

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Veronika Dvořáková

Alkoholová závislost – negativní dopad na fungování celé rodiny

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Alkoholová závislost – negativní dopad na fungování celé rodiny vypracovala samostatně pod odborným vedením vedoucího mé bakalářské práce a použila jsem jen prameny a literaturu uvedenou v závěrečném seznamu literatury.

V Olomouci 16. 4. 2013

.....

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucímu své práce, Mgr. Michalu Růžičkovi, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, připomínky a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce. Dále chci poděkovat paní magistře Renatě Jakubcové, která se mnou velmi ochotně spolupracovala při šetření.

Anotace

Jméno a příjmení:	Veronika Dvořáková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Alkoholová závislost – negativní dopad na fungování celé rodiny
Název v angličtině:	Alcohol abuse – negative impact on the functioning of the whole family
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce se věnuje problematice závislosti na alkoholu a jejím negativním dopadům na jednotlivé členy rodiny. Dále se zabývá poradenstvím v adiktologii a zejména pak tím, do jaké míry se v poradenských zařízeních při léčbě závislosti na alkoholu aplikuje rodinná terapie. Teoretická část obsahuje definice termínu alkohol, popisuje jeho účinky, uvádí definici syndromu závislosti, příčiny jejího vzniku, význam rodiny, specifické rysy v rodinách, kde se objevuje závislost na alkoholu, poradenství, vymezení rodinné terapie a další možnosti léčby alkoholismu. V empirické části zjišťujeme formou rozhovoru, do jaké míry se používá terapie celé rodiny v poradenských zařízeních, a jaké jsou další možnosti léčby. Výsledky šetření ukazují, že rodinná terapie při léčbě závislosti je méně využívaná, v praxi stále převažuje individuální léčba, což znamená, že se léčí klient, který má problém s alkoholem, nebo se o řešení problému snaží členové rodiny bez zapojení alkoholika. Zapojení systému rodiny bývá často pouze jednorázové.</p>
Klíčová slova:	alkohol, závislost, rodina, poradenství, rodinná terapie, léčba
Anotace v angličtině:	<p>Bachelor thesis deals with the issue of alcohol addiction and its negative impact on individual family members. It also deals with addictology consulting, and especially with the extent to which consulting is applied in the family therapy counselling centres of in the treatment of alcohol addiction. The theoretical part defines the term alcohol, its effects, addiction and its causes, importance of family, the specific features found in families where alcohol addiction appears, counseling, moreover, it gives the definition of family therapy and other options for alcoholism treatment. In the empirical part we use an interview to determine to what extent the treatment of the whole family is used in counseling services and what are the other treatment options. The results of the survey show that family therapy is not widely used in addiction treatment, in practice individual therapy still prevails, which means only the</p>

	client who has a problem with alcohol is treated or the family members are solving the problem, while the alcoholic remains uninvolved. The involvement of families is often recurrent.
Klíčová slova v angličtině:	alcohol, dependence, family, counseling, family therapy, treatment
Přílohy vázané v práci:	Vývoj a případné změny cílové populace
Rozsah práce:	52
Jazyk práce:	Český jazyk

Obsah

Úvod	7
1 Alkohol	9
1. 1 Historie užívání alkoholických nápojů	9
1. 2 Charakteristika alkoholu	9
1. 3 Účinky	10
1. 3. 1 Akutní intoxikace alkoholem	11
1. 3. 2 Alkoholový odvykací stav	12
1. 3. 3 Rizika užívání alkoholu	13
1. 3 Syndrom závislosti	14
1. 3. 1 Příčiny závislosti na alkoholu	15
1. 3. 2 Vývojová stádia závislosti na alkoholu	17
2 Rodina	18
2. 1 Význam a funkce rodiny	18
2. 2 Vnitřní struktura a typy rodin	19
2. 3 Některé typické rysy rodin, ve kterých je přítomna závislost	21
2. 4 Negativní důsledky alkoholové závislosti působící na rodinu	24
2. 4. 1 Problémy dětí alkoholiků v životě	27
3 Poradenství v adiktologii	29
3. 1 Poradenství	29
3. 1. 1 Cíle a funkce poradenství	29
3. 1. 2 Formy poradenské pomoci a poradenské směry	30
3. 2 Poradenská zařízení pro alkoholové a jiné závislosti	31
3. 2. 1 Rodinná terapie	32
3. 2. 2 Další možnosti léčby alkoholismu	36
4 Empirická část	42
4. 1 Vymezení zkoumaného problému, cíle a metoda šetření	42
4. 2 Vlastní šetření	43
4. 2. 1 Graf klientely Poradny pro alkoholové a jiné závislosti	47
4. 3 Diskuze	49
Závěr	52
Literatura a zdroje	53
Seznam obrázků a grafů	56
Seznam příloh	57

„V poháru se utopí víc lidí než v potoce.“

(německé přísloví)

Úvod

Alkohol je nazýván „metlou lidstva“ a skutečně oprávněně. Je dokázáno, že alkohol je starý jako lidstvo samo. Už odpradávná jsou dochovány důkazy o tom, že mnoha lidem přinášel problémy spojené s nadužíváním alkoholických nápojů. Mám dojem, že v poslední době se přestala brát na vědomí rizika, která přináší jeho užívání. Jakoby lidé nepovažovali alkohol za drogu, ale za něco úplně bezpečného. Samozřejmě je to ovlivněné rituály spojené s ťukáním si na zdraví při různých oslavách a společenských akcích. Alkohol je drogou společenskou a v naší společnosti velmi tolerovanou, něčím bez čeho by si lidé nedokázali představit ples, večírek, svatbu či večer strávený v kruhu přátel.

Situace je o to horší, když alkohol začne přinášet problémy a jeho nekontrolované užívání nezasáhne jenom dotyčnou osobu, ale také lidi z jeho okolí, zejména jeho neblížší, a to je rodina. Jaký je pak život v takové rodině? Asi nic příjemného, to si každý domyslí, trápí se všichni bez výjimky. Rodina získává specifické rysy, které jsou patologické. Alkohol ovlivňuje život členů ve všech jeho sférách, např. narušuje zcela běžné činnosti (oslava narozenin dětí), přináší problémy v zaměstnání, omezené je trávení volného času všech členů rodiny. Působí řadu problémů jak v osobním životě partnerů a dětí, tak i společenském – na rodinu je nahlíženo tzv. „skrz prsty“.

Myslím, že problematika alkoholismu je značně zlehčována a zapomíná se na negativní důsledky, které s sebou přináší. Proto jsem si právě toto téma vybrala, abych poukázala na skutečnost, že alkohol je něco, co bychom rozhodně neměli podceňovat a měli bychom jej považovat za stejně nebezpečný, jako kdyby se jednalo o „tvrdší drogy“. Smutnou komplikací rozhodně je, pokud s problémovým popíjením má problém rodič, který by měl dát dítěti ty správně vzorce chování, jelikož rodina je pro dítě jeho první sociální skupinou, ve které získává zkušenosti na celý život, jež se můžou promítnout v budoucnu do prokreační rodiny, kterou založí. Dále mě zajímalo, do jaké míry je využívána rodinná terapie, pokud se jedná o závislost na alkoholu.

V teoretické části se zabývám pojmem alkohol, jeho účinky, intoxikací, odvykacím stavem, syndromem závislosti, objasňuji příčiny vzniku závislosti. V další kapitole se věnuji

rodině, jejímu významu, funkci, struktuře, typům rodin, negativním důsledkům, které přináší alkoholismus, a problémům dětí, které v takové rodině vyrůstají. V poslední kapitole, která patří do teoretické části, se zaměřuji na poradenství v adiktologii, charakteristiku poradenství, na poradenská zařízení zaměřená na ambulantní péči, vymezení rodinné terapie, která se používá v těchto zařízeních, a další možnosti léčby, zabývám se zejména tím, jak zvládat závislost na alkoholu např. prevence relapsu, zvládání cravingu.

Empirická část obsahuje šetření, které bylo realizováno v P-centru. Jedná se o neziskovou organizaci, která poskytuje služby v oblasti prevence, péče o rodinu s dětmi, poradenství, léčby a doléčování závislostí. Dále jsou uvedeny cíle práce a interview se sociální pracovníci poradny pro alkoholové a jiné závislosti.

Tato práce je určena zejména těm lidem, kteří si něčím podobným prošli, těm, již mají zájem si rozšířit své vědomosti v této oblasti, a všem, kterým je tato problematika blízká.

1 Alkohol

1. 1 Historie užívání alkoholických nápojů

Na klínové tabulce z roku 2200 př. n. l. je pivo doporučováno jako posilňující nápoj pro kojící ženy. Dochovaný Chammurapiho zákoník, ve kterém se babylonský král staví na ochranu pijáků piva a palmového vína, odsuzuje k popravě utopením krčmářku, která by šidila kvalitu nápoje. Hojné odkazy na víno najdeme v hebrejské Bibli. Alkohol se objevuje při svedení Lota jeho dcerami. Zmínka je i o Noemovi, který se po potopě opije. Při každé společensky významné události (svátky, svatby) je správné vypít alespoň sklenku. V Číně a v Japonsku se snad odjakživa holdovalo rýžovému vínu (Escohotado, 2003).

Vínem a pivem slavili staří Řekové různé obřady a hry. I Římané pili velmi rádi, i když prastarý zvyk zakazoval pití ženám a mladším třiceti let. Římané považovali za původce všech osobních i společenských konfliktů víno. Známí básníci jako Homér, Anakreón, Aischylos podle svědectví žili ve stavu nikdy nekončící opilosti a rádi napájeli svou inspiraci šťávou z kvašených hroznů (Escohotado, 2003).

Břetislav I. roku 1039 stanovil první protialkoholní zákon v české zemi, který omezoval pití alkoholických nápojů a současně zavedl přísné tresty pro opilce a krčmáře, kteří jim nalévali (Vágnerová, 2004).

V české společnosti je alkohol drogou společenskou, lidé jej často popíjejí ve skupině. Užívají alkohol obvykle ritualizovaně – ve formě přípitků při různých oslavách. Konzumace alkoholických nápojů má ve společnosti dlouhou tradici a k jeho užívání jsme docela shovívaví (Vágnerová, 2004).

1. 2 Charakteristika alkoholu

„Alkohol (chemicky etylalkohol, etanol C₂H₅-OH) vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů – buďto z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci (nejčastěji plody vinné révy) nebo z polysacharidů z obilných zrn nebo brambor.“ (Popov in Kalina et al., 2003, s. 151). Destilací dosáhneme vyšší koncentrace. *„Při nedokonalých chemických procesech (např. při domácí výrobě destilátů) vzniká směs etylalkoholu s nejnižším alkoholem, metylalkoholem (metanol), který je silným nervovým jedem se selektivním působením na oční nerv (působí oslepnutí) a vede k metabolickému rozvratu vyvoláním acidózy.“* (Popov in Kalina et al., 2003, s. 151).

Psychotropní účinek je zajišťován ovlivněním několika neurotransmiterů: dopaminu, noradrenalinu a kyseliny gama-aminomáselné neboli GaBa. Způsob aplikace alkoholu je per os, objevují se i jiné způsoby užití alkoholu, které jsou možné, ale málo obvyklé. Koncentrace alkoholu v těle se dá orientačně určit pomocí dechové zkoušky, přesnější vyšetření se provádí chromatograficky v toxikologické laboratoři (Kalina et al., 2008).

Kalina et al. (2008, s. 341) poukazuje na to, že „*Alkohol je rozšířen po celé planetě. Spotřeba alkoholu v ČR se pohybuje kolem 10 litrů čistého alkoholu na obyvatele. Ve spotřebě piva dlouhodobě zaujímáme přední místo ve světě.*“

1.3 Účinky

„*Účinek alkoholu závisí na dávce a dalších faktorech, jako je vliv prostředí, dispozice. Stav po požití alkoholu se nejčastěji projeví jako prostá opilost (ebrieta, ebrietas simples). Malé dávky působí stimulačně, vyšší tlumivě. Na začátku se dostavuje zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie, později dochází ke ztrátě zábran a snížení sebekritičnosti. Postupně se dostavuje únava, útlum a spánek.*“ (Kalina et al., 2008, s. 341).

Nežádoucí krátkodobé účinky:

- intoxikace je doprovázena četnými tělesnými symptomy v závislosti na výši dávky, obvykle se objevuje porucha rovnováhy, svalové tenze, časté je zvracení a nevolnosti,
- dostavují se poruchy chování, které jsou spojené s agresivitou, riskantní chování s možnými úrazy bývá způsobené sníženou sebekritičností jedince,
- porucha vědomí či dokonce smrt se může projevit při těžké intoxikaci,
- patická opilost (patická ebrieta) je málo častá komplikace, což tvrdí např. Kalina et al., (2008, s. 342), „*vzniká po vypití malého množství alkoholu, které by u většiny lidí nezpůsobilo intoxikaci*“ Objevují se poruchy vědomí s bludy a halucinacemi, stav končí po minutách až několika hodinách, spánkem, obvykle se vyskytuje amnézie (Kalina et al., 2008).

Nežádoucí dlouhodobé účinky:

- poškození jater může mít za následek rozvoj jaterní cirhózy a jícnových varixů, následkem dlouhotrvajícího poškození může vzniknout rakovinové bujení – karcinom jícnu, jater, žaludku, tenkého střeva a rekta, dále může dojít k poškození pankreatu a vzniku diabetu, avitaminózy mohou v některých případech až ohrozit život,

- často se objevuje porucha krvetvorby a poruchy hemokoagulace, i anémie,
- poruchy spánku, úzkostné a depresivní stavy,
- zasažení centrální nervové soustavy je spojeno s poškozujícím účinkem alkoholu a může vést k organickému poškození mozku, „*psychotická porucha vzniká jako následek chronického abúzu, je způsobena poškozením mozku, stav se projevuje přítomností halucinací, paranoidních bludů, poruchami paměti až do stadia demence*“ (Kalina et al., 2008, s. 342). ,
- poškození endokrinního systému může narušit sekreci testosteronu, u mužů vede i k impotenci,
- u těhotných žen je riziko vážného poškození plodu neboli fetální alkoholový syndrom (Kalina et al., 2008).

1. 3. 1 Akutní intoxikace alkoholem

Akutní intoxikace se ve většině případů projeví jako prostá opilost. Při velké konzumaci alkoholických nápojů ovlivňuje etylalkohol centrální nervovou soustavu a způsobí její útlum, v některých případech hrozí bezvědomí až smrt (Popov in Kalina et al., 2003). Kalina et al. (2008, s. 133) zdůrazňuje že „*Akutní intoxikace alkoholem může být velmi vážným stavem – může končit kómatem, depresí dechového centra, aspirací zvratků a mnoha dalšími komplikacemi.*“ Vágnerová (2004, s. 548) popisuje akutní intoxikaci jako „*přechodnou změnu fyziologických a psychických funkcí, která může mít až charakter poruchy.*“

S vyšší dávkou alkoholu dochází ke změně klinického obrazu. Tento vývoj rozdělujeme do následujících stadií:

1. **lehká opilost** – excitační stadium (odpovídá hladině mezi 0,5 až 1,0 promile) – pocit většího sebevědomí, ústup zábran, mnohomluvnost, euforie, snížení sebekritičnosti,
2. **opilost středního stupně** – hypnotické stadium (odpovídá přibližně hladině mezi 1 až 2 promile) – zhoršení koordinace a rovnováhy, poruchy kognitivních funkcí, často se objevuje podrážděnost a ztráta sebekontroly,
3. **těžká opilost** – narkotické stadium (odpovídá hladině mezi 2 až 3 promile) – zmatenost, výrazné problémy v koordinaci, chladná kůže, hypotenze, tachykardie, povrchové až zpomalené dýchání, končí hlubokým spánkem,

4. **těžká intoxikace se ztrátou vědomí** – asfyktické stadium (odpovídá hladině alkoholu mezi 3,5 až 5 promile) – člověk se nachází v hlubokém bezvědomí až kómatu, hrozí smrt, která je důsledkem selhání centrální dýchací a oběhové soustavy (Kalina et al., 2008).

Na stadium intoxikace má výrazný vliv stupeň tolerance konkrétního jedince, proto slouží uvedené hladiny alkoholu jen pro orientaci. Podle MKN-10 jsou základními znaky intoxikace hádavost, agresivita, kolísavá chůze, zarudlý obličej a spojivky, zhoršená pozornost a úsudek, proměnlivé nálady, setřelá řeč (Kalina et al., 2008).

Nižší stupně intoxikace nepotřebují speciální zásahy, léčba vážnějších stavů spočívá v kontrole základních životních funkcí, např. zajištěním volných dýchacích cest (hrozí vdechnutí zvratků), v doplňování tekutin a zvýšeném dohledu pro riziko možných komplikací (kómatu, neklidného chování spojeného s agresivitou nebo úrazem) (Kalina et al., 2008).

1. 3. 2 Alkoholový odvykací stav

Odnětí alkoholu může způsobit velmi závažný až život ohrožující stav. Základními znaky jsou podle MKN-10 třes jazyka, očních víček nebo rukou, zvýšené pocení, zvracení, bolesti hlavy, nespavost, malátnost nebo slabost, přechodné sluchové, zrakové či hmatové halucinace i iluze (Kalina et al., 2008).

Odvykací syndrom neboli abstinenční syndrom je definován jako „stav následující po vysazení látky (dávky drogy), která byla opakovaně nebo dlouhodobě užívána“ (Fišerová in Kalina et al., 2003, s. 114). Stav naruší rovnováhu v těle, která byla přizpůsobena mechanismům fungujícím díky přítomnosti drogy a je tak doprovázen závažnými odvykacími příznaky (Fišerová in Kalina et al., 2003). „Alkoholový odvykací stav začíná obvykle několik hodin po ukončení pití a obvykle vrcholí druhý den abstinence, odeznívá do 5 dní. Horší průběh bývá při vyčerpání, předcházející nedostatečné výživě či tělesném onemocnění, tedy u stavů, které se u závislých vyskytují velmi často. Většina pacientů zakouší pouze mírné či střední těžké odvykací stavy, asi u 3-5% pacientů se rozvinou křeče nebo delirium.“ (Kalina et al., 2008, s. 134).

Mezi závažné stavy, které mohou v některých případech život ohrozit, patří delirium tremens. Základními znaky deliria jsou porucha vědomí a kognitivních funkcí, bludy, halucinace buďto čichové nebo sluchové, některé doprovodné somatické příznaky, kterými jsou horečka, zvýšené pocení a zrychlená činnost srdce, záchvaty křečí s vrcholem potíží během noci (Popov in Kalina et al., 2003). Pacienti mohou být nebezpeční pro ostatní i vůči

sobě, jelikož delirium může mít podobu výrazného neklidu s několika epizodami. Většinou se vyskytuje v třetím dni abstinence, často u pacientů kolem 40 let (po 5-15 letech neustálého pití) (Kalina et al., 2008).

Tlumení mírných odvykacích příznaků se u lidí často obejde bez léčby, po několika dnech příznaky odezní. U některých jedinců však můžeme předpokládat rozvoj např. deliria či křečí. U lidí, kteří jsou v horším zdravotním stavu, se doporučují důkladnější přístupy: zklidnění pacienta, větší dohled, tiché prostředí, přísun tekutin, monitorování životních funkcí. Pacientům, u kterých se objevují křeče, je doporučeno podávat benzodiazepin (Kalina et al., 2008).

1. 3. 3 Rizika užívání alkoholu

Za hlavní riziko nadměrné konzumace alkoholu je považován vznik somatické a psychické závislosti (Kalina et al., 2008). Vágnerová (2004, s. 549) popisuje somatickou závislost „jako stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou psychoaktivní látku, někdy doprovázený zvyšující se tolerancí (člověk k dosažení téhož efektu potřebuje stále větší dávku). Projevuje se při vysazení drogy abstinencním syndromem.“ Často se projevuje neklid, tenze a vegetativní problémy. Psychická závislost se vyznačuje nesmírnou touhou užít svou dávku drogy a nutkáním užívat ji opakovaně. Člověk je přesvědčen, že pokud to neučiní, bude se cítit hůř. Podrážděnost a úzkostnost se může dostavit s představou, že by svou dávku nedostal (Vágnerová, 2004).

Dosud používaná Jellinekova typologie z roku 1940 rozlišuje pět typů závislosti na alkoholu:

1. **typ alfa:** označován jako „problémové pití“, nadměrné užívání alkoholu, které je využíváno k sebededikaci k odstranění dysforie, potlačení napětí, úzkosti a depresivních pocitů, jedinec většinou pije o samotě,
2. **typ beta:** příležitostné zneužívání alkoholu, podmíněné sociokulturně, jde tedy o pití obvyklé ve společnosti, vzniká somatické poškození,
3. **typ gama:** bývá nazýván jako „anglosaský typ“, spojený s preferencí piva a destilátů, charakteristický potížemi v kontrole pití a s rostoucí tolerancí k alkoholu, s obvyklým nárůstem užívání alkoholu, s rozvojem somatického a psychického poškození, s výraznějším zasažením psychickou závislostí,

4. **typ delta:** nazýván jako „románský typ“, s preferencí vína, obvyklé je chronické užívání alkoholu, stálé udržování tzv. hladinky bez opileckých projevů se ztrátou kontroly, s výraznější somatickou závislostí,
5. **typ epsilon:** epizodický abúzus (dipsomanie, kvartální pijáctví) s obdobími různě trvajících, někdy nastane úplná abstinence, výjimečná varianta závislosti, někdy doprovázena afektivními problémy (Kalina et al., 2008).

1.3 Syndrom závislosti

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize podrobně definuje závislost takto: „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritu užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšenou tolerance pro drogu a někdy somaticky odvykací stav.*“ (MKN – 10. revize, 2012, s. 198).

Závislost popisují autoři jako „*chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání.*“ (Kudrle in Kalina et al., 2003, s. 107).

Odpradávná člověk hledá možnosti, jak zvýraznit prožitky jako je radost, euforie a slast, zároveň se snaží chránit před bolestí, samotou a izolací. Přirozená touha se může za některých okolností změnit v nutkavost a způsobit rozvoj chorobných znaků (Kudrle in Kalina et al., 2003).

Syndrom závislosti se projevuje určitými příznaky, které přetrvávají po dobu jednoho roku:

- nesmírná potřeba zajistit si a užít látku, bažení nebo i craving - tak tento stav bývá nazýván,
- neschopnost kontroly ve vztahu k její konzumaci,
- nárůst tolerance, potřeba stále většího množství dávek látky,
- abstinční syndrom bývá typickou reakcí na snížení možnosti nebo znemožnění přístupu k obvyklé dávce,

- užití drogy je dominantní, dochází ke snížení všech zájmů a ostatních potřeb, droga se stala pro člověka nejvýznamnější hodnotou v jeho životě, závislý jedinec vynaloží skoro všechny čas, peníze a energii, aby získal nutnou dávku,
- potřeba užití drogy přetrvává i přes fakt, že jedinec ví o jejím škodlivém působení

(Vágnerová, 2004).

1. 3. 1 Příčiny závislosti na alkoholu

„Závislost na užívání psychoaktivní látky je multifaktoriálně podmíněnou poruchou.“ (Vágnerová, 2004, s. 550). To znamená, že na vzniku se podílejí jak somatické tak i psychické vlastnosti člověka a vlivy sociálního prostředí (Vágnerová, 2004).

Genetické dispozice

Vágnerová (2004) považuje dědičné dispozice za významný faktor, který může mít vliv na zvýšení užívání psychoaktivní látky. Je nutné pamatovat na fakt, že výskyt závislosti v rodině může být ovlivněn jenom pouhou nápodobou modelu chování, kterému je jedinec vystaven. Předpokládá se, že genetické dispozice ovlivňují riziko rozvoje alkoholové závislosti z 25-50 %. (Mluvíme o primárním alkoholismu, který vzniká po velmi krátké době.) (Vágnerová, 2004). Zatím nebylo potvrzeno nic, co by ukazovalo na predispozice pro vznik závislosti, ani neznáme osobnost, která má určité dispozice pro alkoholovou budoucnost. U některých jedinců vzniká závislost na základě nadměrného pití alkoholu kvůli psychologickým problémům, někdy zase převažují vrozené dispozice nebo společenské rituály, které jsou spojené s konzumací alkoholu. Většinou jde o kombinaci všech vyjmenovaných faktorů (Kudrle in Kalina et al., 2003).

Biologický základ

Biologickým základem vzniku závislosti na alkoholu je určitý způsob jeho zpracování v lidském těle. *„Mezolimbický dopaminergní systém např. ovlivňuje účinky alkoholu, hypofunkce tohoto systému je spojována s alkoholismem.“* (Vágnerová, 2004, s. 551). Pozitivní zpětná vazba se vytvoří při užití psychoaktivní látky, ta člověku poskytne určitý zisk např. zvýší sebevědomí, ztratí se úzkost, všechno tedy souvisí s fungováním odměny. Na takovém účinku se podílejí různé neurotransmitterové systémy (zejména dopaminový, serotoninergní, GaBa systém). Poškození určitých serotoninových funkcí je považováno za jeden z faktorů, který zvyšuje vulnerabilitu k alkoholu, uvádí např. Vágnerová (2004). Biologická vulnerabilita může znamenat vrozeně vyšší toleranci k psychoaktivní látce

nebo i jinou psychopatologii (Kudrle in Kalina a kol., 2003). Ke snížení hladiny dopaminu a vyvolání pocitu nelibosti, který je podmíněn potřebou získat dotyčnou látku, došlo v důsledku absence drogy. Postupně ubývá schopnosti dosáhnout pomocí psychoaktivní látky stejně intenzivních prožitků, bohužel i přesto nezmizí nutková potřeba k užití (Vágnerová, 2004).

Riziko užívání alkoholu spočívá v tom, že určité fyziologické reakce mohou ovlivnit průběh jeho metabolického zpracování, jinými slovy kvalitu a intenzitu symptomů bezprostřední intoxikace (např. nevolnosti). U člověka, který nepociťuje negativní následky při metabolickém zpracování alkoholu, jenž mu navíc přináší příjemné pocity, se dá předpokládat, že ho bude užívat ve větším množství a častěji (Vágnerová, 2004).

Psychické faktory

Motivace, která spouští experimentování s alkoholem, může být vyvolána sociálním tlakem nebo vychází z individuálních potřeb jedince. Jde většinou o tyto projevy:

únik před něčím negativním (např. potřeba řešit svoje problémy); nutnost zajistit si něco pozitivního (např. uniknout dennímu stereotypu, nudě, dosáhnout uspokojení, které je jinak těžko dostupné); sociální konformita (např. přijetí sociální skupinou, ve které konzumace alkoholu patří k oceňovanému a běžnému chování) (Vágnerová, 2004).

Dalším velmi nebezpečným faktorem je přítomnost jiné duševní poruchy (např. schizofrenie, poruchy osobnosti), která potlačuje mechanismy autoregulace a zvyšuje pocit nepohody. V tomto případě se jedná o sekundární alkoholismus (Vágnerová, 2004).

Sociální faktory

Spadá sem vše, co má vliv na vztahy s okolím, některé faktory tohoto typu mohou jedince formovat a jiné deformovat ve vývoji. Týká se to velkého spektra okolností, jako např. status rodiny, prostředí, ve kterém jedinec žije, rasová příslušnost a další. Důležitá je kvalita rodinných vztahů, jelikož dospívání se odehrává na základě sociálního učení, které určuje rodina (Kudrle in Kalina et al., 2003).

Ve velké míře mohou sociální faktory ovlivnit nadužívání psychoaktivní látky. Patří sem podle Vágnerové (2004):

- **společnost** – běžná dostupnost psychoaktivní látky ve společnosti a její snadné získání pro dospívající jedince;

- **městské prostředí** – je tu větší riziko získání potřebné drogy, větší anonymita a menší kontrola nepřijatelného chování;
- **rodina** – působení dysfunkční rodiny, kde je dítě nevhodně vychovááno a ani není citově akceptováno, dále zde chybí model správného způsobu řešení problémů a model disciplíny; vznik závislosti může být podmíněn i jako nápodoba podobného rodičovského chování;
- **sociální skupina** – vliv party, která má své vlastní a značně odlišné hodnoty, kde konzumace alkoholu je standardní; jako riziková můžeme vnímat některá zaměstnání, kde je snadnější přístup k alkoholu nebo větší míra stresových situací (např. číšníci) (Vágnerová, 2004).

1. 3. 2 Vývojová stádia závislosti na alkoholu

Jellinek charakterizuje jednotlivá stádia:

1. **stadium – počáteční** (symptomatické) – zvyšování frekvence konzumace, roste popíjení alkoholických nápojů,
2. **stadium – varovné** (prodromální, trvá 0,5 – 5 let) – jedinec pije často a tajně z obavy, aby okolí nerozpoznalo jeho nadměrné užívání, myslí stále na alkohol, schovává si jej, pije svoji první dávku dychtivě, nerad slyší zmínky o alkoholu, začínají se objevovat „okénka“,
3. **stadium – rozhodné** (kritické) – jedinec ztrácí spolehlivou kontrolu, vyznačuje se nápadnými výkyvy nálad, dochází k oploštění osobních vztahů, objevují se konflikty v zaměstnání a dochází ke společenskému sestupu, tolerance pití neustále stoupá, objevují se kratší či delší období abstinence, která jsou většinou vynucená,
4. **stadium – konečné** (terminální) – každodenní ranní doušky, výrazné snížení tělesného a duševního zdraví, přechodné psychotické stavy, vyskytují se stavy úzkosti a třesy. Jedinec vyhledává osoby, které jsou pod jeho společenskou úrovní, aby měl příležitost k napití (Skála et al., 1987).

2 Rodina

2. 1 Význam a funkce rodiny

Satirová (2007, s. 32) vymezuje rodinu takto: „*Rodina je definována jako sociální skupina tvořená dospělými jedinci obou pohlaví, z nichž dva (partneři) žijí pod jednou střechou a udržují sociálně akceptovatelný sexuální vztah. Součástí rodiny jsou děti zplozené či přijaté dospělými partnery.*“

„K základním funkcím rodiny patří plnění potřeb jejích členů v oblasti fyzického, psychického, sociálního a ekonomického zabezpečení a prospívání, jakož i poskytnutí uspokojivého prostředí pro podporu, vzdělávání a socializaci dětí. Problémová konzumace alkoholu může mít negativní dopad na všechny tyto funkce.“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, s. 4).

Matoušek (1993) vnímá reprodukci jako hlavní smysl rodiny. Prvním a významným modelem společnosti pro dítě je rodina, ve které vyrůstá. Utváří jeho osobní vývoj a postoje ke všem sociálním skupinám (Matoušek, 1993). Je poukazováno na to, že prvním cílem v rodině je vytvoření zdravého prostředí pro vývin a růst dětí, jelikož je základní jednotkou společnosti. V rodině, kde převládá alkoholové prostředí, je výsledkem poškození duševního a fyzického zdraví dítěte (Šavrnichová in Hardy, Muhlpachr, Dudášová, 2011).

Škody vzniklé pitím alkoholu se netýkají jen samotných pijáků, poškození mohou být všichni ostatní. Tyto rodiny bývají velmi zranitelné a náchylné k poškození. Dětství v takové rodině znamená léta naplněná strádáním často skrytým navenek (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001)

Tradiční způsoby rodinného života procházejí procesem změny a začínají se objevovat nové formy rodiny. Jedním z aspektů je rostoucí nuklearizace rodiny – prarodiče a jiní příslušníci rodiny přestávají být součástí domácností. Dalším trendem je zvýšené procento osob, které jsou rozvedeny, rodin s jedním rodičem a osob, které žijí samy, v některých zemích je tento jev zřetelnější, v jiných méně. Tyto změny se promítají do problémů s alkoholem v rámci těchto rodin. V domácnosti je také méně osob, které by byly schopny poskytnout podporu v případě závažných problémů. Zániky a rozvody rodin mohou být příčinou i důsledkem problémů s alkoholem (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

Problémová konzumace alkoholu, která je bohužel velmi častá, vede k velkému poklesu rodičovské role a nejrůznějším formám zanedbávání jak citového tak tělesného nebo ke zneužívání dětí i manželského partnera. Závislost na alkoholu a ani nadměrná konzumace nemusí bezpodmínečně vést k narušení rodinných vztahů, dokonce ani vyústit v násilí a jiné formy zneužívání dětí a partnera. Z mnoha případů víme, že děti trpící rodičovskou závislostí na alkoholu přes všechno nepřestávají své rodiče milovat a jsou vůči nim loajální. Stejně opravdovou starost o své děti zažívají problémově pijící rodiče. Je důležité, aby ve svých rodinách nebyli konzumenti zneužívající alkohol stigmatizováni (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

Rodina tvoří sociální instituci, kterou drží pohromadě několik vzájemně propletených funkcí, které uvádí Satirová (2007):

1. **sexuální** – pohlavní uspokojování dospělých,
2. **reprodukční** – zachování lidstva pomocí biologické reprodukce,
3. **ekonomická** – dělba práce mezi rodiči podle pohlaví, potřeby a tradice rodiny,
4. **sociální** – udržení vazeb mezi generacemi, aby zůstaly zachovány vztahy, péče potomků o stárnoucí rodiče,
5. **kulturní** – přenos kulturních vzorců z dospělých jedinců na děti:
 - přenos sociálně přijatelného chování a rolí k členům společnosti,
 - komunikační dovednosti, způsob neverbální komunikace a používání jazyka, aby byl srozumitelný pro širší sociální okolí,
 - usměrnění emoční reaktivity u dětí, osvojení pravidel, kdy a jakým způsobem vyjadřovat emoce (Satirová, 2007).

2. 2 Vnitřní struktura a typy rodin

Matějček (1986) míní úplnou rodinou rodinu tvořenou oběma rodiči s jejich dítětem nebo dětmi. V neúplné rodině zůstává jeden z rodičů s jedním dítětem nebo s více dětmi a druhý rodič chybí. V neúplné rodině není otec fyzicky přítomen v důsledku rozvodu nebo úmrtí. (Matějček, 1986).

Můžeme uvažovat, jak dalece se liší neúplná rodina od úplné rodiny, kde otec svou funkci neplní nebo je přítomen jen psychologicky, např. v důsledku alkoholismu. V neúplných rodinách je péče o děti většinou věcí matky, nebezpečí pro vývoj dítěte můžeme

spatřovat ve ztrátě otcovského činitele ve výchově. Významná je ztráta otce především pro děti ve věku předškolním (Matějček, 1986).

Mnoho studií zjistilo, že nositeli zvýšeného rizika zneužívání návykových látek i jiných problémů jsou děti z neúplných rodin. Finská studie poukázala na děti, které přišly o jednoho z rodičů při rozvodu nebo v důsledku smrti, ty budou s vyšší pravděpodobností konzumovat alkohol a experimentovat s dalšími látkami, což zvyšuje možné riziko užívání drog v dospělém věku. I velká americká studie potvrdila, že úplné rodiny fungují jako ochranný prvek před užíváním drog dětmi. Velké riziko představovaly rodiny, kde dospívající žil s matkou a jejím přítelem nebo s otcem bez matky (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

Vliv orientační rodiny na prokreační rodinu je nepochybný, podle rodičovského vzoru se dítě chová. Dítě napodobuje rodiče stejného pohlaví, syn otce a dcera matku (Matoušek, 1993).

Nelehký úkol představuje vymezení parametrů tzv. zdravé rodiny. Za zdravou rodinu budeme považovat každou rodinu, ve které se nevyskytuje závažnější zdravotní handicap ani deficit pedagogicko-psycho-sociální povahy (poruchy osobnosti u manželů). Matoušek používá „*pro označení rodiny, v níž není přítomná jakákoli porucha, pojem „neklinická rodina“*“ (Sekera, 2010, s. 64).

Ve funkčních rodinách se ve vztazích očekává dobré za dobré, mezi rodiči existuje pevná aliance, členové se respektují, panuje jasná hierarchie odpovědnosti, je pozitivně hodnocena jedinečnost jednotlivce (Sekera, 2010).

Sekera (2010) popisuje komunikaci ve funkčních rodinách jako jasnou, přímou, adresnou, nastavenou tak, aby každý hovořil sám za sebe. Komunikace je tak živá a aktivní, dialogy přecházejí od jedné dvojice ke druhé. Rodina se nebrání novým myšlenkám a řešením problému. Atmosféra je pozitivní a členové rodiny se těší ze vzájemného kontaktu (Sekera, 2010).

Ve funkčních rodinách probíhá provoz domácnosti hladce, rodiče rozhodují o závažnějších záležitostech, je brán ohled na dítě a jeho přání, má dovoleno ve vybraných situacích s rodiči diskutovat. Členové rodiny vnímají potřeby všech členů a jsou si vědomi nutnosti spolupráce (Sekera, 2010).

V dysfunkčních rodinách se ve vnitřních vztazích vyskytuje atmosféra nedůvěry a očekávání nepříjemností. Za nepřijatelné jsou považovány potřeby a přání jednotlivých

členů, které jsou odmítány. Ostré mocenské boje jsou typickým jevem, který někdy vede k rozdělení rodiny na dva tábory. Nikomu se v takovém prostředí netoleruje nerozhodnost či váhavost. Přes opakované prosby a výhrůžky zůstávají role v rodině nejasné, mezi členy je neurčité rozdělení odpovědnosti (Matoušek, 1993).

Komunikace v dysfunkčních rodinách se vyznačuje řadou zmatků, neurčitostí a nedorozumění, jak uvádí např. Matoušek (1993). Typické sekvence v komunikaci jsou v těchto rodinách, tedy promluva – ticho – promluva - ticho. Tyto dialogy působí spíše jako monology. Nízká je komunikační iniciativa členů, může se objevit někdo, kdo se pokládá za mluvčího rodiny. Ostatní mlčí a nepřesvědčivě přitakávají a mluvčí pak ovládá pole.

Dysfunkční rodiny zvládají běžný domácí provoz s obtížemi. Buď někteří členové rodiny z provozu v domácnosti úplně vypadávají nebo dělají něco, co není třeba. V těchto rodinách jsou nejasné kompetence. Vyhlášenými požadavky se nikdo neřídí (Matoušek, 1993).

Nejčastějšími znaky narušené rodiny jsou tyto: nízké sebehodnocení, nepřímá a nejasná komunikace, přísná a striktní pravidla, bojácnost, obviňující či ponížená vazba rodiny na společnost (Sekera, 2010).

2. 3 Některé typické rysy rodin, ve kterých je přítomna závislost

Rozmělnění hranic meziosobních a mezigeneračních

„Překračování meziosobních hranic může znamenat nepřiměřené přebírání odpovědnosti za jiného člena rodiny.“ (Nešpor, 2007, s. 81). Překračování se většinou projevuje spojenectvím napříč generacemi, např. mezi odpouštějící matkou a dospívajícím proti závislému otci. Při léčbě je vhodné pracovat na oslabení patologické identifikace se závislým členem, na zlepšení komunikace a posílení hranic mezi generacemi. Z tohoto důvodu je vhodné v některých případech pracovat s rodiči odděleně (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

„V rodinách, kde se vyskytuje návykový problém u jednoho z rodičů, dochází často k tomu, že se rodič s návykovou nemocí dostává do role zlobivého dítěte a naopak dospívající děti přebírají rodičovské role a uzavírají koalici s druhým z rodičů.“ (Nešpor, 2007, s. 81).

Patologická rovnováha

V rodinách se závislostí na alkoholu se objevují vztahy typu „něco za něco“. *„Pití jednoho z partnerů je tolerováno výměnou za to, že druhý má mimomanželský vztah, trpí*

jiným návykovým problémem, duševní nemocí nebo dělá něco jiného, co by pijící partner za normálních okolností netoleroval.“ (Nešpor, 2007, s. 82). Objevuje se varianta jako je „sdílená závislost“, kdy oba partneři pijí nebo jeden pije a druhý je závislý např. na lécích. Úspěšná léčba založí zdravější rovnováhu nebo je vhodný rozchod, pokud závislý partner není ochoten přistoupit na pozitivní změnu (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

Umožňování

Člen rodiny usnadňující návykové chování bývá nazýván „umožňovačem“ tím, že např. vymýšlí omluvy pro zaměstnavatele, platí za závislého dluhy, vyřizuje problémy s úřady, poskytuje závislému bezplatně bydlení a stravu, často financuje návykové chování (Nešpor, 2007). Toto zdánlivé pomáhání vede k tomu, že oddaluje skutečné řešení problému. Častými umožňovači jsou manželky, rodiče, prarodiče nebo jiní příbuzní (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

Kodependence

„Kodependentní partner se zaměřuje na uspokojování potřeb druhých, zatímco zanedbává potřeby vlastní.“ (Nešpor, 2007, s. 82). Naproti tomu můžeme uvést kodependenci jako *„jakékoliv trápení nebo dysfunkci, která je spojena se zaměřením nebo výsledně vzniká se zaměřením na potřeby a chování druhých.“* (Kudrle in Kalina et al., 2003, s. 109). Děje se často v rodinách se závislým členem. Důvody, proč je tolerováno návykové chování, mohou být i praktického rázu (nedostatek financí, nemají kde bydlet apod.) Zkušenosti ukazují na zlepšení fungování rodiny, kde závislý manžel začne dlouhodobě abstinovat. Pak mizí psychosomatické a jiné problémy i u členů rodiny (Nešpor, 2007).

Omezená komunikace

Závislý člověk se často vyhýbá komunikaci s ostatními členy rodiny, zejména pokud by se to dotýkalo jeho návykového problému. Komunikace se zlepší většinou spontánně, v případě překonávání závislostního chování (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001). Trávení volného času a komunikaci se vyhýbají rodiče, proti kterým uzavřel druhý rodič mezigenerační koalici tím, že jsou co nejméně doma a většinu času tráví v zaměstnání (Nešpor, 2007).

Odcizení, vzdálení a desintegrace rodiny

Rostoucí problémy a nedostatečná komunikace často vede k odcizení členů a rozpadu rodiny. Chybějící rodinné zázemí komplikuje léčbu, proto se musí vytvořit nová síť sociálních

vztahů. V některých případech se daří oživit dřívější rodinné vztahy (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

Opakovaná nevhodná volba partnera nebo partnerky

Setkáváme se s tím, že žena se rozejde s mužem závislým na alkoholu, ale vzápětí si najde partnera s podobným problémem (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001). Děti z rodin se závislým rodičem si často najdou nevhodné partnery. Z tohoto důvodu by měla manželská terapie trvat tak dlouho, jak je to jenom možné, ne okamžitě končit rozvodem (Nešpor, 2007).

Další problémy

Tento výčet není úplný. Vyskytují se různé projevy konfliktů, dítě vyhledává problémové vrstevníky, kteří užívají návykové látky, rodina se obtížně přizpůsobuje dané společnosti (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

Typické reakce dětí na alkoholovou závislost u rodičů

Čtyři typické dětské reakce na závislost obou rodičů nebo jednoho z nich popsal Wegscheider-Cruse (1989):

1. Rodinný hrdina (nejčastěji jím bývá nejstarší sourozenec) za závislého rodiče přebírá jeho povinnosti, které však přesahují možnosti dítěte. Může se i pokoušet přesvědčovat rodiče, aby se polepšil. Takové dítě může v dospělosti trpět pocitem méněcennosti, i když po vnější stránce může být úspěšné, někteří jedinci bývají ohroženi nezdrženlivým vztahem k práci (Nešpor, 2007).
2. Ztracené dítě obtížně a málo komunikuje s okolím, je uzavřené, stažené do sebe. Dítě uniká do vnitřního světa a do fantazií (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).
3. Klaun vyvolává veselí nebo se o to snaží, a tím dokáže odvádět pozornost od rodinných problémů. Jeho heslo je „*lépe, když se smějeme, než abychom se hádali nebo prali.*“ (Nešpor, 2007, s. 83). Smích snižuje riziko fyzické agrese, takže se dá považovat za efektivní obranu. (Nešpor, 2007)
4. Černá ovce se snaží na sebe upozornit nevhodným chováním např. různou delikvencí a neustálým zlobením, díky tomu odvádí pozornost od problémů, které rodinu ohrožují (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

2. 4 Negativní důsledky alkoholové závislosti působící na rodinu

Závislost na alkoholu nebo i problémové pití zásadním způsobem ovlivňuje fungování a strukturu celé rodiny v rámci systému vztahů (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

Role

Pokud se z člena rodiny stane problémový piják, mohou se změnit role ostatních členů rodiny vůči sobě navzájem. Může se zhroutit systém rozdělené práce. Rodič se závislostí přestává plnit roli živitele rodiny, přestává se účastnit domácích prací, nedohlíží a nepečuje o své děti, omezena je účast na rekreačních aktivitách. Uvedené funkce nejsou vůbec plněny nebo přecházejí na jiné členy rodiny, často na manželského partnera (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001). Alkoholik se stává bezohledným k rodině, nechová se, jak vyžaduje jeho role. Stává se nespolehlivým, lže a neplní sliby. V očích členů rodiny ztrácí na úctě. Je to on, kdo kazí rodinnou pohodu, a proto se stává opovrhovaným a nenáviděným (Vágnerová, 2004).

Rituály

Každoročně bývají narušeny v rodině Vánoce, narozeniny či jiné významné události přítomností či nepřítomností problémového pijáka (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

Běžná práce

Rušivé a nepředvídatelné chování závislého člena znemožní rodině plánovat činnosti dopředu nebo změni zaběhnutý způsob rodinného života. Rodina se obává, zda se závislý člen vrátí brzy domů, v jakém bude stavu, jestli vyzvedne včas děti ze školy. Život rodiny problémového pijáka trvale doprovázejí pocity nejistoty a úzkosti (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001). Závislost na alkoholu patří mezi příčiny selhání v pracovní roli. Jedinec přestává dodržovat požadavky, které jsou na něj kladeny, a snižuje se jeho pracovní výkonnost. Závislý člověk je v zaměstnání často nepřítomen a nakonec ztrácí práci (Vágnerová, 2004).

Komunikace

Závislý partner nerad hovoří o svém problému, odmítá slovní konfrontaci s partnerem a stejně tak na toto téma nemluví s dětmi. Alkohol se stává stále častějším tématem rozhovorů, diskuze vede většinou ke sporům mezi partnery a vzájemnému obviňování (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

Finance

Problémový piják bývá často nezaměstnaný nebo má nižší výdělek, což má pro rodinu negativní důsledky. Chybí peníze utracené za alkohol. Objevují se další problémy např., jak rodina zaplatí nájem, děti nejezdí na školní výlety apod. Nedostupným luxusem se stává dovolená (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001). Vágnerová (2004, s. 571) stejně tak poukazuje na fakt, že „závislost na alkoholu je ekonomicky zatěžující, a proto rodina obvykle strádá i materiálně.“

Společenský život

Společná rekreace rodiny je omezena, jelikož piják není ochoten se jí účastnit nebo toho není schopen. Jeho opilecké chování je považováno za zahanbující a trapné. Někteří členové rodiny se vyhýbají veřejným podnikům ze strachu z jeho nepředvídatelného chování. Rodina drží problém v tajnosti před okolím, kvůli tomu se někdy dostává do společenské izolace. Je nemožné pozvat někoho domů. Členové rodiny lžou, aby nevyšla pravda najevo, většinou to bývají manželky. Vymýšlejí různé omluvy pro partnerovu nepřítomnost v práci (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001). Závislý člen snižuje sociální status celé rodiny. Hlavně ostatní členové jsou nejvíce stigmatizováni, okolí je lituje. Toto se častěji děje na vesnicích, kde nelze spoléhat na anonymitu (Vágnerová, 2004).

Alkohol a domácí násilí

Za determinující faktor problémů od nezaměstnanosti až ke kriminálním činům (např. znásilnění, manželské násilí) byl určen alkohol. V době spáchání násilí na manželkách nebo partnerkách byl násilník ve 30 % případů opilý, což ukazují statistické údaje z Nizozemska. Každý rok je v této zemi v opilosti napadeno 15 000 manželek či partnerek. „Manželský konflikt může nabýt násilné formy a bylo opakovaně prokázáno, že domácí násilí a alkohol spolu souvisejí.“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, s. 19-20).

Nepijící manžel/ka

Nepijící partner si musí umět poradit s různými nepříjemnostmi, které bývají obtížně řešitelné a nepředvídatelné kvůli problémovému pijákovi. „Čím závažnější je problém s alkoholem, tím menší je pravděpodobnost, že tato osoba bude schopná kompetentně vykonávat či vůbec nějak zastávat různé role a povinnosti jako manžel/manželka a rodič.“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, s. 20). Zdravý partner může ve skutečnosti trpět více než jeho partner alkoholik. Je neustále využíván, zažívá opakovaně negativní zážitky, prožívá úzkost, depresi a bezmocnost (Vágnerová, 2004). Nepijící partner/ka přebírá zodpovědnost

za výchovu dětí a je to on/ona, kdo sděluje dětem špatné zprávy. Má nedostatek času na poskytování emoční a materiální podpory (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

Děti

Rodinné problémy a jejich dopad na dítě budou závislé na věku dítěte, ve kterém se tyto problémy objevily. Starší děti jsou více zranitelné v oblasti psychické, u malých dětí zejména do pěti let hrozí horší tělesná péče, což neznamena, že i u mladšího dítěte dojde k psychické újmě (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001). Závislý rodič může mít negativní vliv na psychický vývoj dítěte. V těchto rodinách hrozí, že děti budou trpět deprivací, zejména subdeprivací. Za takových podmínek není rodina zdrojem bezpečí a jistoty. Dále Vágnerová (2004) poukazuje na problémy, kterými se dítě v rodině trápí, jsou pro něj významnější než úspěch ve škole, a proto může být jeho prospěch horší, než jaké jsou jeho schopnosti a inteligence (Vágnerová, 2004).

Děti pijících rodičů jsou ve zvýšené míře ohroženy velkým množstvím problémů během dětství. Uvádíme tyto tři oblasti:

1. **emoční problémy** – vyskytuje se zde celé spektrum psychosomatických obtíží - deprese, noční pomočování, vysoká míra sebeobviňování, negativní přístup k rodičům,
2. **antisociální chování** – zahrnuje zvýšené riziko delikvence, agresivního chování, hyperaktivity a různých forem poruch chování,
3. **školní problémy** – nepozornost, špatný školní prospěch, obtíže s učením a problémové chování např. záškoláctví (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

Nešpor (2001) vyjmenovává škody způsobené u dětí, kde v rodinném životě hrál roli alkohol:

Tělesné škody

- fetální alkoholový syndrom - FAS patří mezi časté příčiny mentální retardace, alkohol způsobuje různě velká poškození např. předčasné potraty, vrozené vady (Preslová in Kalina et al., 2003),
- častější zanedbávání a týrání dítěte,
- častější sexuální zneužívání dětí,
- častější úrazy.

Škody na duševním zdraví

- vyšší riziko vzniku alkoholové závislosti či závislosti na jiné návykové látce,
- vyšší četnost jiných duševních problémů,
- přenášení nevhodných mechanismů do dospělého věku způsobené nepříznivou situací v rodině.

Škody v psychosociálním vývoji

- častější podnětově chudé prostředí,
- vystavení nevhodným rodičovským modelům,
- čtenější ekonomické znevýhodňování dětí,
- časté problémy se školním prospěchem a chováním (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

2. 4. 1 Problémy dětí alkoholiků v životě

„Tyto děti častěji samy dospěly k abúzu alkoholu nebo jiných drog a u některých z nich bylo patrné negativnější přizpůsobení v dospělosti – měly častěji depresi, úzkost, obtíže se vztahy, častěji opouštěly domov a obecně byly mnohem méně spokojeny se životem.“ (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001, s. 29).

Děti z rodin alkoholiků v porovnání s dětmi z rodin bez závislosti jsou 4x více ohroženy tím, že se stanou samy závislými. S nutkavým chováním v dospělosti má problém 70% z nich a v 50% si vezmou budoucího alkoholika (Hardy, Muhlpackr, Dudášová, 2011).

Některé významné problémy u dětí mohou přetrvávat i později v dospělosti, uvádí Vágnerová (2004). Zkušenost z dětství může změnit jejich vztah k sobě i okolnímu světu. Tito lidé hůře navazují a udržují hlubší dospělé vztahy. Často jim v tom brání nízké sebevědomí a přesvědčení, že je ostatní neakceptují takové, jací jsou. Nejsou zvyklí na projevování svých citů. Myslí si, že přízeň jiné osoby si musí něčím zasloužit, vyplývá to z faktu, že si neosvojily jiný efektivnější způsob řešení problémů. Postoj k alkoholu u těchto lidí je spíše vyhraněný, mají k němu značný odpor nebo sami začnou pít. Buď se stanou loajálním partnerem, který se nedovele bránit a nechává se využívat, anebo se identifikují s rodičem alkoholikem a stanou se stejně bezohlednými. Mají potřebu si udržet něco, co je jisté, bez ohledu na to, jestli je to uspokojující, či ne (Vágnerová, 2004).

Důležitějším prediktorem duševních problémů v dětství byla disharmonie rodiny než pití jednoho z rodičů, nebo dokonce obou. V rodinách, kde se podařilo navzdory problémům s alkoholem zachovat relativně harmonické vztahy, byly děti poznamenány v podstatě málo (Csémy, Nešpor, Sovinová, 2001).

K ochraně psychiky a vývoje dítěte mohou přispět určité faktory. Takovými faktory jsou soudržnost rodiny, udržování rodinných rituálů, schopnost vytvořit dětem stabilní prostředí i přes negativní vliv pijícího rodiče. Nejtěžším faktorem je schopnost nepijícího rodiče s dětmi a odborníkem promyslet situaci a formulovat strategii, jak nejlépe postupovat (Hardy, Muhlpackr, Dudášová, 2011).

3 Poradenství v adiktologii

3.1 Poradenství

Definice podle Hadj Moussové (2002, s. 5): „*Poradenství je aplikovaná teoretická i praktická disciplína, která vznikla z potřeby pomáhat lidem v nesnázích a která se zabývá závažnými lidskými problémy.*“

Naproti tomu Matoušek (2003) uvádí poradenství v užším i širším pojetí. V užším pojetí jde o poskytnutí nezbytně nutných informací, které klient žádá a potřebuje k řešení svého problému. V širším pojetí pak dává poradenství možnost, aby klient zjistil své silné a slabé stránky a vyhledal efektivní strategii pro zlepšení kvality svého života (Novosad, 2009).

Drapela (1995) vymezuje poradenství jako pomoc lidem v osobních a sociálních problémech. Jde o záměrný proces, při kterém poradce doprovází jedince při řešení jeho problému, pomáhá dotyčnému nalézat osobní cíle nebo účinněji využívat jeho možnosti (Hadj Moussová, 2002).

Speciální poradenství je považováno za komplex „*poradenských služeb určených specifickým skupinám jedinců, tj. takových jedinců, kteří jsou znevýhodněni zdravotně či sociálně a jejichž handicap má dlouhodobý (chronický) nebo trvalý charakter.*“ (Ludíková, Valenta, 2006, s. 27). Z této definice vyplývá, že jakýkoliv problém klienta je zvýrazněn konkrétním postižením či znevýhodněním, což ztěžuje pomoc a vhodnou terapii, a tím pádem je nutný individuální a diferencovaný přístup k jedinci (Ludíková, Valenta, 2006).

Speciální poradenství vychází z oborů jako je např. filozofie, sociologie, psychologie, speciální pedagogika, lékařské vědy, kulturní antropologie, politologie a mnoho dalších (Novosad, 2009). Oproti tomu klasické poradenství primárně čerpá poznatky z psychologických a speciálně pedagogických disciplín (Hadj Moussová, 2002).

3.1.1 Cíle a funkce poradenství

Cíle

Obecné cíle v poradenství Drapela (1995) vymezuje jako:

- pomoc při zjišťování zjistit příčiny problému u klienta a počátek řešení,

- pomoc při vymezení krátkodobých a dlouhodobých osobních cílů,
- pomoc klientovi v přijetí vlastního rozhodnutí a v dovednosti nést za ně důsledky,
- dosažení pozitivního sebehodnocení u klienta, sebedůvěry a schopnosti důvěřovat ostatním lidem,
- možnost lepšího poznání sebe sama, vědomí svých slabin a silných stránek (Novosad, 2009).

Jak uvádí Hadj Moussová (2002), cíle mohou být jak obecné tak i konkrétní. Konkrétní cíle vycházejí z osobnosti jedince, jeho situace a problému (Hadj Moussová, 2002).

Funkce

Preventivní funkce – jedná se o vytvoření podmínek pro osobní růst klienta. Poradenská intervence by měla předcházet možným problémům klienta.

Nápravná funkce – slouží k řešení problémů klienta, které se už objevily, či odstranění překážek osobního rozvoje, které se vyskytly v důsledku vzniku problému (Hadj Moussová, 2002).

3. 1. 2 Formy poradenské pomoci a poradenské směry

Formy poradenské pomoci

Novosad (2009) rozděluje formy poradenské pomoci na:

1. **Vedení a informování** – poskytuje důležité informace, aby jedinec byl schopen na základě toho řešit svoji situaci. Často je zaměřeno na velkou skupinu klientů např. komunitu, školní třídu. Má osvětový a výchovný charakter. Má blízko k výcviku či vyučování, neboť jde většinou o jednostranné předávání informací klientům.
2. **Poradenství v užším pojetí** – provází klienta k získání náhledu na svůj problém, jeho příčiny a řešení. Jedná se o oboustrannou komunikaci, diagnostiku a terapeutický zásah.
3. **Konzultační činnost** – odborná pomoc poskytovaná odborníkem v rámci péče o klienty (Novosad, 2009).

Poradenské směry

Směry v poradenství se rozdělují na základě toho, ze které filozofické či psychologické školy vycházejí, od toho se odvíjí formy poradenské pomoci (Novosad, 2009).

Psychodynamický směr

Základní přístup je založen deterministicky, jedinec je ovlivňován nevědomím a důležité jsou biologické potřeby. Poradenský proces se zaměřuje na odhalení rozporu v osobnosti a znovuprožívání minulých emocí. Jako vhodné techniky se používají volná asociace, důraz na emoce a interpretace snů u klasické psychoanalýzy a jungovské terapie (Hadj Moussová, 2002). Za hlavní představitele dynamického přístupu jsou považováni např. Sigmund Freud, Carl Gustav Jung nebo Alfred Adler (Novosad, 2009).

Behaviorální přístup

Podle Novosada (2009, s. 104) behaviorální přístup vychází „z myšlenky, že člověk je ve svém vývoji *determinován sociálním prostředím a veškeré chování je výsledkem procesu učení.*“ V poradenském procesu dochází k přeučení nevhodných vzorců chování. Využívá se k tomu řada technik např. relaxace, učení a asertivita. Hlavními představiteli jsou James Watson nebo Frederic Skinner (Novosad, 2009).

Experienciální přístup

Tento přístup se soustředí na to, aby byl klient vnímán jako aktivní bytost, která je schopna osobního růstu. Poradenský proces se zaměřuje na klienta, aby si uvědomil své latentní možnosti a naučil se je patřičně využívat (Novosad, 2009). Využívá technik jako je nedirektivní vedení rozhovoru, významná je empatie a přátelské přijetí klienta. Jako hlavního představitel humanisticky orientované psychologie je uváděn Carl Rogers (Hadj Moussová, 2002).

3. 2 Poradenská zařízení pro alkoholové a jiné závislosti

Ordinace AT pro prevenci a léčbu závislosti

Přístup do ordinace AT je určen pro závislé osoby, víkendové uživatele bez závislosti, experimentátory, problémové uživatele. Mezi vítanými klienty jsou rodiče, partneři a široké okolí, které přichází do styku s jedincem, jenž má problém s návykovou látkou. Cílová skupina není omezena věkem, pohlavím, zaměstnáním či vzděláním (Karel Hampl in Kalina et al., 2003).

Výhody ambulantní léčby spočívají v tom, že není třeba pracovní neschopnosti, ordinanční hodiny jsou přizpůsobeny uživatelům tak, aby mohli docházet i po pracovní době. Pokud člověk přes veškerou snahu pije dál, jeho pití se vymyká kontrole, je vhodnější zvolit léčbu ústavní. V ambulantních zařízeních je možné docházet na individuální terapii, psychoterapeutické skupiny, některá zařízení pracují s rodinami závislých uživatelů či vytvářejí socioterapeutický klub (Nešpor, 2006).

Do ambulantních zařízení patří i psychologické poradny, které pracují částečně i s klienty se závislostí na alkoholu. Cílem léčby je stabilizace klienta a změna životního stylu směrem k abstinenci (Kalina et al., 2008).

Nízkoprahová kontaktní centra

Nízkoprahová kontaktní centra jsou dostupná jak časově tak místně pro daný region. „*Poskytují včasnou intervenci, poradenství, krizovou intervenci, zdravotní a sociální poradenství, služby harm reduction (i anonymně) uživatelům návykových látek.*“ (Kalina et al., 2008, s. 372). Kontaktní centrum nabízí řadu metod a forem práce. Jednou z nich je poradenství pro rodinné příslušníky a blízké – může se jednat o jedno setkání, které jim pomůže získat nezbytné informace, nebo se může jednat o dlouhodobější doprovázení rodinných příslušníků. Poradenství může mít charakter skupinového, ale i individuálního setkání (Kalina et al., 2008).

Sananim

Sananim vznikl po roce 1989, tedy po pádu komunistického režimu, a postupně se formovaly služby, které toto občanské sdružení nabízí. Tyto služby postupně vznikaly podle potřeb klientů a jejich hlavním cílem bylo zavést komplexní systém zařízení, jež budou poskytovat služby uživatelům ve všech fázích rozvoje závislosti. Svoji pomoc poskytuje lidem závislým jak na alkoholových tak i nealkoholových drogách a jejich blízkým. Nabízí komplexní systém péče, léčby, prevence a resocializace. Sananim provozuje např. kontaktní centrum, poradnu pro rodiče, dále doléčovací centrum s chráněnými byty a mnoho dalších služeb. V České republice funguje řada neziskových organizací, které se zaměřují na léčbu závislosti na alkoholu (Sananim, 2007).

3. 2. 1 Rodinná terapie

Gjuričová a Kubička (2009, s. 17) vymezují rodinnou terapii jako „*způsob řešení zdravotních či jiných problémů ve spolupráci terapeuta a více členů rodiny. Terapeut*

se obvykle setkává se všemi členy rodiny současně, nikoli s každým z nich individuálně.“ Rodinná terapie se vyvíjela od 50. let 20. století, kdy začala být rodina pojímána jako jednotka, která je nutná pro chápání jednotlivce a pro léčbu individuálních odchylek (Kalina et al., 2003). Individuální psychoterapie je o padesát let starší než rodinná terapie. Terapie celé rodiny je považovaná za nezbytnou, ale dříve tomu bylo zcela jinak. Především se rodinná terapie zabývá vztahy mezi členy rodiny, a aby tomu tak mohlo být, musela se oddělit od klasické psychoterapie a vytvořit si svůj vlastní pojmový koncept. Základním pojmem je systém, což znamená „*množina vzájemně vztažených částí.*“ (Bertalanffy in Gjuřičová, Kubička, 2009, s. 24).

Jak uvádí Kalina et al. (2008), v rodinné terapii závislého člena od 50. let 20. století až do současné doby nastala tři vývojová období:

- **nevhodné chování členů rodiny** – „*zvědomování komplementárního chování dalších členů rodiny, které může vytvářet vhodné prostředí pro vznik závislosti*“ (Kalina et al., 2008, s. 87) – jinými slovy „za minulost je vinná rodina“,
- **chorobný rodinný systém** – na rodinu nahlížíme jako na fungující systém, jenž svými pravidly udržuje závislost – „za přítomnost zodpovídá rodina“,
- **sílu rodinného systému použijeme k uzdravení** – vzájemné působení jednotlivce a ostatních rodinných členů vede k dlouhodobé úzdavě – „za budoucnost je rodina spoluodpovědná“ (Kalina et al., 2008).

Kaufman (1985) vymežil čtyři typy rodin problémových alkoholiků:

1. **funkční rodina** – popíjení je v začátcích, spojuje se s konflikty v meziosobních vztazích,
2. **neurotická rodina** – alkohol je příznakem problémů v rodině nebo se používá jako prostředek řešení těchto problémů,
3. **narušená rodina** – mluvíme o ní tehdy, pokud se problémový člen s ostatními členy rodiny rozejde, přechodně se od sebe odloučí, většinou jde o neurotickou rodinu, která postoupila do dalšího vývojového stádia,
4. **chybějící rodina** – alkoholik je nastálo odloučen od své rodiny (Millerová, 2011).

Rodinná terapie v praxi znamená setkání terapeuta s několika členy rodiny, kteří se snaží řešit problém rozhovorem. V současnosti rodinní terapeuti pracují jak s celými rodinami, dvojicemi, tak i s jednotlivci (Gjuřičová, Kubička, 2009). Před aplikováním terapie

je nutné absolvovat protialkoholní léčení. Dokud závislý člen není schopen abstinovat, nelze urovnávat manželské soužití. Pokud se alkoholik nehodlá podrobit léčbě, je nutné, aby mu dal partner jasné ultimátum – „*Bud' se půjdeš léčit, nebo se s tebou rozvedu.*“ (Kratochvíl, 2009, s. 9). V rodinách s členem závislým na alkoholu se vyskytovala určitá pravidla, např. o alkoholu a všem, co s ním souvisí, se nemluví. Pokud se řeší problém, je označena za problém vždy jiná věc, než je pití, v rodině si každý drží status quo (Kalina et al., 2008).

V terapii se zaměřujeme na řešení stížností a problémů jednotlivých členů. Rodina přichází s žádostí změny neboli s objednávkou a ta následně vytváří kontrakt neboli zakázku (Gjuričová, Kubička, 2009). Terapeut začíná pracovat s takovým členem rodiny, který je nakloněn změně a je schopný spolupracovat. V rodinné terapii je důležité, jestli terapeut nahlíží na problém v kontextu rodiny, či nikoliv. Základem léčby závislosti v psychoterapii je prevence relapsu a rodinná terapie je vhodná, jelikož poskytuje pozitivní náhled a posiluje odolnost rodinného systému. Tam spadá styl života rodiny, rozvoj potenciálu rodiny, rodinná komunikace a interakce (Kalina et al., 2008). I malá změna, která pomůže vyřešit specifický problém, má pozitivní vliv na mnoho jiných oblastí života členů rodiny. Intervence terapeut volí podle možností rodiny a prostředí, ve kterém žijí. Terapie je efektivní a může být ukončena, jestliže je problém úspěšně vyřešen (Gjuričová, Kubička, 2009).

Kalina et al. (2008) popisuje klasický postup rodinné terapie se závislým členem podle modelu McKaye (1999):

- **stanovení společných pravidel** – terapeut a rodina spolu vytvoří pravidla pro čas a frekvenci konání společných setkání, účast jednotlivých členů, podmínky pro závislého člena,
- **zapojení komunikační struktury** – terapeut naslouchá a dává prostor pro vyjádření všem členům rodiny, projevuje o každého zájem, tím dává rodině správný vzor pro vzájemné naslouchání a komunikaci,
- **identifikace problému** – terapeut postupně zaměřuje pozornost od problémového chování dotyčného člena rodiny na hlubší problémy např. role členů, hranice, důvěru, komunikaci rodiny, situace, které fungují jako spouštěče, atd.,
- **sdílení a podpora komunikace** – terapeut se snaží urovnat komunikaci v rodině, odstranit lži, klamy, dávat prostor pro vyjádření pocitů,

- **zaměření na vzorce** – terapeut uvádí způsoby chování, kterými rodina podporuje alkoholismus u člena rodiny, a pracuje s rodinou na tom, jak tyto stereotypy změnit (Kalina et al., 2008).

„Panuje obecná shoda v tom, že využívání rodinné terapie kromě jiného zvyšuje schopnosti pacienta či klienta dokončit léčbu a zlepšuje léčebné výsledky. Přínosem pro rodinu může být vedle spokojenosti z uzdravy rodinného člena především překonání pocitů selhání, studu, viny, hněvu, obviňování a sebeobviňování, zvýšení kompetence při zvládnání problémů a posílení sounáležitosti (včetně sounáležitosti s klientem).“ (Kalina et al., 2008, s. 196).

Rodinný terapeut by si měl být vědom přenosu a protipřenosu, které se u členů rodiny mohou objevit. Upozorňuje na jejich výskyt, učí rodinné členy rozlišovat emoce, které jsou zapomenuté, ale významné pro situace z minulosti a někteří členové rodiny je vnímají jako současné. Chvála, Trapková (2008) upozorňují, že lidský organismus nerozlišuje časový rozdíl mezi prožitkem v dávné minulosti či současným, který se v rodině odehrává. Tím pádem zasévá nepochopitelné konflikty do mezilidských vztahů, které se šíří ke všem členům rodiny (Chvála, Trapková, 2008).

Pravidla v rodinné terapii:

- s informacemi rodiny nakládat tak, aby upevňovaly terapeutický proces,
- aplikovat intervence s ohledem na probíhající změny, naslouchat verzím všech členů rodiny,
- narovnat komunikaci mezi členy rodiny různými terapeutickými a mediačními technikami,
- vytvořit koalice v rodině jako součást práce v rodinné terapii a jejich nezbytnost pro terapeutický cíl, na němž se všichni shodli,
- v rodinné terapii provádět intervenci s ohledem na obranné mechanismy, vyvolávat ji tak, aby neblokovala proces změny v dohodnutém kontraktu,
- objevit v rodině mezi členy problém, který žádá odbornou intervenci a přesahuje kompetence daného zařízení, doporučit či zprostředkovat jedinci potřebnou péči a pomoc terapeuta (Kalina et al., 2008).

Tradiční směry v rodinné terapii, které jsou v současnosti označovány jako systémové:

1. **Strukturální rodinná terapie** – zabývá se hranicemi, strukturou mezi jednotlivými členy rodiny, subsystémy rodičů a subsystémy dětí (Kalina et al., 2003). Vyskytují se skrytý rozkol, otevřený rozkol (děti jsou používány k řešení problému mezi rodiči), dlouhodobě nevyřešené problémy. Terapeut urovnává strukturu rodiny, umísťuje rodiče a děti do správných pozic a požaduje od nich odpovídající chování (Kalina et al., 2008).
2. **Vícegenerační koncept** – zaměřuje se na vazby, které přesahují generace. Bere v potaz chování, vnímání či symptomy, jež nabývají smyslu v případech, kdy jedinec bere na zřetel odkaz předchozích generací (Kalina et al., 2003).
3. **Humanistická rodinná terapie** – pojí zejména osobnost s dílem. Podle Satirové (1994) je sebehodnocení osoby významné pro souběžnou komunikaci, a proto považovala důvěrnost terapeutického vztahu za důležitou. Vytvořila metodu rodinného sousoší, která se dodnes používá (Kalina et al., 2008).
4. **Strategická rodinná terapie** – považuje rodinu za okruh pravidel, rodinný terapeut provede změnu a zároveň zvládne nepodlehnutí připojení zmatku do rodinného systému. V tomto proudu vznikla jednoduchá řešení pro obtížné problémy vyskytující se v rodině např. kreativní či paradoxní úkoly (Kalina et al., 2003).
5. **Systemicko-kybernetická rodinná terapie** – vnímá rodinu jako systém ovládaný pravidly, v jejím kybernetickém okruhu probíhají rodinné hry. Přestože rodina trpí, změna nemůže nastat, jelikož není v jejím zájmu, a hra musí pokračovat dál. „K základním pojmům a technikám Milánské školy patří *neutralita terapeutů, paradox a protiparadox, cirkulární dotazování, technika univerzální intervence pro všechny typy problémů.*“ (Kalina et al., 2008, s. 190).

3. 2. 2 Další možnosti léčby alkoholismu

Prevence relapsu

Kuda in Kalina et al. (2003, s. 117) uvádí, že prevence relapsu je „*kognitivně-behaviorálním přístupem, který se zaměřuje na zvyšování kontroly kombinováním nácviku dovedností zvládnání, kognitivní restrukturalizace a intervencí zaměřených na stabilizaci životního stylu.*“ Klienta učíme vyhýbat se rizikovým situacím, ale zároveň i tyto náročné situace efektivně zvládat, jinými slovy jedinec bude ovládat takové dovednosti, které sníží

riziko relapsu. Dále autor vymezuje pojem relaps jako návrat k původní aktivitě po snaze stav změnit nebo zastavit. Jedinec se tím pádem dostane na počátek léčby, jelikož jeho selhání vedlo ke ztrátě všechno, čeho dosáhl. (Kuda in Kalina et al., 2003).

Z praxe však vyplývá, že jednorázové porušení abstinence nemusí znamenat jasný návrat k původnímu užívání. Vhodné je použít termín laps neboli „uklouznutí“. Jedná se o souhrn zásad a pravidel, které jedince porušil, i když si je stanovil sám, a které se týkají určitého typu zvoleného cílového chování. Jedinec sice užil alkohol, ale má za sebou určité období, kdy abstinoval, což vede k tomu, že dojde při užití látky k jiné konstelaci (setting) než předtím, jelikož má za sebou pozitivní zkušenost s abstencí. Prevence relapsu vnímá laps jako cestu, která má dva směry. Jedna vede k závislostnímu chování a druhá směřuje k pozitivním změnám v chování závislého (Kalina et al., 2008).

Jak již bylo uvedeno, za stěžejní jsou považovány dovednosti jedince, které mu umožní zvládat vysoce rizikové situace. Schopnost situace zvládat je nejdůležitějším faktorem v prevenci relapsu, mezi další důležité prvky patří stabilizace životního stylu, zvýšení náhledu. Pokud jedinec nebude mít k dispozici potřebné dovednosti pro zvládání obtížných situací, nebude schopen je úspěšně zvládnout. Pro celkovou změnu životního stylu je nezbytné zjistit zdroj stresu, pozměnit nevhodné vzorce zvyků, najít aktivity, které vyplní volný čas. To vše vede k urovnání životního stylu. Prevence relapsu se využívá po skončení základní léčby, což předpokládá, že jedinec se rozhodl změnit své chování (Kuda in Kalina et al., 2003).

Rizikové situace

Tyto situace snižují u závislého jedince sebekontrolu a vedou k porušení abstinence. Jsou popisovány tři kategorie rizikových skupin:

1. **Nežádoucí emoční stavy** – patří k nejsilnějším faktorům, které zvyšují riziko relapsu, uvádí se až u 35 %. Příčiny jsou intrapersonální, např. vztek, pocity úzkosti, deprese, nuda, atd.
2. **Mezilidské konflikty** – můžeme sem zařadit konflikty s rodinou, přáteli, nepříjemné konfliktní stavy v práci nebo v jiných sociálních situacích. Tyto příčiny nalézáme u 16 % všech relapsů.
3. **Sociální tlak** – řadíme sem tlak přímý (známí nám nabízejí alkohol) a nepřímý (jedinec se vyskytuje poblíž osob, kteří užívají alkohol.) (Kuda in Kalina et al., 2003).

Craving

Craving neboli bažení považujeme za běžnou obtíž, která se vyskytuje při abstinenci. Je zcela normální, když se na počátku abstinence objeví craving, neznamená to, že u jedince musí dojít okamžitě k relapsu. Bažení považujeme za signál, který poukazuje na neuspořádaný životní styl jedince (Kuda in Kalina et al., 2003). Vyskytuje se několik významných faktorů, které vedou k bažení po psychoaktivní látce např. pozitivní posilování – pouhá představa prožitku u jedince vyvolá silnou touhu po jeho zopakování; nepříjemný odvykací syndrom – vysazení psychoaktivní látky a po jejím opětovném užití vyvolané negativní stavy (duševní, tělesné.) (Fišerová in Kalina et al., 2003).

Kognitivně-behaviorální terapie

Na konci 70. let vznikla v Anglii kognitivně-behaviorální terapie spojením dvou dřívějších přístupů, a to behaviorální a kognitivní terapie. V kognitivně-behaviorální terapii se terapeut podle Höschla, Libigera a Švestky (2004, s. 663) „*snaží analyzovat maladaptivní vzorce hodnocení a chování, vysvětlit, jak tyto vzorce vznikly a co je udržuje, a v průběhu terapie je pomoci pacientovi změnit na adaptivnější strategie.*“ Oproti tomu Kalina et al. (2008, s. 170) uvádí tuto definici kognitivně-behaviorální terapie usilující „*především o přestavbu kognitivních procesů a o změnu chování prostřednictvím poznávacích funkcí.*“ K základním prvkům KBT patří sebeřízení, zvládání (copying), mezi velmi rozšířené metody u závislých patří prevence relapsu a motivační rozhovory (Kalina et al., 2008). K léčbě závislosti na alkoholu a drogách se standardně používají behaviorální a kognitivní metody. Behaviorální terapie vnímala závislost jako „*naučený vzorec chování a léčbu zaměřovala na naučení vhodnějších vzorců chování.*“ (Možný, Praško, 1999, s. 264). Postupně byla do léčebných programů v 80. letech zařazena kognitivní terapie, která se soustředila na změnu postojů jedinců k budoucnosti a na motivaci k léčbě. Často se stává, že jedince netrápí jenom závislost, ale má mnoho jiných problémů, na které je potřeba se zaměřit, např. omezené sociální dovednosti, deprese, úzkosti, problémy ve vztazích (Možný, Praško, 1999).

KBT je cílená, strukturovaná, a proto má v léčbě i v počátečních fázích výrazný účinek. Využívá se jak v ambulantní tak i v ústavní léčbě. Za výhodu můžeme považovat i správně propracované teorie lidského chování, výsledky lze empiricky ověřit (Kalina et al., 2008).

Kognitivně-behaviorální terapie využívá v léčbě tyto intervence podle Mudrocha a Backera, 1996:

- a) sdělení informací o krátkodobých a dlouhodobých účincích psychoaktivní látky,
- b) změna postojů k užívání alkoholu a ujasnění problémů způsobených závislostí,
- c) zvládání stresu, relaxace, sociálních dovedností, nácvik řešení problémů,
- d) změna nejbližšího okolí jedince, které ho chrání před následky jeho závislosti např. rodinná nebo manželská terapie,
- e) založení nových vzorců chování např. vytvoření nových interpersonálních vztahů, nové zaměstnání, nové koníčky, vyhýbání se rizikovému prostředí atd.,
- f) založení záchranné sítě a vhodné chování ve stresových situacích,
- g) vytvoření plánu na zvládnutí relapsu, nácvik jak se vhodně zachovat, na koho se obrátit a jak návratu zabránit (Možný, Praško, 1999).

Sociální dovednosti

Jedná se o dovednosti, které používáme při kontaktu s druhými lidmi. Nedostatek sociálních dovedností může u jedince zvyšovat míru stresu. Nacvičování provádíme v léčbě a v přípravě do budoucnosti. *„Při nácviku sociálních dovedností jde o postupný nácvik toho, jak optimálně komunikovat, prosadit se, jak vyjádřit náklonnost, zájem apod. pomocí verbálních i neverbálních projevů. Jednotlivé složky chování jsou předváděny a procvičovány při scénkách se zpětnou vazbou: tento nácvik je pak následován postupným uplatňováním získaných dovedností ve skutečném životě.“* (Höschl, Libiger, Švestka, 2004, s. 674).

Zdravé sebeprosazení

Pro zdravé sebeprosazení (asertivitu) se doporučuje klidný, pevný, středně hlasitý tón hlasu, zřetelná výslovnost, přirozená gestikulace, vzpřímené držení těla. Do zdravého sebeprosazování patří asertivní práva např. hodnotit své chování a nést za něj odpovědnost, mít vlastní názory, požádat o pomoc, projevit neznalost, nesouhlas atd. (Nešpor, 2007).

Dovednosti rozhodování

Pro zvládání rizikových situací používáme tzv. techniku „semafor“, která je velmi efektivní (Nešpor, 2007). V náročných situacích, ve kterých by jedinec jednal v rozporu se svými zájmy např. návštěvou baru, představí si dopravní semafor a postupně nechává

rozsvěcovat červenou (stop, zastavit se), oranžovou (jaké možnosti má na výběr a jaké budou jejich následky) a zelenou (zvolenou možnost provést a zhodnotit výsledek.) (Nešpor, 2007).

Obr. č.1 Semafor

<input type="radio"/>	červená: stop, zastavit, uvažovat.
<input type="radio"/>	oranžová: Jaké možnosti se nabízejí a jaké mají tyto možnosti dlouhodobé i krátkodobé následky? Výběr nejvýhodnější možnosti.
<input type="radio"/>	zelená: vybranou možnost uskutečnit a vyhodnotit výsledek.

Zdroj: Nešpor, 2007

Schopnost empatie

„Empatie znamená schopnost vcítit se do prožitků druhého člověka a do jeho způsobu uvažování a jednání.“ (Nešpor, 2007, s. 76). Empatii neboli vcítění je možné pomocí některých postupů zvýšit např. trpělivě naslouchat druhému bez přerušování, vnímat nonverbální komunikaci (gesta, tón hlasu, výraz v obličeji), rozvíjet schopnost porozumět situacím (vnímat problém z různých úhlů pohledu), provádět záměnu rolí (umožnit přenést se do jednání a situace druhého) (Nešpor, 2007).

Komutační a další sociální dovednosti

Při rozvoji komunikačních schopností se doporučuje využívat nácviku nejrůznějších situací, např. rozhovor při přijímacím pohovoru na pracovní místo, setkání s přáteli, jednání s bývalým manželem atd. Vhodné je trénovat i dovednosti ohledně rodičovství, správné fungování v zaměstnání, schopnost hospodařit s penězi atd. (Nešpor, 2007).

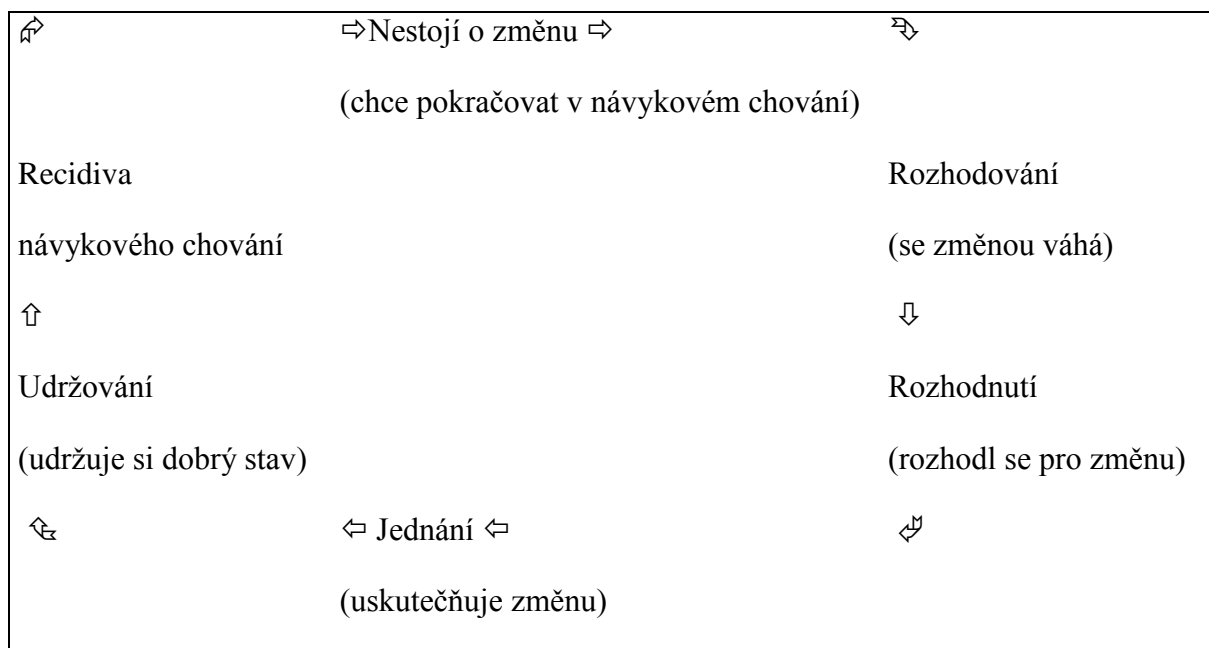
Relaxační techniky

Člověk, který si osvojuje relaxační a jógové techniky, se vyskytuje ve zdravém a bezpečném prostředí, jelikož tito lidé žijí zdravě. Schopnost ovlivňovat duševní stav může pozitivně působit na sebedůvěru a sebevědomí, které zvýší. Relaxační techniky bývají součástí mnoha léčebných programů (Nešpor, 2007). Kromě toho je vhodná i tělesná aktivita, např. běh, chůze. Jak již bylo uvedeno, relaxace a pohyb mírní úzkost, depresi, stres, bažení. Bažení po alkoholu zmenšuje i dostatečný příjem tekutin a pestrá pravidelná strava. Dostatek spánku zlepšuje životní styl (Nešpor, 2011).

Posílení motivace

V několika posledních letech došlo v oblasti práce s motivací k velkým změnám. První snahy se objevily v 80. letech 20. století, ale k jejímu praktickému využití došlo mnohem později. Kalina et al. (2008, s. 121) vidí motivaci jako „proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince.“ Vlivem užívání psychoaktivní látky se tento rozměr mění, jedinec ztrácí zájem o cokoli, co nesouvisí s drogou, ztrácí energii, která je důležitá pro osobní růst jedince (Kalina et al., 2008). Motivační trénink obsahuje pět principů – vyslovení empatie, vytvoření rozporu, vyhýbání se sporu, práce s odporem, posilování sebedůvěry. Principy se kombinují se strategiemi – rozebírání typického dne, žádoucích a nežádoucích následků užívání drogy, rozebírání problému, poskytování významných informací (Nešpor, 2007).

Obr. č. 2 Spontánní změny motivace



Zdroj: Nešpor, 2006

4 Empirická část

4. 1 Vymezení zkoumaného problému, cíle a metoda šetření

Vymezení zkoumaného problému

Abúzus alkoholu je ve společnosti velmi častým problémem. Náklady na jeho léčbu jsou velmi vysoké a z takto postižených lidí se buď stávají doživotní abstinenti, nebo opět upadají do spárů alkoholu a ten se stává jejich životním přítelem. Kalina et al. (2008, s. 341) poukazuje na to, že se jedná o psychoaktivní látku „*se značnou orgánovou toxicitou, včetně neurotoxicity.*“ V kontextu rodiny je diskutovaným fenoménem rodinná terapie, která přináší řadu pozitiv při řešení závislosti na alkoholu. Léčba změní závislého uživatele, což může znamenat, že se v rodině objeví některé problémy, které byly díky závislosti člena rodiny opomíjeny a neřešeny. Proto je třeba pracovat s celou rodinou. Otázkou zůstává, zda se v praxi skutečně uplatňuje terapie celé rodiny, nebo zůstává jenom zbožným přáním mnoha uznávaných odborníků.

Cíle

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaký vliv má závislost na alkoholu na rodinu, jak se rodina kvůli závislosti mění, jaké můžeme vysledovat nevhodné následky pro jednotlivé členy a zejména do jaké míry se v praxi uplatňuje rodinná terapie. Dílčími cíli bylo zjistit, jaká léčba v ambulantní péči převažuje, jaké další přístupy se volí při léčbě alkoholismu.

Metoda šetření

Za metodu šetření ke sběru dat byl použit interview neboli rozhovor. Jedná se o kvalitativní přístup. Rozhovor je metoda, která slouží ke „*shromažďování dat o pedagogické realitě, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta.*“ (Chráška, 2007, s. 182). Efektivnost rozhovoru do značné míry závisí na pracovníkovi, který dokáže navázat přátelský vztah s dotazovaným a vytvoří uvolněnou atmosféru. Pro rozhovor jsou stanovena určitá pravidla např. začít obecnými otázkami, zvolit přijatelný časový prostor, vhodně zvolit situaci apod. (Chráška, 2007)

Kvalitativní metoda byla realizována na základě strukturovaného rozhovoru se sociální pracovnící poradny pro alkoholové a jiné závislosti, která je současně vedoucí poradny. Data byla zaznamenána na diktafon. Záznam se přepsal do podoby textu, a to doslovného, tzv. transkripce. Otázky byly otevřené a celkem jich bylo dvaadvacet. Úvodní dotazy byly směřovány na klientelu P-centra. Další otázky byly zaměřené na léčbu,

ambulantní péče a v neposlední řadě zapojení členů rodiny do léčby. Rozhovor se realizoval na základě dohodnuté schůzky a při následném osobním kontaktu. Pro strukturované interview jsou přesně formulovány otázky a jejich pořadí, výzkumník nepřidává k otázkám vlastní komentář, jen čte a zaznamenává odpovědi dotazovaného. Spolupráce se sociální pracovnící probíhala v příjemné atmosféře a paní magistra byla velmi vstřícná a milá. Dále přikládáme vypracovaný graf, který v procentech zachycuje klientelu poradny pro alkoholové a jiné závislosti, tedy pacienty, kteří službu využili za loňský rok 2012.

4. 2 Vlastní šetření

Rozhovor s Mgr. Renatou Jakubcovou – vedoucí poradny pro alkoholové a jiné závislosti a sociální pracovnící

1. Délka vaší praxe?

„Sedm let.“

2. Jak dlouho působíte v P-centru?

„Sedm let.“

3. Vaše vzdělání?

„Mám vystudované učitelství pro 1. stupeň základní školy a sociální práci na Filozofické fakultě v Olomouci jako bakalář.“

4. Vaše činnost v P-centru?

„Já jsem sociální pracovníce pro doléčovací centrum a pro poradnu pro alkoholové a jiné závislosti a v současné době i vedoucí poradny pro alkoholové a jiné závislosti.“

5. S kolika klienty přijdete denně do kontaktu?

„Jako v průměru? Každý den to může být jiné. Každý den mám ranní skupinu, kde jsou v průměru tak tři klienti, to je každý všední den. Pak mám individuální konzultace, ty jsou tak dvě až tři denně.“

6. Co nejčastěji řešíte s klienty P-centra?

„V rámci sociální práce jsou dva různé programy jak v poradně, tak v doléčovacím programu. Co se s klienty řeší je hlavně práce, hledání zaměstnání a uplatnění na trhu práce a věci kolem toho spojené, psaní životopisu apod. Řešení finanční situace a dluhová problematika.“

7. Jak často se setkáváte s rodinami, kde se vyskytuje závislost na alkoholu?

„V poradně jsme měli 47 osob, kteří byli blízcí, ale to byli individuální konzultace. Přejde někdo blízký třeba rodič, partner, sourozenec se přijde poradit, ale ten problém nemá on sám, ale někdo v jeho rodině. Pak poskytujeme rodinné a párové konzultace a těch proběhlo tak osm za loňský rok. V doléčovacím centru to není tak často, jelikož jsou klienti z celé České republiky, což znamená, že se rodinná terapie praktikuje výjimečně. Taky ji nabízíme v případě zájmu klienta, to je většinou tak jednou nebo dvakrát do roka. V poradně je to přímo jedna ze služeb, kterou nabízíme.“

8. Co převažuje – závislý otec či matka?

„Máme víc mužů než žen. V doléčovacím centru je to zhruba 2/3 muži, 1/3 ženy. V té poradně je to vyrovnanější, ale pořád je většina mužů.“

9. Znáte případy, kde jsou závislí oba rodiče?

„Na tohle vám nedokážu odpovědět. Dokázala bych vám říct, kolik je v poradně přesně mužů a žen na počty, ale nemáme tam odlišené alkohol a jiné návykové látky, statistika nám vyjždí počty závislých na jednotlivých drogách, počty mužů a žen, ale je to v celku. Tohle bohužel nevidujeme.“

10. Jaký je přibližný věk klientů P-centra, kteří jsou na alkoholu závislí?

„Průměrný věk v poradně je 34 let u klientů. Tím, že je to průměr všech klientů, takže ti co užívají nelegální návykové látky jsou mladší, zas ti, co mají primární alkoholovou závislost, jsou starší.“

11. Kdo přichází jako první žádat o pomoc – závislý člen rodiny, nebo jeho rodina?

„Budu vycházet z těch statistik, kde máme počet blízkých osob, kteří přijdou, a ti, co přijdou sami s tím problémem, a těch je více. My jsme měli za loňský rok 199 klientů a z toho bylo 47 blízkých osob.“

12. Bývá závislý rodič motivován pro léčbu?

„K nám v podstatě buď přijde člověk, který je aspoň částečně motivován ke změnám, nebo přichází rodina, ať je to rodič nebo dítě, a to je právě ve chvíli, kdy ten člověk ještě není ve fázi, kdy by s tím chtěl něco dělat. Nejde pracovat s někým, kdo není motivovaný.“

13. V jaké fázi závislosti se nejčastěji nachází?

„To může být různé.“

14. Jaká se volí léčba v ambulantní péči, pokud se jedná o závislost na alkoholu?

„Záleží na individuální zakázce, s čím klient přichází, co vlastně chce změnit, takže počáteční fáze je mapování. A vždycky záleží na stylu terapeuta. Terapeuti mají různé výcviky – kognitivně behaviorální terapii, Gestalt terapie, SUR. Každý si volí terapeuta podle toho, jaký má výcvik. Nabízíme krátkodobější poradenství, pokud ambulantní péče není dostačující, nabízíme pomoc při vstupu do léčby i dlouhodobější terapii. Dále může klient využít rodinnou terapii i párovou terapii.“

15. Jsou do léčby zapojeni i členové rodiny? A jak?

„Ano. Záleží hlavně na motivaci klienta. Pokud se v rámci individuální terapie narazí na to, že je potřeba přizvat partnera. Pokud se to týká rodinné terapie, většinou to iniciuje někdo z rodiny. Bývá to často jednorázové, dvourázové, jelikož člověk, který pije, problém nevnímá.“

16. Jaký nejčastější postup terapie se používá, pokud je do ní zapojená celá rodina?

„Je to rodinná terapie, i když rodina je do léčby zapojena minimálně. Největší počet využívaných intervencí, co nabízíme, jsou individuální konzultace, pak sociální práce, až za tím je méně využívaná rodinná a párová terapie.“

17. Jaká je frekvence setkávání celé rodiny v P-centru?

„Standard je tak jednou do týdne. Záleží na zakázce rodiny, co vlastně chce a co my můžeme nabídnout. Nejčastější frekvence je tak jednou týdně nebo za 14 dní. Bývá to často i jednorázové.“

18. Jak to prožívají děti? Vypozorovala jste, jaké jsou následky pro děti, kde je jeden z rodičů závislý?

„Určitě to ovlivní jejich život ve všech směrech. Terapie za účasti dětí není moc častá u nás, nabídka je, ale nemůžeme říct, že tady to běží. Většinou, když se aplikuje rodinná terapie a účastní se toho děti, tak se jedná o děti už dospělé a starší rodiče, kde se toho účastní dva terapeuti.“

19. Jaká je úspěšnost léčby v ambulantní praxi co se týče závislosti na alkoholu?

„V tuhle chvíli nemáme nástroj pro sledování úspěšnosti. My sledujeme, s čím klient odchází, aby byl naplněn řádně kontrakt, který si stanovil. Vyvozování úspěšnosti je těžší, protože by bylo potřeba sledovat, jak se mu daří po třech měsících, po roce, na což bohužel nemáme finance a kapacitu, že bychom ho znovu kontaktovali nebo kontrolně přicházel nebo se nám ozýval. Máme jen možnost sledovat, jak klient ukončuje léčbu.“

20. Jaké možnosti doléčení má člověk po absolvování ambulantní léčby? A nabízí P-centrum nějaké možnosti další léčby?

„My máme poradnu, která má celý široký záběr, to znamená od toho, kdy někdo experimentuje a chce jenom poradit, přes motivaci do léčby a přestup do rezidenční léčby až po to doléčování, to může vše proběhnout v rámci poradny. Pak máme další službu, což je to doléčovací centrum, tam přijímáme klienty nad 18 let a po minimálně tříměsíční rezidenční léčbě. To znamená, že klient nemůže přejít z poradny do doléčovacího centra, ale pokud je někde v léčebně nebo terapeutické komunitě, tak pak má možnost si požádat o to nastoupit do doléčovacího programu, který je více strukturovaný než ta poradna. Nabízí možnost bydlení v chráněných bytech a je tam kromě individuálních terapií kladen větší důraz na skupinovou terapii.“

21. Znáte případy rodin, kde i po těžké alkoholové závislosti se rodina dá opět dohromady a funguje dál?

„Znám případy.“

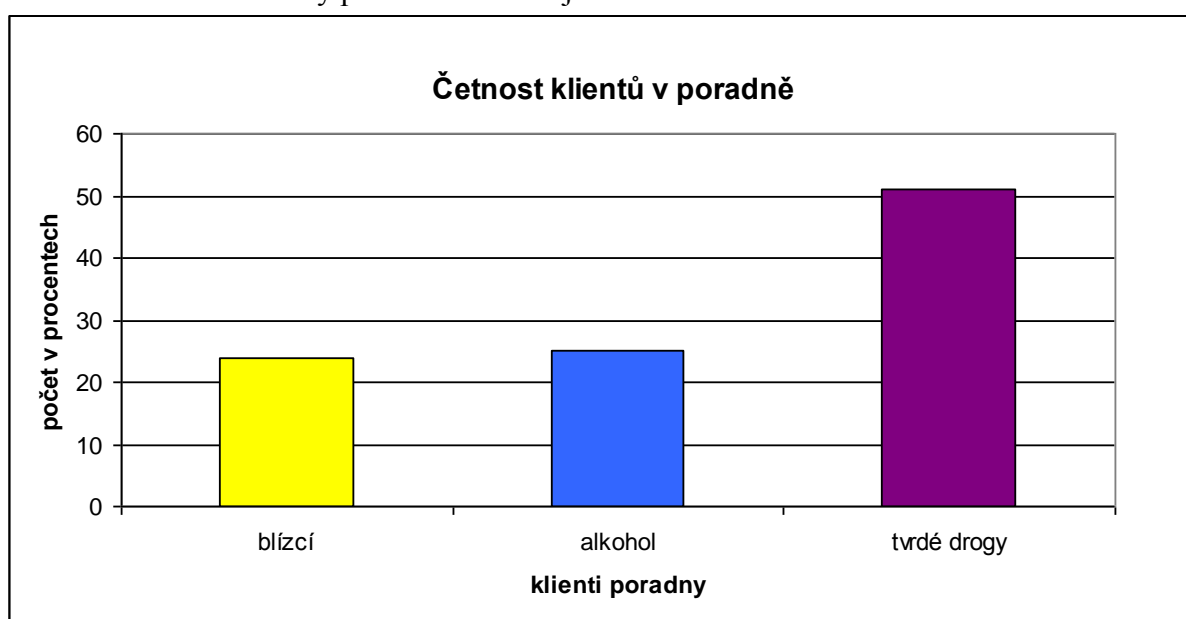
22. Nebo převažuje situace, kdy členové rodiny zavrhnou závislého rodiče?

„To u nás nejde určit, na to nemáme typ práce jako např. poradna pro rodinu, kde rodina pravidelně dochází a sleduje se její vývoj, ale tam se bude jednat taky o okrajové případy, kdy budou řešit závislosti. Kde by se to dalo vysledovat a vztáhnout na to, jaké proběhly

změny v rodině, tak u jednotlivých klientů přímo mapovat jejich život. Samozřejmě terapeut ví u každého klienta, jaká je situace v rodině, ale jak jsem řekla, převažuje individuální terapie. U nás je to většinou tak, že přijde někdo z rodiny, někteří dochází pravidelně, a někdy to proběhne jedno či dvě setkání. My nemůžeme s manželkou pracovat na tom, aby manžel přestal pít. Můžeme pracovat na tom, co může udělat ona, mapovat její podporu, ale ne vždycky je to to, co chtějí slyšet. Někdy dochází člověk pod tlakem rodiny sám nebo přicházejí blízcí, ale rychle se vyčerpají možnosti.“

4. 2. 1 Graf klientely Poradny pro alkoholové a jiné závislosti

Graf č. 1: Klienti Poradny pro alkoholové a jiné závislosti



Celkový počet klientů poradny pro alkoholové a jiné závislosti za loňský rok 2012 byl 199. Z grafu je patrné, že pro rok 2012 tvořili největší část klientely, která využila služeb Poradny, uživatelé s primární závislostí na nealkoholových látkách, a to 51 %. V polovičním zastoupení jsou klienti závislí na alkoholu (25 %) a rodinní příslušníci, kterých bylo 24 %.

4. 2. 2 Shrnutí výsledků

Hlavními cíli práce bylo vymezit, jaké jsou negativní důsledky závislosti na alkoholu a jejich působení na rodinu, a dále zjistit, do jaké míry se uplatňuje rodinná terapie a jaká léčba převažuje v poradenských zařízeních.

Na základě šetření v P-centru bylo zjištěno, že klienti, kteří využívají služby centra, jsou převážně muži. V poradně jsou počty mužů a žen téměř vyrovnané. Větší rozdíl je v doléčovacím centru, kde jsou 2/3 muži a 1/3 ženy. Průměrný věk klientů je 34 let.

Ti, kteří jsou závislí na alkoholu, jsou vyššího věku než ti, kteří užívají nealkoholové drogy. V kolika případech jsou závislí oba rodiče, poradna neviduje. Ze statistik vyplývá, že jako první přicházejí žádat o pomoc ti, kteří mají problém s užíváním alkoholu či drog. Z celkového počtu 199 klientů, kteří využili služeb P-centra za loňský rok 2012, bylo rodinných příslušníků 47. Pokud přijde žádat o léčbu závislý jedinec, bývá částečně motivovaný, ale pokud přichází někdo z rodiny (partner, dítě, příbuzný) je ve fázi, ve které nechce problém nijak řešit.

Pokud se do léčby zapojí i členové rodiny, volí se rodinná terapie. Frekvence setkávání rodiny v P-centru je asi jednou týdně nebo jednou za čtrnáct dní. Samozřejmě to záleží na zakázce rodiny a často se jedná o jednorázové setkání. Pokud se v poradně realizuje rodinná terapie, jsou do léčby zapojeny i děti, ale většinou se jedná o děti už dospělé.

V P-centru jsou nejčastěji individuální konzultace, za nimi následuje sociální práce a v nejmenší míře je zastoupena rodinná a párová terapie. Těchto terapií proběhlo za loňský rok osm.

P-centrum má široký záběr, poskytuje prosté poradenství, dále i a přestup do rezidenční léčby až po doléčování. Jednou z nabízených služeb je doléčovací program. Ten je určen klientům od 18 let, kteří absolvovali 3 měsíční pobytovou léčbu. Většinou jsou to klienti propuštěni z léčebny nebo terapeutické komunity. Doléčovací program nabízí bydlení v chráněných bytech.

Poradna sleduje, s čím klient odchází, zda byl naplněn kontrakt, který byl před zahájením léčby uzavřen. Zda léčba byla úspěšná, se nedá říci, jelikož by klient musel být sledován např. po třech měsících a roce. Na to nemá P-centrum dostatek finančních prostředků.

S klienty se nejčastěji řeší otázky práce, hledání zaměstnání a problematika s tím spojená. Dále se řeší finanční a dluhová situace. Klienti mají možnost si zvolit terapeuta podle stylu, který při léčbě používá. Každý má jiný výcvik např. kognitivně behaviorální terapii, gestalt terapii, SUR. Kromě toho využívají krátkodobější poradenství, a pokud to není dostačující, volí se dlouhodobější terapie.

Šetřením jsme dospěli k závěru, že v P-centru při léčbě alkoholismu převažuje individuální terapie nad rodinnou. Lečí se buď jedinec, který má problém s alkoholem, nebo na individuální konzultace přichází někdo z rodiny. Souhra léčby závislého člena se zbytkem rodiny se také praktikuje, a to většinou po jedno, nanejvýš dvě setkání.

Hlavní cíl práce považujeme za naplněný a domníváme se, že získané informace mohou přispět k větší informovanosti jak laické, tak i odborné veřejnosti.

4.3 Diskuze

Ze šetření vyplývá, že klienti v Poradně pro alkoholové a jiné závislosti preferují individuální terapii, jinými slovy individuální léčbu. Rodinná terapie se využívá, ale ne tak často v porovnání s individuální terapií. V Doléčovacím centru se nejčastěji uplatňuje individuální a skupinová terapie.

Terapie celé rodiny je nejkomplicovanější metoda, neboť ne všichni členové rodiny chtějí spolupracovat, a tím pádem nejsou ani motivováni. Pro některé příslušníky rodiny může být taková situace vyhovující a nemusí ji pociťovat jako neúnosnou. Postavit se čelem k problému nemusí být snadné pro všechny členy rodiny. Jedinec, který má problém, může volit individuální terapii, jelikož nechce zatěžovat rodinu dalšími starostmi. Rodina může cítit, že se jich to netýká, proč by se měli léčit i oni, když problém s alkoholem nemají.

Mezi významné představitele rodinné terapie můžeme zařadit Virginii Satirovou, která bývá označována za „matku rodinné terapie“. Do povědomí veřejnosti vstoupila díky knize Společná terapie celé rodiny (Conjoint family therapy). Ve své knize prosazovala, že nemoc jedince zasahuje celou jeho rodinu, a proto je nutné ji léčit jako celek. Virginie Satirová předpokládala, že pacienta je potřeba nejprve pochopit a léčit pouze v sociálním kontextu, a to především v kontextu rodiny. Jak už bylo uvedeno výše v textu rodina je množina vzájemně vztahených prvků. Důraz je kladen i na vztahy mezi těmito prvky. Rodinná terapie se zaměřuje zejména na vztahy mezi členy rodiny a na jejich způsob komunikace. Aby došlo k nějaké změně u pacienta, je potřeba působit na celý vztahový systém a změnit ho. Satirová prosazovala, že problém není předpokládaný problémem, ale to, jak lidé s problémy zacházejí, se stává skutečným problémem. Zasloužila se o řadu knih o rodinné terapii např. Terapie rodiny krok za krokem. Zemřela v roce 1988. V České republice byl v roce 1997 založen Institut Virginie Satirové, který vzdělává jedince podle modelu učení Satirové.

Knihy Virginie Satirové jsou velmi poutavé a jsou bezchybným příkladem, jak by měla ideální rodinná terapie probíhat. Pokud by se provádělo šetření s klienty, kteří podstoupili jakoukoliv terapii při léčbě závislosti na alkoholu, možná bychom došli ke zcela odlišným závěrům. Teorie a praxe se vždy částečně liší, i když uznávaná terapeutka byla úspěšná, co se léčby týče. Možná bychom mohli vidět příčinu neúspěchu v neochotě klientů

či členů rodiny se pouštět do terapie, o které vědí jen minimum. Ovšem to jsou jenom domněnky, na tyto nejasné otázky bychom mohli dostat odpovědi díky výzkumu.

MUDr. Jarmila Šmoldasová působí v AT ambulanci v Psychiatrické klinice, Fakultní nemocnice Olomouc. Při léčbě, pokud se to týká terapie, volí kognitivně behaviorální terapii a dynamickou psychoterapii. Rodinná terapie se samozřejmě také využívá v případech, kdy členové rodiny mají zájem se do léčby zapojit nebo když závislého manžela doprovází na léčbu manželka. Častější je však podle doktorky individuální terapie, protože se většinou týká klientů vyšší kategorie, což znamená, že vlastní rodinu nemají. Jejich vztahy jsou natolik omezené, že ztratily funkci. Tato AT ambulance přijímá klienty od 18 let závislé na alkoholu a jiných psychotropních látkách. Za loňský rok 2012 se ze závislosti léčilo 819 klientů. AT ambulance nemá oddělené statistiky počtu lidí, kteří se léčili ze závislosti na alkoholu a na nealkoholových drogách. Stejně tak není nevidováno, kolik lidí při léčbě využilo individuální a kolik rodinnou terapii, což znesnadňuje přesné vymezení.

Pro porovnání můžeme uvést Prev-Centrum, o. s., v Praze, které poskytuje ambulantní poradenské a terapeutické služby pro uživatele návykových látek a jejich blízké. Kromě toho, že poskytuje individuální terapii, se zaměřuje na rodinnou terapii a poradenství, kde se práce s rodinou stala stabilním článkem ambulantních služeb programu o. s. Prev-Centrum. Na základě poptávky nabízí rodinám časnou intervenci, jejímž cílem je předejít progresi a rozvoji závislosti na návykových látkách. U první konzultace s rodinou se doporučuje účast co největšího počtu členů rodiny, přesto přítomnost všech členů není podmínkou. Setkání se konají v dohodnutých termínech a nejčastěji v intervalu jednou za tři týdny či jednou za čtyři týdny. Za rodinnou terapii si členové rodiny musí připlatit. Kapacita služby je sedm konzultací týdně.

Propagátorem rodinné terapie můžeme nazývat Psychiatrickou léčebnu v Bílé Vodě. Léčebna se zaměřuje na klienty závislé na alkoholu a jiných psychotropních látkách, pro které je vytvořeno několik léčebných programů. Oddělení I. – psychoterapeutické oddělení „Harmonie“ je určeno pro léčbu alkoholové, lékové a smíšené závislosti. Klient je povinen přizvat na rodinnou terapii, která trvá 5 dnů, někoho blízkého z rodiny. Terapie rodiny je součástí léčby, která je zaměřena na účasti rodinných příslušníků na léčbě a abstinenci závislého člena rodiny.

Je pravděpodobné, že pokud bychom realizovali rozhovor v Bílé Vodě, byla by rodinná terapie stejně využívaná jako individuální, neboť je zde povinná spoluúčast rodiny

při léčbě závislosti na alkoholu. Kdybychom vedli rozhovory přímo se členy rodiny, kteří se účastnili terapie celé rodiny, mohli bychom dojít k jiným závěrům, týkajícím se toho proč se zapojili do léčby či nikoli a jaký měli/mají postoj k rodinné terapii, a došli bychom k detailnějším informacím. U osob závislých na alkoholu bychom díky rozhovoru či dotazníku mohli zjistit, jestli využily jenom skupinové a individuální terapie nebo i rodinnou terapii. Nemůžeme činit nijak přesné závěry, jelikož evidence údajů o tom, kolik jedinců využilo při léčbě závislosti na alkoholu rodinnou terapii, chybí. Zařízení si vedou jen základní evidenci (např. kolik lidí je závislých, z toho počty mužů a žen, rozdělení závislosti na jednotlivých psychoaktivních látkách) a údaje o tom, kolik klientů využilo rodinnou terapii, nejsou dostupné. Tyto údaje zřejmě nejsou pro jednotlivá zařízení podstatné. Je možné, že se rodinná terapie více používá při řešení jiných problémů. Je překvapivé, že rodinná terapie je využívána poměrně zřídka, i když ji odborná veřejnost důrazně doporučuje. Může zde působit i faktor tradice, rodinná terapie je o více než padesát let mladší než individuální terapie. Dalším důvodem proč klienti volí raději individuální terapii, může být fakt, že většině z nich se rodina rozpadla. Na rozhodnutí působí více faktorů, jak už bylo uvedeno, závislý člen rodiny se může stydět otevřeně hovořit o svých problémech nebo lidé mají nedostatečné a třeba nepřesné informace o rodinné terapii. Někdo se může zaleknout toho, že terapie asociuje termín léčba. Bylo by zajímavé v dalším šetření porovnat několik poradenských organizací pro léčbu závislostí z hlediska toho, jak se u nich využívá rodinná terapie. Možné by bylo i budoucí šetření zaměřit na několik jedinců závislých na alkoholu a provést u nich analýzu jejich života v kontextu celé jejich rodiny. Otázkou je způsob realizace šetření, pravděpodobně by se muselo provádět dlouhodobě.

Závěr

Cílem této práce bylo vymezit rizika užívání alkoholu a negativní důsledky, které nezasáhnou jen problémového pijáka, ale jeho neblížší okolí, zejména pak rodinu. Dále jsme chtěli zjistit, jaké možnosti léčby se nejčastěji používají v poradenských zařízeních.

V současné době je závislost na alkoholu často diskutovanou problematikou mnoha odborníků tak i širší veřejností. O alkoholu se píše, mluví, točí dokumenty. I přesto ale v rodinách, kde se problémové pití vyskytuje, je stále určitým „tabu“. Jedinec buď nastupuje k léčbě pod tlakem, což nemá velkou efektivitu, pokud on sám není motivovaný ke změně, nebo se závislost v rodině přehlíží, je považována za problém, který se rodiny netýká, tím pádem se více trápí členové rodiny než pijící člen. Existuje velké množství metod a přístupů zaměřených na léčbu závislosti, které se dají různě kombinovat, což se samozřejmě nejvíce doporučuje. Nejlepším řešením by bylo, kdyby se do léčby zapojila celá rodina, což vyzdvihují odborníci, ale v praxi převažuje individuální terapie. Nabídka rodinné terapie je v zařízeních, jsou pořádány konference na podporu této terapie a různé výcviky, ve kterých se školí budoucí rodinní terapeuti. I přes tyto faktory se více volí individuální terapie. To znamená, že problémový piják nebo někdo z rodiny se snaží něco změnit, což jsme zjistili z šetření. V poradenských zařízeních probíhá setkání rodiny zřídka a jedná se většinou o jednorázovou záležitost. Samozřejmě pokud se to týká rodinného poradenství, bohatě postačí několik setkání, ale pokud jde o rodinnou psychoterapii, je nutná dlouhodobější terapie, jelikož jde více do hloubky, aby bylo dosaženo žádoucího účinku a závislost byla odstraněna. P-centru, kde jsme šetření prováděli, je rodinná terapie používána, ale funguje jako metoda k vyhledání první pomoci, zjištění, jaké má rodina možnosti a co dál. Probíhá krátkodobě, zpravidla jde o jedno nebo dvě setkání rodiny. Klienti častěji využívají individuální léčbu. Proto si klademe otázku, zda je rodinná terapie takovým fenoménem, jak tvrdí odborníci. Dá se říci, že je, ale není tolik využívána, jak by si představovali odborníci rodinné terapie.

Myslím, že ještě určitou dobu bude trvat, než se stane častěji využívanou metodou při léčbě závislosti na alkoholu. Možná je to způsobené neochotou členů rodiny o tomto problému otevřeně diskutovat s cizí osobou. A v neposlední řadě by jistě bylo zapotřebí větší osvěty a informovanosti směrem k laické veřejnosti.

Literatura a zdroje

CSÉMY, L., NEŠPOR, K., SOVINOVÁ, H. *Problémy s alkoholem v rodině: zpráva pro Evropskou Unii*. 1 vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2001. ISBN 80-7071-189-2.

ESCOHOTADO, A. *Stručné dějiny drog*. 1. vyd. Praha: Volvox Globator, 2003. ISBN 80-7207-512-8.

GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. 2. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2390-7.

HAJD-MOUSSOVÁ, Z. *Úvod do speciálního poradenství*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2002. ISBN 80-7083-659-8.

HARDY, M., MÜHLPACHR, P., DUDÁŠOVÁ, T. *Sociální patologie rodiny*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií, 2011. ISBN 978-80-87182-17-8.

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVĚSTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigis, 2004. ISBN 80-900130-7-4.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L. *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-391-8.

KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1 mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2 mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

KRATOCHVÍL, S. *Manželská a párová terapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-646-9.

LUDIKOVÁ, L., VALENTA, M. *Speciální pedagogika 3*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 43 s. ISBN 80-244-1211-X.

MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. 1. vyd. Avicenum: Zdravotnické nakladatelství, 1986. ISBN 08-011-86.

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. ISBN 80-901424-7-8.

MILLEROVÁ, G. *Adiktologické poradenství*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-765-3.

MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-038-6.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

SATIR, V. *Společná terapie rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-303-1.

SEKERA, O. *Rodina v nečase*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2010. ISBN 978-80-7368-877-6.

SKÁLA, J. et al. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-077-87.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. 2. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012. ISBN: 978-80-904259-0-3.

Internetové zdroje

NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý. Praktické návody pro lidi, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké* [online]. Svépomocný materiál. Brno: Host, 2006. Dostupné z<<http://www.drnespor.eu/addictcz.html>>.

NEŠPOR, K. *Závislost na alkoholu – diagnostika a léčba dnes. Léčba a prevence návykových nemocí* [online]. Svépomocný materiál. Psychiatrie, 2011. Dostupné z<<http://www.drnespor.eu/addictcz.html>>.

NEŠPOR, K. *Moderní léčba návykových nemocí. Léčba a prevence návykových nemocí* [online]. Svépomocný materiál. 2007. Dostupné z<<http://www.drnespor.eu/addictcz.html>>.

SANANIM O. S. *Kdo jsme* [online]. 2007. Dostupné z<<http://www.sananim.cz/o-nas/kdo-jsme.html>>.

Seznam obrázků a grafů

Obrázek č. 1: Semafor

Obrázek č. 2: Spontánní změny motivace

Graf č. 1: Klienti Poradny pro alkoholové a jiné závislosti

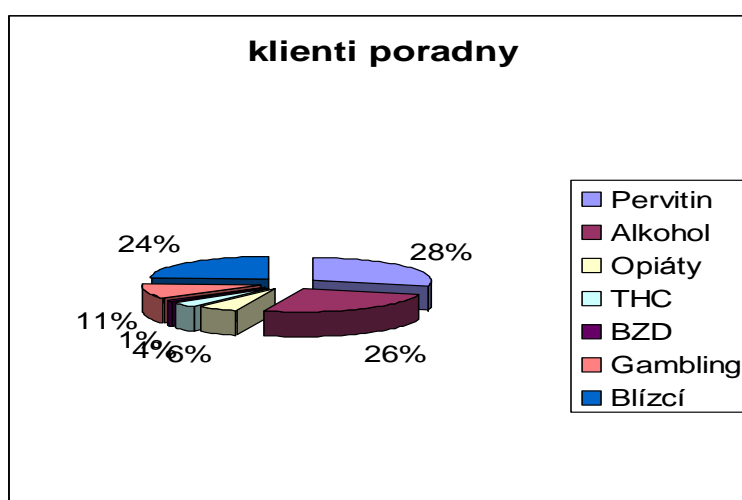
Seznam příloh

Příloha č. 1: Vývoj a případné změny cílové populace – P-centra (ukázka závěrečné zprávy pro Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky).

Příloha č. 1:

Vývoj a případné změny cílové populace – P-centra

Počet klientů v P-centru za rok 2013 je téměř totožný s rokem předchozím. Celkem využilo našich služeb 199 klientů (v loňském roce 2012). Z celkového počtu se jednalo o 102 uživatelů nealkoholových drog a 47 rodinných příslušníků. Viz výňatek ze závěrečné zprávy pro Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky.



Nejčastější primární drogou u našich klientů je opět pervitin (57) a alkohol (53), následují opiáty (11), THC (7) a benzodiazepiny (2). Zastoupení klientů s problémem hazardního hráčství je obdobné jako v minulém roce (22). 2/3 uživatelů aplikovaly injekčně. Velká část klientů, kteří nemají jako primární drogu alkohol, vykazuje problematické užívání alkoholu. Oproti loňskému roku se snížil počet blízkých osob, které využily naše služby (47).

Naše poradna je registrovaná jako poskytovatel sociálních služeb a jednou ze zásad, které aktivně uplatňuje, je možnost, aby klient zůstal v anonymitě. Tuto možnost našim klientům nabízíme a část jich ji také využívá. Průměrný věk našich klientů je 34 let. Obecně můžeme o našich klientech říci, že vyšší věkový průměr mají klienti s problematickým užíváním alkoholu a ti, kteří přicházejí s problematikou hazardního hráčství. Průměrný věk klientů užívajících nealkoholické drogy je nižší, kolem 25 let. Převážná většina neanonymních klientů je ve věku nad 18 let. Do budoucna bychom se rádi zaměřili i na mladší uživatele, jelikož cílová skupina Poradny zahrnuje klienty ve věku od 15 let.

Většina klientů, se kterými jsme v Poradně uzavřeli terapeutický kontrakt, tento kontrakt také naplnila a docházení do Poradny ukončili řádně. Ze 147 klientů, kteří v letošním roce ukončovali, jich 99 ukončilo řádně, tedy naplněním kontraktu. Podařilo se nám referovat řadu klientů na detoxifikaci a následnou léčbu v rezidenčních léčebných programech (PL, TK). Pokračovali jsme v kontaktování potencionálních klientů přímo na detoxifikační program PK FN Olomouc a VN Olomouc. Využití kapacity Poradny považujeme za velice efektivní.