

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Pavel Škroch

Práce s rodinou při léčbě závislosti na alkoholu

Bakalářská práce

vedoucí práce: PhDr. Jan Vančura, Ph.D.

2020

„Prohlašuji, že jsem práci vypracoval samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedl v seznamu literatury.“

V Olomouci dne 1. 5. 2020

.....

Pavel Škroch

Poděkování

Rád bych poděkoval vedoucímu práce PhDr. Janu Vančurovi, Ph.D., za cenné rady nejen při vedení práce, ale i během celého studia. Současně ze srdce všem, kteří mě podporovali.

Obsah

Úvod.....	5
1 Sociálně patologické jevy.....	7
1.1 Závislostní chování	7
1.2 Závislost	9
1.3 Závislost na alkoholu	11
1.4 Závislost na vybraných nealkoholových látkách	14
1.5 Nelátkové závislosti	16
1.6 Sociální důsledky závislostí	19
2 Rodinné prostředí a jeho dynamika.....	20
2.1 Rodina	20
2.2 Funkce rodiny.....	20
2.3 Rodinné systémy, podsystémy a rodinné vazby	22
2.4 Rodina a vnější vztahy	24
2.5 Dynamika rodiny.....	25
2.5.1 Rodinné interakce	25
2.5.2 Rodinná resilience.....	25
2.5.3 Rodinná vulnerabilita.....	26
2.5.4 Rodinný stres	26
3 Práce s rodinou	28
3.1 Systémová práce.....	28
3.2 Systemická terapie	31
3.3 Posouzení životní situace	33
3.4 Úskalí práce s rodinou.....	34
4 Metodologie výzkumu.....	36
4.1 Výzkumná otázka a výzkumný cíl	36
4.2 Technika sběru dat a výzkumná metoda	37
4.3 Technika výběru výzkumného vzorku	38
4.4 Popis výzkumného vzorku	39
4.5 Způsob zpracování dat	41

5	Interpretace analyzovaných dat	41
5.1.	Co bylo důvodem k rozhodnutí klinické léčby?	42
5.2.	Co bylo důvodem rozhodnutí k rodinné terapii?.....	43
5.3.	V čem Vám osobně rodinná terapie pomohla?	45
5.4.	Změnilo se nějak Vaše rodinné prostředí?	47
5.5.	Co bylo důvodem počátku nového pití?.....	49
	Diskuse.....	53
	Závěr	58
	Bibliografický seznam	62

Úvod

S alkoholem se setkáváme prakticky denně na každém kroku. Reklamní prostředky nám prostřednictvím médií, nápisů, poutačů, sponzorstvím sportovního odvětví či filmového průmyslu nabízejí jejich širokou škálu. Alkohol je běžnou součástí společnosti, společenského života, mnohdy určuje úroveň společenského setkání, je obrazem společenského statutu. Vypadá tedy přátelsky a má i svou společenskou váhu. To, že s sebou nese i negativní stránku s negativními účinky a důsledky, víme všichni. Všichni jsme však podvědomě přesvědčeni, že nás se netýkají a týkat nemohou. Máme jej přece pod kontrolou.

V životě ale může nastat událost, náhlá či plíživá, která naši kontrolu postupně ovládne a příjemné se stane zlem. Účinky zla pak zakouší nejen oběť, ale i jeho nejbližší okolí. Jak se pak všichni vyrovnávají s úsilím nelehkého boje se závislostí a jak může pomoci sociální práce, bylo motivem pro téma mé bakalářské práce.

V něm jsem se zaměřil na práci s rodinou při léčbě závislého na alkoholu. Cílem práce je identifikace a reflexe kritických míst a momentů v procesu rodinné terapie, kde by sociální pracovník mohl hrát svou roli, avšak tuto roli z různých důvodů nehraje. Identifikovat, kde může sociální pracovník přispět ke změně chování klienta i jeho prostředí, a co tomu v praxi brání.

Při jejím zpracování jsem ponejvíc vycházel z literatury z oblasti sociální práce a oblasti psychologické. Do rukou mi přišly publikace významných autorů, jakými byli např. doc. PhDr. Pavel Navrátil, Ph.D., doc. PhDr. Oldřich Matoušek, PhDr. Slavomil Fischer, Ph.D., MBA, doc. PhDr. Jiří Škoda, Ph.D., Prof. PhDr. RNDr. Marie Vágnerová, CSc., doc. PhDr. Irena Sobotková, z oblasti rodinné terapie pak autoři Gjuričová a Kubička, Satirová a Baldwin, Salvador Minuchin, Chvála a Trapková, a dále MUDr. Karel Nešpor, CSc. z oblasti léčby i prevence závislostního chování. Při práci jsem se také inspiroval odbornými časopisy Sociální práce / Sociálna práca, Psychiatrie pro praxi a Pediatrie pro praxi.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. První část se soustředí na tři kapitoly – sociálně patologické jevy, rodinné prostředí a jeho dynamiku a práci s rodinou. V první kapitole popisují, co způsobuje závislostní chování, jak závislost vzniká, čím se projevuje, jaké dopady má na lidské zdraví, vztahy i společnost. Protože společenským problémem není pouze alkoholová závislost, práce krátce uvádí i další závislosti – látkové i nelátkové,

vč. úskalí jejich léčby a rizikových skupin uživatelů. Představeny jsou také charakteristiky těchto závislostí.

Druhá kapitola mívá na rodinu. Na to, čím rodina je, jaké jsou její funkce a co nastává, když tyto funkce neplní. Hovořím zde také o rodinných systémech, podsystémech a o rodinných vazbách. Jejich vzniku, co je jejich účelem i úkolem, jak rodině pomáhají v případě jejich fungování a jaké jsou důsledky jejich špatného fungování. Druhá kapitola také popisuje dynamiku rodiny, zdroje podpory i stresu, vč. toho, jak tyto zdroje vznikají a co tuto dynamiku ovlivňuje.

Třetí kapitola popisuje práci s rodinou z pohledu terapeutické oblasti. Její vznik s přispěním sociálních pracovníků, vývoj náhledu na rodinný systém systémovým i systemickým pojetím. Jsou uvedeny vybrané terapeutické směry přístupů ke klientovi i celé rodině, vč. způsobů jejího chápání a způsobů pomoci odhalení dysfunkčních komunikačních vzorců rodiny. Vhodnou pomocí při práci s rodinou je sociálnímu pracovníkovi kvalitní posouzení klienta (rodiny). Tento proces kapitola také zmiňuje. V jejím závěru jsou uvedena úskalí práce s rodinami.

Část druhá je věnována metodologii. Zde je popsána výzkumná otázka a výzkumný cíl. Ve výzkumu jsem se zaměřil na to, zda může být v procesu rodinné terapie slabé místo a pokud takové existuje, jak by mohla sociální práce díky své širokospektrální teoretické základně efektivně pomoci dostat jejího cíle. Zvolenou výzkumnou metodou je kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů. Nechybí popis techniky výběru výzkumného vzorku, vč. jeho krátkého popisu a způsob zpracování dat.

Interpretace dat je rozdělena do pěti hlavních částí, tvořenými vedlejšími výzkumnými otázkami. Tato kapitola představuje analyzované výsledky z provedených rozhovorů, které měly dát odpověď na to, jak závislá osoba a její rodina nahlízejí, chápou a interpretují důvody přetrvávání závislosti. Každá z částí je ukončena dílčím závěrem.

Část Diskuse porovná výsledky vzešlé z výzkumu s odbornou literaturou a bude se snažit zodpovědět výzkumnou otázku, zaměřenou na hledání kritických míst a momentů rodinné terapie.

Závěr bakalářské práce shrne její hlavní body, použitou metodologii a zrekapituluje výsledky výzkumu. Dále odpoví na to, zda byl splněn daný cíl práce a poukáže na jeho možné využití pro praxi sociální práce.

1 Sociálně patologické jevy

V posledních letech můžeme zaznamenat značný nárůst jevů, které jsou z hlediska společenského hodnocení vnímány jako nechtěné, nežádoucí, či nepřijatelné. Jde o rozmanitou škálu jevů, které jsou negativní nejen pro společnost, ale především pro jedince. Takovéto jevy označujeme jako sociálně patologické a mezi tyto řadíme mj. závislostní chování (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 15).

1.1 Závislostní chování

Závislostní chování může vyvolat psychoaktivní látka, která ovlivňuje psychickou činnost i psychický stav. Její zneužívání může vést k rozvoji duševních a behaviorálních poruch. Jaké látky způsobují závislostní chování uvádí Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) v následujících deseti skupinách (UZIS, 2020, s. 202-203):

- F10. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním alkoholu,
- F11. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním opioidů,
- F12. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním kanabinoidů,
- F13. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik,
- F14. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním kokainu,
- F15. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním jiných stimulancií (včetně kofeinu),
- F16. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním halucinogenů,
- F17. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním tabáku,
- F18. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním těkavých organických rozpouštědel,
- F19. - duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek.

Smolík označuje za každou duševní a behaviorální poruchu takovou poruchu, která vznikla jako důsledek užívání jedné či více psychoaktivních látek nezávisle na tom, zda byly či nebyly předepsány lékařem (Smolík, 1996, s. 112). Důvodem sáhnout k užití

takovýchto látek může být mj. očekávání navození uvolňujících, radostných pocitů, popř. vyhnutí se bolesti (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 84).

Užívání psychoaktivních látek však s sebou přináší škodlivé účinky, které Room a další rozdělují do těchto čtyř kategorií (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 85):

1. *Akutní či krátkodobé stavy* – jde o intoxikace následující po užití psychoaktivní látky. Lze je charakterizovat jako přechodné změny ve fyziologických, psychických a behaviorálních funkcích. Tyto změny jsou individuálně podmíněné, neboť tolerance vůči látce, okolnosti jejího požití a specifičnost následků mohou být různé. Projevují se poruchami fyzické koordinace, poruchami soustředění a racionálního uvažování. Mohou se také vyskytovat stavy zmatenosti i agresivita. Nejzávažnějším důsledkem akutní intoxikace může být smrt (mj. i u jedince v rámci prvního kontaktu s látkou).

2. *Chronická zdravotní poškození* – vznikají dlouhodobějším užíváním psychoaktivních látek s následným poškozením v oblasti somatické i psychické. Mohou jimi být jaterní cirhóza (vlivem konzumace alkoholu), karcinom plic, popř. rozedma plic (vlivem inhalování cigaretového kouře), AIDS i hepatitida typu C přenesené prostřednictvím injekčních jehel při nitrožilní aplikaci. V oblasti psychické to může být např. depresivní epizoda po předchozí opilosti.

3. *Akutní sociální důsledky* – jsou bezprostřední reakcí společnosti na zneužívání psychoaktivních látek jedincem, jako např. ukončení nebo přerušování vztahu s jinou osobou či osobami, zatčení, uvěznění.

4. *Chronické sociální důsledky* – jsou spojeny s chronickými sociálními problémy, které se váží na rodinný a profesní život jedince. Mohou vyústit v rozpad rodiny, nezaměstnanost, kriminalizaci, atd.

Pro sociální práci jsou zajímavé především poslední dvě ze čtyř uvedených kategorií. Oba typy sociálních důsledků považují Fischer a Škoda za velmi závažné, ať už se vztahují k drogám nebo alkoholu. Autoři současně uvádějí, že uvedené typy sociálních důsledků jsou špatně měřitelné a objektivizovatelné (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 86).

Častým závislostním chováním vzniká vytvoření návyku na psychoaktivních látkách, což je implicitním rysem závislosti (West, 2016, s. 21).

1.2 Závislost

O závislosti hovoříme tehdy, je-li oslabena, nebo zcela chybí kontrola jedince nad usilováním o drogu a nad jejím užíváním. Závislý jedinec touží získat drogu i přes s tím spojené nepříznivé důsledky (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 86).

Vznik závislosti vyvolává v těle jedince celou řadu biochemických změn, které jsou v přímém vztahu k látce či činnosti, na kterou vzniká závislost. Závislost není jen projevem psychickým a sociálním, její podstata tkví v narušení biologických regulací v organismu (Kalina a kol., 2015, s. 33). Smolík definuje syndrom závislosti jako seskupení behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, jenž se vyvinou po opakovaném užívání psychoaktivní látky (Smolík, 1996, s. 119). Podle Světové zdravotnické organizace lze o závislosti na psychoaktivní látce hovořit tehdy, jsou-li současně splněny minimálně tři z níže uvedených charakteristik (Nešpor, 2011, s. 9-22):

- Silná touha nebo silné puzení užívat psychoaktivní látku (craving, bažení),
- Potíže v sebeovládání při užívání látky (pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky),
- Somatický (tělesný) odvykací stav při omezení nebo zastavení přísunu psychoaktivní látky,
- Průkaz (růst) tolerance spočívající ve vyžadování vyšších dávek látek k dosažení účinku původně vyvolaného nižšími dávkami,
- Postupné zanedbávání jiných zájmů a potěšení ve prospěch užívané psychoaktivní látky a času k jejímu získání nebo k zotavení se z jejího účinku,
- Pokračování v užívání navzdory jasnému důkazu o zjevně škodlivých následcích.

Raboch a Pavlovský (dle Fischer S., Škoda J., 2018, s. 87) uvádějí, že vzhledem k různým účinkům psychoaktivních látek je možné setkat se s rozlišením závislosti na biologickou a psychickou (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 87):

- Biologická (somatická) závislost – je definována jako stav adaptace organismu na drogu, projevující se zvýšenou tolerancí a rozvojem abstinčních příznaků při vysazení látky či omezení jejího množství,
- Psychická závislost – je definována jako potřeba užívat látku za účelem vyvolání příjemných pocitů či k odstranění těch nepříjemných.

Faktory podílející se na vzniku závislosti

Příčiny vzniku závislosti jsou ovlivněny mnoha činiteli. Vznik a rozvoj závislosti mohou způsobit různé biologické a sociální faktory. Mezi tyto mohou patřit (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 88-90):

1. *Genetické predispozice* – mnohé studie spojené s alkoholismem prokázaly, že u jedinců z rodin, kde byl rodič alkoholikem, je 10x vyšší pravděpodobnost vzniku alkoholismu. Přestože studie doposud jednoznačně neprokázaly souvztažnost existence specifických genetických informací vedoucích ke vzniku závislosti a samotným vznikem závislosti, jsou jejich výsledky považovány za dostatečné věrohodné k tomu, aby genetické predispozice byly považovány za faktor podílející se na vzniku závislosti,

2. *Biologické predispozice* – jsou spojeny s metabolickým zpracováním psychoaktivních látek. Někteří jedinci mohou tyto látky zpracovávat lépe a proto je u nich větší pravděpodobnost častějšího a vyššího množství jejich užívání,

3. *Psychické faktory* – jsou faktory spojené s prožíváním, uvažováním a způsobem chování, související s požitím látky, emocionálním laděním, odpovídajícím posouzením sebe i okolí a sebekontrolou při užívání psychoaktivních látek,

4. *Sociální faktory* – se kterými je spojován zejména vliv prostředí. Zvláště významnými jsou:

- Vliv rodiny (dysfunkční rodina, anomalita rodičů, syndrom CAN apod.),
- Vliv sociální skupiny (party, subkultury),
- Vliv životního prostředí (prostředí měst a vybraných aglomerací – sídliště a průmyslové zóny, snížená společenská kontrola a anonymita, migrace obyvatel, chybějící kořeny a vztahy),
- Sociální konformita (uchování a tvorba sociálních kontaktů a vazeb), např. prostředí spojená s realizací podnikatelských aktivit).

Lloyd současně uvádí (dle Fischer S., Škoda J., 2018, s. 91) další rizikové faktory. Těmi jsou problémy se závislostí v rodině, špatný školní prospěch, sociální deprivace, deprese, sebevražedné chování v době dospívání, popř. nízký věk počátku zneužívání psychoaktivních látek jedincem (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 91).

1.3 Závislost na alkoholu

Závislost na alkoholu se rozvíjí po dlouhodobém užívání a předchází jí poměrně dlouhé časové období, kdy je již patrné tělesné i psychické poškození (Kalina a kol., 2015, s. 54). Rozvoj alkoholové závislosti rozděluje Jellinek do čtyř vývojových stádií (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 93):

1. *Stádium počáteční (prealkoholické)* – jedinec si uvědomuje, že pije odlišně od ostatních, a že mu alkohol přináší úlevu od problémů. Zvyšuje tedy množství i četnost pití.

2. *Stádium varovné (prodromální)* – je charakteristické zvyšující se tolerancí alkoholu, stoupající spotřebou a narušenou kontrolou nad množstvím a pitím. V tomto stádiu se také jedinec začíná za své pití stydět, dochází zde k výčitkám či racionalizacím, začínají se také objevovat „okénka“ (palimpsesty).

3. *Stádium rozhodné (krucální)* – je charakteristické stále se zvyšující tolerancí. Okénka jsou spojena téměř s každou konzumací, která je téměř denně. Nad pitím již chybí jakákoliv kontrola i přes to, že jedinec často bývá přesvědčen, že „kdyby chtěl, mohl by přestat“. Nemocný dává přednost společnosti lidí, kteří mu pití nevyčítají, naopak mu poskytují sociální oporu. Ve třetím stádiu také dochází ke změně osobnostních vlastností, změnám v preferenci hodnot, k oploštění zájmů (depravaci), k rozpadu mezilidských vztahů.

4. *Stádium konečné (terminální)* – odpovídá nejvíce syndromu závislosti. Tolerance na alkohol se začíná snižovat, dochází tedy k rychlému opití se. Nemocný není schopen bez alkoholu vydržet. Zřejmé jsou somatické i psychické poruchy, je vážně narušena sociální interakce s okolím. Typické jsou v této fázi stavy bezmoci – dotyčný si uvědomuje svoji neschopnost závislost zvládnout. Má potíže, když pije, i když nepije. Postupně dochází k fyzickému i psychickému chátrání a sociálnímu úpadku, jedinec není schopný fungovat s alkoholem i bez něj.

Účinek alkoholu závisí na dávce a dalších faktorech, jakými jsou např. vliv prostředí nebo dispozice. Po požití alkoholu je nejčastějším stavem projev prosté opilosti. Malé dávky alkoholu působí stimulačně, vyšší tlumivě. Na počátku se dostavuje zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie, později dochází ke ztrátě zábrán a kritičnosti. Postupně přichází únava, útlum a spánek (Kalina a kol., 2015, s. 52).

Podle stejných autorů má intoxikace čtyři stádia v závislosti na hladině alkoholu v krvi. Těmito stádii jsou (Kalina a kol., 2015, s. 52):

- Lehká opilost,
- Opilost středního stupně,
- Těžká opilost,
- Těžká intoxikace se ztrátou vědomí.

Intoxikace s sebou přináší krátkodobé či dlouhodobé nežádoucí účinky, mezi které patří (Kalina a kol., 2015, s. 52):

1. Krátkodobé nežádoucí účinky:

- Somatické příznaky jako jsou porucha rovnováhy, zpomalení reakčního času, nevolnost, zvracení,
- Poruchy chování s agresivitou a snížená sebekritičnost,
- Při těžkých intoxikacích porucha vědomí až smrt.

2. Dlouhodobé nežádoucí účinky:

- Poškození trávicí soustavy,
- Poškození oběhového systému,
- Porucha krevetvorby a chudokrevnost,
- Poruchy spánku a úzkostně – depresivní stavy,
- Psychotická porucha způsobená poškozením mozku (halucinace, bludy, ztráta paměti, demence),
- Poškození nervového systému,
- Poškození žláz s vnitřní sekrecí,
- U těhotných žen vážné poškození plodu.

Howard uvádí, že: „*alkoholismus a chronické užívání alkoholu jsou spojovány s mnoha zdravotními, psychiatrickými, sociálními a rodinnými problémy. Ohroženi jsou členové rodiny, včetně dětí, kteří jsou vystaveni problémům s alkoholismem prvního stupně. Například děti rodičů závislých na alkoholu vykazují vyšší míru alkoholismu než děti, které nemají závislé rodiče. Pro sociální pracovníky je důležité mít na paměti, že alkohol a problémy s alkoholem ovlivňují zdraví, bezpečnost a životní pohodu lidí*“ (Howard, 2013, s. 175 [vlastní překlad]).

Závažnost vzniku a rozvoje alkoholové závislosti je také dána mj. i jeho dostupností.

Room a další (dle Fischer S., Škoda J., 2018, s. 91) poukazují na skutečnost, že alkohol je nejrozšířenější a nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou, která je v našem prostředí i světě velmi akceptovaná, běžně dostupná a spolu s cigaretami propagovaná prostřednictvím masivních reklamních kampaní, cílících především na mladé lidi.

To se projevuje na počtu osob s vyjádřeným syndromem závislosti na alkoholu, který v ČR pravděpodobně převyšuje 300 000 (Kalina a kol., 2015, s. 51).

Pešek tento údaj na základě posledních výzkumů a odhadů navyšuje na 0,5 milionu dospělých Čechů, z nichž dvě třetiny tvoří muži (Pešek, 2018, s. e21).

O závažnosti v celosvětovém měřítku informovala i Světová zdravotnická organizace, která v září roku 2018 zveřejnila zprávu o alkoholu a jeho vlivu na zdraví. Ve zprávě se uvádí, že závislost na alkoholu se celosvětově týká 237 milionů mužů a 46 milionů žen (Alkohol pod kontrolou, Zprávy [online]).

Léčení alkoholové závislosti a její úskalí

Ethanol, který vzniká kvašením cukrů, je látkou známou lidstvu od starověku, stejně jako problémy s jejím nadužíváním (Kalina a kol., 2015, s. 51).

K rozhodnutí léčit se dospívá pouze malá část jedinců z těch, u kterých lze stanovit diagnózu škodlivého či hraničního užívání, ale i těch, u kterých lze hovořit o závislosti. Důvodem rozhodnutí mohou být zdravotní komplikace, obavy z reakce společnosti či osobní důvody ve formě ztráty rodiny a blízkých, kteří jim byli oporou. Jako první je důležité zvládnutí odvykacího syndromu, což je úkolem pro medicínu, mj. za použití farmak (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 108). Farmaka mají za cíl vyvolat averzi vůči užívání alkoholu a ovlivňovat bažení, které při léčení závislosti představuje závažný problém.

Nešpor uvádí, že: „závislost nemá jedinou příčinu, a proto se také při léčbě používá více postupů“ (Nešpor, 2011, s. 59). Takovými postupy jsou podle Vágnerové (Vágnerová, 2012, s. 576):

- Léčebný režim – kdy je pacient hodnocen na základě dodržování určitých pravidel pro vytváření účelnějších vzorců chování,
- Psychoterapeutické metody – jejichž cílem je dosažení náhledu na situaci, porozumění mechanismu závislosti v rámci vlastního příběhu pacienta, změna životního stylu a nácvik vyrovnávání se zátěžemi,
- Práce s rodinou, rodinná a manželská terapie – pro důležitost zachování významných interpersonálních vztahů a rodinného zázemí jako motivace

a poskytnutí pomoci nemocnému, stejně jako pro změnu chování rodinných příslušníků, aby jejich zafixované chování nevedlo k udržování zažitého reagování a k recidivě. Nestačí léčit jen závislého, ale celý rodinný systém.

- Svépomocné skupiny – které nabízejí porozumění a podporu závislému i rodinným příslušníkům,
- Socioterapie – která představuje podporu při novém zařazení do společnosti, hledání zaměstnání a vytváření potřebných sociálních kontaktů.

Obecně je při léčbě závislosti používána terapie či poradenství v protialkoholních léčebnách, psychiatrických klinikách a dále v alkoholicko-toxických poradnách. V začátcích závislosti nebo po léčbě v protialkoholní léčebně může mít léčba ambulantní formu, při hospitalizaci je využívána léčba stálá. Léčba alkoholové závislosti vyžaduje dodržování přísné doživotní abstinence. V případě jejího porušení jsou časté relapsy a recidivy. Jako účinná se jeví krátkodobá, opakovaná hospitalizace. Velká pozornost při terapiích a poradenství je věnována účasti rodinných příslušníků a blízkých známých, někdy i spoluzaměstnanců (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 110).

V posledních letech se k léčebné strategii celoživotní abstinence objevují i opačné postoje, jakými je např. koncept harm reduction. Ten k celoživotní abstinenci uvádí, že není dosažitelná pro každého. Mc Vinney et al. (dle Vavrinčíková, 2012, s. 22) jako důvod uvádějí skutečnost, že úplná abstinence nemusí být v danou chvíli tím nejdůležitějším a nejvhodnějším cílem pro nemocného. Prioritou harm reduction je snížení negativních dopadů a ne snížení užívání jako takového (Vavrinčíková, 2012, s. 22).

Vzhledem k tomu, že v této oblasti zatím není příliš zkoumaná úspěšnost, nebudu koncept ve své práci blíže konkretizovat.

1.4 Závislost na vybraných nealkoholových látkách

Jak bylo uvedeno v kapitole 1.1, duševní poruchy a poruchy chování způsobují mimo alkohol i další psychoaktivní látky, způsobující návykové chování.

V této části bakalářské práce krátce představím vybrané druhy těchto závislostí a spolu s nimi také uvedu rizikové sociální skupiny, popř. skupiny jejich nejčastějších uživatelů.

Popis jednotlivých skupin má za cíl ukázat širokou oblast, se kterou se mohou pracovníci setkat v běžné praxi sociální práce s rodinami se závislými, kdy mnohé z rodin se ocitly v nepříznivé životní situaci v důsledku závislosti jejího člena.

Aby sociální pracovník mohl nabídnout vhodnou a účinnou pomoc je nutný jeho přehled oblasti závislostí jako celku pro jeho orientaci a následnou intervenci. Považují tedy za vhodné některé z nich v práci krátce zmínit.

1. Závislost na nikotinu

Závislost na nikotinu působí změny nálad, redukuje stres a zvyšuje výkon jedince. Nejpopulárnějším způsobem intoxikace je kouření cigaret. Léčba závislosti na kouření je značně obtížná a nepříliš úspěšná, přestože dnešní přístupy jsou založeny na farmakologickém mírnění odvykacích příznaků (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 96-97). Kuřáky mohou být muži, ženy, senioři, ale i děti a mladiství.

2. Závislost na opioidech (opiátech)

Opiáty vyvolávají stav a pocity uvolnění, útlumu, euforické nálady, dochází k omezení funkcí paměti, myšlení a pozornosti. Později nastává celková otupělost, nastupující odvykací stav je spojen s úzkostí, pocením, nervozitou, neklidem, nespavostí, podrážděností, někdy nesnesitelnými svalovými křečemi. Základem léčby je tzv. substituční léčba, při níž je pod lékařským dohledem podávána předepsaná psychoaktivní látka farmakologicky příbuzná s látkou, na niž vznikla závislost (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 98). Uživatelé opiátů jsou muži, ženy i dospívající mládež.

3. Závislost na kanabinoidech

Kanabinoidy se projevují zpomalením vnímání času a zostřením smyslového vnímání. Dostavují se i pocity vyšší sebedůvěry a zvýšené tvořivosti, tyto však nejsou doprovázené skutečným zlepšením výkonu. Při dlouhodobém užívání jsou popisovány poruchy pozornosti, soustředění a rychlosti zpracovávání informací. Hlavní nebezpečí tkví v odblokování zábran a přestupu k užívání tzv. tvrdých drog (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 100-101). Ohroženou skupinou jsou muži, ženy, mladiství.

4. Závislost na sedativech a hypnotikách

Jedná se o závislost na farmakách předepisovaných na lékařský předpis. Závislost se vyvíjí velmi dlouhou dobu chronickým užíváním sedativ a hypnotik. Tato závislost je v současnosti velmi rozšířená (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 101). Rizikovou skupinou jsou nemocní užívající tyto léky.

5. Závislost na stimulantech

Stimulancia zvyšují bdělost, zrychlují metabolismus a tepovou frekvenci, zvyšují pozornost a výkonnost, objevuje se veselí, euforie, myšlenkový trysk. Ohroženou skupinou je především mládež – ta sáhne po stimulantech v době požadavků na vysoký výkon,

např. při učení na zkoušky, v časovém stresu, sportovních nebo tanečních akcích (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 102).

6. *Závislost na organických rozpouštědlech*

Organická rozpouštědla jsou velmi nebezpečnou skupinou látek, které jsou levné a snadno dostupné. Jejich užívání má závažné somatické a psychické důsledky. Účinky intoxikace těkavými rozpouštědly v mnohém připomínají účinky alkoholických nápojů. Díky snadné dostupnosti jsou rozpouštědla často zneužívána dětmi a mládeží (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 105).

7. *Závislost na halucinogenech*

Halucinogeny vyvolávají deformaci vnímání a změny myšlenkových procesů. Halucinace jsou nejčastěji vizuální, mohou ale působit na kterýkoliv smysl, mohou měnit jedincovo vnímání času, obklopujícího světa i vnímání sebe sama. Jde o účinnou látku rostlin, povzbuzující centrální nervovou soustavu člověka (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 105).

V postmoderní době se také stále častěji setkáváme s novou formou závislostí, které nejsou vázané na určitých substancích. Jedná se o tzv. nelátkové závislosti a ani tyto nejsou výjimkou v běžné praxi sociální práce s rodinami. I zde platí, že aby sociální pracovník mohl nabídnout vhodnou intervenci, je nutná znalost i této oblasti.

1.5 Nelátkové závislosti

Mezi nelátkové závislosti řadí Víchová a Koblovský závislost na on-line nakupování, jídle (konzumaci jídla), internetu, sociálních sítích, pornografii. Často se u těchto nových závislostí lze setkat s různými kombinacemi (Víchová, Koblovský, 2013, s. 179).

1. *Závislost na internetu*

Závislostní chování ve vztahu k internetu lze rozdělit do pěti základních kategorií (Kopecký, Szotkowski, 2018, s. 36):

- Závislost na virtuální sexualitě (nutkavé používání webových stránek pornografického zaměření),
- Závislost na virtuálních vztazích (nadměrné věnování se virtuálním vztahům),
- Internetové kompulze (např. hraní online počítačových her či internetové nakupování),
- Přetížení informacemi (nadměrné surfování na internetu nebo hledání v databázích),

- Závislost na počítači (nadměrné hraní počítačových her).

Benkovič k závislosti na internetu a jeho virtuálnímu světu uvádí psychologické zvláštnosti a specifika. Patří mezi ně iluzorní pocit anonymity, používání pravé či nepravé identity – úplné otevřenosti anebo polopravd a lží, ale také nové formy emočního vyjadřování se a projevů. Ty jsou spojeny nejčastěji s internetovým hazardním hráčstvím a elektronickou pornografií (Benkovič, 2007, s. 263).

Kopecký a Szotkowski doplňují, že patologie internetového prostoru se netýká pouze dospělých jedinců, ale dopadá také na děti. U těch je závislostní chování spojeno především s využíváním sociálních sítí a online her (Kopecký, Szotkowski, 2018, s. 35).

Charakteristickými pro internetové závislosti jsou silné touhy zapnout počítač bez jasného cíle, zkontrolovat SMS, zkontrolovat statuty na sociální síti, neschopnost stanovit si začátek a konec aktivit na internetu či postupné zanedbávání dalších aktivit (Kopecký, Szotkowski, 2018, s. 35).

Podle Víchové a Koblovského spočívá úskalí léčby internetových závislostí oproti látkovým závislostem v praktické nemožnosti vyloučit u závislého přístup k objektu závislosti. Pro srovnání uvádějí, že například u alkoholové závislosti lze pro snížení recidivy doporučit závislému úplné vynechání alkoholu, vč. minimalizace jeho dostupnosti (např. i odmítnutím socializace se skupinami, kde lze očekávat konzumaci alkoholu). U internetových závislostí takovéto doporučení prakticky možné není. Důvodem je skutečnost téměř nezbytného využívání počítačových technologií k běžnému životu (nákup produktů, internetové bankovníctví, vyhledávání základních informací, apod.), kdy by jejich úplná abstinence mohla mít pro závislého negativní důsledky, např. v podobě ztráty informovanosti, ztížené možnosti nalézt si práci nebo i sociálním vyloučením (Víchová, Koblovský, 2013, s. 179).

Na naléhavost problému IT prostoru zasahujícího do důstojnosti lidského života reaguje i římskokatolická církev výzvou k utváření nové, „algoritmické etiky“, kterou v únoru 2020 ve Vatikánu společně podepsali významní političtí představitelé a zástupci předních světových IT firem (RadioVaticana [online]).

2. *Poruchy příjmu potravy*

Co se týče závislostí na jídle či jeho konzumaci, Krch k nim řadí především poruchy příjmu potravy, zastoupené mentální anorexií, bulimií nebo záchvatovitým přejídáním (Krch, 2016, s. 238).

- Mentální anorexie je definována jako vědomé a záměrné odmítání jídla z obavy ze ztloustnutí a z touhy po chorobné vyhublosti (Papežová, 2010, s. 22).
- Bulimie je silné a neovladatelné nutkání přejídat se, jehož příčinou byl chorobný strach ze ztloustnutí. Následkem je charakteristická forma chování, která má postiženým pomáhat zbavit se strachu ze ztloustnutí zvracením či užíváním „pročišťujících prostředků“, popř. oběma způsoby (Papežová, 2010, s. 23).
- Záchvatovité přejídání není podle Hainera a kol., oproti bulimii, spojeno s pravidelným kompenzačním chováním a je charakteristické především pro osoby trpící nadváhou či obezitou. K záchvatovitému přejídání dochází alespoň dvakrát týdně po dobu šesti měsíců a je provázeno pocitem úzkosti (Hainer a kol., 2011, s. 376).

Poruchy příjmu potravy patří mezi nejčastější a současně také mezi nejzávažnější problémy dospívajících dívek a mladých žen (Krch, 2016, s. 238). Dotýká se také mužů, ti jsou ale spíše výjimkou (Papežová, 2010, s. 37).

Léčba poruch příjmu potravy bývá obtížná, určitým problémem je častý negativní postoj anorektických pacientů k léčbě (Vágnerová, 2012, s. 478). Ten může být dán především skutečností, že mentální anorexie je nemocnými popisována jako „ceněná“ diagnóza (Papežová, 2010, s. 25).

3. *Oniomanie*

Oniomanie, neboli závislost na nakupování, je charakteristická neovladatelnou touhou nakupovat víc, než jedinec potřebuje, popř. víc, než si může dovolit. Postihuje převážně ženy, není však výjimkou i zastoupení mužů. V poslední době se s ní lze setkat také u seniorů, např. v rámci slevových akcí hypermarketů (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 131).

K léčbě této závislosti Hubinková (dle Fischer S., Škoda J., 2018, s. 133) formuluje preventivní kroky, které mají předcházet tomuto chování. Jde především o platební kázeň v rámci bezhotovostního styku a dbát zvýšené pozornosti proti účinku reklam.

4. *Nomofobie*

Nomofobie je závislost na mobilních telefonech, resp. patologická závislost na telefonování či posílání krátkých textových zpráv SMS, multimediálních zpráv MMS, ale také komunikace realizovaná prostřednictvím internetových aplikací Viber, WhatsApp, Skype, Facebook Messenger atd. (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 133).

Úskalí léčby tkví ve vynalézavosti postižených, kteří si při odebrání telefonu okamžitě obstarají nový, ať už legální koupí, prostřednictvím úvěru či splátek,

popř. překročením zákona trestnou majetkovou činností. (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 136).

5. *Workoholismus*

Workoholismus je definován jako závislost na práci. Dle Oatese (dle Vágnerová, 2012, s. 581-582) je charakteristický nadměrným zaujetím prací, nutkáním k pracovní aktivitě a vysokému výkonu bez ohledu na negativní následky takového jednání. Workoholici bývají nadměrně kritičtí i sebekritičtí, základem jejich sebehodnocení je pracovní výkon. Ten se jim stává nejvýznamnější hodnotou, z níž vyplývá pocit nenahraditelnosti a slouží jim jako zdroj jistoty (Vágnerová, 2012, s. 581-582). Pomoc nemocní vyhledávají až při vzniku zdravotních potíží, které výrazně omezí jeho pracovní aktivity (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 138).

1.6 Sociální důsledky závislostí

Sociální důsledky látkových i nelátkových závislostí se nejvíce projevují v individuálním životě jedince, silně dopadají a odrážejí se na jeho rodině, dětech, nejbližším okolí i celé společnosti.

Sociální důsledky spojené se závislostí a zneužíváním drog jsou obdobné jako u alkoholismu, oproti alkoholismu však dochází u těchto látek k rozvoji závislosti a následným negativním důsledkům mnohem dříve. Velmi často vede k delikvenci a kriminálnímu chování, které je v naprosté většině těchto případů sekundárním problémem (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 110).

Závislost na alkoholu má oproti závislosti na jiných psychoaktivních látkách trochu jiné sociální důsledky. Důvodem je odlišný postoj společnosti k těmto problémům i rozdílné charakteristiky obou skupin. Drogově závislí bývají většinou mladí lidé žijící v původních rodinách, prozatím bez profesní kvalifikace, oproti tomu alkoholici jsou častěji staršími lidmi se svými vlastními rodinami i zaměstnáním. V tomto případě více trpí nová rodina závislého, manželský pár a děti (Vágnerová, 2012, s. 569). Alkoholismus je spojen se ztrátou pracovního výkonu, ztrátou pracovních dovedností a návyků nutných k výkonu řádného a trvalého povolání. Konečným stádiem je ztráta zaměstnání, vč. s tím spojených sociálních vztahů (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 108). O vlivu alkoholu na sociální vztahy hovoří i Gifford. Ten uvádí, že: „*následky alkoholismu se v žádném případě neomezují pouze na pijana – jednotlivce, ale dramatický dopad zneužívání alkoholu se řetězí v reakci, která ovlivňuje celou rodinu a přátele závislého*“ (Gifford, 2010, s. 87 [vlastní překlad]).

Dojde-li k překročení sociokulturní normy užívání alkoholu, stane se závislý předmětem sociálního stigmatu. Jeho postavení ve společnosti lze charakterizovat jako odmítání, kritiku, opovrhování, štitivost. Jedinec je vystaven hrozbě sociální izolace. Útěchu nachází u podobně postižených jedinců (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 108).

Nadměrná konzumace alkoholu tedy ničí zdraví jednotlivců a bolestivě zasahuje rodiny i celou společnost. Přes své negativní účinky však alkohol zůstává tradiční zneužívanou látkou a je využíván při různých formálních, neformálních i náboženských příležitostech (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 91).

Tato část práce si kladla za cíl ukázat na problém závislosti, na jeho charakteristiky a těžkosti spojené s jejím vznikem, průběhem a léčbou. Z pohledu sociální práce především pak na sociální důsledky, které s sebou přináší. Znalosti rizik a úskalí spojených se závislostí a jejich vlivu na návrat závislého do společenského prostředí tak pomáhají sociálnímu pracovníkovi, aby pomoc byla účinná a efektivní nejen pro závislého, ale i jeho rodinu a rodinné prostředí.

2 Rodinné prostředí a jeho dynamika

2.1 Rodina

Rodina je definována jako forma dlouhodobého solidárního soužití osob spojených příbuzenstvím a zahrnující přinejmenším rodiče a děti. Moderní formu rodiny označujeme jako rodinu atomární či nukleární (také manželskou, párovou), podle toho, že jejím „jádrem“ jsou rodiče a děti, nikoli už rozsáhlá síť příbuzenstva jako v dobách tradiční společnosti (Jandourek, 2003, s. 114). Je unikátní a nenahraditelnou institucí, protože optimálně spojuje osobní zaujetí dospělých na prospěchu partnerů i dětí s univerzálním zájmem společnosti na stabilizovaném soužití mužů a žen i na socializaci „řádných občanů“. Dítě nemůže získat základní pocit jistoty bez jistoty v blízkých lidech (Matoušek, 2003a, s. 183).

2.2 Funkce rodiny

Podle Fischera a Škody je rodina považována za nejdůležitější sociální skupinu, ve které člověk žije. (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 155).

Dochází v ní k naplňování fyzických, psychických a sociálních potřeb, poskytuje potřebné zázemí ke společenské seberealizaci. Zkušenosti a vzorce chování, které zde jedinec zakouší, nemůže získat v jiném prostředí. Každá rodina je zdrojem originálního systému hodnot a jejich preference, jenž ovlivňují chování členů rodiny ve vzájemném působení se společenským okolím. Rodina formuje jedince v průběhu jeho vývoje a významně tak určuje jeho budoucí společenské role i jeho identitu obecně. (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 155-156).

Podobně i Matějček (1988) uvádí dvě základní funkce rodiny, kterými jsou právě zajištění citového zázemí všem svým členům a příprava dětí pro život ve společnosti (Matoušek a kol., 2005, s. 45).

Z hlediska společnosti pak plní rodina řadu funkcí:

- Biologických,
- Ekonomických,
- Sociálních,
- Psychologických.

Pakliže některé z nich neplní, může se rodina pro její členy stát zdrojem případného negativního vývoje či poruch chování, vč. rozvoje sociálně patologických jevů. V takovém případě se hovoří o afunkční a dysfunkční rodině, kde není možno zajistit normální vývoj dítěte a plnit požadavky společnosti na jeho výchovu (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 158).

Dysfunkční rodiny vykazují některé z následujících charakteristik:

- Popírání či neřešení problému,
- Vzájemné obviňování,
- Chybějící intimita,
- Rigidní role,
- Potlačování osobní identity na úkor rodinné identity,
- Nejasná pravidla a kompetence.

Dysfunkční systém může produkovat individuální psychopatologii, jako např. užívání návykových látek, asociální chování, apod. Psychopatologie jednotlivých členů rodiny zpětně působí na fungování rodiny jako celku (Sobotková, 2012, s. 35).

Mezi další jevy, které mohou negativně působit na jedince a díky kterým se rodina může sama o sobě stát zátěží, patří např. (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 156):

- Problém anomálních osobností rodičů, kdy rodiče nemohou, neumějí či nechtějí z různých důvodů správně pečovat o děti a sami se dopouštějí asociálního a antisociálního chování,

- Problém úplnosti rodiny, náhradních rodičů, náhradní výchovy až výchovy ústavní,
- Problematiku týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte – syndrom CAN - Child Abuse and Neglect.

Podle Vágnerové (dle Fischer S., Škoda J., 2018, s. 163) je dalším významným faktorem špatného působení rodinného prostředí psychická deprivace dítěte, kdy dítě není ze strany rodičů akceptováno, a proto citově strádá. Zásadní je zde přítomnost role matky, která je pro dítě zdrojem bezpečí a jistoty a která pomáhá dítěti získávat pocit důvěry ve svět, pocit vlastní sebedůvěry a v souvislosti s tím navazovat a udržovat vztahy s okolím (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 163).

Často ke ztrátě funkčnosti rodiny dochází právě v souvislosti s deviantně patologickým chováním, jako je závislost, delikvence apod. (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 156).

2.3 Rodinné systémy, podsystémy a rodinné vazby

Prvním místem našeho vnímání podoby světa je rodina. Na svět přicházíme jako součást primární triády: matka, otec, dítě. Primární triáda je první ze sledu systémů, jejichž součástí se staneme (Satirová, Banmen, Greberová, Gomoriová., 2005, s. 25). V raném procesu socializace se na základě rodiny vytváří u dítěte jeho vlastní identita, kdy programuje své chování a vědomí vlastního já (Minuchin, 2013, s. 52).

Člověk žijící v rodině je členem systému, kterému se musí přizpůsobit (Minuchin, 2013, s. 23). Tento systém je celek vzájemně propojených a závislých částí, kdy změna jedné části vyvolá změnu u všech zbývajících. V rodině platí, že každý člen i všechny události ovlivňují a jsou ovlivňovány ostatními (Satirová, Baldwin, 2012, s. 101).

Rodina je tedy systém, který je v chodu na základě transakčních vzorců, které ovládají chování členů rodiny. Opakované transakce vytvářejí vzorce kdy a jak se ke komu vztahovat. Tyto vzorce jsou pak základem rodinného systému. Neviditelný soubor funkčních požadavků, které organizují způsob chování členů rodiny, vytváří rodinnou strukturu. Ta musí být schopna přizpůsobit se, jakmile se změni dané podmínky (Minuchin, 2013, s. 55-56).

Rodina si pro jisté účely sama vytváří jisté konfigurace – podsystémy. Tato spojení jednotlivců mohou být z důvodu tvorby závažných rozhodnutí, ke sdílení manželské sexuality, pěstování společných zájmů, k posilování svých sexuálních rolí

(např. matka a dcera) a k vymezení jedné generace vůči jiné generaci. V podsystémech současně platí interakční zvyklosti a hierarchie. Každý jednatel má své místo v mnoha takových podsystémech rodiny. Přecházením z role jednoho podsystému do role v jiném podsystému nabývá pocitu osobitosti, odlišnosti či zvláštnosti (Matoušek, 2003b, s. 83). Minuchin (1974) věnuje zvláštní pozornost podsystémům: manželskému – který vidí jako spojenectví muže a ženy, k němuž dítě nemá přístup, dále podsystému rodičovskému – který je dítěti přístupný s jasně definovanou hranicí a který současně zabezpečuje naplňování většiny potřeb dětí a podsystému sourozeneckému. Důraz klade na jasné vymezení hranic a pravidla pro jejich překračování (Matoušek, 2003b, s. 83).

Podle Minuchina jsou hranice subsystému tvořeny pravidly, jenž určují, kdo se do čeho zapojuje a jak. Účelem hranic je chránit rozlišení v systému, protože každý rodinný subsystém má své určité úkoly a klade na své členy jisté požadavky. Hranice subsystémů musí být zřetelné a jasné, zároveň však musejí umožnit kontakt se členy jiných subsystémů. Důvodem pevnosti hranic je skutečnost, že jedině tímto způsobem jde v rodině vše tak, jak má. Zároveň tím ale subsystém dokáže čelit i vnějším zásahům.

V některých rodinách však dochází k zmenšení hranic či jejich smazání, což je výsledkem rodinného procesu uzavírání se sama do sebe, čímž si rodina buduje svůj vlastní mikrokosmos. U jiných rodin jsou známy příliš rigidní hranice, kde komunikace vážně a dochází k oslabení ochranných funkcí rodiny. Tyto skutečnosti jsou však ohnisky případné patologie (Minuchin, 2013, s. 57-58).

O charakteristice otevřených a uzavřených rodinných systémech hovoří i Sobotková, která uvádí, že v uzavřeném systému se rodina sice může cítit bezpečněji, ale časem se stává rigidní. To jí vede k neschopnosti přiměřeně reagovat na změny, stejně jako neumožňuje rozvoj svých členů. Míra schopnosti snášet stres je nízká, rodina také kvůli nedostatku kontaktu s okolím nemá dostatečnou podpůrnou síť a je zranitelnější v krizích (Sobotková, 2012, s. 26). Satirová, Baldwin uvádějí, že uzavřený systém je řízen prostřednictvím moci, závislosti, poslušnosti, konformity a pocitů viny. Změna vyvolává nerovnováhu, a tudíž ji uzavřený systém nepřipouští. Členové tohoto systému jsou udržováni v nevědomosti, omezení a podrobení pravidly, tresty a pocitu viny. Jejich zkušenost vyvolává pochyby o vlastní sebeúctě a zvýšenou potřebu sebepotvrzení okolím. Oproti tomu otevřený systém dovoluje svým členům pocitu kompetence a schopnosti řídit vlastní život podle vlastních představ. Základem tohoto systému je jeho schopnost pružně reagovat na změny kontextu, je prostorem pro vyjádření přání, nadějí, lásky, hněvu, strachu či frustrace, vč. přiznání vlastní chyby. To vše bez pocitu viny, strachu z trestu,

zesměšnění či zavržení ostatními (Satirová, Baldwin, 2012, s. 102). Otevřené systémy jsou tedy díky své adaptibilitě schopné přijímat nové zkušenosti a měnit ty vzorce, které se ukáží jako nefunkční či nevhodné (Sobotková, 2012, s. 26).

Pro to, aby mohla být rodina funkční, musejí být rodiče současně schopni děti vést a vystupovat vůči nim jako autorita. V opačném případě může nastat tzv. perverzní triangl, jenž vznikne vtažením dítěte do rodičovského konfliktu, kdy se dítě následně stane obětním beránkem obou rodičů, spojencem jednoho proti druhému nebo „harmonizujícím“ prvkem, který zakrývá přítomnost konfliktu (Matoušek, 2003b, s. 83).

Přes všechny krize ale rodina zůstává stále důležitým prostředím, kde jedinec prochází prvními fázemi socializace, kde se mu dostává podpory a prožívá intimitu, kterou mu jiné instituce nemohou poskytnout. (Jandourek, 2003, s. 114).

2.4 Rodina a vnější vztahy

Přestože je tedy rodina živnou půdou pro psychosociální rozvoj svých členů, musí se současně přizpůsobovat společnosti (Minuchin, 2013, s. 52).

Vnější vztahy vytváří na základě své představy sociální skutečnosti. Podle Reisse (dle Matoušek, 2003b, s. 85) si přesvědčení o tom, jak má takový život ve společnosti vypadat, resp. přesvědčení o sociální realitě společnosti, rodina utváří na základě tří dimenzí rodinného paradigmatu (Matoušek, 2003b, s. 85):

- První dimenzí je *Konfigurace*, která určuje, nakolik rodina vnímá své prostředí jako přehledně strukturovatelné a předpověditelné a nakolik je schopna v sociálním světě objevovat pravidelnosti,
- Druhou dimenzí je *Koordinace*, jenž je parametr vyjadřující to, jak se rodina cítí být vnímána sociálním okolím,
- Třetí dimenzí je *Uzavřenost*, která stanovuje rovnováhu mezi otevřeností rodiny k novým zkušenostem a uchováváním tradic.

Rodina tedy čelí jak tlaku vnitřnímu, jehož původem jsou vývojové změny jejich členů a subsystémů, tak i tlaku vnějšímu, který přichází z nutnosti přizpůsobit se významným společenským institucím, které mají vliv na rodinné členy (Minuchin, 2013, s. 62).

2.5 Dynamika rodiny

Kromě toho, že rodina je zdrojem podpory, je i zdrojem stresu. Ve společnostech našeho typu, orientovaných na osobní uspokojení, osobní rozvoj a osobní úspěch, je harmonizace rozdílných zájmů jednotlivců žijících v rodině náročným úkolem (Matoušek, 2003a, s. 184). Nositeli symptomů jsou členové rodiny se svými vnitřními intrapsychickými realitami, kteří žijí v prostředí dynamických interakcí rodiny jako celku (Chvála, Trapková, 2016, s. 125).

2.5.1 Rodinné interakce

Rodinné interakce jsou systémově založené, dynamické způsoby komunikace členů rodiny společně s tím, jak se k sobě navzájem vztahují. Existuje šest hlavních dimenzí, které stanovují odlišnost mezi „normálními“ a „dysfunkčními“ rodinami (Sobotková, 2012, s. 47):

- Dominance – souvisí se strukturou moci,
- City – zahrnují emocionální reakce a vztahy, pozitivní i negativní,
- Komunikační dovednosti – především jasnost, přímost, verbální a neverbální soulad
- Výměna informací a instrumentální chování při řešení problému,
- Konflikt jako stupeň otevřené tenze v rodinné interakci,
- Podpora, pečování, respekt, porozumění, ocenění.

V sociálních interakcích vznikají emoce, které jsou doprovázeny fyziologickými reakcemi organismu, jako např. slzení při smutku, bušení srdce či bolest svalů při napětí, bolest hlavy při vzteku, apod. Tyto symptomy se u každého člena rodiny neustále proměňují a obnovují. Jejich výskyt je charakteristický v období vývojových krizí, jako jsou např. narození a úmrtí člena rodiny, nástup do školy, začátek puberty, odchod do penze, apod. (Chvála, Trapková, 2017, s. 46-47). Tato krizová vývojová období rodiny se nazývají cyklem rodiny, který se významně podílí na její dynamice (Sobotková, 2012, s. 51-52). K vypořádání se s problémy vyskytujícími se nejen ve vývojových krizích napomáhá rodině její resilience.

2.5.2 Rodinná resilience

Rodinná resilience souvisí se zvládnutím každodenních nároků i mimořádných stresů v rodině. Jde o pružnost, odolnost či schopnost rodiny rychle se vzpamatovávat a zotavit z krize nebo přechodné události, která vyvolala změny v rodinném fungování. Vztahuje se tedy ke zvládacím strategiím a adaptačním procesům v rodině.

Mimo pojem odolnost zahrnuje resilience i potenciál pro růst a rozvoj osobnosti členů rodiny a pro změnu vztahů v rodině. Rodina, resp. její členové, mohou v době zvládání stresu objevit nové schopnosti či náhledy na danou situaci (Sobotková, 2012, s. 80-84).

McCubbin (dle Sobotková, 2012, s. 85) resilienci definoval jako pozitivní vzorce chování, které:

- Jednotliví členové i rodina vykazují jako celek za nepříznivých či zátěžových situací,
- Ovlivňují schopnost rodiny udržet si svou integritu v krizích i při působení stresu.

Podobně jako v případě změny interakcí členů rodiny i v případě resilience mohou její výkyv způsobit změny fází životního cyklu rodiny.

2.5.3 Rodinná vulnerabilita

Protipólem resilience je vulnerabilita. Jde o zranitelnost rodiny, její náchylnost ke zhoršení rodinného fungování, způsobeného nedostatkem sil, nedostatkem zdrojů či společného zaměření na řešení problémů. Rizikové okolnosti mohou postupně vést přes rodinnou krizi až k dysfunkci rodiny (Sobotková, 2012, s. 80-84). Je dána především interpersonálními vztahy a organizační strukturou rodiny. Lze ji chápat jako měnící se okolnost v souvislosti se všemi změnami v rodině a nenormativními nároky, kladenými na rodinu (zdravotní problémy, vážná nemoc, přírodní katastrofy, aj.). Nenormativní nároky bývají nečekané a traumatizující a znamenají tedy značné riziko. Vulnerabilitu rodiny ovlivňuje také úspěšnost zvládání běžných každodenních těžkostí a problémů. Pokud se tyto nakupí, jsou významným zdrojem stresu (Sobotková, 2012, s. 91).

2.5.4 Rodinný stres

Rodinný stres je chápán jako nespécifický požadavek na přizpůsobivé chování rodiny. Úroveň stresu v rodině je vázána na závažnosti a intenzitě stresoru. Zejména na tom, jak jej rodina vnímá a hodnotí, na její schopnosti zvládat jej a na psychické a fyzické kondici členů rodiny v době jeho objevení se (Sobotková, 2012, s. 77). Je-li rodinný příslušník vystaven stresu, je přirozenou tendencí rodiny se jeho změněným podmínkám přizpůsobit. To souvisí s jedním ze základních úkolů rodiny, kterým je ochrana jejích členů. Reaguje-li však rodina na stres příliš rigidně, mohou se objevit dysfunkční transakční vzorce (Minuchin, 2013, s. 63-64). Zdrojem těchto dysfunkčních transakčních vzorců může být podle Satirové mj. také naučený způsob vnímání světa. Většina vztahů západní kultury byla a stále je založena na dominanci a submisivitě.

To odpovídá hierarchickému modelu vnímání světa, ve kterém existuje vztah pouze v jedné z možných variací: jeden je nahoře a druhý dole. Jde o dominantně – submisivní uspořádání, někdy nazývané jako model trestu a odměny. Pocity vyrůstající z hierarchického modelu zahrnují prázdnotu, vztek, strach a bezmoc (Satirová a kol., 2005, s. 25).

Vzorci chování pak odpovídají rolím, které mají formu sebezáchovné pozice (coping), a které Satirová popisuje jako (Satirová a kol., 2005, s. 38-49):

- Usmiřování – pozice charakteristická neschopností říci „Ne“ a podceňováním svých vlastních pocitů a schopností. Usmiřování je maskováno jako „zalíbení se“ za cenu vlastní hodnoty,
- Obviňování – člověk v této pozici stále hledá chyby a pronásleduje druhé, neakceptuje omluvy druhých, odmítá požadavky, které jsou na něho kladeny. Je přesvědčen o tom, že nesmí být „slabý“, že se životem musí „protlouci“,
- Superracionalita – charakteristikou této pozice je, že člověk je nelidsky objektivní, jeho snahou je myslet a mluvit dokonale, zaměřuje se na detaily a vše dlouze popisuje. Snaží se dokázat, že má vždycky pravdu, nedovoluje sobě ani ostatním zaměřit se na pocity,
- Rušení – tato pozice je často zaměňována za zábavnost, spontaneitu a klaunství. Okolím jsou takoví lidé vnímáni jako společenší a zábavní, oni se však snaží odvést pozornost od tématu diskuse, nejsou schopni udržet soustředěnost u konkrétního tématu.

Stejná autorka uvádí, že proto, aby si jedinec odpočinul, své sebezáchovné pozice střídá. Žádná z pozic však není rovnovážná a zdravá. Zdrojem těchto pozic je dětství. Právě v něm byly naše sebezáchovné pozice podmíněny kontextem snahy udržení primárního vztahu s rodiči (Satirová a kol., 2005, s. 52-53).

Rodinnou dynamiku mimo to zásadně ovlivňuje komunikace. Komunikační vzorce ukazují na schopnost členů rodiny vyjádřit své pocity blízkosti, zacházení s informacemi, představu o vztazích v rodině, na způsoby interpretace sdělení i na schopnost adekvátně používat jazyk. V dysfunkčních rodinách je běžná komunikace nepřímá, sdělení nejasná a vyjasnění obtížné. Dysfunkční komunikace je charakteristická neúplnými či překroucenými sděleními a tendencí k zobecňování. Způsob komunikace rodiny také odráží sebeúctu jejích členů (Satirová, Baldwin, 2012, s. 104-105).

Z výše uvedeného je tedy zřejmé, že rodina je nejdůležitějším faktorem ovlivňující celkový psychosociální vývoj člověka. Její členové se od nejútlejšího věku stávají terčem pozorování a bezpečného napodobování a toto formování osobnosti je přímým obrazem kvality rodiny (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 166).

Je tedy důležité, aby se sociální pracovník při své práci s rodinou soustředil na všechny tyto skutečnosti, počítal s nimi a předjímal tak možná rizika, jenž by mohla nastat zejména s členy z dysfunkčních rodin.

3 Práce s rodinou

„*Základem změny rodinného systému je cizí prvek, terapeut*“ (Satirová a kol., 2005, s. 30).

Rodinou se zabývaly odedávna humanitní disciplíny a to soustavně až do 19. stol. Kladly si především otázky o původu rodiny, zabývaly se jejím historickým vývojem a vzájemnou závislostí mezi její a společenskou podobou (Matoušek, 2003b, s. 74).

Za předchůdkyni sociální práce s rodinou a rodinné terapie lze označit Mary Richmond, která ve svém spisu *Sociální diagnóza* nahlíží na klienta jako na součást své rodiny. Svou pozornost tedy zaměřuje nejen na klienta, ale i na jeho rodinu.

Od 30. let minulého století začíná být sociální práce pro své doposud převážně sociologické nahlížení na klienta ovlivňována názory psychoanalytiků, psychologů a psychiatrů, kteří se věnovali duševní hygieně a zajištění podmínek zdravého psychického vývoje a normálního společenského přizpůsobení (Matoušek, 2003b, s 74-75).

3.1 Systémová práce

Rodinná terapie se jako obor začala vyvíjet v souvislosti s kritikou individuální psychoterapie a psychoanalýzy, zejména k jejich nedostatkům a otázníkům, které přinášely (Gjuričová, Kubička, 2009, s. 18).

Za klíčové vlivy v jejím rozvoji lze považovat výzkumy v oblasti schizofrenie a obecnou teorii systémů L. von Bertalanffyho (Kratochvíl, 2006, s. 254). V oblasti schizofrenie prozkoumali G. Bateson a skupina z Palo Alto patogenní vliv dvojné vazby.

Dvojnou vazbou je označován způsob komunikace, při kterém dostává příjemce zprávy sdělení se dvěma protichůdnými, neslučitelnými významy (Matoušek, 2003b, s. 76).

Obecná teorie systémů vychází z biologické teorie, která předpokládá, že všechny organismy jsou systémy, skládající se ze subsystémů, a současně jsou součástí supersystémů. Obecná teorie pracuje s koncepty jako systém, hranice, uzavřený a otevřený systém, vstupy, výstupy, zpětná vazba, apod. (Navrátil, 2014, s. 330). Spolu s vědním oborem kybernetika se obecná teorie stala základem systémové práce (Matoušek, 2003b, s. 75).

Užitečný pojmový rámec poskytl systémové myšlení, které zdůrazňovalo cirkulární kauzalitu – vzájemnou kauzální propojenost různých jevů, o kterých se dříve uvažovalo jen v pojmech lineárně působících příčin vyvolávajících následky. Rodinný terapeut se zde vyznačuje systémovým uvažováním. To znamená, že přestože pracuje s jedním klientem, vnímá kolem něj i jeho rodinu. Jeho chorobný symptom chápe jako projev patologie systému. Terapeutický zásah je zaměřen na změnu rovnováhy a interakcí v systému, aby dosažená změna u konkrétního klienta mohla být trvalá (Kratochvíl, 2006, s. 254).

Systémové myšlení tedy zachycuje systém vztahů a funkční pozice lidí, kteří tvoří systém (Sobotková, 2012, s. 21).

Systémový přístup k rodině využívá při práci s rodinou terapeutické směry, jakými jsou např. Strategická terapie, Model růstů Virginie Satirové a Strukturální rodinnou terapii. Jejich charakteristiky uvádím níže.

Strategická terapie

Strategická terapie podle J. Haleyho předpokládá odpor a obranu rodiny proti změnám, jenž mohou narušit dosaženou patologickou rovnováhu. Používá proto různé strategické postupy a manipulace, které mají obranu znemožnit (Kratochvíl, 2006, s. 256).

Pro terapeuta jsou základní dvě otázky:

- První – Jak symptom pomáhá rodině udržovat rovnováhu nebo překonat krizi?
- Druhá – Jak může být symptom nahrazen efektivnějším řešením problému?

Terapie využívá úkolů a technik, jako je *přerámování* – strategie, při kterém se vnitřní rodinný model světa změní tak, že se problematické chování ocitne v jiné sestavě pravidel a hodnotících kritérií, a dále techniku *paradoxní intervence*. Ta vyžaduje jasné definování problému i vědomí, že je nutné jej vyřešit prostřednictvím zpochybněním perspektivy, v níž je problém vnímán (Gjuričová, Kubička, 2009, s. 25-26).

Model růstu Virginie Satirové

Virginia Satirová oproti jiným psychoterapeutickým školám propojila systematicky intrapsychické a interpersonální procesy. V přístupu vychází z vnitřní – intrapsychické

zkušenosti člověka a současně se zaměřuje na vztahy – interpersonální procesy. V Modelu růstu jde o změnu k lepšímu v procesu vnímání sebe sama a hledáním cesty stát se plnějším člověkem. Satirová vychází z myšlenky, že vzorce, podle nichž žijeme, jsme se naučili v dětství. Současně je přesvědčena, že neexistuje nikdo, kdo by se nemohl změnit, ať už jde o jednotlivce nebo celou rodinu. Změna je umožněna hlubším vhladem do emocionálního světa vlastního prožívání (Navrátil, 2014, s. 278).

Cílem terapie je tedy zvýšení lidského potenciálu a dosažení celistvosti a dále rozvoj a podpora funkčních copingových strategií (procesy zvládnutí). Při práci s rodinami se Satirová zaměřovala především na sebeúctu jednotlivých členů rodiny, komunikační vzorce rodiny a na rodinná pravidla.

Ke zkoumání sebeúcty klientů pomáhají terapeutovi pozorovací techniky: jak klienti prezentují sami sebe, jak se chovají, jak komunikují neverbálně, vnímá, co říkají, a naslouchá obsahu sdělení.

V rámci komunikačních vzorců pomáhá terapeut rodině odhalit dysfunkční komunikační vzorce a hledá s ní efektivnější způsob vyjádření. K tomuto Satirové mj. pomáhala koncepce čtyř inkongruentních komunikačních pozic: obviňování, usmiřování, racionalizování a rušení, popsané v části 2.5.4 této práce.

Co se týče rodinných pravidel, Satirová vždy zkoumala, jaká pravidla v daném systému fungují. Důvodem je skutečnost, že tato pravidla ovlivňují chování jednotlivých členů rodiny (Satirová, Baldwin, 2012, s. 97-109).

Strukturální rodinná terapie

Strukturální rodinná terapie vychází z rodinných podsystémů, definovaných Salvadorem Minuchinem. Struktura rodiny je zde popisována v termínech aliancí, koalic a mezigeneračních bariér. Aliance je chápána jako těsný, zdravý vztah mezi dvěma členy rodiny, koalice je vnímána jako patologický termín, označující příliš silnou vazbu mezi jedním rodičem a jedním dítětem, zaměřenou proti zbytku rodiny (Gjuričová, Kubička, 2009, s. 26). Tyto rigidní koalice působí na fungování rodiny rušivě, proto se je terapeut snaží narušit. Snaží se tím umožnit kladnou a vstřícnou komunikaci v rodině i mimo tyto koalice a podpořit členy rodiny ve sblížení mezi sebou na úrovni manželského i sourozeneckého podsystému. Minuchin se zaměřuje na rodinné subsystemy a zdůrazňuje jejich hranice. Je-li rodinná struktura jasně definovaná, pružná, vypracovaná a kohezivní, funguje rodina dobře. Jak podsystémy vznikají, čemu slouží a jak fungují, bylo popsáno v části 2.3.

Uvedené přístupy považují rodinu za otevřený systém, na který lze terapeuticky působit podněty zvenčí. Z tohoto systémového pojetí se v 80. letech vyčlenil přístup označovaný jako systemické pojetí / systemická terapie (Kratochvíl, 2006, s. 255-257).

3.2 Systemická terapie

Systemická terapie vnímá rodinu jako uzavřený, autonomní, sebe regulující systém. Systémový princip rovnováhy je v systemickém přístupu nahrazen tzv. vývojovým modelem – konceptem vztahového systému, který zajišťuje svoji identitu nepředvídatelnými narůstajícími stavy lability (Strnad 1990). Je zde aplikována tzv. kybernetika druhého řádu měnící základní tezi rodinné terapie o tom, že „systém vytváří problém“ v opak, tedy že „problém vytváří systém“ (Kratochvíl, 2006, s. 258).

Systemická tradice učí rozšiřovat kontext a uvažovat o systémech, ve kterých se problém odehrává. Díky využití mnohočetnosti popisů systému – kdy v lidských systémech jsou všichni pozorovateli a každý, kdo popisuje, popisuje systém, jehož je součástí – lze také získat více popisů systému. V systemickém myšlení se nehledá jedna základní příčina nebo souvislost, ale zájem je tu upřený na to, jak se problémy rodí a udržují vzájemným působením. Orientace je zaměřena na cirkulární souvislosti. Snaha o otevřenost a neutralitu ze strany terapeuta v rámci terapie umožňuje všem členům rodiny mít pocit, že se terapeut nepostavil na stranu žádného z nich. Důležité je také zkoumání názorů, přesvědčení a předsudků jednotlivých členů rodiny, vč. významu, který mají pro každého z účastníků terapie (Gjuričová, Kubička, 2009, s. 21-23).

Při práci s rodinami může být pro sociální práci inspirující přístup řady různých poradenských a terapeutických škol (Matoušek 2001; Navrátil 2001). Sociální pracovník se může inspirovat například tzv. cirkulárním dotazováním, které vzniklo v rámci tzv. Milánské školy. Jeho cílem je získat podstatné informace o rodinném problému (Navrátil a kol., 2014, s. 185).

Milánská škola

Základním předpokladem milánské systemické terapie je skutečnost, že význam každého chování lze odvodit z jeho sociálního kontextu. Symptomatické chování je součástí transakčních vzorců systému. Prostřednictvím procesu komunikace vznikají mezi členy rodiny podobné významy specifických chování, událostí a vzorců, které

je spojují. Způsob, jak vyloučit symptomy, je změna pravidel a přesvědčení. Terapeutická změna je následně navozena jako změna druhého řádu. Milánská systemická terapie současně využívá cirkulárního dotazování, v rámci kterého se tvoří systemické hypotézy. Ty reflektují vztahy všech členů rodiny a dílčí transakční vzorce a vysvětlují roli symptomu v rodinném systému. Dosažení změny je možné ujasněním vztahových nejasností, vznikajících v uzlových bodech vývoje rodiny. Terapeut je zde vůči rodině v neutrální poloze nikoli vnitřním postojem, ale tím, co dává najevo během sezení (Gjuričová, Kubička, 2009, s. 27).

Dalším směrem v rámci systemické práce s rodinou je Narativní terapie.

Narativní terapie

Narativní terapie vychází ze sociálního konstruktivismu, který předpokládá, že poznání o světě vzniká během rozhovoru a to shodou více pozorovatelů. Konstruování světa není individuálním produktem, ale sociálním (Kratochvíl, 2006, s. 259). Velkou roli zde hraje komunikace – jazyk. Zabývá se tím, jak se lidé o skutečnosti domlouvají, dojednávají či jak ji sdělují. V souvislosti s tímto také tak nahlíží na naši identitu, kdy některé její aspekty jsou dané, rodíme se s nimi, ale jejich význam není neměnný. Zdrojem narativní terapie je vyprávění životního příběhu a jeho převyprávění. Zájem je soustředěn na významy, nikoli na hledání pravdy (Gjuričová, Kubička, 2009, s. 28-31).

Převyprávěním příběhů se postupně dosahuje *dekonstrukce* – nalezení kritických míst, kde to nefunguje. Zároveň tím probíhá hledání nových významů a souvislostí, umožňující překonání problému a *rekonstrukci* problémem definovaného systému (Kratochvíl, 2006, s. 259).

V rámci systemické terapie využívá terapeut techniky: 1) *cirkulárního dotazování* – tedy kladení otázek oklikou; 2) otázky „*po zázraku*“ – která je jednoduchým způsobem k získání klientova popisu cíle terapie; 3) *techniku zázračné změny* – ta souvisí s otázkou „*po zázraku*“. Technika vyžaduje po rodině předstírání vyplnění zázraku a následné pozorování toho, jak na změnu reaguje partner; 4) *zhodnocení pozitiv* – kdy rodina musí s ohledem na budoucnost říci, co by si přála, aby fungovalo jako doposud; 5) *externalizaci problému* – označující problém klienta za něco, co je vně klienta a nepatří k jeho osobnosti. Cílem je osvobodit jej od kritiky druhých. A konečně *technika reflektujícího týmu*, spojená s pozorováním terapie tímto týmem za jednosměrným zrcadlem,

pak pomáhá terapeutovi, příp. i rodině, poslechnout si jejich úvahy a podněty (Kratochvíl, 2006, s. 260-262).

Práce s rodinou tedy využívá systémového i systemického přístupu, které mohou sociálnímu pracovníkovi lépe přiblížit a poznat klientovo přirozené prostředí i prvky, které se mohou odrážet v jeho patologickém chování. Představení jednotlivých směrů mělo přiblížit jejich různost, ale zároveň velmi důležitý prvek. Tím je vnímání klienta a jeho rodiny jako systému. Jejich společným cílem je pak pomoci tomuto systému zvládnout a překonat složité životní situace a zabránit tak rozvoji patologického prostředí i dalších negativních sociálních jevů.

3.3 Posouzení životní situace

Mahrová, Venglářová a kol. uvádějí, že prvním krokem při práci s rodinou je hodnocení aktuální situace. Průběh a výsledek hodnocení situace ovlivňuje především očekávání rodiny, orientace a filozofie hodnotících (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 104).

K tomu může sociálnímu pracovníkovi sloužit kvalitní posouzení situace klienta (rodiny).

Posouzení životní situace klienta je pravděpodobně jednou z nejkontroverznějších a nejobtížnějších fází v sociální práci. Mnozí ho považují za klíčový úkol, který je základem všech aktivit sociálního pracovníka. Závažnost procesu posouzení je dána nejen okolnostmi, které jeho potřebu vyvolaly, ale zejména tím, že na jeho výsledku závisí další postup sociálního pracovníka, a tedy i osud osob, které jsou sociálním pracovníkem posuzovány (Navrátil, 2014, s. 115).

Vhodná pomoc vyžaduje seznámení se a pochopení všech okolností klienta, původ a důvody jeho problému a současně i vliv jeho okolí. Zásadní je tedy dobře přistoupit k tématům pravdy a poznání klientovi situace (Navrátil, 2014, s. 118). Při jejím hledání je důležité reflektovat své vlastní předpoklady, aby nepředurčily výsledek posouzení, především zdržovat se subjektivního hodnocení. Důležité je také nepřístupovat k posouzení stereotypním přístupem, kterým by mohlo dojít u konkrétního klienta k poškození jeho zájmů (neexistuje univerzálnost problémů). Schopnost umění poznání situace klienta tak disponuje mocí sociálního pracovníka vidět a interpretovat osudy lidí a také činit kroky, které klienty zásadně ovlivňují. Tímto by se na poli moci a etiky neměl svým posouzením dopouštět prosazování svých ani jiných individuálních / sobeckých zájmů

(Navrátil, 2014, s. 359). Významným se při posouzení situace klienta jeví holistický přístup. Zakládá se na vyhodnocení a intervencích holistického typu v rovině bio, psycho, socio i spirito. Principem je zachytit člověka v jeho celistvém pohledu (IFSW, 2014).

Sociální pracovník přicházející do rodiny tedy musí věnovat pozornost jak konkrétním problémům, tak tzv. *kontextuálním problémům*, které rodina nedefinuje jako problém, nicméně mají vliv na vznik a udržení problému (Navrátil, 2014, s. 304).

Vědomí a pochopení toho, že rodiny k dosahování řešení svých problémů volí různé metody a cesty by mělo sociálnímu pracovníkovi být předpokladem k tomu, aby rodina byla schopna zvažovat jím navržené intervence a úkoly (Navrátil, 2014, s. 308).

3.4 Úskalí práce s rodinou

Poradenství a rodinná terapie mohou v některých případech rodinné problémy i zhoršit. Vtáh mezi terapeutem a některým členem rodiny může komplikovat vztah mezi tímto a jinými členy rodiny. Terapeutická práce také může u některých členů rodiny posilovat sklon k vzájemnému obviňování a hádkám mimo terapeutická sezení. Předčasné objasnění či výklad nevědomých postojů členů rodiny v nepřijatelných významech, popř. příliš náhlá konfrontace členů rodiny s emocionálně významným podnětem může terapii brzdit anebo vést i k tomu, že rodina terapii ukončí v horším stavu, než v jakém do ní vstoupila (Matoušek, 2003b, s 105).

Pomáhající profesionálové pracující s rodinami zjišťují, že rodiny své konflikty nechtějí naplno otevírat, neboť předpokládají či se obávají katastrofálních následků. Obavy rodin jsou však reálné, protože efektivita práce s rodinou nemá přímý vztah k tomu, zda v ní propukly ostré střety, ale může být snížena i tím, že rodina dojde k přesvědčení nedostatku sil k regulaci otevřených konfliktů (Matoušek, 2003a, s. 189).

Díky tomuto vědomí je pro rodinnou terapii zvláště náročné působení na poli etiky. Terapeut vstupuje do světa, ve kterém zaznívá mnoho hlasů s mnoha názory, a každý z těchto hlasů se může právem ptát či domáhat svého štěstí. Terapeut by proto měl být na jedné straně velmi zdrženlivý ve vyjadřování hodnotících soudů a přímých rad, na straně druhé otevřený k pohledům, které mu jsou a priori cizí. Neměl by ani mít jednoznačné místo v žádné hierarchii a současně dbát na to, aby jeho role nebyla mocenská a rozhodovací. Vzájemný vztah je výsledkem vzájemné interakce doprovázené značnou mírou svobody (Gjuričová, Kubička, 2009, s. 255-258).

Pokud se tedy podaří vytvořit takovýto vztah, existuje velká pravděpodobnost úspěchu terapie. Nešpor pro její úspěšnost nepovažuje za podstatnou okolnost to, jaký

způsob se při rodinné terapii použije, ale že se s rodinami při léčbě návykového problému vhodně pracuje (Nešpor, 2011, s. 87).

Přínos rodinné terapie uvádí ve svém výzkumu i Jeřábková, podle které byla rodinná terapie pro klienty významným terapeutickým nástrojem. Díky němu tak mohlo u klientů dojít k ovlivnění vztahu na několika úrovních, poskytnutí informací blízkým členům o způsobech léčby a v neposlední řadě změny na interpersonální úrovni. Takovými změnami byly podpora oboustranné komunikace, posílení vztahu, zvýšení sebehodnoty ve vztahu, vyjasnění vzájemných očekávání, zvýšení vzájemné důvěry, emoční spoluprožívání, prolomení tabu nebo subjektivní redefinice vztahu (Jeřábková, 2012, s. 61).

Že je rodinná terapie účinným nástrojem při léčbě závislosti potvrzují Conroy at al. (dle Seifertová, Praško, Horáček, Höschl, 2008, s. 57). Jejím cílem je mj. poskytnutí možnosti otevřeně hovořit o problémech s užíváním látky, výměna názorů týkajících se léčby a umožnit vytvářet kontrakty a pravidla za účelem podpory rodiny. Součástí terapie je posilování chování, které je současně prevencí relapsu. Terapie je doporučována především v rodinách, kde zázemí působí nepříznivě na léčbu pacienta (Seifertová, Praško, Horáček, Höschl, 2008, s. 57).

Skorunka atraktivitu rodinné terapie vidí také na straně terapeutů. Díky podílení se na postupném proměňování klientů ke zdravému způsobu vycházení vstříc svým potřebám a vzájemnému porozumění, nacházejí při své práci uspokojení z její smysluplnosti, v rozmanitosti a mimořádné šíři inspiračních zdrojů, ale také v neustálé reflexi vývoje a rozvíjení nových úhlů pohledu integrativně pojatých přístupů (Friedlová, Lečbych, 2015, s. 24-25).

4 Metodologie výzkumu

Pro svou bakalářskou práci jsem použil kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím. V úvodu výzkumného procesu probíhá sběr dat, následně výzkumník hledá pravidelnosti existující v těchto datech a významy těchto dat, stanovuje také předběžné závěry. Výstupem mohou být nově vytvořené hypotézy či teorie (Disman, 2002, s. 285-287).

4.1 Výzkumná otázka a výzkumný cíl

V úvodu práce bylo popsáno, co bylo motivem pro téma mé bakalářské práce.

K tomu zjistit, jak se závislý a jeho rodina vyrovnávají s úsilím nelehkého boje se závislostí, mne vedla zkušenost z odborné praxe. Tu jsem v rámci studia předposledního ročníku vykonával ve VNOL Olomouc, Středisku sekundární prevence a léčby závislostí. Středisko funguje jako součást komplexní léčby závislosti a v návaznosti na ambulantní formy léčby je na něm prováděna detoxifikace a iniciální léčba závislostí na alkoholu, nealkoholových drogách, návykových léčivech a hráčství. Probíhá zde strukturovaný terapeutický proces s velkým důrazem na psychoterapii. Závislosti zde nejsou vnímány izolovaně, nýbrž jako součást komplexu psychického stavu, sociálních podmínek a vztahového zázemí pacienta. Léčebný proces se pak zaměřuje na všechny tyto oblasti (VNOL[online]).

Terapeutický proces zde probíhá především formou skupinových terapií za účasti všech pacientů oddělení. Mezi její hlavní prvky patří sdílení zkušeností a emocí, podpora v léčbě či při jejich nezdarech, získání náhledu a zpětných vazeb. Samozřejmostí je zajištění bezpečného prostředí. Díky možnosti účastnit se skupinových terapeutických komunit jsem poznal, že rodina má zásadní vliv na vznik a pokračování závislosti. Vyprávěním účastníků se ukázalo, že rodinné prostředí a dynamika vztahů se odráží na psychice klientů a jejich sebehodnotícím postoji, jehož negativní pojetí stojí za vznikem a trváním závislosti. Ze všech příběhů, resp. klientů na skupinách, byla cítit touha po chybějícím ocenění, uznání a přijetí druhými. Z rozhovorů na toto téma s členy terapeutického týmu mj. vyplynulo, že někteří z pacientů jsou ve středisku opakovaně a to i po zkušenosti rodinné terapie. To mne překvapilo. Především v kontextu s výše uvedenými skutečностями rodinného prostředí. Zajímalo mne tedy a s klienty jsem hovořil o tom, zda v rámci procesu rodinné terapie či před ním byli někým vyrozuměni o možnosti

pomoci ze strany sociální práce, kdy by sociální pracovník svou přítomností v rodině, mj. i terapeuticky napomáhal ke změně rodinného prostředí. Nikdo z nich však takovou zkušenost neměl.

O uvedeném jsem debatoval s primářem oddělení, který vhodnost vlivu sociálního pracovníka podílet se na zdárném průběhu procesu rodinné terapie jako někoho, kdo působí terapeuticky v rodině a napomáhá tak k její proměně, nevyločil. Sociální pracovnice zařízení ji však neviděli jako příliš reálnou. Pozornost, jsem proto zaměřil přímo na pole sociální práce a zajímal se, jak se na ni dívá samotná profese. Zde jsem zjistil, že názory na toto téma se různí, přesto je sociální práce s terapií úzce spojována (Janebová, Šimková, 2017[online]).

Jak bylo uvedeno v Úvodu práce, motivem výzkumu tedy bylo zjistit, kde může být slabé místo v procesu rodinné terapie a pokud takové existuje, jak by mohla sociální práce díky své širokospektrální teoretické základně efektivně pomoci dostat její cíle.

Hlavní výzkumná otázka vycházela z cíle výzkumu, kterým je identifikace a reflexe kritických míst a momentů v procesu rodinné terapie. Otázka zněla takto:

Jak klienti s opakovanou recidivou hodnotí rodinnou terapii?

Životní situace klientů s přetrvávající závislostí, popsané v úvodu této podkapitoly, mne vedly k otázce, co mohlo u těch, kteří podstoupili proces rodinné terapie, způsobit jejich opakované recidivy a trvání závislosti? Dle mého přesvědčení je rozhodnutí se k rodinné či jiné terapii zásadním krokem nemocného v procesu léčby, resp. uzdravy. Její výsledný efekt pak závisí na mnoha faktorech, které se pokusily odhalit mj. i vedlejší výzkumné otázky, viz dále v práci.

4.2 Technika sběru dat a výzkumná metoda

Technika je konkrétní způsob, jakým probíhá sběr dat. Jedná se o propracované postupy a systémy specifických operací vedoucích k získání empirických informací v rámci výzkumu. Mezi nejpoužívanější techniky sběru dat řadíme pozorování, rozhovor, dotazník a obsahovou analýzu (Olecká, Ivanová, 2010, s. 6).

Výzkum byl prováděn kvalitativním způsobem formou polostrukturovaného rozhovoru, který patří k nejvyužívanější technice sběru dat i přesto, že je náročnější na technickou přípravu. Ta spočívá ve tvorbě určitého schématu, které je pro tazatele závazné. Obvykle je specifikované okruhem otázek, na které se budeme účastníků ptát. Pro maximální výtěžnost rozhovoru lze pořadí otázek zaměňovat (Miovský, 2006, s. 159).

Při polostrukturovaném rozhovoru je vhodné využití upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka, tedy nechat si vysvětlit, jak danou věc myslí. Dochází tak k ověření správného pochopení odpovědi. Stejně tak je možné pokládat doplňující otázky a téma tak rozpracovávat do hloubky do míry užitečné k cíli výzkumu a definovaným výzkumným otázkám (Miovský, 2006, s. 160).

Každý rozhovor se skládá z několika fází, které pro vnějšího pozorovatele nemusí být zřejmé. Těmito fázemi jsou (Miovský, 2006, s. 163-169):

- *Přípravná fáze* – ta je nedílnou součástí samotného výzkumného rozhovoru, zahrnuje však také čas věnovaný přípravě otázek. Jejím základním znakem je skutečnost prozatímní práce bez uděleného informovaného souhlasu účastníka. Hlavním cílem úvodní části rozhovoru je navázání kontaktu s potenciálním účastníkem.
- *Vzestup a upevnění kontaktu* – v této části jsou obvykle probírána obecnější témata, při kterých tazatel zjišťuje komunikační strategie účastníka a snaží se zachytit a správně interpretovat jeho verbální i neverbální projevy. Současně je v této fázi důležitá práce s motivací, aby posílila a upevnila účastníka k dalšímu pokračování rozhovoru a dále postupný přechod od obecných otázek k jádru interview – otázkám hlavním.
- *Jádro interview* – tvoří tematické okruhy přímo spojené s cíli výzkumu a výzkumnými otázkami. Jde o soubor nejdůležitějších témat. Důležité je zde i pozorování účastníka, zejména projevů jeho únavy či příliš velkého napětí. V této fázi je velmi důležité reflektovat a hodnotit platnost odpovědí a propojovat zjištěné sdělením konkrétní zkušenosti.
- *Závěr a ukončení* – fáze bývá v praxi podceňovaná, byť je známkou profesionality tazatele. Cílem je ukončit témata a uzavřít kontakt s účastníkem důstojnou formou. Ukončení by mělo probíhat citlivou formou s etickými pravidly.

Dodržování fází rozhovoru není pro tazatele rozhodující, důležité je umění přizpůsobení se konkrétní situaci a potřebám účastníka (Miovský, 2006, s. 163).

4.3 Technika výběru výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek byl sestaven metodou záměrného výběru. Tato metoda zřejmě patří mezi nejrozšířenější metodu výběru při aplikaci kvalitativního přístupu. Při výběru vzorku cíleně vyhledáváme účastníky podle určitého problému či vlastností. Cíleně tedy

vyhledáváme pouze takové účastníky, kteří splňují toto kritérium a zároveň jsou ochotni zapojit se do výzkumu (Miovský, 2006, s. 135).

Vzorek tedy není sestaven náhodně, ale s ohledem na zkoumaný problém. Protože výzkumným problémem mé bakalářské práce je identifikace a reflexe kritických míst a momentů v procesu rodinné terapie, která proběhla u jedince s přetrvávající závislostí na alkoholu, byla při výběru stanovena následující kritéria. Prvním kritériem byl jedinec s přetrvávající závislostí na alkoholu. Druhým kritériem byla jeho osobní zkušenost a účast na rodinné terapii. Třetí kritérium stanovovalo podmínku bydlení závislého ve společné domácnosti alespoň s jedním členem rodiny, který se společně účastnil rodinné terapie.

Potenciální účastníky jsem oslovil prostřednictvím psychiatrického lékaře, kterého účastníci navštěvují v rámci ambulantní léčby, a který mi pomohl vybrat z řad jeho pacientů takové, u kterých přetrvává závislost na alkoholu. Pro výzkum jsem považoval za důležité, aby se jednalo právě o takovéto pacienty, neboť jsem se intuitivně domníval, že u této kategorie bude možné lépe dostat cíle výzkumu. Nehledal jsem tedy ty „polepšené“, ale recidivující. Díky zprostředkování setkání získali účastníci již v předstihu základní informace o mé osobě, důvodu provádění výzkumu a předpokládaným požadavkům k jejich osobě, což se projevilo na redukci počátečního napětí, charakteristického pro úvod výzkumu.

Při osobním setkání jsem pak všem postupně znovu stručně představil svou bakalářskou práci, cíle výzkumu a požádal je o účast a spolupráci. Ubezpečil jsem je o anonymitě a diskrétnosti a především o dobrovolnosti účasti na výzkumu, vysvětleno bylo také následné nakládání s pořízenými rozhovory.

4.4 Popis výzkumného vzorku

Díky zprostředkování jsem oslovil 6 rodin s celkovým počtem 14. osob. Výzkumu se však nakonec zúčastnily 4 rodiny v počtu 9 osob. Jedna rodina z celkového počtu šesti se po zvážení odmítla účastnit, v další rodině došlo ke smrti blízkého člena. Touto skutečností nastala u výzkumného vzorku redukce negativním samovýběrem (Disman, 2002, s. 116).

Výzkumný vzorek se tedy skládal z 9 participantů, čtyřech žen a pěti mužů, kteří splňovali výše uvedená kritéria výběru vzorku.

Všichni participanté tedy prošli procesem rodinné terapie – ti z nich, u kterých přetrvává závislost na alkoholu, se léčí v ambulantních podmínkách. V rámci léčby

si mj. docházejí pro medikamenty využívané při léčbě závislosti – difulsiran (Antabus). Rodiny se potýkají s aktuálně probíhající závislostí, vč. častých recidiv závislého, mimo jednoho případu, kde je závislost ve fázi remise, závislý již delší dobu abstínuje. Do výzkumu byla přesto tato rodina zahrnuta z důvodu, že závislý po ukončení rodinné terapie recidivoval.

Rodiny byly pro účel výzkumu označeny zkratkou R1 – R4, komunikační partneři zkratkou KP s čísly vztahujícími se k jednotlivým rodinám, kdy dále ženy (manželky) číslem 1, muži (manželé) číslem 2, děti číslem 3, atd. (př.: rodina první = R1, komunikační partner manželka = KP 1.1, manžel = KP 1.2, syn = KP 1.3).

Rodina R1:

KP 1.1 – žena (51), závislá. Pracuje jako dělnice u společnosti podnikající v lesnictví. Opakovaně podstupovala protialkoholní léčbu, naposledy propuštěna z psychiatrické kliniky pro porušení léčebného režimu. KP 1.2 – muž – manžel (53), bez závislosti. Pracuje jako skladník. Bydlí ve společné domácnosti s KP 1.1. KP 1.3 – syn (31), ženatý, bez závislosti. Pracuje jako řemeslník. Ve společné domácnosti s rodiči již nebydlí, přesto s nimi udržuje aktivní vztah i vazbu. V době, kdy probíhala rodinná terapie s rodiči společnou domácnost sdílel, proto byl zařazen do výzkumného vzorku.

Rodiče vychovali i další tři sourozence, dvě dcery a syna. Tito s nimi ale vztahy a vazby neudrží, s oběma dcerami je matka definitivně rozhádaná pro její pití, syn bydlí v jiném městě, kde má svou rodinu s postiženým dítětem.

Rodina R2:

KP 2.1 – žena (59), bez závislosti. Pracovala jako inženýrka v prosperující soukromé společnosti. Nyní v aktivním starobním důchodu. KP 2.2 – muž (64), ženatý, závislý – abstínuje. Pracoval jako technik, nyní v předčasném důchodu. Celý život vzorně pracoval, staral se o rodinu, popíjel příležitostně. Po 50. roku věku se však rozpil z důvodu stresové zátěže. V domácnosti měl problémy s udržováním hygieny, stával se agresivním. Přibližně v jeho 58 letech manželka navštívila psychiatra s žádostí o pomoc. Oba manželé sdílejí společnou domácnost, mají dvě dospělé – sezdané, děti a čtyři vnoučata. Děti bydlí samostatně se svými rodinami blízko Olomouce, nikdo z nich se na výzkumu nepodílel.

Rodina R3:

KP 3.1, žena, (62), podruhé vdaná, závislá. Dlouho pracovala jako ošetřovatelka v zařízení poskytující sociální služby, po změně zaměstnání pracovala ve směnném provozu. Pro alkoholovou závislost, resp. porušování pracovního řádu, byla propuštěna. Nyní nezaměstnaná. KP 3.2, muž, (67), podruhé ženatý, bez závislosti. Pracuje jako dělník.

Bydlí ve společné domácnosti s KP 3.1. Zda manželé mají z předchozích manželství děti nebylo zjišťováno.

Rodina R4:

KP 4.1, žena, (37), závislá. Aktuálně v domácnosti. KP 4.2, muž, (41), bez závislosti. Muž pracuje jako podnikatel, vlastní soukromou firmu. Společně s dvěma malými dětmi (5, 8), bydlí všichni ve společné domácnosti. Děti pro nízký věk nebyly součástí výzkumného vzorku.

4.5 Způsob zpracování dat

Rozhovory byly vedeny s každým z participantů v ordinaci psychiatrického lékaře Polikliniky třída Svobody v Olomouci, kam závislí docházejí do ambulantní léčby. S jejich souhlasem byly nahrávány na mobilní telefon a poté přepsány do elektronické podoby, tzv. transkripce. V rámci ní byla provedena redukce prvního řádu, tedy odstranění vět či jejich částí, odbíhajících a netýkajících se daného tématu (Miovský, 2006, s. 209-210).

Získaná data se následně analyzovala pomocí kódů. Tato metoda stojí na začátku zpracovávání a třídění dat a pomáhá je kategorizovat a popsat (Miovský, 2006, s. 210-211).

Kódy byly seskupeny do určitých základních kategorií, ty pak byly detailně analyzovány v souvislosti s jejich vnitřními souvislostmi. Výsledkem pak bylo vytvoření tzv. „trů kódů“ (Miovský, 2006, s. 221).

5 Interpretace analyzovaných dat

Tato část bakalářské práce představí výsledky výzkumu získané z provedených rozhovorů s jednotlivými rodinami. Přestože bylo mou snahou nahlížet na získaná data objektivně, nelze vyloučit jejich ovlivnění mým subjektivním vnímáním.

Kapitola je rozdělena do pěti hlavních částí, které tvořily vedlejší výzkumné otázky. Ty byly do výzkumu zařazeny pro bližší poznání rodiny i okolností rozhodnutí k léčbě a měly napomoci k odpovědi na výzkumnou otázku, hledající kritická místa a momenty rodinné terapie. Snahou každé z částí bude také přispět k odpovědi na to, jak závislý a jeho rodina, nahlíží, chápou a interpretují důvody přetrvávání závislosti.

Každá z částí je ukončena dílčím závěrem, jejich vyhodnocení má sloužit k pokusu odpovědět na výzkumný cíl.

Citace z rozhovorů jsou uvedené dle výpovědi participantů a nebyly upravovány. Během výzkumu participanté nebyli dotazováni na názvy zařízení a klinik, ve kterých podstoupili klinickou léčbu či rodinnou terapii.

5.1. Co bylo důvodem k rozhodnutí klinické léčby?

První VVO se snažila zjistit impuls motivu rozhodnutí závislého ke kroku boje s alkoholovou závislostí. Z tohoto důvodu jí z mého pohledu považuji za důležitou, byť se přímo k rodinné terapii nevztahuje.

V teoretické části byly popsány faktory podílející se na vzniku a přetrvávání závislosti, stejně tak důsledky alkoholové závislosti na zdraví závislého i vztahy s jeho okolím.

Co tedy bylo důvodem rozhodnutí se ke kroku abstinence, se pokusila zodpovědět tato otázka.

V případě **R1** byly hlavními důvody finanční situace rodiny, která byla zatížena dluhy, a s tím spojený tlak rodiny závislého, aby svou situaci s alkoholem řešil. KP 1.1. k tomu uvedla: „*V podstatě mě k tomu donutili, rodina. Pítím jsem nasekala nějaké dluhy a musela se jít léčit.*“ Nepříznivou finanční situaci a s ní spojená existenční rizika potvrdil i KP 1.2.: „*Nadělala hrozná dluhy. Došlo to tak daleko, že jsem měl strach z exekucí, že úplně položí rodinu. Musel jsem prodat dům.*“ V rozhovoru pak dále pokračoval: „*Přinutil jsem jí, že když se nepůjde léčit, odskáču to já a syn.*“ O tlaku na závislou ve věci nutnosti situaci řešit hovořil i syn, KP 1.3.: „*Řekli jsme jí s tátou, že musí znovu do léčebny. Že takhle to už nejde. Musel prodat barák.*“

Rodinu **R2** vedly ke klinické léčbě jiné skutečnosti. KP 2.2 situaci popsal takto: „*Když jsem hodně pil, stával jsem se agresivním.*“ Agresivitu a s ní doprovázející tlak na psychiku partnera uvedla také KP 2.1.: „*Nikdy nijak nepil, ale po 50. začal s pitím hodně. Přerostlo to tak, že býval agresivní, vyhrožoval, bála jsem se.*“ KP 2.2 dále doplňuje: „*Cca. v 58 manželka navštívila psychiatra s žádostí o pomoc.*“ K tomu shodně i KP 2.1.: „*Navštívila jsem psychiatra a ten nám poradil léčbu.*“

V rodině **R3** byl klíčovým okamžikem strach závislého ze ztráty zaměstnání, spolu s podmínkou zaměstnavatele. KP 3.1.: „*V práci si všimli, že piju a dali mi podmínku, že musím přestat.*“ KP 3.2 odpověděl na otázku, co bylo důvodem k rozhodnutí klinické léčby: „*Její práce, poznali, že pije.*“

V rodině **R4** klinická léčba neproběhla, zajímavé však bylo sledovat odpovědi, resp. názory jednotlivých participantů, proč tomu tak nebylo. KP 3.1: „*Do léčebny jsem nešla kvůli dětem, kvůli hlídání.*“ KP 3.2.: „*Nikde v léčebně nebyla. To snad ještě nepotřebuje.*“

Dílčí závěr: Cílem první VVO bylo zjistit důvod k rozhodnutí ke klinické léčbě. Z jednotlivých odpovědí je patrné, že důvodem k učinění tohoto kroku **byl především vliv rodiny**. Uvedené potvrdili všichni participanté v R1 i R2. Důvody tlaku rodiny na závislého bylo špatné rodinné prostředí – finanční dluhy a s tím spojená existenční rizika, v případě druhé rodiny agresivita závislého. Situace závislého, resp. celé rodiny, přinášely jejím členům psychické napětí a nepohodu.

V případě R3 pak bylo rozhodnutí podmíněno případnou ztrátou zaměstnání. Ztrátu zaměstnání jako důsledek alkoholismu uvádí také Fischer (Fischer S., Škoda J., 2018, s. 110).

Rodina R4 klinickou léčbu nepodstoupila.

Z dílčího závěru lze také **vyozorovat společný rys, kterým byla snaha o změnu situace rodiny**.

5.2. Co bylo důvodem rozhodnutí k rodinné terapii?

Jako další VVO jsem volil oblast, která se již týká rodinné terapie.

Rodina **R1** k otázce uvedla – KP 1.1: „*Poradila mi to jedna v léčebně. [...] Taký se o terapiích mluvilo od doktorů a i tam byly nějaký sezení.* Zmínila i vliv rodiny: „*Zkusila jsem to teda kvůli manželovi, jako to léčení. Chtěl, abych to zkusila, že mi pomůže.*“ KP 1.2 uvedl: „*Z léčebny jí vyhodili. Hledal jsem, jak nám pomoci. Věřil jsem, že spolu to dáme, že se bude chtít změnit, že přestane nebo to aspoň omezí.*“ KP 1.3 se vyjádřil následujícími slovy: „*S tátou jsme hledali řešení, mluvili o tom, co a jak. [...] Tohle už fakt dál nešlo. [...] Přišlo nám, že když budeme o tom všem mluvit všichni, před někým jiným, kdo tomu rozumí, poradí nám.*“ O užitečnosti postupu navázání na klinickou léčbu rodinnou terapií hovoří i Nešpor (Nešpor, 2011, s. 87).

Z odpovědí tedy vyplynulo, že důvodem u R1 byl vliv rodiny, v případě KP 1.1 podpořený radou druhých osob.

U rodiny **R2** bylo z odpovědí taktéž patrné rozhodnutí k rodinné terapii vlivem rodiny, konkrétně formou podpory ze strany manželky i dětí. U KP 2.2 rozhodnutí současně ovlivnila i jeho motivace pokračovat v terapiích, započatých v rámci klinické léčby: „*Na detoxu probíhaly skupinové terapie. To mi pomáhalo. Požádal jsem taky o Antabus a pobyt si po dohodě s doktory prodloužil. [...] Manželka před propuštěním*

sehnala terapii. Hodně mě k tomu podporovala. I děti. S tím, že když budeme chodit, nebude přerušen kontakt s vnoučaty.“ KP 2.1: „Celý život jsem žila pro manželství, rodinu, je to pro mě vším. Když byl muž v nemocnici, sehnala jsem terapii.“

Jiné důvody uvedla **R3**. Zde se jednalo o špatné zdraví závislé, KP 3.1 se k tomu vyjádřila takto: „No, jak jsem byla v té léčebně, tam s náma pracovali. Taky mi řekli, že zdravotně na to nejsem moc dobře. [...] Takže hlavně to zdraví.“ Dále to byla její motivace neopakovat klinickou léčbu v léčebně: „A taky už jsem nechtěla znovu do léčebny.“

Manžel situaci nahlížel ochotou závislé změnit své chování, KP 3.2: „Moc mi toho neřekla, já myslím, že jí pomohla ta druhá léčebna. Přišla, a že se rozhodla zkusit změnit to.“

V případě poslední rodiny, **R4**, se opět ukázal vliv rodiny na závislého, který KP 4.1 vyjádřila slovy: „Manžel si všiml, že jsem bývala cítit, tlačil na mě, že s tím musím něco dělat. Tak jsme chodili na terapii.“ Odpověď manžela byla podobná, současně zachycovala motiv požadavku ke změně, KP 4.1: „Chtěl jsem, aby s tím něco dělala. Bývá cítit, máme děti. A doma atmosféra taky není nijak dobrá.“ Osobním důvodem rozhodnutí k rodinné terapii závislé bylo taktéž očekávání změny rodinného prostředí, a dále pomoc přestat pít: „Očekávala jsem, že nám to pomůže, jak najít společný čas, a že mi to pomůže s pitím přestat.“

Dílčí závěr: Cílem druhé VVO bylo zjistit, co bylo důvodem rozhodnutí k rodinné terapii. Opět se zde potvrdil vliv rodiny na závislého, jak tomu bylo u VVO1. A to konkrétně u R1, R2 i R4. Rodina R3 jako důvod uvedla špatné zdraví a klinickou léčbu, resp. nezájem pro její opakování.

Zajímavým zjištěním se u R1, R2 a R4 ukázal rozdíl motivu požadavku rodin ke změně. Zatímco u R1 a R2 to byly pozitivní prvky ve formě přání rodiny, podpořené radou druhých, resp. podpora závislého v pokračování léčby opírající se o medikaci, u R4 se jednalo o tlak, který bylo možné pozorovat u VVO1.

Zdá se tedy, že prvotní tlak rodiny na klinickou léčbu eliminuje za jistých podmínek negativní prvky v následných krocích léčby.

Shrnutí dílčího závěru ukazuje, že hlavním důvodem rozhodnutí k rodinné terapii byl ve třech případech **vliv rodiny**, v dalším pak špatné zdraví a nezájem opakování klinické léčby. Společným rysem všech pak byla **opět snaha o změnu situace rodiny**.

5.3. V čem Vám osobně rodinná terapie pomohla?

Otázka úzce souvisí s hlavní výzkumnou otázkou a z odpovědí je patrný prvek vlivu druhých při motivaci k účasti na rodinné terapii. Jistou roli tu tedy hraje faktor dobrovolného či nedobrovolného rozhodnutí k účasti na terapii.

Všichni z participantů R1, R3 a R4 se jednotně shodují na tom, že očekávání, se kterými vstupovali do rodinné terapie (pokud nějaká měli), se nenaplnila. Nicméně alespoň u některých z nich došlo k mírnému seberozvoji a sebereflexi.

Rodina **R1**, konkrétně KP 1.1, k tomu uvedla: „*Poznala jsem to hned, já to nepotřebuju, zvládnou si to sama, kdy budu chtít.*“ Určitý seberozvoj se projevil u KP 1.2, avšak i zde nedošlo k výsledku očekávání: „*Bavila mě, snažil jsem se, chodíval jsem pravidelně, vždycky jsem si našel čas, všechno ale pochvíli selhalo jejím nezájmem, nechtěla dál chodit. [...] Pomáhal mi změnit chování, takový to, když pečujete. Jenomže to se řekne. Někdo se starat musel, ona nechtěla. Kdyby ne, Bůh ví, kde bysme dneska vůbec byli a jak to dopadlo.*“ K seberozvoji a sebereflexi přispěla rodinná terapie u KP 1.3 především objevení závislostního chování u své osoby a rizika případného vzniku závislosti na alkoholu. Nenaplnění očekávání však způsobila neochota závislé pokračovat v terapii a měnit své chování: „*Pomohla mi uvědomit si závislost na PC hrách. Dřív by mě to nenapadlo. Doma hraju často. [...] Taký je vidět, že závislosti mají destruktivní charakter. Uvědomil jsem si, že nesmím pít, co by to se mnou udělalo, ztratil bych svou rodinu. [...] Všichni jsme chodili na terapii, všichni se snažili, ale ona to všem zkazila. [...] Máma přestala na terapii docházet, nedodržovala termíny návštěv, kdy ostatní jsme tam přišli a udělali si čas, nedodržovala žádné rady ani léky.*“

Stejně i v rodině **R3** se ukázala důležitou neochota měnit své chování a neochota pokračování v zahájené terapii. KP 3.1 se vyjádřila: „*Jak to začlo, tak to skončilo. Měla jsem snahu, ale prostě to přešlo. [...] My jsme tam šli, ale to není pro nás.*“ Neochota měnit své chování, spojená především s představou nutnosti změny manželky, se projevila i u KP 3.2: „*Za tu chvíli v ničem. Já myslel, že jí tam dají do pořádku, a že v tom pomůžu. Že tam budu moct k tomu říct svoje, že uslyší ode mě, co a jak. Nenapadlo mě, že se mám nějak měnit.*“

Uvedené faktory se potvrdily rovněž v případě rodiny **R4**, KP 4.1: „*Manžel ze začátku chodil, chtěl zachránit rodinu. Já jsem si začala hledat práci, ale nenašla. [...] Měla jsem snahu, ale prostě to přešlo. [...] Tím, že je manžel podnikatel, neměl čas a přestal na terapii chodit. Měl taky pocit, že to nikam nevede.*“ Neochota změnit chování

a přístup se tentokrát projevil u rodinného člena, manžela. Důvodem bylo soukromé podnikání a finanční zátěží rodiny, ve formě splácení hypotéky. KP 4.2: „[...] *myslím si, že jsem tam všechno pochopil, o co šlo. V ničem mě to nepřekvapilo. [...] Zkusil jsem to. Ale, hypotéka, firma. Nemám na to čas něco měnit.*“

Naproti tomu rodina **R2** měla s terapií pozitivní zkušenost. Dá se předpokládat, že důvodem byla dobrovolná motivace všech. Participantům v R2 pomohla terapie oproti všem v R1, R3, R4 v mnoha oblastech. KP 2.2: „[...] *že mi manželka vůbec dala šanci znovu začít, že to se mnou vydržela a že jsme stále spolu. [...] Máme nové společné koníčky, vztah dostal nový rozměr. [...] Oba jste tím taky zvládli přechod do důchodu. [...] Pochopit a smířit se s tím, že není důležité, jakou roli ve vztahu mám, ale že je vztah funkční! Což bylo jedním z hl. důvodů mého začátku pití.*“ Manželka závislého KP 2.1 potvrzuje výše uvedená slova, přestože pokrok stál nemalé úsilí: „*Nebylo to lehké, vzhledem k mé pracovní pozici, vyžadovalo to spoustu času. [...] Terapeut mě hodně podporoval, abych byla důsledná. [...] Překonala jsem stud řešit manželovu závislost, za kterou jsem se styděla, kvůli společenskému postavení rodiny. [...] Uvědomila jsem si, že je to nemoc a současně léčba na celý život. [...] nakonec i v rozhodnutí odejít do důchodu.*“

Dílčí závěr: Důvody nenaplnění očekávání převážné většiny participantů R1, R3, R4 byly u R1 především neochota měnit své chování i postoje v případě závislé, současně s její neochotou pokračovat v účasti na terapii. Jistá pozitiva lze spatřit u zbylých členů rodiny. Těm terapie pomohla v seberozvoji a sebereflexi, u jednoho z nich v takové míře, že byl schopen reflektovat své závislostní chování na PC hrách i hrozbu a následky alkoholové závislosti.

Také R3 ukazuje na neochotu obou participantů pokračovat v terapii, u KP 3.2 navíc neochotou spolupracovat a měnit své chování i postoje, způsobené očekáváním této změny převážně u závislé.

R4 netvoří výjimku. Společná neochota obou participantů spolupracovat a měnit své chování i postoje je zřejmá i zde. KP 4.2 navíc potvrzoval neochotu pokračovat na rodinné terapii. Tím dochází k ovlivnění a ztrátě motivace k pokračování KP 4.1 v probíhající terapii.

Pozitiva rodinné terapie lze spatřit u R2, kde díky ochotě spolupracovat a měnit své chování u participantů KP 2.1 i KP 2.2 se podařilo dosáhnout nejen sebereflexe obou k novému postoji k nemoci a vztahu, ale také úspěšnému přechodu do další životní etapy. Díky tomu pak i nalezení nových společných zájmů, nového rozměru budování vztahu,

v osobě KP 2.1 pak také k překonání studu stigmatu rodiny způsobeného závislosti a nalezení podpory k postoji v boji se závislostí.

Dílčí závěr ukázal, že **úspěšnost** rodinné terapie **závisí na ochotě spolupracovat a měnit své chování i postoje**. Naproti tomu **opačný postoj, podpořený neochotou pokračování na rodinné terapii, vede ke ztrátě motivace a návratu ke starým vzorcům chování**. Dalším důležitým **prvkem k případné úspěšnosti** rodinné terapie se **ukázal časový faktor**.

Z odpovědí je patrná změna společného rysu oproti úvodním dvěma otázkám. Zatímco u nich jím byla ochota ke změně, zde se již mění v opak, tedy na neochotu ke změně.

5.4. Změnilo se nějak Vaše rodinné prostředí?

Rodinné prostředí je důležitým prvkem nejen pro závislého, ale také pro zbytek rodiny. Cílem této otázky bylo zjistit, jak se takové prostředí vlivem terapie změnilo, aby pomoc závislému byla co nejučinnější, a zda jeho členové k tomu byli vůbec ochotni.

U rodiny **R1**, kde dopady závislosti postihly finanční a existenční oblast, se situace změnila na úrovni fyzického bydlení. Vnitřní prostředí a klima rodiny bylo ovlivněno neochotou spolupracovat a měnit chování i své postoje ze strany závislé, doprovázené demonstrativním suicidálním, popř. jiným, neočekávaným chováním. KP 1.1 k tomu říká: *„Tak kluk se odstěhoval. Teď jsou dva a žijou spolu. [...] Manžel se mi pořád málo věnuje. Nechce se bavit. Taky furt ustupuje, když mu třeba začnu něco říkat, že mám jako pravdu.“*

KP 1.2 snahu o mírné zlepšení zaznamenal v počátcích terapie. S plynoucím časem se pak vše vrací ke stejnému scénáři: *„Na chvíli, po těch sezeních. Jak se ale pak čeká, vždycky se to vrátilo.“* Současně zmínil dopady dluhů na životní situaci rodiny: *„Syn nám pak pomohl, koupil menší dům, ten je už psanej na něho a bydlí v něm se svou ženou. Já jsem sehnal na pronájem byt, ve kterém teď bydlíme.“* Manželské soužití popisuje takto: *„Teď je situace taková, že doma pořád vyhrožuje. Když jí nekoupím aspoň pivo, že to všechno doma zapálí. Na baráku to už několikrát udělala. Bojím se nechat jí samotnou, že vyhoříme. [...] Není s ní možná domluva. Když na ni přitlačím, ať nepije, vyhrožuje sebevraždama a několikrát se už o to pokusila. [...] bojím se, že kvůli ní přijdu úplně o všechno, ale hlavně o přízeň dětí.“* Participant KP 1.3 situaci popsal následujícím způsobem: *„Odstěhoval jsem se.“* K původní situaci doma se vyjádřil: *„Když jsem ještě byl doma, byla pořád neurvalá, nezapadala do společnosti s pocitem, že je něco víc. [...] Dítě, které s manželkou čekáme, jsme se rozhodli jí neukázat a přerušit s ní styk.“*

Nefunkční rodinné prostředí přináší vnitřní napětí a tlak na psychiku, projevující se psychickou vyčerpaností, beznadějí a smutkem: „*Cítím se hrozně bezmocně, celé situace mi je líto, snažil jsem se jí celou dobu motivovat a podporovat (pláč).*“ Myslel jsem si, že když mámě řeknu, že jí neukážu dítě, přestane pít. Ani tohle nepomohlo, pije dál.“ Patrný byl k dané situaci projev sebereflexe: „*Už jsem se ale nenechal vydírat, všichni dokola se snaží, matka ne.*“

Změna prostředí v **R3** nenastala, nikdo z členů neprojevil ochotu měnit své chování i postoj. KP 3.1 uvedla: „*No to právě vůbec.*“ Odpověď KP 3.2 situaci potvrdil: „*Nezměnilo, u nás je všechno jak před tím.*“

Ochotu měnit své chování a postoj neprojevila ani **R4**, kde stálost prostředí způsobila neochota ze strany manžela závislé, zdůvodňovaná pracovními povinnostmi, splácením hypotéky, a zajištění financí na chod rodiny i volnočasové kroužky dětí, KP 4.2: „*Snažím se celou dobu všechno zajistit, kroužky dětem, snažím se vydělat tak, abychom vše finančně zvládli. [...] Zkusil jsem to, ale nemám na to čas něco měnit, hypotéka, firma. [...] Manželka musí zabrat. Já víc už dělat nemůžu, zajišťuju rodinu.*“ Neměnnost situace závislosti se projevovala také na společném životě manželů, z něhož byla dle výpovědi patrná frustrace: „*Chodí pořád brzy spát, chybí nám intimní život. Jen žijeme vedle sebe.*“ Náhled na rodinné prostředí z pozice KP 4.1 ukázal především očekávání změny chování i postoje na straně manžela: „*Já se snažím, ale doma se nic nemění. Myslela jsem, že se manžel začne víc věnovat rodině, což se nestalo.*“

Prostředí v **R2** změn dostalo, což opět souviselo se změnou chování i postoje v případě obou manželů, nezbytnou podporou a předcházením rizikových situací. Výsledek byl zřejmý, KP 2.2: „*Manželka mi dala šanci, snažím se vše dodržovat. Vážím si pomoci. [...] Často, co jsme doma, hlídáme vnoučata, pomáháme s manželkou mladým. [...] Snažíme se předcházet stresovým situacím. Proto jsem se už ani nevrátil do práce. Tam byl velký stres. [...] Mám teď spoustu zájmů, hodně doma pomáhám, pořád si kutím.*“ Podporu i změnu prostředí vyjádřila i manželka, vůbec poprvé pak při této VVO4 zazněla skutečnost suché domácnosti, KP 2.1: „*Pochopitelně nově domácnost bez alkoholu. [...] Snažím se dělat vše pro udržení harmonie v manželství a rodině. Plánuji výlety s manželem, setkání s vnoučaty, společné aktivity.*“

Dílčí závěr: Výpovědi participantů ukázaly, že snaha o změnu prostředí, jako systému, byla v případě R1 převážně na straně členů rodiny. Ochotu navštěvovat terapie projevili otec i syn, začátek změny pak ukončil nezájem závislé pokračovat v terapii. Návrat rodinného prostředí do původního stavu vedlo k odstěhování jednoho člena mimo

domov, způsobené jeho psychickou vyčerpaností, beznadějí a smutkem. Původní prostředí se projevuje i silným tlakem na psychiku manžela závislé, a to především strachem z existenčního ohrožení, způsobeného jejím neočekávaným chováním.

Zda nezodpovědné chování závislé nebylo podpořeno „umožněním“, jak o něm hovoří Nešpor, zůstává otázkou. Dle autora „umožňovač“ zdánlivě pomáhá, avšak touto pomocí oddaluje skutečné řešení (Nešpor, 2011, s. 84). Je pravděpodobné, že „umožnění“ je podpořeno strachem ze ztráty nejbližších, jako tomu bylo v tomto případě v podobě syna a jeho rodiny.

U R2 byla situace s rodinným prostředím lepší. Zde snahu spolupracovat a měnit své chování i postoje projevili závislý i rodina. Nová šance na společný život v podobě podpory manželky závislého vedla k eliminaci psychického napětí v podobě stresu, rodina si našla nové zájmy v kontextu nové životní role. Významným krokem k pomoci závislému a změně prostředí bylo odstranění alkoholu z domácnosti.

V rodině R3 ke změně prostředí nedošlo. Zde se dala vyzorovat neochota závislého i jeho rodiny spolupracovat a měnit své chování a postoje.

Rodina R4, resp. její prostředí zůstává dle odpovědí také stejné. Na vině je tomu opět neochota spolupráce a změna chování i postoje. Závislá tuto změnu očekává především od manžela. Ten však pro pracovní a finanční povinnosti dle jeho slov není této změny schopen a ochoten k ní. Přerušením terapie došlo u jeho manželky ke ztrátě motivace ke změně.

Je tedy patrné, že **významným pro změnu prostředí závislého se jeví ochota spolupracovat a měnit své chování a postoje ze strany závislého i jeho rodiny.** V rodinách R1, R3, R4 nebyli ochotni změnit své chování i postoje a pokud tomu tak bylo, snaha o změnu se vlivem ztráty motivace postupně vytratila. **Ztráta motivace souvisí i s neochotou pokračování na rodinné terapii,** jak na straně závislých, tak i rodiny. Rodina R2 uvedené skutečnosti potvrzuje, ovšem z opačného pohledu. Vzájemná ochota spolupracovat vede k dobrým výsledkům. Stejně jako u VVO3 se i u odpovědí této otázky ukázal **významným časový faktor.**

5.5. Co bylo důvodem počátku nového pití?

Tato otázka se snažila hledat příčiny opakování recidivy. Stejně jako u výše uvedených případů, i zde se ukázala významným ochota spolupracovat a měnit své postoje i chování.

V rodině **R1** ukázaly odpovědi jednotlivých participantů následující: KP 1.1: „*Já za to nemůžu, že piju, já nepatřím do téhle doby a společnosti. Jsem rebel, nejlíp by mi bylo v době hippie. Nechci se začlenit, nevyhovují mi pravidla. [...] Já se starala o matku alkoholičku 10 let, která byla přísná. A k tomu vychovávala 4 děti.*“ KP 1.2 viděl v jednání závislé jistou dávku účelovosti: „*Nesnaží se, myslím si, že to dělá naschvál, aby nás tím týrala. [...] Pokud po ní něco chceme, vydírá nás sebevražedama. Několikrát už to udělala, předávkovala se lékama.*“ Příčiny nového začátku pití u své matky popsal KP 1.3 takto: „*Ona nepotřebuje důvod. Je prostě alkoholička.*“

Přestože v rodině **R2** probíhá úspěšná abstinence, i zde se její členové v minulosti setkali s recidivou závislého. Oba participantů k tomu uvádějí, KP 2.2: „*Recidivu jsem měl jen jednou. Přestal jsem s užíváním Antabusu a i terapii jsme ukončili. Myslel jsem, že mi pomohla dojít k tomu, že už nebudu muset chodit na Antabus, že to zvládnou sám.*“ KP 2.1: „*Ukončili jsme terapii. [...] Manžel přestal chodit na Antabus, což jsem netušila.*“ Hlavním důvodem tedy bylo přecenění vlastních sil, vedoucí k samovolnému vysazení medikace.

Rodina **R3** se dle výzkumu od přerušení terapie potýkala s neochotou spolupracovat a měnit své chování a postoje. Začátkem nového pití závislé byly i jiné příčiny, zejména alkohol v domácnosti a vliv druhých. KP 3.1 o tom vypovídá takto: „*Poprvé, když jsem přišla z léčebny, jednou k nám přijela kamarádka s prosbou, jestli by u nás mohla chvíli bydlet, že nemá kam jít. Já ji vzala k nám, že to bude na chvíli. Ona ale dost pila. To mě stáhlo.*“ Že v domácnosti alkohol nebyl výjimkou, dosvědčuje dále její tvrzení: „*Manžel doma popíjel, když si třeba dal pivo po práci, víno večer u televize. No a já jsem začala znovu. [...] to mě zase stáhlo.*“ Stejně potvrzuje KP 3.2: „*My jsme si občas dávali skleničku, to jo. Ale víc začala, až když přijela Jiřka, její kamarádka.*“

U rodiny **R4** byl důvodem převážně tlak manžela na závislou. Vzájemné očekávání změny toho druhého také přinášelo do rodiny napětí. KP 4.1 k tomu uvádí: „*Začal mi taky vyčítat, že nemám práci, že si nic nehledám a málo se snažím. [...] Docela se kvůli tomu hádáme.* Alkohol v domácnosti a neochotu přispět ke změně prostředí potvrzuje slovy: „*Večer si dává víno u televize.*“ Vše uvedené otevřeně nepopírá KP 4.2, když hovoří: „*[...] jen chci, aby si už taky našla práci. [...] sklenička mi pomáhá trošku se od práce oprostít, prostě vypustit. [...] Manželka chodí dřív spát, tak to беру, že to nevidí. Je pravda, že občas mě viděla, nepřikládal jsem tomu váhu.*“

Dílčí závěr: Z dat získaných od jednotlivých rodin je patrné, že v R1 se opět projevila neochota KP 1.1 měnit své chování a postoje, které jsou z pozice závislé vnímány

kladně, jako symbol svobody. Zda skutečnost matky alkoholičky má být v případě závislé příkladem genetického – dědičného faktoru, zůstává otázkou. Každopádně platí, že výskyt jakékoliv neléčené a nezvládané návykové choroby u rodičů zvyšuje riziko jakékoliv návykové choroby u dětí (Nešpor, 2011, s. 80).

Neochota měnit se byla mimo uvedené také podpořena psychickou únavou, způsobenou dlouholetou péčí o závislou matku a výchovu čtyř dětí. Zkušenost s neochotou ke změně potvrzují i KP 1.2 a KP 1.3.

KP 1.2 je navíc v daném prostředí vystaven opakovanému psychickému tlaku.

Počátkem nového pití v R2 bylo přecenění vlastních sil abstinovat u KP 2.2, podpořené vysazením léku používaného při léčbě alkoholové závislosti. Z odpovědí obou participantů bylo patrné, že se jednalo pouze o jedinou recidivu.

Pomineme – li neochotu ke změně chování a postoje u členů R3, jenž vyplynuly z rozhovorů, byl u této rodiny důvodem začátku nového pití především alkohol v domácnosti, podpořený vlivem druhých. Z uvedeného tedy vyplývá neschopnost závislého abstinovat v domácích podmínkách.

U rodiny R4 byl důvodem k počátku nového pití také alkohol v domácnosti a s ním spojená neochota ke spolupráci a změně chování i postoje KP 4.2. Rodinné prostředí tím přináší jeho členům napětí, jakými jsou výčitky a hádky. V takovém prostředí je pak zřejmá neschopnost závislé abstinovat v domácích podmínkách. K tématu rodinného napětí se vyjadřuje i Kliment, který uvádí, že s nástupem jedince do terapie dochází k přeměně původního problémového systému nahrazením novým problémovým rodinným systémem. Problémové téma závislosti a jeho projevy je nahrazeno novým tématem recidivy a návratu k původním nežádoucím vzorcům chování. Nové téma vzniklo na základě zkušeností členů rodiny se závislým, který nástupem do terapie vyjádřil odhodlání abstinovat, avšak po čase se z pohledu ostatních vrátil ke svému nežádoucímu jednání (Kliment, 2007, s. 66).

Lze tedy říci, že důvody k počátku nového pití byly **především patologické prostředí rodiny** v podobě psychické deprivace, suicidálního jednání, přetrvávajícího psychického tlaku a napětí či nadměrného užívání alkoholu v prostředí závislého, **spojené s neochotou spolupráce a změny chování i postoje** na straně závislého či rodinných členů, dále **přítomnost alkoholu v domácnosti**, stejně jako **neschopnost abstinovat v domácích podmínkách**.

Z uvedených odpovědí výzkumu zaměřeného na to, jak závislá osoba a její rodina, nahlíží, chápou a interpretují důvody přetrvávání závislosti – což mělo pomoci k zodpovězení hlavní výzkumné otázky, se v následující části budu snažit zodpovědět cíl výzkumu, kterým byla identifikace a reflexe kritických míst a momentů v procesu rodinné terapie.

Diskuse

V této části se pokusím porovnat výsledky vzešlé z výzkumu s odbornou literaturou. Cílem bude také zodpovědět výzkumnou otázku, která byla zaměřena na hledání kritických míst a momentů rodinné terapie. Současně se na základě získaných dat pokusím odpovědět na to, jak závislý a jeho rodina, nahlízejí, chápou a interpretují důvody přetrvávání závislosti.

Zrealizoval jsem devět rozhovorů ve čtyřech rodinách, všechny rozhovory se uskutečnily v ordinaci psychiatrického lékaře Polikliniky třída Svobody v Olomouci, kam závislí členové docházejí do ambulantní léčby.

Z rozboru dat vyplynulo pět hlavních kategorií, mezi které patřily: Vliv rodiny, Motivace, Neochota spolupracovat a měnit své chování a postoje, Neochota pokračovat v rodinné terapii, Časový faktor.

Jako první se zaměřím na kategorii **Vliv rodiny**, který byl patrný ve všech oblastech výzkumu, a který potvrdili všichni oslovení participanti. Jak ukázaly rozhovory, vliv byl nejpatrnější v úvodních fázích léčby, kdy byl hlavním prostředkem ke kroku léčby závislého. Důvod i forma vlivu rodiny se odvíjela od konkrétní situace rodiny. Participanti hovořili o tlaku na závislého ke změně jeho situace z důvodu strachu o finanční a existenční budoucnost, ochrany rodiny, obav ze ztráty vztahu a kontaktu s ostatními členy rodiny, popisovali také obavy z výhrůžek či agresivity závislých při opilosti. Všechny popsané skutečnosti se pochopitelně negativně projevovaly na psychickém zdraví členů rodiny. Vliv rodiny na závislého se také postupně vyvíjel, a to z počáteční, spíše direktivní formy v podobě tlaku, později na mírnou ve formě přání a podpory. Podpora se ukázala jako klíčový prvek úspěšné léčby u jedné z dotazovaných rodin. Ne vždy a ne ve všech případech však měl vliv rodiny pozitivní dopad na závislého. Dle výpovědí participantů měl i negativní formu a to především v podobě výskytu alkoholu v domácnosti a jeho užívání v přítomnosti závislého. Následky se projevily neschopností abstinence závislého v domácích podmínkách. Vhodný životní styl jako prostředek k znesnadnění návykového chování doporučuje i Nešpor, mj. i vyhýbáním se spouštěčů (Nešpor, 2011, s. 88-89).

Další z kategorií je **Motivace**. Výzkum ukázal, že tato úzce souvisí s předchozí kategorií a má nezanedbatelný vliv na vznik, průběh i pokračování léčby závislého, vč. jeho okolí. Současně je z pořízených dat patrné, že motivace je také silně spjata s faktorem času i případnými očekáváními. A to zejména na začátku, kdy je vždy nejsilnější a má největší potenciál ke změně. Uvedené platí především u iniciátorů změny, kterými mohou být rodina i sám klient. Někteří členové rodiny nemusejí být myšlenkou terapie nadšeni a mohou být tzv. „svádění k rodinné terapii“ (Nešpor, 2011, s. 88). Zda se motivace stane nosným prvkem léčby či případné změny, souvisí se svobodou rozhodnutí, tedy její dobrovolnosti či nedobrovolnosti. Motivace stojí za množstvím rozhodnutí, která dále ovlivňují průběh terapie i celé léčby. Výzkum ukázal, že neúčinnější je společná motivace všech členů rodiny. Rodina většinou disponuje daleko mocnějšími motivačními nástroji než terapeut (Nešpor, 2011, s. 89). Pokud se podaří v systému rodiny motivaci udržet, podílí se na nemalých, kladných výsledcích. Ty lze spatřit především v udržení a setrvání závislého v procesu údravy. Svobodnou vůlí silná motivace vede k překonávání těžkostí a zvládnutí vypjatých situací, což přináší pozitivní změnu v systému rodiny a jejího prostředí. Dle výzkumu bylo patrné, že motivace se podílí i na zvládnutí efektivního přechodu do další životní etapy. Motivace je také důležitým prvkem z hlediska setrvání v terapii s ohledem časovou náročnost terapie.

Ztrátu motivace, či její oslabení, bylo možné z rozhovorů zaznamenat častěji, a také souvisela s faktorem času. Data ukázala, že mimo jeden případ, docházelo u všech ke ztrátě motivace s přibývajícím časem a dobou trvání terapie jak u závislých, tak u členů rodiny. Důvodem byly především nedostavující se výsledky a očekávání. Nejen toto vedlo k jejímu předčasnému ukončení.

Třetí kategorií je **Neochota spolupracovat a měnit své chování a postoje**.

Z rozhovorů bylo často patrné, že neúspěšnost terapie či její předčasné ukončení souviselo s neochotou spolupráce a změny chování i postoje závislých. To však platilo i o rodinných příslušnících. Participantů neochotu o spolupráci a změnu popisovali slovy nezájmu, nepotřebnosti, nedodržováním rad, neměnným rodinným prostředím, neměnnými charakterovými vlastnostmi druhého či údivem nad myšlenkou změny sebe samého. Ochota změny mj. souvisela s předchozími dvěma uvedenými kategoriemi, kdy v případě malé či žádné motivace se změna vůbec nedostavila – což ukázaly výroky potvrzující stálost zaběhlých pravidel a chování, popř. se ochota změny vytratila s přibývajícím časem

a trváním terapie, mj. nedostavením se prvotních očekávání i výsledků. Za důležité v této kategorii považují neochotu odstranění alkoholu z domácnosti a to především ze strany rodinných členů závislého. Skutečnost participanti popisovali ve formě jeho neskryté konzumace v přítomnosti závislých.

Výsledky dat ukázaly, že úspěšnost rodinné terapie závisí na ochotě spolupracovat a měnit své chování. U jedné z rodin se takovouto změnou podařilo eliminovat a zvládat stres, což Nešpor uvádí jako protektivní faktor při pomoci překování problému závislosti (Nešpor, 2011, s. 80-81). Jiní participanti ochotní ke změně popisovali v rozhovorech zkušenosti o snaze a pozitivním vnímání terapie. O její pomoci sebereflexe, seberozvoji, o pomoci uvědomovat si nové hodnoty a výzvy ke změně, které se však vytratily s nezájmem druhých.

Data také ukázala, že neochotu spolupracovat a měnit své chování a postoje může doprovázet neočekávané jednání, např. ve formě suicidálního chování a konfliktů. Konflikty v rodinném systému se závislým na alkoholu podle Klimenta vznikají v okamžiku, kdy jsou tematizovány v komunikaci mezi členy rodiny, obvykle poukázáním na nežádoucí jednání a vyslovení výzvy ke změně (Kliment, 2007, s. 65). Neochota může být také spojena s pracovními povinnostmi a nutností zajistit finanční prostředky, plynoucí z finančních závazků rodiny. Výsledkem takového procesu je pak pokračující neměnné prostředí.

Z rozhovorů bylo také patrné, že nedostavení se změny chování přinášelo těm, kteří do něj vkládali svá očekávání a naděje, nemalou psychickou zátěž. Ta se projevovala především v podobě ztráty naděje, opakované frustrace a beznaděje. Závislí danou skutečnost řešili návratem k alkoholu, druzí, v případě možnosti, opuštěním patologického prostředí odstěhováním se.

Předposlední kategorií je **Neochota pokračovat v rodinné terapii**. Zde data také ukázala propojenost s jednotlivými předchozími kategoriemi, konkrétně s kategoriemi tři a čtyři, vč. kategorií poslední, kterou je Časový faktor. Neochota pokračovat byla současně úzce spojena s očekáváním vstupu do terapie. Rozhovory přispěly k zjištění, že pokud se průběh a výsledky terapie míjely s očekáváním, participanti z obou kategorií terapii předčasně ukončili. Tento krok popisovali slovy nepotřebnosti, kdy argumenty zaznívaly především u klientů, kteří terapii podstupovali z rozhodnutí a vlivu druhých. Jiní terapii přerušili, resp. ukončili s vysvětlením, že takováto forma a způsob práce jim nevyhovuje. Z dat se také dalo zaznamenat, že důvodem nepokračovat mohla být i nízká

efektivita terapie. Slova, že terapie nikam nevede, ukončila spolu s neochotou spolupracovat a měnit své chování její průběh v jedné z rodin. Gjuričová, Kubička tuto skutečnost potvrzují s tím, že důvodem může být z pohledu rodiny skutečnost, kterou nelze změnit (Gjuričová, Kubička, 2009, s. 142).

Absence účasti terapie také způsobuje její dobrovolnost. Nebylo výjimkou, že se některý z členů rodiny na terapii opakovaně nedostavil. Tím celý proces ztrácel potřebný efekt, neboť terapií se většinou účastnili ti, jenž usilovali o změnu.

Závěrečnou kategorií je **Časový faktor**. Jeho nemalý vliv na rodinnou terapii bylo možné zaznamenat v rámci celého výzkumu. Z rozhovorů bylo patrné, že mnohdy stál za definitivním rozhodnutím k setrvání či přerušení, resp. ukončení terapie. Data prokázala jeho přímý vliv na očekávání chvíle změny závislého, popř. členů rodiny, vč. výsledků terapie. Časový faktor se významně podílí na vzniku a ústupu motivace, spojené s ochotou ke změně chování a postoje. Rozhovory ukázaly na osobní, vnitřně stanovený časový úsek, po který byli závislí i členové rodiny ochotni aktivně spolupracovat a kdy postupně ztráceli úsilí ke změně. Data ukázala, že s přibývajícím časem a dobou trvání terapie docházelo ke ztrátě motivace jak u závislých, tak u členů rodiny.

Vzájemná souběžnost faktoru času a motivace je patrná i v ochotě účasti participantů na rodinných terapiích. Ti sami uváděli skutečnost úsilí vymezení si potřebného času pro pravidelnou návštěvu a účast na terapiích. Například i slovy o tom, že to pro ně nebylo vždy lehké, zejména z důvodu pracovních povinností.

Z rozhovorů také vyplynul vliv dlouhého časového úseku mezi jednotlivými sezeními. Dlouhý časový úsek je dle Gjuričové a Kubičky potřebný na zpracování podnětů, vzešlých z terapie a správného nasměrování terapie (Gjuričová, Kubička, 2009, s. 141). Sami participanté však dlouhé čekání označovali jako nevýhodu, popř. se tato projevila z výsledků dat. Potvrzují to např. slova o tom, že započaté zlepšení situace se po čekání na schůzku v dalším termínu vrátilo do stejných vzorců. Naproti tomu časový odstup také pomáhal k pozitivní reflexi, změně chování i prostředí. To však dle výzkumu platilo zejména u participantů ochotných k účasti na terapiích. Stejně tak se jeví časový faktor důležitým při návaznosti terapie na proběhlou klinickou léčbu. Bylo možné sledovat, že krátký úsek od ukončené klinické léčby má efektivní vliv na zahájení a vstup do terapie. Delší období od ukončení klinické léčby s sebou nese riziko malé motivace a účasti. Data několikrát ukázala na důležitost časově vhodného vstupu do terapie a jejího následného pokračování. To platilo zejména pro úvodní fáze terapie. Právě zde docházelo k zásadním

rozhodnutím závislého i jeho rodiny na případném pokračování v rodinné terapii, popř. jejím ukončení. Úvodní fáze terapie se tedy dle výzkumu ukazuje jejím stěžejním bodem.

Co se týče zaměření výzkumu, tedy jak závislý a jeho rodina, nahlíží, chápou a interpretují důvod přetrvávání závislosti, zde získaná data ukázala, že názory se mezi závislými a jejich rodinami různí. Z výpovědí bylo možné zaznamenat, že alkohol přináší závislým požitky, slouží jako prostředek k odbourávání psychických potíží, popř. uvědomění si, že jde o nemoc na celý život. Současně je také zátěží rodinného systému, která s sebou nese nemalý tlak na psychiku v podobě psychické únavy či beznaděje, zátěží způsobující neochotu závislého či rodiny spolupracovat, měnit své chování a postoje, v důsledku čehož zůstává patologické prostředí neměnné.

Snad právě i z těchto důvodů rekapitulace výsledků ukazuje, že alespoň v mezích uskutečněného výzkumu vzešlých pět kategorií hrálo důležitou roli v tom, co bylo příčinou za neúspěchem rodinné terapie.

Z rozboru dat jsou mezi těmito pěti silně zastoupené především kategorie Motivace a Časový faktor. Obě figurují ve všech kategoriích a obě dle výsledků dat mají nemalý vliv na začátek, průběh a trvání rodinné terapie. Kritickým místem terapie se jeví především její úvodní fáze. Ta hraje dle výzkumu klíčovou roli v zásadních rozhodnutích závislého i jeho rodiny na případném pokračování v rodinné terapii. Jako kritický moment terapie lze označit ztrátu motivace. Ztráta motivace je zodpovědná nejen za setrvání rodiny v terapii, ale její vliv je určující na případné ochotě spolupracovat a měnit chování a postoje závislého i jeho okolí. Uvedené kategorie tak otvírají prostor pro sociální práci. V jaké míře by bylo zastoupeno její pole působnosti, uvedu v části Závěr.

Závěr

Závěrem shrnu hlavní body bakalářské práce, použitou metodologii a zrekapituluji výsledky výzkumu. Dále odpovím na to, zda byl splněn daný cíl práce a poukážu na jeho možné využití pro praxi sociální práce.

Bakalářskou práci jsem rozdělil na dvě části. První část se soustředila na tři kapitoly – sociálně patologické jevy, rodinné prostředí a jeho dynamiku a práci s rodinou.

Část druhá se věnovala výzkumu. Zde byla popsána výzkumná otázka a výzkumný cíl, kterým byla identifikace a reflexe kritických míst a momentů v procesu rodinné terapie. Dále byla uvedena technika sběru dat a výzkumná metoda, technika výběru výzkumného vzorku a popis výzkumného vzorku. Ten tvořili klienti v ambulantní léčbě psychiatra a jejich rodiny. Poslední podkapitola představila způsob zpracování dat.

Následovala interpretace analyzovaných dat. Analýzou rozhovorů jsem se postupně docházel k odpovědi na výzkumnou otázku. Z rozboru dat vyplynulo pět hlavních kategorií: Vliv rodiny, Motivace, Neochota spolupracovat a měnit své chování a postoje, Neochota pokračovat v rodinné terapii a Časový faktor. Každá z těchto kategorií silně zasahovala do procesu rodinné terapie. Rozhovory ukázaly, že vliv rodiny byl nejpatrnější v úvodních fázích léčby, kdy byl hlavním prostředkem ke kroku léčby závislého. Jeho forma se postupně vyvíjela z počáteční, spíše direktivní formy v podobě tlaku, na pozdější mírnou formu v podobě přání a podpory. Měl však i své negativní následky.

Motivace měla nezanedbatelný vliv na vznik, průběh i pokračování léčby závislého, vč. jeho blízkých, hrála významnou roli v průběhu celé terapie i za množstvím rozhodnutí. Neochota spolupracovat a měnit své chování a postoje se taktéž, mimo jeden případ, významně podílela na neúspěšnosti terapie. Dotýkala se jak závislého, tak i členů rodiny. Těm, kteří vkládali svá očekávání ke změně, pak neměnný stav přinášel psychickou zátěž v podobě ztráty naděje, opakované frustrace a beznaděje.

Neochota pokračovat v rodinné terapii úzce souvisí s očekáváním vstupu do terapie. Výzkum ukázal, že pokud se průběh a výsledky terapie míjely s očekáváním, participantů z obou kategorií terapii předčasně ukončili.

Časový faktor a jeho nemalý vliv na rodinnou terapii bylo možné zaznamenat v rámci celého výzkumu. Významně se podílel na vzniku a ústupu motivace, dlouhý

časový úsek mezi jednotlivými sezeními měl podíl na neúspěšnosti terapie. Úvodní fáze terapie se ukázala důležitá v návaznosti na další pokračování v rodinné terapii.

Cílem výzkumu byla snaha identifikovat kritická místa a momenty v procesu rodinné terapie, kde by sociální pracovník mohl hrát svou roli, avšak tuto roli z různých důvodů nehraje. Identifikovat, kde může sociální pracovník přispět ke změně chování klienta i jeho prostředí, a co tomu v praxi brání.

Dle mého názoru byl tento cíl naplněn, kdy z rozboru dat mezi pěti kategoriemi se stěžejními ukázaly především kategorie Motivace a Časový faktor.

Výzkum a jeho závěr však vzhledem k omezené velikosti výzkumného vzorku nemůže přinést obecnou platnost a pro jeho zobecnění by tedy bylo potřeba hlubšího zkoumání. Za rizikový faktor výzkumu nelze také vyloučit ovlivnění snahy objektivního nahlížení dat, zmíněné v úvodu kapitoly 5.

Nicméně jak bylo uvedeno v části Diskuse, Motivace a Časový faktor jsou výrazně zastoupeny ve všech kategoriích a současně mají významný vliv na začátek, průběh a trvání rodinné terapie. Kritickým místem terapie je dle výzkumu její úvodní fáze. Hraje klíčovou roli v zásadních rozhodnutích závislého i jeho rodiny na případném pokračování v rodinné terapii. Jako kritický moment terapie lze označit ztrátu motivace. Ta je zodpovědná nejen za setrvání rodiny v terapii, ale její vliv je určující na případné ochotě spolupracovat a měnit chování a postoje závislého i jeho okolí. Ve výsledku pak obojí úzce souvisí s tím, zda dojde ke změně patologického prostředí rodiny jako systému.

Zda se změna podaří a jaký bude její průběh, se na tomto místě (fázi) rodinné terapie může také významně podílet sociální práce. Sociální pracovník díky své kvalifikaci a široké teoretické základně umí efektivně pracovat nejen s motivací, ale i s prostředím závislého. Uplatněním prvků systémové či systemické práce s rodinou dokáže pracovat nejen s klientem, ale i s jeho prostředím. Dovednosti sociálního pracovníka by našli své uplatnění např. **v podpoře a motivaci rodiny k léčbě**. Jako expert na komunikaci by dokázal diagnostikovat a **nabízet změnu vzorců chování**, v rámci vstupu do systému rodiny by byl schopen např. **detekovat včasné varovné příznaky hrozící recidivy užívání alkoholu** a to i na základě vztahové dynamiky. Současně by dále v rámci posouzení situace klienta a jeho prostředí dokázal **detekovat závislost jako sekundární příčinu jiné duševní poruchy rodinného člena** (úzkostné poruchy, poruchy nálady

či existenci velké psychické zátěže v rodině – rozvod, smrt blízkého člena, apod.), řešené samoléčbou alkoholem. V prostředí závislých by byl schopen **ověřovat objektivní informace o užívání alkoholu**, o tom, jak moc a zda vůbec se pije, **s následnou konfrontací v rámci společného sezení v přirozeném prostředí závislého**. Sociální pracovník by dále **pomáhal měnit prostředí tak, aby se zajistil po léčbě návrat do chráněného prostředí**, tzn. **edukoval by rodinu o pojmu závislost**, o tom, že se jedná o duševní poruchu.

Vstup sociálního pracovníka do prostředí rodiny by tedy měl ideálně nastat bezprostředně po komplexní protialkoholní léčbě, čímž by došlo k eliminaci návratu závislého k užívání alkoholu. Eliminace by se jistě projevila i ekonomickým efektem ve formě ušetřených nákladů na další opakované intervence a léčbu prohlubujících se somatických komplikací při dalších recidivách.

Prozatím tomu v praxi brání obecně známá malá informovanost laické i odborné veřejnosti o možnostech a perspektivách sociální práce. Výkon sociálního pracovníka je často zaměňován za činnosti pracovníků v sociálních službách, úředníka zajišťujícího sociální dávky a agendu s tím spojenou, popř. pracovníka oboru, který pomáhá těm, kdo si to nezaslouží.

Možnosti sociálního pracovníka a jeho kvalifikační předpoklady na terapeutickém poli jsou předmětem mnoha diskuzí nejen v oborech, ze kterých sociální práce čerpá pro své teorie a metody, ale také uvnitř oboru sociální práce. Že znalost psychoterapeutických metod a technik nabízí sociálnímu pracovníkovi další nástroj použitelný v práci s klientem hovoří Faltisová, která současně uvádí, že díky trefné psychoterapeutické intervenci může nabrat spolupráce pracovníka a klienta nečekaný směr (Faltisová, 2017[online]).

O mezioborovosti rodinné terapie také hovoří i Gjuričová s Kubičkou, kteří k tématu uvádějí mj. i tu skutečnost, že přestože u nás je většina rodinných terapeutů psychology či psychiatry, řada významných světových postav rodinné terapie měla profesi jinou. To lze vidět např. u Virginie Satirové, která byla ke všeobecné známosti sociální pracovník (Gjuričová, Kubička, 2009, s. 47)

V souvislosti se závěrem výzkumu se také nabízí otázka související s probíhající reformou psychiatrické péče, zda právě vstup sociálního pracovníka do prostředí rodiny bezprostředně po komplexní protialkoholní léčbě není vhodným krokem i místem ke vstupu sociální práce na pole psychiatrie a docílit tak oborového propojení, vedoucího k humanizaci psychiatrické péče. Přítomnost sociálního pracovníka by také jistě zlepšila

provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb, a současně také zvýšila efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci, jak bylo uvedeno výše.

Zda se tedy podaří sociálnímu pracovníkovi vstoupit na toto pole a zda bude sociální práce veřejností i ostatními akademickými disciplínami vnímána se zaslouženým odborným respektem, na tom se bude podílet zejména fakt, jak sociální pracovníci budou svou práci dále prezentovat... (A tak je poznáte po jejich ovoci (Mt 7:20)).

Bibliografický seznam

ALKOHOL POD KONTROLOU. [online] ©2018. [cit. 27.3.2020]. Dostupné z: <https://www.alkoholpodkontrolou.cz/svetova-zdravotnicka-organizace-zverejnila-zpravu-o-alkoholu-jeho-a-vlivu-na-zdravi/>.

BENKOVIČ, Jozef. 2007. Novodobé nelátkové závislosti. *Psychiatrie pro praxi*. [online] 8(6). [cit. 27.3.2020]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/06/03.pdf>.

Bible – Písmo svaté Starého a Nového zákona. 1993. 6. přeprac. 8. vyd. Česká biblická společnost, 287 s. ISBN 80-900881-6-3.

DISMAN, Miroslav. 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

FALTISOVÁ, Táňa. 2017. *Sociální práce a psychoterapie*. In: *Sociální práce/ Sociální práce* [online]. 2017, č. 7 [cit. 27.3.2020]. ISSN 1805-885X . Dostupné z: <http://socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=989>.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. 231 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5046-0.

FRIEDLOVÁ, Martina a Martin LEČBYCH. 2015. *Symposium rodinné terapie, sborník příspěvků z konference*. Olomouc. Univerzita Palackého v Olomouci. 135 s. Dostupné z: http://tera.expresivniterapie.cz/wp-content/uploads/2013/01/03_Symposium-rodinn%C3%A9-terapie.-Sborn%C3%ADk-p%C5%99%C3%ADsp%C4%9Bvk%C5%AF.-ISBN-978-80-244-4598-4.pdf.

ISBN 978-80-244-4598-4.

GIFFORD, Maria. 2010. *Alcoholism*. Santa Barbara, Calif.: Greenwood Press/ABC-CLIO. Biographies of disease. 157 s. ISBN 978-0-313-35908-8.

GJURIČOVÁ, Šárka a Jiří KUBIČKA. 2009. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. 288 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2390-7.

HAINER, Vojtěch a kol. 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 448, 16 s. ISBN 978-80-247-3252-7.

HOWARD B. Moss. 2013. *The Impact of Alcohol on Society: A Brief Overview*, Social Work in Public Health, 28:3-4, 175-177, DOI: 10.1080/19371918.2013.758987.

CHVÁLA, Vladislav a Ludmila TRAPKOVÁ. 2016. *Rodinná terapie a teorie jin-jangu: příspěvek k psychosomatice*. 2., přeprac. vyd.. Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-262-0989-8.

IFSW. [online]. ©2014, [cit. 27.3.2020]. Dostupné z: <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/>.

JANDOUREK, Jan. 2003. *Úvod do sociologie*. Vyd. 1. Praha: Portál. 231. ISBN 80-7178-749-3.

JANEBOVÁ, R. a Lenka ŠIMKOVÁ, 2017. *Jaké má „terapie“ místo v sociální práci?* In: *Sociální práce/ Sociálna práca* [online]. 5. 10. 2017 [cit. 27.3.2020]. Dostupné z: <http://www.socialni prace.cz/debata.php?id=10>.

JEŘÁBKOVÁ, Zuzana. 2012. *Význam rodinné terapie v rezidenční protialkoholní léčbě*. Praha (bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Dostupné z:

https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/44047/BPTX_2011_1_0_299824_0_120261.pdf?sequence=1.

KALINA, Kamil a kol. 2015. *Klinická adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada. 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.

KLIMENT, Pavel. 2007. Rodinný systém se závislým na alkoholu. *Sociální práce/ Sociálna práca*, č. 7, s. 65-66. ISSN 1213-6204.

KOPECKÝ, Kamil a René, SZOTKOWSKI. 2018. Projevy závislostního chování u dětských hráčů hry Minecraft pohledem kvantitativního výzkumu. *Pediatric pro praxi*. [online] 19(1). [cit. 27.3.2020]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2018/01/07.pdf>.

KRATOCHVÍL, Stanislav. 2006. *Základy psychoterapie*. 5., aktualiz. vyd. Praha: Portál. 384 s. ISBN 80-7367-122-0.

KRCH, František. 2016. Poruchy příjmu potravy. *Pediatric pro praxi*. [online] 17(4). [cit. 27.3.2020]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/04/09.pdf>.

- MAHROVÁ, Gabriela a kol. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Vyd. 1. Praha: Grada. 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2003b. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. 161 s. Studijní texty. ISBN 80-86429-19-9.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. 2003a. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál. 323 s. ISBN 80-7367-Q02-X.
- MINUCHIN, Salvador. *Rodina a rodinná terapie*. 2013. Vyd. 1. Praha: Portál. 231 s. ISBN 978-80-262-0371-1.
- MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- NAVRÁTIL, Pavel a kol. 2014. *Reflexivní posouzení v sociální práci s rodinami*. Vyd. 3. Masarykova univerzita. 383 s. ISBN 978-80-210-7505-4.
- NEŠPOR, Karel. 2011. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál. 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
- OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. 2010. *Metodologie vědecko – výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola, 44 s. ISBN 978-80-87240-33-5.
- PAPEŽOVÁ, Hana (ed). 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Vyd. 1. Praha: Grada. 425, 8 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
- PEŠEK, Roman. 2018. Kognitivně behaviorální terapie závislosti na alkoholu – zkušenosti z praxe. *Psychiatrie pro praxi*. [online] 19(3e). [cit. 27.3.2020]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2018/90/03.pdf>.
- RADIO VATICANA. [online] ©2020. [cit. 27.3.2020]. Dostupné z: <HTTPS://WWW.RADIOVATICANA.CZ/CLANEK.PHP?ID=30701>.
- SATIR, Virginia et al. 2005. *Model růstu: za hranice rodinné terapie*. Brno: Cesta. 303 s. ISBN 80-7295-071-1.
- SATIR, Virginia a Michele BALDWIN. 2012. *Terapie rodiny: krok za krokem podle Virginie Satirové*. Vyd. 1. Praha: Portál. 150 s. Praktická příručka. ISBN 978-80-262-0179-3.

- SEIFERTO VÁ, D., J. PRAŠKO, J. HORÁČEK a C. HÖSCHL. 2008. *Postupy v léčbě psychických poruch: Algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti*. 2. revid. Vyd. Praha: Medical Tribune CZ. 616 s. ISBN 80-86694-07-0.
- SMOLÍK, Petr. 1996. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf. 504, 10 s. ISBN 80-85800-33-0.
- SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. 2012. Vyd. 3. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-262-0217-2.
- TRAPKOVÁ, Ludmila a Vladislav CHVÁLA. 2017. *Rodinná terapie psychosomatických poruch: rodina jako sociální děloha*. Vyd. 3. Praha: Portál. 224 stran. ISBN 978-80-262-0523-4.
- ÚZIS. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: Tabeleární část*. 2020. aktualiz. vyd. k 1. 1. 2020. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 877 s. ISBN: 978-80-7472-168-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie. 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál. 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VAVRINČÍKOVÁ, Lenka. 2012. Harm reduction a alkohol. Praha. Univerzita Karlova v Praze. 42 s. Učební texty. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/357/imprim-harmreduct-alkohol-via-03.pdf>. ISBN 978-80-7476-008-2.
- VOJENSKÁ NEMOCNICE OLOMOUC, p.o., 2019. Olomouc, *Oddělení – Středisko sekundární prevence a léčby závislostí*. [cit. 27.3.2020] Dostupné z: <https://www.vnol.cz/index.php/cs/oddeleni/stredisko-sekundarni-prevence-a-lecby-zavislosti>.
- VÍCHOVÁ, Veronika a Petr, KOBLOVSKÝ. 2013. Diagnostika a psychoterapie „nových“ závislostí. *Psychiatrie pro praxi*. [online] 14(4). [cit. 27.3.2020]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/04/11.pdf>.
- WEST, Robert. *Modely závislosti*. 2016. Úřad vlády České republiky, Vláda ČR [online]. [cit. 27.3.2020]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/urad-vlady/vydavatelstvi/vydane-publikace/Modely-zavislosti.pdf>.