

Patologické závislosti u dětí a mladistvých

II. část

Pavel Mühlpachr

Závislost na hracích automatech

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

Patologické hráčství je sledovanou diagnózou v rámci drogové epidemiologické studie státu. Hygienická služba sleduje incidenci nových pacientů ve čtvrtletní periodě a sleduje počty evidovaných pro tuto diagnózu v rámci léčebné péče. Postupně se gambling dostal na třetí pozici nejčastěji frekvencované drogy, za amfetaminem a heroinem. V číselném vyjádření vypadá problém gamblingu následovně (Epidemiologie . . . , 1997):

V roce 1996 bylo evidováno 692 nových případů patologického hráčství, z tohoto počtu bylo pět žen, v roce 1995 bylo evidováno 435 nových případů.

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 samozřejmě automaty (uvedeno od lehčích 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 upevňování interpersonálních vztahů u nich převládá komunikace s počítačem.

Podstatou patologického hráčství je hra – hraní – činnost pro zábavu a osvěžení. Hra je nejpřirozenější projev činnosti. Je to základní aktivita života. Provází člověka 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.

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

Gambler se stává chorobně závislým na hře, ztrácí schopnost sebekontroly a autokorekce. Většina patologických hráčů nemá prostředky na financování své vášně, opatruje si je nelegálním způsobem, převážně majetkovou trestnou činností. Hráči si uvědomují, že jejich aktivity budou odsuzovány a reagují zvýšeným konzumem alkoholu a abúzem drog. Kriminogenní prostředí, v němž se gambleři 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 kompulzivity v chování jedince. Jako nejdůležitější kritéria uvádí:

- progresivitu celého procesu s posunem hodnot a koncentrací na získání financí na další hru;
- nerespektování mezi přijatelných ztrát, zaujetí hrou natolik, že hráč ztrácí pojem reálné hodnoty peněz a nediferencuje peníze na hru od financí na běžný život;
- impulzivitu v rozhodování o hře, hráč podlehne okamžitým rozhodnutím navzdory racionální úvaze;
- ambivalenci k penězům, hráč nevnímá tržní hodnotu peněz, hraje, když peníze má, ne aby je získal, neukončí hru, když vyhrává;
- dluhy, hráč není agresivní, zaplétá se však 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. McElroy (1992) konstatuje, že společným jmenovatelem je porucha serotoninového přenosu. Serotonin představuje významný humorální extracelulární přenos vzruchu, jeho snížená biologická dostupnost je spojena s depresí a určitým typem úzkosti s kompulzivitou a nutkavostí.

Sociální aspekty – sociální, či spíše enviromentální 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 výchovné ochranné prostředí, kdy rodiče se snaží utajovat problémy, řešit dluhy či selhání a berou na sebe závazky a osobní problémy dětí (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, nezdrženlivost, snaha odkládat řešení, nedostatek pevných vnitřních norem s nedbalostí a lehkovážností. Často je problematický vztah k opačnému pohlaví projevující se v ambivalenci až zábranách 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 assesmentem ohraničit problém hráčství jako celek. Nestačí jen stanovit prospektivní 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, matrimoniální 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) Trvající a opakující se maladaptivní chování ve vztahu k hazardní hře, v němž lze objevit následující indikátory:

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 žádoucí vzrušení, musí zvyšovat množství peněz vkládaných do hazardní hry.
3. Opakovaně a neúspěšně 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).
6. Po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál nazpět.
7. Lže 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. Ohrozil nebo ztratil kvůli hazardní hře signifikantní vztahy, zaměstnání, vzdělání nebo kariéru.
10. Spoléhá na druhé, aby mu poskytovali finanční prostředky, které by mírnily zoufalou finanční situaci, do které se dostal kvůli hazardní hře.

B) Hazardní hraní lze nejlépe 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 nejvýrazněji vyjádřenou potřebu útěku od reality ke hře, hledá náhražku své úzkosti, pocitům viny a nedostatečnosti ve vztahu k okolí. Nedokáže se k problému přiznat, lže a snaží se problém zakrýt. Předpokládá pomoc a převzetí odpovědnosti za své prohry svými blízkými. Tento typ inklinuje k neurotickému řešení problémů, je zvýšená anxióza a nejistota v sebehodnocení.

Typ C

má nejvíce vyjádřenou neschopnost kontrolovat hru, projevuje se podrážděností při myšlence či snaze o ukončení hraní, považuje hru za svou potřebu, které se nemůže zbavit a nepřipouští si výrazný sociální dopad, izolaci a ztrátu společenského statutu. 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 zahrnout zvládnutí predisponujících faktorů.

Fáze závislosti

Kariéru patologického hráče má své zákonitosti. Vývoj hráčské náruživosti je analogický kariéře alkoholika, lze tedy rozdělit tento vývoj do následujících tří stadií, jak je prezentují Lesieur a Blume (1991):

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. Chlubí se svými výhrami, byť jsou nepravdivé.

2. *Stadium prohrávání*

V této fázi jde o patologické hráčství. Není schopen s hrou přestat a ztrácí kontrolu nad svým chováním. Své 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 suicidiální pokusy.

4. *Stadium beznaděje*

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

Rizikové skupiny

V České republice je patologické hráčství jev nový a populární, který se rychle rozšířil bez pocitu překračování zákona a sociálních pravidel. V atmosféře ekonomických stimulů a možností tržního hospodářství existuje mnoho lidí, kteří chtějí do tohoto světa vstoupit. V letech 1992–1994 se gamblerství stalo jedním z nejrozšířenějších problémů závislostí v České republice (Chvíla a 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. Nešpor (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 oblasti 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 trvale 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 rodinné 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 důsledek hazardní hry nežli její příčinou.

Teorie vzniku závislostí

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 (Řehan, 1994; Chvíla, 1996; Nešpor, 1995, 1996; Heller, 1996). V současné době jsou formulovány teorie vzniku závislosti a jsou tříděny podle hledisek, která dominují.

Biologické teorie

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.

1) Genetická teorie

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. Rehan (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.

2) Enzymové teorie

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

3) Dopamin-endorfinová teorie

Tato teorie má platnost nejen pro závislost na alkoholu, ale i na 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 zátěžové 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, 1990).

Sociologické teorie

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.

1) *Klasické studie*

Ty 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 negramotnost, kterou se míní 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 mírnila tuto tenzi, nejistotu a pocity ohrožení, což může zajistit alkohol a droga.

2) *Teorie distribuce spotřeby alkoholu*

Teorie 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 poskytne spolehlivý odhad počtu alkoholiků;
- existuje silná korelace mezi úmrtností na cirhózu jater a celkovou spotřebou alkoholu.

3) *Teorie anomie*

Durkheimova (1893) 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. Rozpad je doprovázen absencí společenské solidarity a soudržnosti. Závislost funguje jako únikový obranný mechanismus.

Mertonovo (1938) pojetí operuje s typy přizpůsobení či odmítnutí kulturně definovaných cílů a prostředků k jejich dosažení. Toxikomanie je vysvětlována odmítáním jak cílů, tak i prostředků (Bútorá, 1989).

4) *Model systémové dynamiky*

Význam postojů pro návykové chování zdůrazňuje model systémové dynamiky Whita a kol. (Vojtík a Břicháček, 1987). 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

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 propracovanějšími.

1) *Hlubinná psychologie*

Hlubinná psychologie tvoří rámec několika odlišných pohledů na problém látkové závislosti. Jak konstatuje Zášková (1997) ve své výzkumné práci, nejstarší hypotézy vycházejí z klasické analýzy, později se látkovou závislostí zabývá též neopsychoanalýza.

První pokusy vysvětlit patogenezi zneužívání návykových látek obsahovaly předpoklad specifické osobnostní struktury závislých, s rysy raných vývojových stádií, tj. se silnou potřebou péče, podpory, nízkou tolerancí vůči frustraci a bolesti. Vedle specifické osobnostní struktury se předpokládala přítomnost infantilních nevědomých potřeb, které byly uspokojovány prostřednictvím drog (Ong, 1991).

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

2) *Neobehaviorální psychologie*

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 sebeprosazení a uvádí tyto principy učení maladaptivním formám chování:

A) Zdrojem maladaptivních forem chování jsou sociální faktory, nezvládnuté konflikty, nadměrná zátěž a jiné. Za určitých podmínek se učením tyto poruchy upevňují, fixují a přetrvávají.

- B) Sklon ke vzniku poruchy závisí na celém předchozím vývoji jedince, na jeho předchozích zážitcích, problémech. Ty tvoří vnitřní podmínky pro to, aby se učením fixovala příslušná porucha chování.
- C) Vznik a vývoj poruch se realizuje na základě celkové psychické skladby osobnosti, tzn. že poruchové a neporuchové činnosti jsou ve vzájemné interakci.

3) *Sociálně psychologické pojetí*

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 vnějšimu.

Otázkami vlivu rodiny, vrstevníků, zvláštností atmosféry v rodinách se závislostním chováním se zabýval Vojtík (1982, 1984/85, 1987).

Kulturně antropologické teorie

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 (Lettieri, Weltz, 1983), které srovnávají kulturní, historické a jiné odlišnosti konzumu látek, jejich účinků na prožívání a chování, vazby na pohlaví apod. Sleduje také zvláštnosti ve významu a hodnocení látek, tradičně zakotvených v normách a postojích dané společnosti (Mc Andrew, Edgerton).

Etnografické výzkumy podložené biochemickými metodami (Kunda, 1988) prokázaly odlišnosti metabolismu alkoholu. Tyto zvláštnosti způsobují intenzivní reakci na požitý 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 dostačující míře a po dosti dlouhou dobu (Langmeier a Matějček, 1974).

Takový stav vzniká ochuzením určitých žádoucích podnětů, postiženému jedinci není dána možnost, aby rozvinul své základní psychické potřeby a ve svém životním prostředí se uplatnil, vedle biologických potřeb, které musí být v náležitě míře uspokojovány, má-li se dítě vyvíjet v osobnost psychicky zdravou a zdatnou. Odborníci definují a výzkumně ověřili pět vitálních potřeb (Matějček a Dytrych, 1994):

- 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 nezpracovatelné, 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 intrauterinního života a samozřejmě pak od prvních okamžiků po narození. U jeho prvotních vychovatelů – 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 podmíněného.

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 a 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 běžně se vyskytujících poruch chování. Porušená vazba vede ke vzniku rozmanitých duševních onemocnění, k osobnosti deprivanta.

Klasické psychické 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 psychické deprivace. V případě subdeprivace máme před sebou deprivační 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:

- a) Svět 1 je světem atomů, molekul, buněk, tkání, orgánů včetně mozku.
- b) Svět 2 je světem psychického bytí.
- c) Svět 3 je světem objektivní informace.

Ze světa 1 vyrůstá svět 2 a z něj v průběhu vývoje našeho druhu vyrostl 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, jemuž se daří pouze v prostředí vytvořeném složitými mozky“ (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 „nepovedení“ nebo „zmrzačení“, nikoli nemocní. Postižení je výraznější v citové a hodnotové než v intelektuální oblasti (Koukolík a Drtilová, 1996).

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

Riesman (1968) považuje deprivanty a deprivantství za součást společenského charakteru a konstatuje, že je to část charakteru, kterou sdílejí důležité lidské skupiny a která je výsledkem jejich zkušenosti.

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

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

Shrnutí

Závislost je multifaktoriální jev, stává se fenoménem postmoderní doby (společnost ludická, permissivní, sekularizovaná, postmoralistní, postheroistická, alibistická).

Kategorie děti a mladiství jsou vymezeny takto: děti ve věku do 15 let, mladiství ve věku 15 až 18 let věku. Odborná literatura pojímá klasifikaci závislostního chování různě. Všeobecně přijímaná je klasifikace WHO, 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která byla přijata v roce 1992, s platností od 1. 1. 1994.

Nejčastější výskyt závislostního chování se objevuje u drogové závislosti, alkoholismu, tabakismu, gamblingu.

Mezi dominantní motivované chování, které vede ke vzniku abúzu drog lze zařadit motivaci: interpersonální, sociální, fyzickou, senzorickou, emocionální, politickou, intelektuální, kreativně estetickou, filosofickou, antifilosofickou, spirituálně mystickou, specifickou.

Rizikovými skupinami u abúzu drog jsou děti a mladiství, významnou roli sehrávají dysfunkční rodina, patologická komunikace v rodině a hledání sociální identity jedince, vliv vrstevnických skupin, skupin mládeže, se kterými se jedinec stýká, ale také nadměrná protektivnost, autoritativnost a dominantnost rodičů.

Alkoholismus je závislostní chování společností akceptované, společenské cítění je proalkoholní, konzumace alkoholu je zabudována do lidských rituálů. Diagnostická kritéria jsou obdobná s drogovou závislostí, jedná se o látkovou závislost. Abúzus alkoholu lze rozdělit na symptomatický abúzus, systematický a juvenilní, etylismus.

Jellinek rozlišuje následující typy alkoholismu: typ alfa, beta, gama (anglosaský typ), typ delta (románský typ) a typ epsilon. Děti a mladiství jsou dominantní rizikové skupiny. Příčiny vzniku alkoholismu lze nalézt v nedostatku vhodných identifikačních vzorů, nedostatečném vytváření životních jistot, životním stylu rodiny a konzumaci alkoholu u rodičů.

Alkohol i tabák jsou průchozí drogy. Nastupuje po nich abúzus další drogy. U tabakismu je návykovou látkou nikotin. Schmidt (1982) dělí kuřáky na následující typy: příležitostný kuřák, návykový kuřák, kuřák s psychic-

kou závislostí, kuřák s psychickou a fyzickou závislostí. Rizikovou skupinou jsou žáci základní školy nejvyšších ročníků s podprůměrným prospěchem, v převaze chlapci.

Typickou nelátkovou závislostí je závislost na hracích automatech. Únik z reality, redukce tenze, nedostatečná odpovědnost jsou příčiny vedoucí do světa her. Se změnou sociálně ekonomických poměrů se změnila i forma těchto her. Roste kriminalita v souvislosti s hazardními hrami. Od roku 1990 přibývá problémů s hazardní hrou mezi dětmi a mládeží, přestože zákon zakazuje provozování hazardní hry na výherních automatech osobám mladším 18 let. Diagnostická kritéria zahrnují aspekty psychologické, sociální, biologické.

Fáze vývoje závislostního chování jak látkového, tak nelátkového typu lze rozdělit do čtyř stádií. Se zvyšujícím se stupněm závislosti přibývá problémů plynoucích z patologické závislosti jako terminální, v něm se často objevují jedinci se suicidiálními tendencemi.

V odborné literatuře se nenachází jednoznačné přímé vysvětlení závislosti (Řehan, 1994; Chvíla, 1996; Nešpor, 1995, 1996; Heller a Pecinová, 1996 apod.). V současné době jsou formulovány teorie vzniku závislosti a jsou tříděny podle hledisek jednotlivých vědních disciplín.

Biologické teorie spočívají v hledání biologicky podmíněných znaků. Mezi biologické teorie se řadí genetická teorie, enzymové teorie a dopamin endorfinové teorie.

Sociologické teorie vycházejí z makrospolečenských vztahů a zákonitostí. Sociologické teorie reprezentují klasické studie, teorie distribuce spotřeby alkoholu, teorie anomie, model systémové dynamiky.

Psychologické teorie prezentují vznik závislostního chování z pozice svého dominantního zaměření (hlubinná psychologie, neobehaviorální psychologie, sociálně psychologické pojetí).

Multifaktoriální podmínění vzniku závislosti se prosazují u kulturně antropologických teorií, které čerpají z etnografických studií. Jednoznačně se prokázala srovnávací metodou multidimenzionální příčinnost. Odborníci se shodují v určitých společných znacích, které ovlivňují vznik závislosti. Jsou jimi především vlivy primárních skupin. Dominantním motivačním triasem abúzu drog byly shledány: patologická komunikace, dysfunkční rodina a absence sociální identity jako důsledek společenské frustrace.

Za příčinu vzniku závislosti je považována i psychická deprivace. Klasické psychické deprivace ubývá, naproti tomu vyrůstá nový problém, neméně závažný – subdeprivace.

Literatura

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition). Washington: APA, 1994.
- BAJGER, O. Chorobné hráčství – první zkušenosti z ambulantní psychoterapie. Předneseno na vědecké schůzi J. E. Purkyně, Praha, 1994.
- BARNUM, H. *Analýza ekonomických důsledků kouření a užívání tabáku*. Příspěvek na Světové konferenci o tabáku a zdraví v Paříži, říjen 1994.
- BOWLBY, J. Developmental psychology comes of age. *Am. J. Psych.*, 145, 1988, s. 1–10.
- BÚTORA, M. *Mne se to nemože stať*. Sociologické kapitoly z alkoholismu. Martin: Osveta, 1989.
- DAWKINS, R. *The selfish gene*. Oxford University Press, 1989, s. 19.
- DURKHEIM, E. *De la division du travail social*. 1893.
- Epidemiologie drogových závislostí v roce 1996. *Zdravotnické noviny* 4. dubna 1997.
- HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing, 1996.
- Hodnoty a vzdělání*. Praha: Karolinum, 1997.
- CHVÍLA, L. *Diagnóza patologického hráčství v závislosti na assesmentu problému hráčské vášně*. Výzkumný projekt. Opava: PL, 1996.
- CHVÍLA, L., NYKLOVÁ, A. *Downto the Depth of Gambler's soul*. First European Congress on Disorders of Personality, Nijmegen (Nizozemí), 1994.
- JANÍK, A., DUŠEK, K. *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum, 1990.
- JELLINEK, E. M. *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hiltouse Press, 1960.
- JOHNSTON, L. D., O'MALLEY, P. M., BACHMAN, J. G. *Illicit drug use, smoking, and drinking by America's high school students, college students, and young adults 1975 až 1991*. Eockville, MD: National Institute on Drug Abuse DHHS publication nos.
- KONDÁŠ, O. Model alkoholismu vycházející z teorie učenia. *Protialk. obzor*, 4, 1969, s. 39–45.
- KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Vzpouora deprivantů*. Praha: Makropulos, 1996.
- KUNDA, S. *Klinika alkoholismu*. Martin: Osveta, 1988.
- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicenum, 1974.
- LESIEUR, J. R., BLUME, S. B. Evaluation of patient treated for pathological gambling in a sombined alcohol, substance abuse and pathological gambling unit using the Addiction Severity Index. *Br. J. Addict*, 86, 1991, 8, s. 1017–1028.
- LETTIERI, D. J., WELTZ, R. (Eds.) *Drogenabhängigkeit*. Ursachen und Verlaufsformen. Basel.
- MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Děti, rodina, stres*. Praha: Galén, 1994.
- MCELROY, S. L. a kol. DMS-III-R Impulse Control Disorders. *Am. J. Psych.*, 149, 3, March 1992, 318–327.
- MEČÍŘ, J. *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*. Praha: Avicenum, 1989.
- MERTON, R. K. Animi and Social Struktura. *American Sociological Review*, 3, 1938.
- NEŠPOR, K. *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha: Sportpropag, 1995.
- NEŠPOR, K. *Jak překonat problém s hazardní hrou*. Praha: Sportpropag, 1996.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše dítě*. Praha: Sportpropag, 1995.
- ONG, T. H. Psychological characteristics of drug abusers. *Int. Rehabil Res.*, 14, 1991, 1, s. 72–75.
- POPPER, K. R., ECCLES, J. C. *The Self and its Brain*. Parts I and II. Berlin: Springer, 1987.
- RIESMAN, D. *Osamělý dav*. Praha: Mladá fronta, 1968.
- ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1994.
- SCHMEICHEL, F. *Jako vzduch k dýchání*. Praha: Motto, 1995.

- SCHMIDT, W. *Mezinárodní terminologický slovník zdravotní výchovy*. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1982.
- SCHUCKIT, M. A. *Drug and Alcohol Abuse: A clinical Guide to Diagnosis and Treatment* (3rd ed). New York, 1989.
- STREISSGUTH, A. P., CLARREN, S. K., JONES, K. L. Natural history of the fetal alcohol syndrome: A 10-year follow-up of eleven patients. *The Lancet*, 2, 85–91, 1985.
- ŠTABLOVÁ, R. A KOL. *Návykové látky a kriminalita*. Praha: PA ČR, 1994.
- WALDMANN, H. *Phantastika und Untergrund. Zum psychiatrischen Verständnis des Rauchermittelgebrauche Jugendlicher*. Bonn: Bournier u. co., 1971.
- VOJTÍK, V., BŘICHÁČEK, V. *Mládež ohrožená toxikomanii*. Zpráva č. 80. Praha: VÚPs, 1987.
- VOJTÍK, V., BŘICHÁČEK, V. K problematice zneužívání návykových látek adolescenty. In SKÁLA, J. A KOL. *Sborník studií o alkoholismu a jiných návykových látek*. Zpráva č. 42. Praha: VÚPs, 1982, 150–184.
- VOJTÍK, V., BŘICHÁČEK, V. Zneužívání návykových látek – biopsychosociální problém mládeže. (1. část). *Otázky defektologie*, 27, 1984/85, č. 7, 285–289, (2. část), 27, 1984/85, č. 9, 358–362.
- VOJTÍK, V., TŮMOVÁ, S., BŘICHÁČEK, V. Osobnost adolescentů zneužívajících návykové látky. *Čs. pediatrie*, 37, 1982, č. 5, 279–281.
- ZÁŠKODNÁ, H. *Děti, mládež a drogy na území města Ostravy*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity, 1997.
- ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1996.

MÜHLPACHR, P. Patologické závislosti u dětí a mladistvých. *Pedagogická orientace* 1999, č. 3, s. 53–68. ISSN 1211-4669.

Adresa autora: Mgr. Pavel Mühlpachr, Ph. D., Pedagogická fakulta MU, Katedra speciální pedagogiky, Poříčí 9, 603 00 Brno