viny. Svým chováním tak neprospívá jim ani sobě.

Není bez zajímavosti, že mezi základní psychoterapeutická doporučení patří do držování zdravého životního stylu, především schopnost plánovat si svůj volný čas a denní harmonogram ve vztahu k pracovním povinnostem.

7.5 Patologické nakupování

Velká obchodní centra jsou záležitostí posledních dvou desetiletí. Výzkumy prováděné v této oblasti naznačují, že se nejedná o okrajovou záležitost, neboť podle jejich výsledků má 2 až 10 % dospělé populace při nakupování minimálně nutkavé tendence. V této souvislosti se začínají sledovat faktory, které mohou zesilovat tendenci k chorobnému nakupování.

Chorobné nakupování je jak záležitostí mužů (zejména v případě nákupu elektroniky a sportovních potřeb), tak i záležitostí žen (zejména se jedná o nákup předmětů, které souvisejí s jejich sebeobrazem – oblečení, módní doplňky, kosmetika, šperky).

U tohoto typu závislosti ženy jednoznačně početně převažují nad muži. Přičemž tendence chorobně nakupovat roste ve stresových situacích.

Pro patologické nakupování je charakteristické nutkání a silná touha nakupovat a tzv. tahy. Mezi jednotlivými tahy jsou přestávky, a to v rozpětí od několika dní, týdnů, případně i delší. Nakoupené věci dotyčný nepotřebuje, mnohdy ani neví, co bude nakupovat. Uspokojení jeho patologické potřeby nakupovat u něj způsobuje uklidnění a následně pokles úzkosti. Teprve později se začínají projevovat pocity viny, smutku, hněvu nebo apatie. Není neobvyklé, že nakoupené zboží ukládá, schovává apod., protože je nejen nepotřebuje, ale není schopen je ani užít. Je zajímavé, že chorobné nakupování dosahuje maximálních hodnot v zimním období. Velmi často tuto situaci doprovází finanční problémy či zadlužení.

7.6 Bulimie

Bulimie neboli patologické přejídání, podobně jako mentální anorexie, souvisí s poruchou příjmu potravy. Tato medicínská diagnóza stojí na pomezí závislosti. Jedná se o poruchu obživného pudu. Bulimie je výlučně záležitostí vyspělých

zemí. S obezitou však nemusí souviset, protože ne každé přejídání způsobuje obezitu.

Mezinárodní klasifikace nemocí ve své 10. revizi ji definuje následovně: Mentální bulimie je syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti, které vedou pacienta k aplikaci krajních opatření, aby zmírnil tloušťku, vyvolanou účinky požití potravy.

Pro definitivní diagnózu mentální bulimie je zapotřebí, aby byly přítomny všechny následující poruchy:

- ❖ Neustálé se zabývání jídlem, neodolatelná touha po jídle a epizody přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
- ❖ Snaha potlačit účinek jídla jedním (nebo více) z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, střídavými obdobími hladovění, užíváním léků, jako jsou anorektika, thyreoidní preparáty nebo diuretika. U dietetických pacientů často dochází k úmyslnému zanedbání inzulinové léčby.
- ❖ Dominuje chorobný strach z tloušťky a pacient si určí přesně vymezený váhový práh, který je nižší než premorbidní váha, která je podle názoru lékaře optimální nebo zdravá.

VŠ zdravotnictví a sociální práce
sv. Alžbety, n.o.

811 02 Bratislava, 1. mája 1

028 01 Trstena, Železničarov 278

www.vasvalzbety.orava.sk