

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

RIGORÓZNÍ PRÁCE

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Rigorózní práce

Mgr. Monika Danišková, DiS.

**ALKOHOLISMUS RODIČE A JEHO VLIV NA VÝVOJ A
VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ**

Olomouc 2024

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury

11. 02. 2024 v Olomouci

.....
Mgr. Monika Danišková, DiS.

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem dětem a osobám, které byly ochotny odpovědět na moje otázky týkající se výzkumu k rigorózní práci.

TÉMA RIGORÓZNÍ PRÁCE

Jméno a příjmení:	Mgr. Monika Danišková, DiS.
Pracoviště, kde bude probíhat obhajoba rigorózní práce:	UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI PEDAGOGICKÁ FAKULTA Ústav pedagogiky a sociálních studií
Rok obhajoby:	2024

Téma práce:	ALKOHOLISMUS RODIČE A JEHO VLIV NA VÝVOJ A VZDĚLÁVÁNÍ DÍTĚTE
Název v angličtině:	PARENTAL ALCOHOLISM AND ITS INFLUENCE ON CHILDREN'S DEVELOPMENT AND EDUCATION
Zásady použité při vypracování:	Platná citační norma ISO 690-2
Seznam doporučené literatury:	HELLER, Jiří; PECINOVSKÁ, Olga; HELLEROVÁ, Pavla; KONEČNÝ, Jaroslav; POPOV, Petr; PROFOUS, Jiří. <i>Pavučina závislosti. Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby</i> . Praha: Tiskárna protisk, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0. LANGMEIER, Josef. KREJČÍŘOVÁ, Dana. <i>Vývojová psychologie</i> . Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X. MATĚJČEK, Zdeněk; DYTRYCH, Zdeněk. <i>Děti, rodina a stres</i> . Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-06-X. MRAVČÍK, Viktor; CHOMYNOVÁ, Pavla; GROHMANNOVÁ, Kateřina; JANÍKOVÁ, Barbara; ČERNÍKOVÁ, Tereza; ROUS, Zdeněk; CIBULKA, Jan; FRANKOVÁ, Eva; NECHANSKÁ, Blanka; FIDESOVÁ,

Hana. *Zpráva o alkoholu v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2021. ISBN 978-80-7440-280-7.

SKÁLA, Jaroslav. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abúzus a závislost*. Praha: Avicenum, 1986. ISBN 08-090-86.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2. dopl. a přeprac. vyd., 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

ASTLEY, S. J., D. BAILEY, C. TALBOT; S. K. CLARREN. Primární prevence fetálního alkoholového syndromu (FAS) prostřednictvím diagnostiky FAS: II. Komplexní profil 80 biologických matek dětí s FAS. *Fetal Alcohol Syndrome (FAS) Primary Prevention Through FAS Diagnosis. A Comprehensive Profile of 80 Birth Others of Children with FAS*. *Alcohol Alcohol*. 2000, Sep-Oct, vol. 35, no. 5, s. 509–519. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/alcalc/35.5.509>. [citováno 2023-12-12].

STRATTON, Kathleen; HOWE, Cynthia; BATTAGLIA, Frederick. *National academies. Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment (1996)*. 1996. Online. Dostupné z: <https://nap.nationalacademies.org/download/4991>. [citováno 2023-09-29].

LANGE, Shanon; PROBST, Charlotte; GMEL, Gerrit; REHM, Jürgen; BURD, Larry; POPOVA, Svetlana. *Global Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorder Among Children and Youth: A Systematic Review and Meta-analysis*. Online. *JAMA Pediatr*. 2017 Oct 1, vol. 171, no. 10, s. 948-956. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1919>. [citováno 2023-09-28].

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Mgr. Monika Danišková, DiS.
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií PDF Olomouc
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Alkoholismus rodiče a jeho vliv na vývoj a vzdělávání dětí
Název v angličtině:	Parental alcoholism and its influence on children's development and education
Anotace práce:	<p>Práce je zaměřena na to, jaký vliv má alkoholismus rodiče na vývoj a vzdělávání dítěte. Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část vymezuje pojmy jako je alkoholismus a jeho škodlivé dopady na lidský organismus, fetální alkoholový syndrom (FAS), charakterizuje metody léčby alkoholismu, vývoj a vzdělávání dítěte s FAS a děti vyrůstající v rodině se závislostí na alkoholu. Zabývá se možnostmi práce s rodinou a prevencí. Praktická část byla zpracována do podrobných kazuistik s dětmi pocházejících z rodin alkoholiků a jedním dítětem s FAS metodou narativního interview.</p>
Klíčová slova:	Alkohol, alkoholismus, fetální alkoholový syndrom, rodina, vývoj dítěte, vzdělávání dítěte, rodina se závislostí na alkoholu
Anotace v angličtině:	<p>The work is focused on the effect of parental alcoholism on the child's development and education. The work is divided into two parts. The theoretical part defines concepts such as alcoholism and its harmful effects on the human organism, fetal alcohol syndrome (FAS), characterizes the methods of alcoholism treatment, the development and education of a child with FAS and children growing up in a family with alcohol addiction. It deals with the possibilities of working with the family and prevention.</p>

	The practical part was processed into detailed case studies with children from alcoholic families and one child with FAS using the narrative interview method.
Klíčová slova v angličtině:	Alcohol, alcoholism, fetal alcohol syndrome, family, child development, child education, family with alcohol dependence.
Přílohy vázané v práci:	17 stran
Rozsah práce:	108 stran
Jazyk práce:	český

OBSAH

TÉMA RIGORÓZNÍ PRÁCE	5
ÚVOD	11
1 ALKOHOL	13
1.1 Alkoholismus	16
1.2 Důsledky alkoholismu na lidský organismus	21
1.3 Žena se závislostí na alkoholu	24
1.4 Fetální alkoholový syndrom	28
2 DĚTI Z RODIN ALKOHOLIKŮ	34
2.1 Rodina se závislostí	35
2.2 Vývoj dětí rodiče alkoholika	36
2.3 Vzdělávání dítěte s FAS mladšího školního věku	41
3 PŘÍSTUPY PRÁCE S RODINOU SE ZÁVISLOSTÍ ČLENA NA ALKOHOLU	50
3.1 Přístupy psychoterapie v léčbě alkoholismu	51
3.2 Ambulantní a ústavní léčení závislosti na alkoholu	54
3.3 Prevence vzniku závislosti na alkoholu a jejího rozvoje u těhotných	59
4 VÝZKUM VLIVU ALKOHOLISMU RODIČE NA VÝVOJ A VZDĚLÁVÁNÍ DÍTĚTE	64
4.1 Metodologie výzkumného šetření	64
4.2 Cíl výzkumu	65
4.3 Výzkumné otázky	66
4.4 Metoda sběru dat	67
4.5 Vlastní výzkumná část – kazuistika	69
4.6 Shrnutí výsledků a závěr výzkumu	90

ZÁVĚR.....	95
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....	97
SEZNAM TABULEK	104
SEZNAM OBRÁZKŮ	105
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	106
SEZNAM PŘÍLOH.....	108

ÚVOD

Téma vlivu alkoholismu rodiče bylo zvoleno pro osobní zájem autorky o následky jeho vlivu na fyzický a psychický vývoj a vzdělávání dítěte, jeho prožívání dětství a dospívání.

Alkohol je jednou z nejstarších a nejrozšířenějších drog s vážnými důsledky pro uživatele. Jedná se o látku se značnou orgánovou toxicitou včetně neurotoxicity. V České republice se míra spotřeby alkoholu na jednoho občana podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) umisťuje na třetím místě v Evropě za Litvou a Estonskem. Jeden a půl milionu Čechů je v kategorii rizikového pití a na jeho následky umírá 6500 osob ročně. Muži stále převládají v počtu rizikových pijáků, ale významný je nárůst počtu žen škodlivě užívajících alkohol. Škodlivá konzumace alkoholu znamená riziko i pro okolí závislého, zejména pro partnery, děti, přátele a spolupracovníky. V důsledku požívání alkoholu během těhotenství se může u plodu vyvinout fetální alkoholový syndrom a s ním související důsledky pro narozené dítě. WHO uvádí výsledky studie týkající se FAS. Jeho globální prevalence ve světě je téměř 8 na 1000 osob. Mezi jednotlivými zeměmi měla Jižní Afrika nejvyšší odhadovanou prevalenci, a to 111 na 1000 obyvatel na světě. Následovalo Chorvatsko s 53 na 1000 obyvatel a Irsko se 47 na 1000 obyvatel. V České republice se odhaduje, že až 3000 dětí je takto postižených.

Rodina jako nejstarší společenská instituce má za úkol uspokojovat potřeby jejich jednotlivých členů, které u dětí rodičů alkoholiků nejsou saturovány. Z psychologických, medicínských a v neposlední řadě sociologických výzkumů jednoznačně vyplývá, že alkohol v nukleární rodině poškozují tělesný a duševní vývoj, charakter, výchovu a další vzdělávání dítěte.

Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část má tři kapitoly. První se zabývá definicí alkoholu, důsledky alkoholismu na lidský organismus, ženami se závislostí na alkoholu a fetálním alkoholovým syndromem. Druhá charakterizuje rodinu se závislostí na alkoholu, děti rodičů alkoholiků a jejich vývoj, dále se věnuje vzdělávání dítěte s FAS. Třetí kapitola je souhrnem léčebných metod alkoholiků, možnostmi spolupráce s rodinou s alkoholovou závislostí a prevencí alkoholismu. Cílem teoretické části je shrnout informace ze současné literatury o alkoholismu a jeho škodlivému vlivu na lidský organismus, na mezilidské vztahy v rodině a na vývoj a vzdělávání dítěte.

Cílem empirické části, potažmo celé práce, bylo dosáhnout hlubšího porozumění dítěti poškozenému FAS. Především jakým způsobem byl narušen jeho fyzický a psychický vývoj, jeho adaptace na vzdělávání ve školním prostředí a začleňování se do kolektivu. Dílčími cíli bylo zjistit, jakým způsobem se děti vyrovnávaly s alkoholismem rodiče. Jak se cítily doma, zda dosahovaly optimálních výsledků ve škole, jakým způsobem trávily volný čas v dětství a během dospívání. V neposlední řadě, zda rodič alkoholik plnil svou roli a poskytoval psychickou podporu a citové zázemí svému dítěti. V kazuistice byl výzkumný soubor tvořen desetiletou dívkou, které byl po narození diagnostikován fetální alkoholový syndrom a dvěma dopívajícími ve věku devatenáct a dvacet let, kteří vyrůstali se závislým rodičem na alkoholu. Metodou sběru dat bylo zvoleno narativní interview a studium dokumentů. K analýze byla využita metoda transkripce, resp. shrnujícího protokolu.

Při zpracovávání tématu ethanolu a onemocnění alkoholismem bylo čerpáno z odborné literatury českého lékaře psychiatra z oblasti alkoholových a jiných závislostí, zakladatele prvních záchranných stanic v České republice J. Skály. Neurotoxické účinky na organismus představuje lékař psychiatrie K. Kalina a v oblasti léčby a prevence lékař psychiatr K. Nešpor. Ze zahraniční odborné literatury byly čerpány informace pro charakteristiku diagnostických kategorií a kritérií, které jsou začleněny do rámce spektra vrozených alkoholových poruch autorů J. Smith, K. Stratton, C. Howe a F. Battaglia. Lékařka R. Tichá a její výzkum v oblasti fetálního alkoholového syndromu v tehdejší Československu (1979) poskytl důležité informace o biochemických procesech v krvi u dětí s FAS a zejména poznatky pozorování několika desítek dětí s tímto postižením v kojeneckých ústavech. Data o rizicích spojených s užíváním alkoholu, i během těhotenství předkládá V. Mravčík a kolektiv autorů ve zprávě o alkoholu v České republice za rok 2021. Ve své studii upozorňují na fakt, že výskyt FAS je v České republice pravděpodobně podhlášený, vzhledem k míře nadužívání alkoholu a jeho toleranci společností jako takové. Rodinným soužitím a uspokojováním potřeb jednotlivých členů se zabývá dětský psycholog Z. Matějček. Pro charakteristiku období mladšího školního věku bylo čerpáno z odborné literatury psychologů D. Krejčířové a J. Langmeiera. Psychopatologií dětí s hendikepem vrozeného fetálního alkoholového syndromu a školní zralostí pro účely práce byly využity poznatky a podklady z literatury psychologů a pedagožky M. Vágnerové. Oporou pro zpracování empirické části, provedení metodologie výzkumného šetření a dosažení stanovených cílů, byla odborná literatura pedagoga J. Hendla.

1 ALKOHOL

Alkohol, chemicky etylalkohol. Etanol vzniká kvašením cukrů a je rozšířený po celém světě. Tato látka je chemicky čirá, bezbarvá tekutina s charakteristickým zápachem a palčivou chutí.

Má bod varu 77 °C a bod tuhnutí mínus 130 °C. Chemická značka etylalkoholu je C₂H₅OH a skládá se z atomů uhlíku, vodíku a kyslíku. Jeho název „... pochází z arabského slova *al-ka-hal*, což je označení pro zvláštní, jemnou látku“ (Skála, 1988, s. 9). Alkohol se přes ústní dutinu dostává do žaludku, kde je vstřebána pouze jeho pětina a odtud se dostane do tenkého střeva. Tělními tekutinami a krví se nejrychleji přenáší do CNS (centrální nervová soustava). „*Etylalkohol se v lidském organismu metabolizuje cestou alkoholdehydrogenázovou, cestou mikrozomálního systému oxidace etanolu ...*“ (Ehrmann, 2006, s. 15). Záleží na délce časového období, kdy je alkohol konzumován, dále na druhu nápoje, zda je kombinován s jídlem a obsahem náplně žaludku. Alkoholické nápoje bývají označeny v objemových procentech (viz tabulka č. 1, Ehrmann, 2006, s. 15). Většina alkoholu je metabolizována v játrech a vylučována močí. Nejvyšší koncentrace etanolu v krvi po jednorázovém užití je dosaženo za půl hodiny až hodinu. Rychlost vylučování alkoholu z těla je ovlivněna různými faktory, včetně množství konzumovaného alkoholu, tělesné hmotnosti, pohlaví, rychlosti metabolismu a dalších individuálních charakteristik (Skála, 1989). Proces metabolismu a vylučování může trvat několik hodin nebo dokonce déle, v závislosti na různých faktorech. „*Jedná se o látku se značnou orgánovou toxicitou, včetně neurotoxicity*“ (Kalina, 2008, s. 341).

Pivo	5 vol. % = 5ml/100 ml	40 g etanolu/l
Bílé víno	11 vol. % = 11 ml/100ml	87 g etanolu/l
Červené víno	14 vol. % = 14 ml/100ml	111 g etanolu/l
Destilát	40 vol. % = 40 ml/100ml	320 g etanolu/l

Tabulka č. 1 Objemové a hmotnostní koncentrace alkoholu v alkoholických nápojích. Zdroj: Ehrmann, Schneiderka, Ehrmann (2006)

Alkohol je jednou z nejstarších a nejrozšířenějších drog s vážnými důsledky pro uživatele. Dle historických dokumentů naši předkové pro výrobu alkoholu pěstovali obilí, ze

kterého následně vyráběli kvašené nápoje. Původně byly drogy používány jako léčivé látky, později se staly prostředky opojení. Naši dávní předkové přistupovali k opojným vlastnostem drog s úctou, jako k božským silám. V průběhu 19. století se s rozvojem farmaceutického průmyslu a výzkumu drogy masově rozšířily, zejména v Evropě a Severní Americe (Vavřínková, Binder, 2006). Alkohol společně s nikotinem patří mezi legální drogy.

Česká republika se řadí mezi země s nejvyšší mírou spotřeby alkoholu na jednoho občana. V Evropě se podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) umísťuje na třetím místě, hned za Estonskem a Litvou, s celkovou spotřebou 12,99 litrů čistého alkoholu na osobu za rok 2016 (přepočteno na osoby ve věku 15 let a starší). Převládající část této spotřeby připadá na pivo. Alarmující je skutečnost, že užívání alkoholu je v České republice rozšířené již mezi dospívajícími. Vysoká míra konzumace alkoholu je také patrná v dospělosti. Mezi dospělými existuje významný podíl osob, které překračují doporučené maximální denní dávky alkoholu. Tím jsou vystaveny riziku zdravotních, sociálních a dalších negativních důsledků spojených s nadměrnou konzumací alkoholu (Malinovská a kol., 2021, s. 38-43).

Češi jsou dlouhodobě známí jako národ s vysokou konzumací alkoholu a velkou tolerancí nejen vůči pravidelnému pití, ale také vůči excesivnímu pití. „*Tolerantní normy dospělých utvářejí postoje dětí a mladých lidí k alkoholu. Ti potom velmi brzy přijímají pití jako normální (rozuměj společensky schvalovanou) součást sociálních kontaktů a téměř neodmyslitelnou součást oslav a zábav*“ (Sovinová a kol., 2003, s. 45). Statistiky ukazují, že přibližně 9,7 litrů čistého alkoholu se ročně spotřebuje na jednoho obyvatele staršího 15 let. Spotřeba alkoholických nápojů na 1 obyvatele byla v roce 2020 téměř 167 litrů. Rok 2020 byl významně ovlivněn epidemií Covid-19. V důsledku uzavřených restauračních zařízení stoupla u pravidelných konzumentů, starších lidí a mužů spotřeba alkoholických nápojů konzumovaných doma. U osob, které již před pandemií neměly pravidelný návyk v pití alkoholu, se naopak jeho spotřeba snížila. (Mravčík a kol., 2021).

„*Alkohol ve své ambivalentní poloze vzbuzuje odedávna obdiv i odpor. Na jedné straně je přibližován jako elixír života, zdroj inspirace ... na druhé straně je zobrazován jako metla lidstva, zhouba ohrožující duševní i tělesné zdraví jedince i společnosti* (Sournia, 1999, s. 7). Alkohol může být vnímán jako sociální nápoj a ve společenském kontextu se někdy považuje za příjemnou součást různých událostí. Některé studie naznačují, že konzumace mírného množství alkoholu může být spojena s určitými zdravotními výhodami. Případný prospěch je vyvážený riziky spojenými s konzumací alkoholu, a proto by měl být užíván s opatrností a v

souladu s doporučeními odborníků. Například mírné popíjení zejména vína, může být spojena s nižším rizikem srdečních chorob a některých druhů cévních onemocnění. Alkohol se také používá ve formě mazání, roztoků k potírání kůže k prevenci dekubitů (proleženin). Widermanová (1955, s. 24) uvádí: „..., že alkohol poskytuje tělu určité množství kalorií (1 g alkoholu je 7 kalorií), může sice sloužit jako zdroj energie, není však stavební hmotou“. Ve víně a pivě mohou být zastoupeny vitamíny, bílkoviny a cukry, a to v nepatrném množství. Při nachlazení může být malá dávka alkoholu využita ke snadnějšímu vypocení. Dobré vlastnosti alkoholu jsou v širším kontextu téměř zanedbatelné. V minulosti bylo tehdejší společností považováno víno, pivo a cidr za součást jídelníčku se zdravotními výhodami (Sournia, 1999).

Etanol patří mezi psychotropní látky ovlivňující nervový systém, zhoršuje rozumové funkce, snižuje se schopnost si zapamatovat a naučit se nové věci. „Více než rychlost je narušena přesnost“ (Skála, 1998, s. 122). V prvním stadiu alkoholového opojení prožívá člověk stav spokojené a uvolněné mysli, kdy snadno a rád uzavírá přátelství. Sebevědomí je na vrcholu, nastává pocit svobody a pohody, který nezažívá během střízlivosti. Skála, 1998 (s. 121) popisuje desatero rad a příkazů, jak předcházet abúzu alkoholu.

- „Nikdy nepij tehdy, když cítíš, že se „potřebuješ napít“;
- *rychlé pití znamená nebezpečí: mezi první a druhou sklenicí (sklenkou vína, stopkou lihoviny) počkej půlhodiny, mezi druhou a třetí hodinu: nikdy nepij už čtvrtou. Pro ženy platí, nikdy nepij už třetí;*
- *pamatuj, že když člověk už začne pít, má zpravidla sklon si nepřiznat, kolik toho už vypil;*
- *nepij na lačný žaludek. Koncentrované alkoholické nápoje nepij nikdy na „ex“ ani bez pořádného doušku sody či kávy;*
- *nikdy nepij při práci;*
- *nepij pravidelně ani v určitou dobu, ani při určitých příležitostech. Je například riskantní, abys pil jen proto, že chceš dobře spát;*
- *varuj se napítí, když jsi unaven nebo nervózní. Nauč se a užívej jinou formu relaxace, jako je autogenní trénink, jóga, pohybové aktivity;*
- *neužívej alkoholického nápoje jako „léku“, kterým chceš překonat nepříjemný tělesný nebo duševní stav;*
- *nepij ráno na lačno, a zejména ne tehdy, abys odstranil následky pijácké kocoviny z včerejšího dne;*

- *nikdy nenut' nikoho do pití!*“.

Alkohol mění proces poznávání, vnímání, pozornost, náladu i sexualitu. Pojem misúzus označuje zneužívání látky, zatímco abúzus je nadřazeným pojmem a značí nadužívání (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985). Abstinents hasí žízeň libovolnou tekutinou, ve které není žádný alkohol, odmítá jakýkoliv alkohol.

Všechny, kdo pijí alkohol, můžeme rozdělit do tří skupin podle toho, co od alkoholu očekávají. Do skupiny konzumentů patří lidé pijící příležitostně, kteří od alkoholického nápoje očekávají jen tekutinu a chuť. Často nevědí, jaký má alkohol obsažený v nápoji účinek na jejich CNS. Do této kategorie konzumentů patří v dnešní době velké procento mládeže, která by měla do osmnácti let zůstat ve skupině abstinentů. Piják konzumuje alkoholické nápoje ne proto, aby uhasil žízeň, ale především proto, aby pod vlivem alkoholu pocítil euforii. Tedy stav, kdy se člověk cítí dobře. Alkoholik je člověk, který pije alkohol denně, pije vše, co mu přijde do rukou. Alkohol se pro něho stává drogou. Alkoholik je člověk, jehož závislost na alkoholu dosáhla takového stupně, že mu působí zřetelné poruchy a újmu ve společenských vztazích, ve společenské činnosti a na tělesném i duševním zdraví. Zpomalené myšlení, depresivní myšlenky, impotence, frustrace a sklony k sebevraždě, to vše je důsledek chronického nadužívání alkoholu (Kunda a kol., 1988).

1.1 Alkoholismus

Alkoholismus, také nazývaný jako alkoholová závislost, je chronické onemocnění charakterizované nekontrolovanou touhou po alkoholu a neschopností přestat pít. Existují různá pojetí alkoholismu, včetně fyziologických, psychologických a sociálních aspektů. „*Opakovaný dlouhodobý abúzus alkoholických nápojů, tj. chronická intoxikace alkoholem, vede dříve nebo později k poškození řady orgánů*“ (Skála, 1986, s. 15). Collins (1993) popisuje intoxikaci alkoholem, která má vliv na centrální nervovou soustavu (CNS) nejdříve sedativním účinkem, následovaných fází excitace.

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) je alkoholismus definován jako: „*soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít alkohol, porušené ovládání při jeho užívání, přetrvávající užívání alkoholu i přes škodlivé následky, prioritou v užívání alkoholu*“

před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro alkohol a někdy somatický odvykací stav“ (ÚZIS.CZ, 2021).

Pojem alkoholismus zahrnuje celou řadu aspektů a není omezen jen na jediný problém. Je to termín, který se vztahuje na různé problémy související s alkoholem a mluvíme o něm pouze v případě, že existuje úzký vztah mezi nervovým systémem člověka a alkoholem. Každý projev alkoholismu, i ten méně zjevný, má vždy farmakologicko-biologický základ. Alkoholismus je v podstatě lékařským tématem, avšak má mnoho dopadů na oblast výchovy, sociální interakce a právo. Důraz na biologicko-úzkou medicínskou povahu alkoholismu je proto, že hlavní řešení tohoto problému spadá pod obor zdravotnictví, přestože zasahuje do dalších oborů. Při diagnostikování alkoholismu je zásadním symptomem silná až nepřekonatelná touha (bažení – craving) po užití alkoholu. „*V MKN-10 je craving – „silná touha nebo pocit puzení užívat návykovou látku“ – uveden jako jeden z šesti znaků syndromu závislosti“ (Kalina, 2008, s. 229). Bažení vzniká po delší době abstinence, výrazně ovlivňuje psychiku závislého a vymezuje se určitými změnami dle Nešpora (2006, s. 155) následovně:*

- *„Aktivace určitých částí mozku;*
- *oslabení paměti;*
- *prodlužuje se reakční čas – tedy zhoršuje se postřeh;*
- *zvýšení tepové frekvence a systolického krevního tlaku;*
- *snížení kožního galvanického odporu;*
- *vyšší salivace (slinění)“.*

Existuje však několik dalších významných symptomů, které jedinec při závislosti na alkoholu musí vykazovat. Jedná se dále tedy o silnou touhu přijímat alkohol. Dále průkaz tolerance, jako je vyžadování vyšších dávek látky, postupné zanedbávání jiných zájmů ve prospěch přijímání alkoholu, tělesný odvykací stav, ke kterému dochází při snaze přestat přijímat alkohol a také potíže v kontrole přijímání alkoholu. Posledním symptomem je pokračování v požívání alkoholu i přesto, že si je jedinec vědom prokázaných negativních účinků alkoholu. Při diagnostice závislosti na alkoholu se musí u jedince objevit alespoň 3 z uvedených symptomů (Mühlpachr, 2008).

E. M. Jellinek, americký psychiatr, je známý svým významným přínosem k výzkumu alkoholismu a teorie o vývoji alkoholické závislosti. Popisuje svou teorii o alkoholismu jako nemoci, která se vyvíjí skrze různé fáze a která má genetické a environmentální faktory. Jeho

práce poskytla základ pro moderní chápání alkoholismu jako komplexního onemocnění s biologickými, psychologickými a sociálními rozměry. Rozšířilo se povědomí o alkoholismu jako nemoci, která vyžaduje léčbu a podporu. Přispěl tak k posunu ve způsobu, jakým je alkoholismus vnímán a jak se k němu přistupuje jak ze strany lékařů, tak společnosti jako celku. „*Úhelným kamenem konceptu alkoholismu jako choroby je příznak ztráty kontroly (originálně loss of control)*“ (Řehan, 1994, s. 36).

Psychologický slovník definuje alkoholismus následovně: „... *choroba vznikající v důsledku častého a nadměrného požívání alkoholických nápojů; vzniká chorobný návyk a ztráta kontroly nad pitím, viz též pijáctví*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 11). Účinek alkoholu a následná intoxikace závisí na několika faktorech, jako je množství, druh, vnější prostředí a další proměnné. V menších dávkách působí stimulačně, kdy se dostavuje pocit lepší nálady, sebevědomí a energie. S rostoucím množstvím pak naopak snížení zábran, sebekritiky, únava, útlum až spánek. Kalina (2015, s. 341) uvádí čtyři stadia intoxikace alkoholem v závislosti na hladině alkoholu v krvi:

- „*Lehká opilost – excitační stadium (alkoholemie do 1,5 g/kg);*
- *opilost středního stupně – hypnotické stadium (alkoholemie 1,6 – 2,0 g/kg);*
- *těžká opilost – narkotické stadium (alkoholemie více než 2 g/kg);*
- *těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu – asfyktické stadium (alkoholemie nad 3 g/kg)*“.

Alkoholismus je nemoc trvalá a provází člověka až do konce života. Alkohol zasahuje převážně do funkcí neuronových membrán než do procesů dýchacích. Za povznesenou náladu a uvolnění může etanol, zatímco acetaldehyd narušuje nervovou soustavu v hypotalamu (mezimozek) a následná toxicita se projevuje žaludeční bolestí, zvracením, pocením, zrychlením pulsu a dochází k poklesu krevního tlaku. Kvapilík, Svobodová a kol. (1986, s. 32) vymezují alkoholismus takto: „*Pojem alkoholismu jako nemoci je pojem neutrální, vyhýbá se morálnímu hodnocení; získal a získává řadu lidí, aby se léčili*“.

Význam pojmu závislosti přibližuje Americká psychiatrická asociace (DSM – IV). Pro určení závislosti by měl mít pacient alespoň tři z těchto sedmi příznaků během jednoho roku:

- zvyšování tolerance (vyšší dávky návykové látky);
- abstinenční příznaky po vysazení látky;
- užívání návykové látky v delší době a větším množstvím, než měl člověk v úmyslu;

- několikanásobná snaha o omezení přijímání návykové látky;
- ztráta času užíváním, obstaráváním či zotavováním se po jejím užití;
- nezájem o společenské, pracovní či odpočinkové aktivity v důsledku užívání dané látky;
- užívání látky nadále i přesto, že závislý dlouhodobě pociťuje opakující se společenské, fyzické, či duševní potíže, o nichž ví (Nešpor, 2018).

Psychická závislost je typická velmi intenzivní touhou po látce, kterou je velice těžké překonat. Toto bažení po alkoholu nutí pacienta k opakovanému zneužití látky a také v něm vyvolává přesvědčení o tom, že kdyby látka nebyla přijata, způsobilo by to velmi špatný psychický stav a tenzi (napětí). Při dlouhodobé psychické závislosti na alkoholu může dojít pouze při myšlence na vynechání alkoholu k intenzivním pocitům úzkosti. U fyzické závislosti na alkoholu dochází k naučení biologických pochodů a funkcí na psychoaktivní látku, kdy je zvyšována také tolerance na ni. Pro fyzickou závislost je typický abstinenční syndrom, který se projevuje tenzí, silným tremorem (třesem), nadměrným pocením či celkovým somatickým neklidem (Vágnerová, 2004). Profous (2013, s. 16) definuje alkoholismus následovně: „*O alkoholismus jde tehdy, jestliže požívání alkoholu způsobuje dlouhodobý a vlastními silami neřešitelný závažný problém v rodině nebo problémy pracovní, zdravotní a společenské – až po konflikty se zákonem*“. Zároveň dodává, že preferuje spíše definici tuto: „*Alkoholismus začíná tam, kde se již za alkohol platí něčím jiným než penězi* (PhDr. Vladimír Pohl)“.

Typologie abúzu

Závislost se rozvíjí po dlouhodobém abúzu alkoholu. Abúzus můžeme rozdělit do několika typů dle klasifikace Jellineka (Kalina, 2015, s. 343):

- typ alfa – problémové pití, abúzus alkoholu, tito lidé požívají alkohol jako sebe léčbu, aby odstranili špatnou náladu, úzkost či depresi, pro typ alfa je charakteristické pití o samotě;
- typ beta – jde o příležitostný abúzus. Na jeho vzniku se významnou měrou podílí sociokulturní okolnosti a objevuje se již somatické postižení;
- typ gama („anglosaský typ“) – typický s preferencí piva a destilátů, závislost na alkoholu postupně roste a taktéž tolerance k vypitému množství. Patrné již kromě somatického poškození i psychická závislost;

- typ delta („románský typ“) – preference vína, každodenní konzumace alkoholu a trvalé udržování hladiny v krvi, bez výraznějších projevů opilosti. Somatické poškození je zde výraznější;
- typ epsilon („kvartální pijáctví“) – střídá se zde období nadměrné konzumace alkoholu s obdobími úplné abstinence. Není příliš častou variantou. Vyskytuje se u afektivních poruch osobnosti.

Stadia abúzu

V rámci vývoje závislosti na alkoholu lze podle Skály (1986) hovořit o čtyřech stádiích vývoje, které vypracoval a popsal Dr. Elvin Jellinek v roce 1952 a dodnes jsou v obecném povědomí.

- Fáze I. – počáteční (iniciální). Z počátku je konzumace alkoholu společenskou událostí, ale po čase začne konzumentovi stále více přinášet pocit úlevy. Neobjevuje se klasická opilst. S rostoucí tolerancí se člověk postupně dostává do druhého stádia.
- Fáze II. – varovné (prodromální). Tolerance se zvyšuje, dostavuje se často opilst.
- Fáze III. – rozhodné (kruciální). Pro tuto fázi je typická ztráta kontroly nad pitím. Tento stav již přináší problémy nejen konzumentovi, ale také jeho okolí. Postupem času stav přerůstá do čím dál větší obtíží. Jedinec si situaci vyčítá čím dál více, bez pití již ale být nemůže, což vede ke konzumaci alkoholu během celého dne. Ztráta kontroly, výkyvy nálad, zúžení zájmů, konflikty na pracovišti, společenský sestup. Objevují se tělesné příznaky, kdy často vznikají sexuální potíže, žárlivé scény, nesmyslné hádky s partnerem. Takto postižený jedinec přesvědčuje sebe a své okolí, že svého démona ovládne. Jsou již přítomné palimpsesty (alkoholová okénka).
- Fáze IV. – konečné (terminální). Jedinec potřebuje konzumovat alkohol neustále. To přináší čím dál větší obtíže nejen po stránce zdravotní, ale také v jeho vztahu ke společnosti a okolí. Tolerance na alkohol se snižuje, k opití stačí čím dál menší dávky. Piják konzumuje alkohol již od rána, několik dní v kuse.

1.2 Důsledky alkoholismu na lidský organismus

Škodlivé užívání je způsob užívání alkoholu, který vede k poškození zdraví. Zdraví je poškozeno zpravidla o několik let dříve, než se vyvine vlastní závislost na alkoholu. Příznaků, které jsou vyvolány škodlivým užíváním alkoholu, je mnoho. Nejčastěji jsou to chronické potíže a známky poškození trávicí soustavy: obtížné polykání, průjemy, záněty žaludku, jícnové varixy, poškození jater, zejména jejich fibrotizace (zmmnožení vazivové tkáně) až jaterní cirhóza (chronické onemocnění jater, při němž jsou jaterní buňky postupně nahrazovány vazivovou tkání). Dále je zde vyšší riziko onkologického onemocnění, zejména karcinom jater, jícnu, žaludku a tenkého střeva. Při nadměrné konzumaci piva je uváděn vyšší výskyt karcinomu konečníku. Alkohol může poškodit endokrinní systém (žlázy s vnitřní sekrecí), především slinivku břišní, ve které dochází k produkci inzulínu a jiných hormonů. Výsledkem je vznik cukrovky. Dalšími příznaky jsou časté deficity vitamínů, poruchy krve tvorby. Muži jsou navíc postiženi nedostatečnou tvorbou mužského pohlavního hormonu testosteronu, což má za následek poruchy sexuálních funkcí a impotenci. V důsledku požívání alkoholu během těhotenství se může u plodu vyvinout tzv. FAS (Fetální Alkoholový Syndrom). Poškození kardiovaskulárního systému, arteriální hypertenze (vysoký krevní tlak) a dále kardiomyopatií (porucha funkcí srdce, které začíná selhávat). Zasažen je nervový systém, který trpí vznikem alkoholové polyneuropatie, atrofií mozku, alkoholickou epilepsií a objevují se palimpsesty (alkoholová okénka). Neobvyklé nejsou záněty průdušek, karcinomy plic. Sovinová a kol. (2003, s. 40) k problematice úrazovosti pod vlivem alkoholu uvádí: „..., že alkohol v České republice hraje roli asi u 10 % úrazů. To je podobný podíl jako v jiných rozvinutých zemích“. U alkoholiků se setkáváme s v období abstinence s etylickým tremorem (třese) prstů rukou. „Vymizení třesu po požití alkoholu je mocným argumentem alkoholika, jímž si zdůvodňuje nezbytnost pití a blahodárnost vlivu alkoholu na vlastní organismus“ (Urbánek, 2001, s. 90). Dále dochází ke změnám v myšlení a chování, které jsou zpočátku velmi nenápadné, avšak brzy dochází k jejich fixaci vedoucí k trvalým osobnostním změnám. Výše jmenované příznaky a onemocnění vedou k psychoorganickému syndromu, což je zastaralé označení pro poruchu psychiky z organických příčin. V současné medicíně jej nazýváme jako prefrontální syndrom (Kalina, 2008; Skála, 1957; Heller, Pecinovská, 2011).

Alkoholové psychózy

Delirium tremens

Delirium tremens je vážný a život ohrožující stav, který se obvykle vyskytuje u lidí, kteří náhle přestanou konzumovat alkohol po dlouhém období nadměrného pití. Je to forma alkoholového záchvatu, který je charakterizován těžkými neurologickými, psychiatrickými a somatickými příznaky. Řadíme sem epileptické záchvaty, zrychlený puls, hypertenze, horečky, návaly horka, pocení, zvracení a dehydratace. Delirium je stav zmatenosti a dezorientace. Lidé v tomto stavu mohou mít problémy s uvědoměním si reality, halucinace (vnímání věcí, které ve skutečnosti neexistují), paranoidní myšlenky, mohou být velmi vzrušení, neklidní a mají nadměrnou aktivitu, projevující se neustálým pohybem, neklidným chováním a nezvladatelnými pocity úzkosti a narušeným nebo přerušovaným spánkem. Delirium je charakterizováno především zrakovými halucinacemi. „*Objevují se typické vidiny lidských postav nebo malých zvířat, ..., nemocný odhání hmyz. Sluchové halucinace a iluze jsou méně časté a bývají velmi nepříjemné (pacienti slyší hlasy, které jim vyhrožují). Je zmatený, dezorientovaný místem časem a místem, orientace osobou bývá zachována*“ (Heller, Pecinová a kol., 2011, s. 75). Delirium tremens provází úzkost, agitovanost v určité činnosti (imaginární), dále strach, agrese a může dojít až k sebevražednému pokusu. Toto stadium trvá 3-6 dní a nemocný poté upadá do hlubokého spánku.

Alkoholická halucinóza

Alkoholická halucinóza je porucha, která se objevuje u některých lidí po nadměrné konzumaci alkoholu. Skála (1957) uvádí, že je to duševní porucha vyskytující se u mladších jedinců. Lidé s alkoholickou halucinózou mají živé a reálné halucinace, obvykle sluchové. Mohou slyšet hlasité hlasy, hudbu, mluvení nebo zvuky, které jsou nepříjemné a vyvolávají pocit úzkosti a strachu. Je zde zachováno jasné vědomí a orientace ve skutečnosti. Postižení jsou si schopni uvědomovat, že jejich halucinace nejsou reálné. Alkoholická halucinóza je spojena s nadměrným pitím alkoholu a obvykle se vyskytuje počátkem abstinence, když tělo začíná procházet odvykacím syndromem. Halucinace se mohou objevit náhle a trvat několik dní (Heller, Pecinová a kol., 2011).

Alkoholická paranoidní psychóza

Je to forma alkoholové psychózy, která se projevuje paranoidními myšlenkami a přesvědčením o pronásledování, ohrožení nebo spiknutí. Hlavní rysy alkoholické paranoidní

psychózy zahrnují paranoidní myšlenky. Lidé s tímto stavem mají nepřiměřené a nepodložené obavy a podezření vůči ostatním lidem. Domnívají se, že jsou sledováni, pronásledováni nebo že na ně spiknutí směřuje. Nedůvěra, agresivita, vztahovačnost, podezřívavost a žárlivecké bludy patří k rysům této psychózy. Vyskytuje se častěji u mužů a je zde porucha vnímání a porucha myšlení. „*Je vyznačena obyčejně bludem žárlivosti k manželskému partneru, kterého často neodůvodněně podezřívá z nevěry. Chorý se snaží objektivně prokázat nevěru manželky, sleduje ji v různém přestrojení, dělá různé nástrahy, aby ji usvědčil*“ (Skála, 1957, s. 188). V kontextu současného období se jedná nejen o partnerství manželské, jak uvádí autor Skála v roce 1957, ale také pro jakékoliv soužití heterosexuální či homosexuální.

Korsakovova psychóza

Korsakovova psychóza (označována též Wernickeho-Korsakovův syndrom) je neuropsychiatrická porucha spojená s dlouhodobým a nadměrným pitím alkoholu a nedostatkem vitamínů. Tento syndrom je pojmenován po ruském psychiatrovi Sergeji Korsakovovi. Je charakterizován narušenou pamětí, dezorientací, výmysly (fabulace) a poruchami kognitivních funkcí. Hlavním rysem tohoto syndromu je anterográdní amnézie, což znamená, že jedinci mají potíže s uchováním nových informací a vzpomínkami na nedávné události. Zároveň mohou být zachovány vzpomínky na minulost a dlouhodobé události. Jedinci s Korsakovovou psychózou mohou vytvářet výmysly nebo příběhy, aby nahradili mezery v paměti. Jsou dezorientováni v čase a prostoru, mají potíže s určováním aktuálního data, místa a prostředí. Vyskytují se u nich poruchy kognitivních funkcí jako je plánování, rozhodování, pozornost a řešení problémů, objevuje se úzkost. Tato psychóza se vyskytuje častěji u žen holdujících destilátům (Heller, Pecinová a kol., 2011).

Alkoholická demence

Alkoholická demence je typ demence spojené s dlouhodobým a nadměrným pitím alkoholu. Je to vážný stav, který postihuje kognitivní funkce, paměť a celkovou funkci mozku. Přichází okolo padesátého roku, někdy i dříve a tímto se odlišuje od stařecké demence.

Zdravotní dopady na nemocnost a počet hospitalizací (tabulka č. 2) při užívání alkoholu v ČR za rok 2020 dle zdravotních statistik, které byly ovlivněny pandemií Covid-19, byly srovnatelné s léty minulými. Alkohol byl příčinou těchto nemocí: duševní poruchy, alkoholické onemocnění jater, záněty slinivky břišní, intoxikace alkoholem, úrazy a nehody, infekční choroby, novotvary, srdeční a neuropsychiatrická onemocnění (Mravčík a kol., 2021).

Duševní poruchy a poruchy chování	59 %
Alkoholické onemocnění jater	30 %
Alkoholické záněty slinivky břišní	8 %
Intoxikace alkoholem	2 %
Úrazy, nehody, infekce, nádory, srdce aj.	1 %

Tabulka č. 2 Zdravotní dopady na nemocnost a hospitalizaci způsobené alkoholem. Zdroj: Mravčík a kol. (2021).

1.3 Žena se závislostí na alkoholu

Postavení ženy v naší společnosti během válečných let se změnilo. Z domácích hospodyní a vychovatelek dětí se staly pracovnice ve zbrojařském průmyslu, těžkém kovoprůmyslu, v potravinářství a dalších odvětvích, které doposud patřily výhradně mužům. Po odchodu svých mužů do války často zůstaly jediným živitelem svých dětí i rodičů. Se vzrůstající rovnoprávností s mužským pohlavím vzrůstala i touha po emancipaci a ženy zastávaly i další pozice na trhu práce (Neumann, 1999). „*Koncem let šedesátých a začátkem let sedmdesátých se ve světě mění postoj žen k alkoholickým nápojům a mění se i názor společnosti na pijící ženu* (Skála, 1986, s. 27).

Problematika alkoholismu u žen má dlouhou historii a prošla několika významnými změnami a vývojem v průběhu let. Zde je několik klíčových bodů:

- **Historický kontext** – alkoholismus u žen byl historicky více stigmatizován a odsuzován než u mužů. Bylo zdůrazňováno, že ženy mají vyšší psychopatologii v souvislosti s alkoholismem, což mohlo vést k jejich marginalizaci.
- **Sociální a psychokulturní změny** – po druhé světové válce došlo k postupnému zmenšování společenské cenzury vůči pití alkoholu žen. Toto uvolnění společenských normativů mohlo vést k nárůstu žen s problémy spojenými s alkoholem.

- **Zlepšující se životní úroveň** – zlepšující se ekonomické a sociální podmínky, vlastní výdělek ženy, mohou vést k zvýšené dostupnosti alkoholu a k riziku nadměrného pití.
- **Nárůst alkoholických psychóz** – s abúzem alkoholu u žen došlo k nárůstu alkoholických psychóz a potřeby psychiatrické péče. U žen je zaznamenán vyšší výskyt psychóz, což jsou závažné duševní poruchy spojené s nadměrným pitím alkoholu. Tyto poruchy mohou zahrnovat halucinace a ztrátu kontaktu s realitou.
- **Nedostatek psychiatrické péče** – vzhledem k náhlému nárůstu počtu žen s problémy spojenými s alkoholem nebyla psychiatrická péče dostatečně připravena a nebyly k dispozici potřebné zdravotnické intervence a prostředky.
- **Rozdíly mezi muži a ženami v závislosti na alkoholu** – poměr závislých mužů k závislým ženám na alkoholu byl v roce 1984 4:1.
- **První léčebny pro ženy** – první léčebna pro ženy s problémy spojenými s alkoholem byla otevřena ve Washingtonu v roce 1869 a pro muže v roce 1857 v Bostonu. V Československu bylo první samostatné specializované oddělení pro ústavní léčbu závislých žen otevřeno v roce 1971 v Lojovicích.
- **Pozdní hledání péče** – pacientky s problémy spojenými s alkoholem často hledaly odbornou pomoc pozdě, což mělo negativní dopad na jejich zdraví (Skála, 1986; Kvapilík, Svobodová a kol. 1985).

U žen se rozvíjí závislost na alkoholu po kratší době a menších dávkách pití látky. Ženské tělo obsahuje méně vody a méně aktivní alkoholdehydrogenázy v žaludeční sliznici, proto ženy dosahují vyšší hladiny alkoholu v krvi při užití stejné dávky jako muži. Alkoholová závislost u žen má odlišné charakteristiky ve srovnání s muži. „*Abúzus žen začíná později, ale škody se dostavují po kratším trvání abúzu než u mužů (cirhóza, demence, psychózy, poruchy v sexuálním životě)*“ (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985, s. 38). Ženy a muži mohou mít různé motivace pro konzumaci alkoholu a různé způsoby, jak projevují svou závislost. U žen je častější tendence konzumovat alkohol tajně a skrytě, protože obvykle dbají více na svůj vzhled a vnímání ze strany okolí. Mnoho žen záhy rozpozná a začne využívat a posléze zneužívat psychogenní účinek alkoholu, relaxační pro nerozvinutou dovednost uvolnit se nebo odpočívat, stimulační pro snahu zvládat nepřiměřenou zátěž bez schopnosti spolupracovat s okolím, anxiolytický, antidepresivní a hypnotický k samoléčbě psychických obtíží vyplývajících z neřešených problémů, nejčastěji partnerských a rodinných, nebo z nezpracovaných traumat, anorektický u žen nespokojených s tělesnou hmotností (Seemanová, 2013). Vrchol alkoholové

závislosti u mužů a žen se obvykle nachází kolem věku 40 až 50 let. To může souviset s proměnami v životním stylu a rolích žen v této fázi života. Ženy v této věkové kategorii mohou často konzumovat alkohol z důvodů spojených s emocemi, jako je nespokojenost, hodnocení dosavadního života nebo změny v partnerském vztahu po odchodu dětí z domova. Ženy se v této fázi života mohou potýkat s psychologickými problémy a krizí středního věku, což může zvyšovat riziko nadměrné konzumace alkoholu. Mladší dívky nejčastěji popíjejí alkohol v partě, která jim poskytuje buď zázemí nahrazující dysfunkční či neexistující primární rodinu, nebo oporu v nezralých pokusech o separaci a individualizaci (Seemanová, 2013).

Ženy alkoholičky můžeme rozdělit do dvou skupin. První typ, s časným začátkem v rané dospělosti, se vyznačuje rychlým vývojem sociálních poruch, včetně možné kriminality a sexuální promiskuity. Druhý typ, s pozvolným začátkem po 30. až 40. roce života, zdůrazňuje možné spojení se stresem, osamělostí a klimakteriem. Tato ženy mohou začít pít při společenských aktivitách, ale následně se jejich pití může stát samotářským a skrytým (Nešpor, 2006).

Dalším aspektem je alkoholová závislost partnera, která může mít signifikantní dopad na konzumaci alkoholu u žen. *„Mnoho žen si vytváří návyk na alkohol vedle nebezpečně pijících mužů. Protože ženy jsou vůči alkoholu méně odolné, návyk u nich vznikne dříve. Jejich manželé, kteří je svým nebezpečným pitím svedli, je pak s návykem na alkohol opouštějí* (Nešpor, 2006, s. 110). Seemanová (2013) uvádí vyšší konzumaci alkoholu s partnerem, jíž často předchází snaha partnera před ním „zachránit“, jindy je dána snahou vyhovět partnerovým požadavkům (včetně sexuálních) či přizpůsobit se jeho životnímu stylu. Porozumění těmto specifickým aspektům alkoholové závislosti u žen je klíčové pro poskytování vhodné podpory a léčby. Důležité je, aby byly k dispozici prostředky a služby, které tyto specifické potřeby žen respektují a adresují (Heller, Pecinová a kol., 2011). Ve vývoji závislých žen často nacházíme zkušenost s alkoholismem rodičů a některé další typické rodinné rysy (chaos, despotismus či násilí a nutnost převzetí dospělých rolí v dětství). Další rizikové faktory spojené s rozvojem abúzu a závislosti jsou sklon k vyhledávání požitků, úzkostné či depresivní rysy, posttraumatická stresová porucha, poruchy příjmu potravy a potíže ve zvládnutí afektů, jako protektivní faktor bývá uváděno manželství (Seemanová, 2013).

Zajímavostí z minulosti je, že lékaři 19. století doporučovali: *„... v hojné míře víno pro léčebné účely jako posilující prostředek při léčbě horečnatých onemocnění nebo jako*

povzbuzující prostředek pro kojné – tato přetrvávající tradice se v přebujelé formě rozmohla během 19. století“ (Sournia, 1999, s. 23).

V současnosti ženy dle dostupných informací konzumují více víno a pivo, a to spíše tajně, o samotě. Rozvoj závislosti u žen každoročně stoupá, často v kombinaci se zneužíváním léků. Dle dostupných dat se v ČR léčí v psychiatrické ambulantní či ústavní péči včetně osob, které využívají jiný typ služeb na 30 tisíc osob, podrobněji uvedeno v tabulce č. 3 (Mravčík a kol., 2021, s. 163).

Rok	Ženy	Muži	Celkem
2010	9348	18546	27894
2011	9286	18368	27654
2012	9152	17862	27014
2013	9037	17549	26586
2014	9321	18008	27329
2015	9205	17692	26897
2016	9332	17825	27157
2017	9263	17802	27065
2018	9414	17901	27315
2019	9514	17830	27344
2020	9161	16860	26021

Tabulka č. 3 Počet psychiatricky léčených žen versus mužů závislých na alkoholu v ČR 2010-2020. Zdroj: Mravčík a kol. (2021)

1.4 Fetální alkoholový syndrom

Fertilita je u žen alkoholiček snížena. Otěhotní-li žena alkoholička, je spíše starší vícerodičkou z nižších sociálních vrstev nebo také osamělou či rozvedenou ženou. Alkohol v graviditě prochází volně placentou a má toxické účinky na plod. Je zde vyšší potratovost a předčasná porodnost. Porod může být vedený spontánně, pouze při očekávaných komplikacích jaterní cirhózou rodičky se volí císařský řez. V roce 1973 byl poprvé v literatuře popsán soubor patologických odlišností dětí, které se narodily matkám závislým na alkoholu. Jedná se o FAS (fetální alkoholový syndrom), který zahrnuje malformace, které uvedl Jones a Smith (Binder, Vavřínková, 2020, s. 172):

- „prenatálním a postnatálním růstovým deficitem;
- *abnormalitami CNS;*
- *kraniofaciálními abnormalitami“.*

Růžena Tichá byla významným odborníkem v oblasti fetálního alkoholového syndromu v tehdejší Československu. Její práce poskytla důležité poznatky o biochemických procesech v krvi dětí postižených FAS (Tichá, 1979). Její pozorování a studium několika desítek dětí s FAS v kojeneckém ústavu shrnula takto:

- matky, které porodily dítě s FAS, v období, kdy nepily alkohol, rodily dítě s normálním vývojem;
- matka s prokázanou alkoholovou závislostí v graviditě, která porodila dítě s FAS, rodí každé další dítě více takto poškozené;
- matky alkoholičky nejsou schopny zajistit péči o tyto děti a jejich šance na umístění v náhradní rodinné péči je velmi malá, tyto děti jsou umísťovány do ústavní péče;
- specifické vyšetření krve u dětí od 1-3 let potvrzuje poruchy ve vývoji tělesném, ale diagnostický význam má jen u dětí do dvou let, a to při kompletním FAS.

Děti stížené touto diagnózou jsou si fyzicky velice podobné. Mají charakteristický vzhled obličeje s širokým nízkým kořenem nosu, povislá oční víčka, kruhy na vnitřní straně očí, ploché tváře, chybějící philtrum (jamka) pod nosem, úzký horní ret a šilhání usnadňují diagnózu rychleji po porodu (Skála, 1986). Ani v současnosti neexistují objektivní laboratorní testy, které by potvrdily nebo vyvrátily diagnózu FAS.

„Jestliže těhotná žena nadměrně požívá alkohol, může pak s velkou pravděpodobností porodit defektní dítě ... s poruchou intelektu – rozumové schopnosti bývají sníženy do pásma hlubšího podprůměru, ale i do debility, popřípadě i imbecility. Rovněž lze pozorovat zřetelné změny vzhledu dítěte upozorňující na toto poškození – typická je nízká porodní hmotnost s nedostatečným vývojem tukového polštáře ... Pokud matka začne abstinovat, další děti se rodí zdravé“ (Heller, Pecinovská a kol., 2011, s. 80).

Příčinou fetálního alkoholového syndromu je etylalkohol. Většina případů fetálního alkoholického syndromu vzniká u matek, které pijí častěji větší množství alkoholických nápojů. Teratogenně ovšem působí i jednorázový příjem většího množství alkoholu při příležitostech jako jsou oslavy. V současné dostupné literatuře neexistuje zmínka o bezpečné dávce alkoholu v těhotenství, je doporučováno alkohol nepožívat vůbec. Zneužíváním alkoholu v těhotenství se ve své diplomové práci zabývala Jakubíková (2017), kde dotazníkovým šetřením zjistila, že alkohol popíjelo během těhotenství 70 % žen, jednou týdně či častěji uvedlo 8 % žen z celkového počtu 120. O rizicích spojených s užíváním alkoholu v těhotenství vědělo 85 % z nich, nejčastěji uváděly: *„...hyperaktivitu dětí, postižení centrální nervové soustavy, deformity obličeje a zpomalený růst“* (Mravčík a kol., 2021, s. 97). Vzhledem k míře nadužívání alkoholu a jeho toleranci společností jako takové, Výskyt FAS je v České republice pravděpodobně podhlášený. *„Lze očekávat řádově stovky případů FASD ročně, podle některých odhadů se v ČR narodí až 3 tis. dětí s FASD“*.

„Fetální alkoholový syndrom je specifická klinická jednotka, vzniklá konzumací etylalkoholu (etanolu) těhotnou ženou. Etylalkohol je prokázaný teratogen, který nepříznivě ovlivňuje vývoj plodu – a to po celou dobu těhotenství. Syndrom popsali jako samostatnou klinickou jednotku Američané Jones a Smith roku 1973“ (Vrozené vady, 2023). Alkohol v graviditě může způsobit i částečné, jednotlivé, izolované poškození CNS, srdce, nebo rozvoj alkoholové závislosti u plodu. Tyto případy se pod diagnózu fetálního alkoholového syndromu nezahrnují. Vystavení nenarozených dětí alkoholu je nejčastější příčinou poruch intelektu v západním světě.

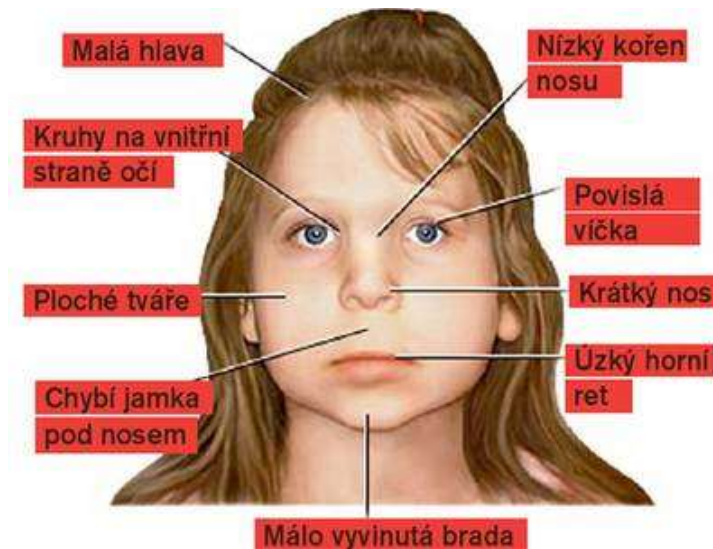
Diagnostické kategorie jsou začleněny do rámce známého FASD – spektrum vrozených alkoholových poruch. Toto spektrum zahrnuje několik diagnostických kategorií, které se liší podle typu postižení plodu a kombinací různých charakteristik. Mezi tyto diagnostické kategorie patří (Stratton, Howe, Battaglia, 1996, s. 19-22):

- **FAS – fetální alkoholový syndrom.** Tato kategorie zahrnuje nejzávažnější formu poruch FASD. Je charakterizována přítomností všech základních diagnostických rysů a často se k nim přidávají závažná tělesná postižení a poruchy psychického charakteru.
- **ARND – s alkoholem spojená porucha nervového vývoje.** Tato porucha se projevuje zejména v oblasti psychického vývoje dítěte.
- **ARBD – s alkoholem spojené novorozenecké funkční poruchy.** V této kategorii jsou diagnózy stanoveny, kdy je narušen především tělesný vývoj, včetně orgánů a orgánových soustav.
- **PFAS – částečný fetální alkoholový syndrom.** Tato porucha se vyskytuje, když jedinec nesplňuje všechna kritéria pro diagnózu fetálního alkoholového syndromu a zároveň ho nelze zařadit do žádné z ostatních diagnostických skupin.
- **FAE – fetální alkoholový efekt.** Tento termín lze přirovnat k částečné formě alkoholového syndromu. U dítěte se FAE vyskytuje, pokud má jednu nebo dvě z charakteristik, které jsou uvedeny u FAS.

Tato diagnostická klasifikace umožňuje lékařům a odborníkům na vývoj dítěte lépe rozlišit různé projevy a stupně poškození způsobeného expozicí alkoholu během těhotenství, což umožňuje lépe cílit terapeutické a vzdělávací intervence pro jednotlivé pacienty. Již ve fázi embryonálního vývoje jsou mozkové buňky velmi citlivé na alkohol a expozice alkoholu může zpomalit nebo zastavit normální vývoj mozku. Jedná se o diagnostický popis defektů novorozenečního dítěte, které jsou v přímé souvislosti s vystavením embrya či plodu teratogenním účinkům alkoholu během prenatální fáze vývoje (Peterka a Novotná 2010).

Čeští autoři Kvapilík, Svobodová a kol. (1985, s. 83) popisují klinický obraz těžké fetopatie (poruchy plodu od konce 3. měsíce těhotenství do porodu) jako různorodé postižení: *„Nejzávažnější je postižení centrálního nervového systému s poruchou intelektu. Vždy je přítomno opoždění duševního vývoje různého stupně a rozsahu. Při vyšetření má dítě nápadně menší hlavu (mikrocefalie) (jedinec má obvod hlavy menší, než je na jeho věk obvyklé), špatnou koordinaci pohybů, svalovou hypotonii, jako kojeneček je zvýšeně dráždivý a později v dětském věku nadměrně aktivní až eretický“*. Seemanová (2013, s. 23–24) uvádí FAS jako teratogenní embryopatii manifestující se multisystémovou poruchou, růstovou a mentální retardací různé závažnosti. Velmi charakteristická je odlišnost v obličejové části jedinců. Dále se projevuje srdečními, renálními, gastrointestinálními a skeletálními anomáliemi a poruchami chování. Fetální alkoholový syndrom se ve vývoji projevuje u dítěte, které má:

- krátké oční štěrby, epikantus, ptosa (převislá oční víčka), atypie boltců, krátký nos, ploché filtrum, strabismus (šilhání), tenké rty, malá ústa, retrognatie (ustupující bradu), krátký nos s masivnější špičkou, malé nehty až hypoplázie (nevyvinutí) terminálních článků prstů, klinodaktylie (malformace středních článků prstů);
- prenatální růstovou retardaci, novorozenci mají nižší porodní hmotnost kolem 2800 g a postnatální růstový deficit, kojenci mohou být nápadní zvýšenou iritabilitou, slabým křikem, chabým pitím;
- vrozené srdeční vady či renální anomálie, flekční dlaňové rýhy, rozštěp patra, tříselné i pupeční kýly, hypogenitalismus (menší zevní pohlavní orgány);
- mikrocefalie, poruchy svalového tonu, v kojeneckém věku většinou hypotonie, ale i opistotonus (specifická, křečovitá poloha na zádech);
- snížené intelektuální schopnosti, problémy s nesusouředitelností, impulzivitou, poruchami osobnosti, paměti, učení, spánku, sociabilizace, špatnou koordinací pohybů nebo smyslových vjemů;
- v batolecím věku jsou v popředí zejména projevy z poruchy intelektu, nerovnoměrný vývoj, poruchy paměti, hyperaktivita, impulzivita, opožděný vývoj obsahově chudé řeči, poruchy chování a spánku;
- předškolní děti jsou hyperaktivní a trpí těkavostí a poruchou pozornosti;
- u školních dětí převažuje mentální defekt, atypie EEG záznamu, poruchy osobnostní, poruchy spánku, lehká růstová retardace, nesespecifická faciální dysmorfie, hypogenitalismus;
- obecně vyšší nemocnost a úrazovost související z mentálního deficitu (Seemanová, 2013).



Obrázek č. 1 Dítě se znaky FAS. Zdroj: Mlčoch (alkoholik.cz, 2023)

Prevalence výskytu FAS

Lange a kol. (2017, s. 948-956) uvádí výsledky studie týkající se FASD a jejich prevalence ve světě. Studie zkoumala 24 unikátních studií, které zahrnovaly 1416 unikátních dětí a mládeže s diagnózou FASD. Tato skupina měla věkové rozmezí od novorozenců do 16,4 let.

- Globální prevalence FASD byla odhadnuta na 7,7 na 1000 obyvatel, s 95 % intervalem spolehlivosti (CI) mezi 4,9 až 11,7 na 1000 obyvatel. To znamená, že průměrně 7,7 z každých 1000 lidí má FASD.
- Evropský region Světové zdravotnické organizace (WHO) měl nejvyšší prevalenci FASD, a to 19,8 na 1000 obyvatel, s 95 % CI mezi 14,1 až 28,0 na 1000 obyvatel. To znamená, že v Evropě byla nejvyšší míra výskytu FASD.
- Naopak, region východního Středomoří WHO měl nejnižší prevalenci FASD, pouze 0,1 na 1000 obyvatel, s 95 % CI mezi 0,1 až 0,5 na 1000 obyvatel.
- Mezi jednotlivými zeměmi měla Jižní Afrika nejvyšší odhadovanou prevalenci FASD, a to 111,1 na 1000 obyvatel, s 95 % CI mezi 71,1 až 158,4 na 1000 obyvatel. Následovalo Chorvatsko s 53,3 na 1000 obyvatel (95 % CI mezi 30,9 až 81,2 na 1000 obyvatel) a Irsko s 47,5 na 1000 obyvatel (95 % CI mezi 28,0 až 73,6 na 1000 obyvatel).

Tyto údaje ukazují, že FASD je rozšířeným problémem, přičemž jeho prevalence se výrazně liší mezi různými regiony a zeměmi (tabulka č. 4). Je důležité zdůraznit potřebu

prevence a informování o rizicích spojených s konzumací alkoholu během těhotenství, protože FASD má závažné důsledky pro zdraví a vývoj postižených jedinců.

V rámci prevence připravila v září v roce 2020 u příležitosti Mezinárodního dne (9. 9.) fetálního alkoholového syndromu 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v jednom pražském obchodním centru na Národní třídě informační kampaň s názvem „Stop alkoholu v těhotenství“. Studenti medicíny upozornili na rizikovost konzumace alkoholu v graviditě. Do akce se zapojily všechny lékařské fakulty v ČR (Mravčík a kol., 2021).

Evropský region WHO	19,8	14,1 – 28,0
Východní středomoří WHO	0,1	0,1 – 0,5
Jižní Afrika	111,1	71,1 – 158,4
Chorvatsko	53,3	30,9 – 81,2
Irsko	47,5	28,0 – 73,6
Česká republika	Odhad až 3 tis. dětí ročně	Zpráva o alkoholu v České republice 2021

Tabulka č. 4 Prevalence počtu dětí a osob s FASD ve světě 2017, 2021. Zdroj: Mravčík a kol. (2021)

Fetální alkoholový syndrom dítěte je trvalý a nevyléčitelný. Jedná se o nevratné poškození embrya a plodu u žen, které konzumují alkohol během těhotenství. Jedinou prevencí před ním je úplná abstinence po celou dobu gravidity.

2 DĚTI Z RODIN ALKOHOLIKŮ

Rodina má dnes nejrůznější podoby. Tradiční podobou bývá matka, otec, dítě nebo děti. Je považována za nejdůležitější sociální skupinu, ve které dochází k uspokojování potřeb člověka, je zdrojem zkušeností a vzorců chování, zahrnuje systém hodnot, kterými jedince utváří a formuje jeho vývoj. Nedílnou částí je vytvářet pro její členy zázemí. Můžeme ji definovat z pohledu pedagoga, sociologa, psychologa, právníka a z mnoha jiných odborných hledisek. Matějček (2005) popisuje rodinu jako systém, kde lidé žijí ve vzájemných interakcích a vztazích a kde chování každého člena ovlivňuje ostatní. Jde o síť vztahů a tento systém má své subsystémy, které jsou dány pohlavím, generační příslušností, mocenskou hierarchií apod. Rodina představuje společenskou skupinu osob přímo spjatých pokrevními svazky, manželstvím nebo adopcí, ale rodinou může být i nesezdaný pár. Matějček (2005, s. 362) hovoří o rodinném soužití „... *tam, kde dítě uspokojuje psychické potřeby rodičů a rodiče uspokojují potřeby dítěte. Jde o vzájemnost potřeb a jejich uspokojování, což současně znamená vzájemnost pocitu uvolnění, vzájemnost spokojenosti, radosti a ostatních pozitivních prožitků, které takové uspokojování potřeb nutně provázejí*“. Trvalostí a hloubkou citových vztahů se uspokojuje základní psychická potřeba životní jistoty. Alkoholismus v rodině má negativní dopad na vztahy mezi rodiči a dětmi, mezilidské vztahy, vztahy v širší rodině, přáteli, zdraví a v neposlední řadě na pracovišti.

Děti alkoholiků mají velmi podobná domácí prostředí, vždy je přítomné nevyřčené napětí a úzkost (Woitzová, 2021). Matoušek, Koláčková, Kodymová a kol. (2005, s. 57) označují rodinu, resp. manželství jako soubor smluv nejenom „... *mezi jednotlivci; smlouvu spolu dělají široké rodiny*“. Při svatbě a mnohdy i po ní širší rodina finančně přispívá a podporuje manžele a za to očekává případnou pomoc ve stáří, v nemoci nebo při vlastní ekonomické nedostatečnosti. Dalším aktérem je zde státní úředník, před nímž se manželství uzavírá, před jiným rozvádí. Stát, coby ekonomický pilíř, zde zastupuje roli sociální politiky při půjčkách a daňových úlevách. Dále uvádí, že manželství je smlouvou s přírodou, předávání si genů v dalším potomstvu. Rodina vytváří domov, rodí děti, buduje rodinné pouto.

„*Alkohol ovšem negativně ovlivňuje interakce v rodině také v době, kdy jsou všichni strážliví, blokuje zdolávání a řešení problémů, které zákonitě přinášejí různá období života*“ (Heller, Pecinovská a kol., 2011, s. 112). Osobnostní rysy alkoholika jsou však změněny a ztráta kontroly nad negativními projevy jednání a chování je oslabena. „*Tento posun s sebou přináší extrémní chování a ztrátu možnosti kompromisních jednání*“ (Heller, Pecinovská a kol., 2011,

s. 112). Závislost ženy znamená větší ohrožení rodiny a jejich funkcí, také je dokázáno, že setrvávají desetkrát častěji po boku svého muže alkoholika. Problémy eskalují, soužití se závislým jedincem se stává neúnosným pro konflikty a narůstající agrese.

2.1 Rodina se závislostí

Dysfunkční rodinné prostředí, zvláště alkoholického typu, má nepříznivý vliv na ty, co jsou alkoholikovi nejbliže, tedy partner, dítě, příbuzní a přátelé rodiny, kteří jsou ovlivňováni sliby a výmluvami. „*Alkoholismus je pro manželství vždy na závalu, někdy více, někdy méně, často ovšem tak značně, že další trvání manželského soužití vylučuje*“ (Widermannová, 1955, s. 58). Známí a přátelé se již nechtějí stýkat s takovouto rodinou, kde chování a jednání je ovlivněno chemickou látkou alkoholu. Problémové, rizikové chování rodičů se nutně promítá do nastavení rodiny. Mezi členy domácnosti vznikají abnormální vztahy. Role se přetvářejí. Sobotková (2007) uvádí jako podstatnou charakteristiku rodiny míru její otevřenosti a uzavřenosti. Rodina alkoholika čelí sociální izolaci. Členové skrývají rodinné problémy, lžou, hájí závislého, začínají se uzavírat před okolím. Uzavřeným rodinám se snižuje schopnost snášet stres. Rodina nemá dostatečnou podpůrnou síť a je zranitelnější v krizích. Výsledkem je deprivace a devastace vzájemných vztahů. Rodič závislý na alkoholu není schopen plnit rodičovské a partnerské role, neplní funkce psychologické, sociální a ani materiální.

Rodič pod vlivem alkoholu si nemusí být vědom svého jednání. Mírné konflikty se mohou vyvinout v domácí nebo psychologické násilí, přičemž obě formy násilí mohou být namířeny nejen proti partnerům, ale také proti dětem (Dunovský, Dytrych a Matějček, 1995). U těch se to projevuje plachostí, vylekaností, nervozitou a poruchami v chování (Widermannová, 1955). Závislost na alkoholu může být jednou z příčin dysfunkční rodiny, která nedovede správně fungovat a rovněž se nedokáže vypořádat s narušením rodinného systému. Alkoholismus tedy ovlivňuje nejen dítě, ale i celou rodinu a okolí závislé osoby na alkoholu. To, co děti zažijí v období dětství a dospívání v rodině, se může promítnout do jejich dospělého života.

„*Výchovné postoje k dítěti se tvoří ve složitém vývojovém procesu, souvisejícím s celým vývojem osobnosti vychovatele*“ (Matějček, 1992, s. 60). Pokud jeden člen rodiny přestane plnit své funkce a začne vykazovat patologické chování, může následovat ovlivňování dalších členů a narušení celého rodinného systému. Děti jsou pozorné a všimají si věcí, které rodiče dělají a

co se doma děje. Děti se závislým rodičem na alkoholu jsou: „*více ohroženy ve zvládnání životních situací, v produktivitě, a v dospělosti se častěji stávají závislými v důsledku porušení obranné funkce rodiny ... obtížně snášejí nejasnost rodičovských rolí a vzniklé trvalé napětí v rodině. Stávají se úzkostnými ... přestávají si hrát, ztrácejí možnost prožít radost*“ (Heller, Pecinovská a kol., 2011, s. 81).

Alkoholismus je jedna z častých příčin rozpadu manželství v České republice. V roce 2005 byl téměř jako hlavní příčinou rozvodu, a to v 5 %, v roce 2019 klesl na 1,5 %, avšak toto snížené číslo může být dáno tím, že se již rutinně neuvádí příčina rozpadu manželství ČR (Mravčík a kol., 2021).

2.2 Vývoj dětí rodiče alkoholika

Děti z rodin alkoholiků mají v pozdějším věku sami potíže s alkoholem a vzniká u nich na něm závislost častěji než u jedinců, jejichž rodiče nebyli alkoholici. „*Zjednodušeně je možné říci, že z třetiny hrají významnou roli geny, z třetiny výchova a zážitky v rámci rodiny a z třetiny vlivy vnějšího prostředí*“ (Pešek, s. 32). Starší výzkumné studie prokázaly, že děti odebrané do náhradního alkoholu neholdujícího rodinného prostředí, se závislými na alkoholu nestaly. „*Kdy dítě není dítětem? Když žije v alkoholickém prostředí*“ (Woititzová, 2021, s. 29).

Společným rysem dětí alkoholiků je jejich vlastní nízké sebehodnocení, s tím souvisí pocity izolace, pocity nemilovanosti, neschopnosti sebenaplnění až deprese. „*Děti alkoholizmem zatížených rodičů mají nižší sebehodnocení ve srovnání s dětmi, jež žijí v domovech, kde k nadměrnému požívání alkoholu nedochází*“ (Woititzová, 2021, s. 24). Heller a Pecinovská (1996) uvádí, že děti, které vyrůstají s rodiči závislými na alkoholu, se v pozdějším životě sami stávají alkoholiky. Činitelé bývají výchova, společenské zatížení, dědičnost a genetické vlivy. Výzkumy prokázaly zvýšený výskyt alkoholismu u dcer vychovávaných závislou matkou, a to již v trojnásobné výši. Děti, které neměly v matce dostatečnou jistotu, oporu a něhu, nebo byla příliš nejistá, nevypočitatelná, nepřátelská a hyperprotektivní, utrpí trauma. Ke správnému vývoji a genderové totožnosti potřebuje dítě i láskyplného otce. Dítě, které takto přišlo o zdroje základní jistoty, je zvýšeně citlivé. Toto vede k obrnění se proti citům a ústí v logické uvažování: „*Když byla matka jako kámen, budu já také jako kámen, nic se mne nedotkne... když je otec nepřátelský, nebudu od něj nic chtít, osvobodím se od závislosti na něm co nejdříve a nebudu se vázat na jiné muže*“ (Matoušek, Koláčková,

Kodymová a kol., 2005, s. 60). Autoři dále uvádí, že nedostatek péče a lásky si děti vynahrazují v materiálních věcech, jídle, dále v prestižním postavení a moci v budoucím životě. Mnoho těchto jedinců z alkoholických rodin najdeme v profesích jako jsou pedagogové, psychologové, zdravotníci a sociální pracovníci. Narušení postoje k otci alkoholikovi vede k nerespektování vůči autoritám, problémy s chováním ve škole a jiných volnočasových aktivitách, z kterých jsou proto později vylučováni (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985).

Dále jsou děti díky vlivu alkoholismu rodiče více ohroženy ve zvládání životních situací, v produktivitě a sami se v dospělosti stávají závislými v důsledku porušené obranné a ochranné funkce rodiny, „..., která spočívá v zajišťování životních potřeb (biologických, hygienických, zdravotních), nejen dětí, ale všech členů rodiny“ (Kraus, 2008, s. 82). Jsou úzkostné a často přebírají rodičovskou roli v odpovědnosti za domácnost, mladší členy rodiny, nezřídka ekonomickou funkci. Přestávají si hrát, mají starosti dospělých, nesmějí se.

Vliv alkoholu na domácí násilí potvrzují v České republice dostupné výzkumy. Alkohol byl přítomný u 2/3 všech těchto případů. Ženy, které se opíjejí několikrát do měsíce a častěji, jsou partnerem fyzicky častěji napadeny. Dále až 72 % všech napadení bylo pod vlivem alkoholu ze strany muže – agresora. Vedle fyzického bití je zde zastoupeno i sexuální a psychické terorizování (Mravčík a kol., 2021).

Výzkum, který probíhal u nás v letech 1975-1980 (Skála, 1988) se zaměřoval na děti v rodinách alkoholiků, zahrnoval 200 dětí ze skupiny experimentální a 207 dětí ze skupiny kontrolní. Děti byly rozděleny do tří věkových skupin: 4-6 let, 9-11 let a 13-15 let. Výsledky výzkumu prokázaly, že děti pocházející z rodin rodičů alkoholiků, mají zvýšené riziko několika zdravotních a duševních problémů:

- častější zdravotní péče – děti z těchto rodin byly častěji pod lékařským dohledem a měly větší potřebu lékařské péče;
- více závažných nemocí – tyto děti měly tendenci trpět závažnějšími onemocněními;
- vyšší počet úrazů – byl zaznamenán dvojnásobný počet úrazů u dětí, což může být spojeno s nedostatečným dohledem a péčí ze strany rodičů;
- častější hospitalizace – děti z těchto rodin byly častěji hospitalizovány, což může být důsledkem jejich zanedbaného zdravotního stavu a zranění;
- častější kontakt s psychiatrickou službou – děti z rodin alkoholiků byly pětkrát častěji zaznamenány v evidenci dětské psychiatrické intervence;

- zvýšené skóre neuroticismu – neuroticismus se týká míry emocionální nestability a úzkostí. Výzkum ukázal, že děti z rodin alkoholiků měly zvýšené riziko pro rozvoj duševních problémů;
- inteligence je shodná s kontrolní skupinou, avšak školní prospěch je horší. Jsou méně oblíbené ve školních i pracovních kolektivech. „*Méně často uvádějí otce jako osobu, kterou mají nejraději, ..., více těchto dětí bylo v týdenních jeslích, týdenních mateřských školách, v ústavních zařízeních...*“ (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985).

Heller a Pecinová a kol. (1996, s. 81) shrnují sociální a vývojovou prosperitu dětí rodiče alkoholika následovně: „*U dětí z rodin závislých rodičů se již v dětství vyskytují různé formy duševních poruch a odchylek v psychickém vývoji, které negativně ovlivňují jejich schopnost adaptovat se mezi dětmi, ve školních kolektivech ... mívají horší prospěch ve škole, jsou častěji nemocné, mají méně koníčků a volného času, hůře se uplatňují v pracovním i společenském životě ... je dále narušeno pozitivní přijetí rodičovských vzorů, čímž je ohrožen psychosexuální vývoj dětí a jejich zdravé formování rodičovských postojů*“.

V rodinách, kde se nežíje se závislostí na alkoholu, je dítě na prvním místě. Rodiče dbají na jeho přípravu do života, vzdělání, výchovu, dělají dítě šťastným v rámci svých možností, a především je zde patrný citový zájem a angažovanost (Matějček, 2017).

Další dostupné výzkumy u dětí rodičů závislých na alkoholu

Polské výzkumy prováděla Majewská (Turček, 1982) u 200 dětí ve věku 7-16 let rodičů alkoholiků (184 otců alkoholiků, 8 matek alkoholiček a 8 alkoholiků oba rodiče) se zjištěním nepravidelné a energeticky nevyhovující stravy u 49 dětí. 175 otců propilo výplatu, 90 otců prodávalo věci z domácnosti, 24 otců přivedlo rodinu k chudobě. 31 otců bylo ve vězení, 177 otců terorizovalo rodinu přes den a 133 i v noci. 97 otců bilo nebo týralo svoji ženu. 99 dětí utíkalo v noci z domu ze strachu z bití a hádek. U 82 rodin zasahovala v noci policie. Psychiatricky léčeno bylo 67 dětí. V poradnách a zařízeních pro výchovu a vzdělávání dětí jich bylo 49, převážně děti delikventi, které byly zanedbané řádnou výchovou. Batawia (Turček, 1982) kromě výše uvedeného ve svém výzkumu ve 100 rodinách alkoholiků uvádí incest nebo znásilnění dcery otcem alkoholikem, exhibicionismus a nucení k pohlavnímu styku svojí ženy před dětmi. Děti trpěly nočním pomočováním, křečovými záchvaty, poruchami řeči, nočními strachy, úzkostmi, bolestmi hlavy, zvýšenou dráždivostí až agresivitou, nervozitou a mentální zaostalostí.

Výzkum vlivu alkoholismu rodičů a jeho dopad na vývoj dětí ve Švédsku v roce 1960 provedl Nylander, který vyvodil častější neuropsychické poruchy u těchto dětí než u dětí z rodin bez zatížení. V ČR na tyto poruchy poukazuje Widermannová. Dodává, že rozvod, či rozpad partnerství bývá pravidlem (Turček, 1982). Alkoholismus rodičů vedl dle Černého u jedné pětiny hospitalizovaných dětí na psychiatrickém oddělení k pokusu o sebevraždu. Knajbl ve své studii o suicidích u mladistvých prokazuje, že vyrůstali ve špatném sociálním rodinném prostředí. Sami propadají zvýšené toxikomanii, promiskuitě a alkoholismu. Sexuální delikventi mladší 25 let měli dle Študenta v polovině případů otce alkoholika nebo agresivního psychopata. Zapletálek, Panoušek a Preiningerová se zabývali intelektem dětí alkoholiků, toxikomanů anebo soudně trestaných rodičů, kdy téměř 24 % z nich mělo menší IQ než 90, téměř 59 % nedokončené vzdělání a encefalopatií trpělo 2 % dětí. Frank vyšetřoval děti ze zvláštní školy a u 10 ze 49 z nich byl u jednoho z rodičů alkoholismus, převážně otec. Výzkumy dalších autorů (Mečír, Drvota, Študent, Vojtík, Molčan, Škoricová, Mellan, Nedoma, Pondělíčková) jednoznačně potvrzují, že alkohol v nukleární rodině poškozují tělesný a duševní vývoj, charakter, výchovu a další vzdělávání dítěte.

Rozlišujeme čtyři typické reakce dětí na závislost jednoho nebo obou rodičů. Tyto reakce popsala roku 1989 Wegscheider–Cruseová (Nešpor 2018).

- **Rodinný hrdina** – rodinným hrdinou se nejčastěji stává nejstarší sourozenec. Přebírá odpovědnost, nahrazuje nefungujícího dospělého a "zachraňuje rodinu". V dospělosti se takové dítě může cítit méněcenné, nedocenené. Po vnější stránce však může být celkem úspěšné.
- **Ztracené dítě** – takové dítě bývá uzavřené, stažené do sebe. Snaží se od problémů uniknout do svého vnitřního světa, do světa fantazií. Komunikace s ním je velmi obtížná. Tato role se častěji vyskytuje u dívek.
- **Dítě klaun** – dítě v roli klauna se snaží rozveselovat ostatní, vtipkovat až šaškovat. Snaží se, aby se v rodině zapomnělo na problémy, které ji trápí a ohrožují. Drží se hesla „lépe, když se smějeme, než abychom se hádali nebo prali“. Role klauna není typická pro děti, kde se závislost vyskytuje u obou rodičů. S touto reakcí se častěji identifikovaly dívky.
- **Černá ovce** – dítě dělá pravý opak než klaun. Dítě odvádí pozornost od rodinných problémů tím, že se na sebe snaží upozornit zlobením, provokováním či delikvencí. Chodí za školu, krade, lže a pere se, experimentuje s alkoholem nebo drogami.

Naproti rozdělení dětí do určitých predispozičních skupin viz výše, charakterizovala Woititzová (2021, s. 55-97) dospělé děti rodičů alkoholiků následovně:

- si nejsou jisty tím, jaké chování je normální,
- mají těžkosti při dotahování úkolů do konce,
- lžou v situacích, kdy by bylo stejně snadné říci pravdu,
- posuzují samy sebe bez slitování,
- mají problém se bavit,
- berou samy sebe velice vážně,
- mají problém s důvěrnými vztahy,
- reagují nepřiměřeně na změny, které nemohou ovlivnit,
- neustále hledají a vyžadují pochvalu a ujištění,
- obvykle cítí, že jsou jiné než ostatní lidé,
- jsou buď mimořádně odpovědné, nebo mimořádně nezodpovědné,
- jsou extrémně loajální, a to i tehdy, když vidí, že jejich loajalita je nezasloužená.
- jsou impulzivní. Mají sklon nechat se vtáhnout do průběhu nějaké události, aniž by vážně uvažovaly o jiných alternativách chování nebo o možných důsledcích. Tato impulzivnost pak vede k vnitřnímu chaosu, k averzi vůči vlastní osobě a ke ztrátě kontroly nad svým prostředím. Kromě toho musí vynakládat velké úsilí, aby věci daly zase do pořádku.

Děti závislých rodičů vyrůstají v podobných prostředích. Může se měnit role, zda je závislý otec nebo matka, ale domácí prostředí bude pravděpodobně podobné. Domácí prostředí je plné nevyřčeného napětí, úzkosti, zvýšeného stresu, nervozity a pláče (Woititzová, 2021). Jelikož závislý rodič většinu peněz utratí za alkohol, navíc často nezvládá chodit do práce, v domácnosti chybí peníze. Nezřídka děti pociťují hlad, svačiny do školy nosí nepravidelně, nemají nové oblečení, nemohou si kupovat nejnovější trendy. Může docházet k situacím, kdy neschopnost placení nájmu nebo hypotéky vede k častému stěhování se za levnějším bydlením a děti si musí zvykat na nové prostředí a školu.

2.3 Vzdělávání dítěte s FAS mladšího školního věku

Období mladšího školního věku lze celkově charakterizovat jako relativně klidné a bez dramatických vývojových změn. Tato vývojová fáze začíná se zahájením školní docházky a končí s nástupem puberty. Mladší školní věk je vymezený zpravidla od 6-7 let do 11-12 let. Langmeier a Krejčířová (1998) označují z psychologického hlediska toto období jako věk střízlivého realismu, kdy dítě chce okolní svět pochopit, jak je to doopravdy. Z hlediska tělesného vývoje jde především o omezení pohybu, kdy je dítě v rámci výuky nuceno sedět v klidu. U dítěte s FAS v batolecím a předškolním věku nacházíme opožděný psychomotorický vývoj, opožděný vývoj řeči, snížení kognitivních funkcí. Později se objevují i charakteristické obtíže v interpersonálních vztazích, dále porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivní chování. Vzdělávání dítěte s FAS se často pojí s odloženou povinnou školní docházkou. Pozornost dítěte na jednu činnost bývá kolem 10 minut, po zadání úkolu na něm pracuje a dokáže jej dokončit. Při nástupu dětí do první třídy nejsou všechny děti stejně staré. „*Nejmladší děti jsou tu sotva šestileté a nejstarším už bylo sedm – rozdíl jednoho roku představuje 12-15 % vývoje*“ (Matějček, 2005, s. 178). Děvčata v tomto období jsou ze zkušenosti vyspělejší než chlapci, kteří jsou tak ohroženi větším školním neúspěchem.

Paměť, pozornost a vývoj myšlení

„*Existence paměti je základním předpokladem schopnosti učit se, v nejširším slova smyslu ji lze definovat jako schopnost zaznamenávat životní zkušenosti*“ (Plháková, 2003, s. 193). Dítě s hendikepem fetálního alkoholového syndromu je v nevýhodě při nastupování do první třídy pro své nedostatky u paměti, která je oslabena, zejména krátkodobá paměť a pracovní paměť. Jejich školní výkony jsou nerovnoměrné a závislé na aktuálních pracovních podmínkách či zadaných úkolech. Úkolem pedagoga je působit na žáka a znát jeho osobnost tak, aby rozvinul jeho učení co nejlépe a posílil jeho sebevědomí prostřednictvím uplatnění výchovných zásad, pravidel a metod. „*Nemocné, oslabené, nebo tělesně postižené dítě je tedy třeba nejen dobře znát, ale je třeba s ním i vhodně zacházet a vést je k určitému cíli. Výchovným cílem v našem případě je dopomoci dítěti k vývoji osobnosti co nejvyspělejší, a tak vyrovnané a harmonické, jak je to za daných okolností možné*“ (Matějček, 1992, s. 8). Vývoj dětské paměti se projevuje zvýšením kapacity paměti a rychlosti zpracování informací, osvojením paměťových strategií (Vágnerová, 2012). Dítě do 5 let věku záměrné paměťové strategie netvoří, ale s nástupem mladšího školního věku se uplatňuje metoda opakování, aby si danou

látku zapamatovalo. Paměť se nyní „opírá o systém slovních výpovědí a není už tolik závislá na okamžitých afektech“ (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 121).

Pozornost je na začátku období mladšího školního období krátká, souvisí to s nevyzrálou CNS, postupně se její kapacita i kvalita zvyšuje. Ta u dětí s FAS je kolísavá, mají potíže s regulací aktivity a pozornosti při výkladu vyučujícího, často jsou to děti s ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou) nebo děti s ADD (porucha pozornosti bez hyperaktivity). „Pozornost je mentální proces, jehož funkcí je vpouštět do vědomí omezený počet informací, a tak ho chránit před zahlcením velkým množstvím podnětů“ (Plháková, 2003, s. 77). Její základní vlastností je selektivita (výběrovost), kterou děti poškozené nitroděložně alkoholem mají narušenou. Záměrná pozornost je typem pozornosti, kterou dítě potřebuje ve škole ke zvládnutí úkolů a povinností, vyplývajících z vyučování. Těkavostí trpí právě děti s hyperkinetickou poruchou, jejímž hlavním rysem je chybění vytrvalosti při zvládnutí určité činnosti a sklon přecházet od jedné věci k druhé. Dítě se obtížně soustřeďuje na učitele, protože jeho pozornost upoutá cokoli v jeho okolí, spolužák, pták za oknem, padání sněhu apod. Ve škole se dítě špatně soustředí, dělá mu problémy porozumět pokynu od učitele hned napoprvé. Obzvláště v případech, kdy je zadání úkolu delší. Zvládnout soustředit se od začátku do konce a splnit tak zadaný úkol. Často danou práci nedokončí. Mezi základní projevy ADHD se řadí poruchy pozornosti, impulzivita a hyperaktivita. Mezi poruchy pozornosti řadíme nesoustředěnost, nepozornost, nebo kolísavou pozornost, rychlou unavitelnost, schopnost krátkodobé koncentrace pozornosti, netrpělivost, těkavost, neschopnost dokončit rozdělanou práci, značné výkyvy ve výkonu postiženého dítěte (Jucovičová, Žáčková, 2007).

„Myšlení je v širokém slova smyslu proces zpracování a využívání informací, úzce souvisí s inteligencí, což je (v tradičním pojetí) poznávací schopnost, jež určuje úroveň a kvalitu myšlení daného jedince“ (Plháková, 2003, s. 262). Výuka ve škole všestranně rozvíjí rozumové schopnosti žáků. Děti se v období mladšího školního věku učí pracovat se základními logickými operacemi, přičemž většinou vycházejí z vlastních zkušeností a činností. Rozvoj logických operací je podmíněn učením, tedy zapojením dítěte do výuky. Dle Vágnerové (2012) se učí chápat vzájemné vztahy. Proměna uvažování v mladším školním věku je postupná, významnou charakteristikou konkrétního logického myšlení dítěte je schopnost decentrace, konzervace a reverzibilita. Tyto myšlenkové operace se rozvíjejí především učením a zkušenostmi, které děti s danými úkoly mají. „Například připravenost k osvojení abstraktních logických operací se dostavuje zpravidla až po desátém roce věku“ (Říčan, 2007, s. 156). Podstatnou součástí

výukového procesu je samozřejmě správné vedení učitele. Ve školním prostředí je pracováno se znaky a symboly, kterým dítě porozumí a chápe vztahy mezi psanou a zvukovou podobou. Dále je rozvíjena také schopnost pracovat s čísly. Přibližně ve třetím ročníku základní školy začínají děti lépe chápat pojem čas.

Dítě s kombinovaným postižením (FAS) bývá integrováno do běžné školní třídy. Pedagogická integrace postižených žáků přináší nesporná pozitiva jak žákům postiženým, tak nepostiženým. „*Postižení žáci si mohou osvojit mnoho způsobů sociálního chování pozorováním a napodobováním svých nepostižených vrstevníků. Mohou lépe prospívat v řadě předmětů díky vyšším motivačním podnětům, ..., se lépe učit vzorcům chování, ..., což zvyšuje sebedůvěru postiženého dítěte ... naproti tomu děti bez postižení mohou ... se naučit pomáhat druhým, ..., komunikovat s postiženými a vypěstovat větší citlivost pro druhé*“ (Kalhous, Obst a kol., 2009, s. 82).

Řeč

Lidská řeč je základním předpokladem úspěšného učení ve škole a „... *napomáhá pamatování, a tedy opět prodlužuje pochopení a ovládnutí světa*“ (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 119). Starší výzkumy uvádějí, že dívky v tomto věku dosahují lepších verbálních schopností nežli chlapci, ale nijak statisticky významně. Pravděpodobně to souvisí s rychlejším fyziologickým dozráváním u děvčat a také, že začínají mluvit dříve nežli chlapci (Průcha, 2017). Zdokonaluje se slovní zásoba, artikulace, délka a složitost vět a tvorba souvětí. Poškození CNS u dětí s FAS může ovlivnit funkci levé hemisféry, která je centrem pro tvorbu mluvení, resp. řeči. „*Porucha v této hemisféře může být tedy příčinou disharmonického vývoje celé funkční soustavy nutné pro čtení a psaní*“ (Matějček, 1993, s. 111). Z psychologického hlediska je verbální schopnost jedna ze složek inteligence. „*Nejde jen o schopnost vyjadřovat se, nýbrž zejména chápat složité vztahy vyjádřené slovy*“ (Řičan, 2007, s. 81).

Vývoj řeči je v souladu s myšlením, slovní zásoba má u sedmiletého dítěte 18 tisíc slov a je dobře rozvinutá při komunikaci s okolím. Dítě je schopno vyjadřovat se o běžných věcech a rozumí sdělení jiné osoby. Jeho jazykové dovednosti jsou nezbytným předpokladem školní úspěšnosti. Řeč se velmi rychle zdokonaluje. S dítětem s diagnózou FAS je obtížné se někdy dorozumět. „*Z hlediska logopedie je důležité vědět o anomáliích vývoje zubů, rtů, patra, nosu, uší a očí* (Vodičková, Mitašíková, 2023, s. 31-38). Vývoj řeči probíhá u dětí po celou dobu dětství. Děti procházejí pediatrickým, psychologickým, foniatrickým vyšetřením a následně jsou odesílané k logopedovi k nápravě. K opožděnému a nedokonalému vývoji řeči dochází u

děti s FAS kvůli vrozeným poruchám sluchu, malformacím mluvidel, vzácně při poškození mozkového centra řeči, mentálnímu opoždění, dětskému autismu či psychické deprivaci (Matějček, 2011). Dítěti je třeba pomoci řeč rozvíjet, kdy ho nenutíme do mluvení, spíše vytváříme radostnou a uvolněnou náladu pomocí knížek, loutek, hraček a jiných pomůcek. Mluvíme jednoduše, dítě se snaží vyslovovat, někdy heká, vždy s klidem a porozuměním trpělivě opakujeme vyslovené. Logopedické cvičení u těchto dětí trvá obvykle několik let. Patlavostí trpí na začátku školní docházky více dětí, postupem času a vlivem školy a spolužáků se artikulace a dorozumění upravuje.

Školní zralost

Školní zralost jako pojem je známý z dob Jana Amose Komenského a předznamenává, co by již dítě mělo umět při nástupu do první třídy. Screeningové testy provádějí pedagogové v mateřských školách, pediatři při preventivních prohlídkách a pracovníci pedagogicko-psychologických poraden. Posouzení dítěte je také v rukou učitelek mateřské školy, kdy pozorování dítěte ve standartních situacích je důležité pro kompletní anamnézu (Matějček, 2011). K neznámějším testům školní zralosti, mající orientačně diagnostický charakter, řadíme českou verzi Kernova testu, vypracovanou Jiráskem a orientační test školní zralosti. Zahrnuje kresbu mužské postavy, napodobení psacího písma a obkreslení skupiny bodů.

Škola je společenskou institucí, ve které se realizuje výchova a vzdělávání. Škola pomáhá dítěti rozvíjet jeho osobnostní vlastnosti, ale také schopnosti a dovednosti. „*Posláním školy je proměnit společnost v multikulturní celek ... místo soutěživosti, zejména v kognitivní rovině, je třeba zaměřit pozornost na spolupráci, na týmové formy vzájemné kooperace*“ (Janiš, Kraus, Vacek, 2008, s. 103). Dítě zde získává řád, učí se dodržovat pravidla a ve velké míře se setkává s hodnocením a srovnáváním. Průcha (1997) ji definuje jako sociální instituci vytvořenou za účelem řízené a systematické edukace dětí. Má funkci kvalifikační, selekční a integrační. „*Nástup do školy je důležitým sociálním mezníkem, ke dítě získává novou roli, stává se školákem*“ (Vágnerová, 2012, s. 79). Učitelé, pedagogičtí asistenti, kteří se starají o děti s různou mírou poškození tělesného či vývojového, by měli mít přístup ohleduplný a s dávkou porozumění. Je zde zapotřebí uplatňovat výchovné metody a zásady, aby „*se schopnosti (potence) postiženého dítěte mohly co nejúspěšněji rozvinout ... a usnadnily budoucí úspěšnost ve škole*“ (Matějček, 1992, s. 8).

Odklad školní docházky v případě dítěte s FAS je tedy opodstatněný, výjimečně o dva roky. Dítě se na počátku nástupu do školy pomalu odklání od výlučného vlivu rodiny, rozvíjí

vztahy s jinými lidmi mimo rodinu, jak s učiteli, kteří jsou pro ně novou autoritou, tak s vrstevníky. Silné emocionální pouto má v tomto věku dítě s rodiči či opatrovníky (pěstouni, prarodiče), sourozenci a rodinné prostředí je pro ně velmi důležité. Vztahy k vrstevníkům v první třídě jsou homogenní, rovnoprávné. Dětem ještě chybí kritéria k sociální hierarchizaci a učitel je zde přijímán jako autorita bez výhrad. Citové procesy jsou zpočátku labilní a málo ovládané, dítě nic nepředstírá a chová se spontánně. Langmeier, Krejčířová (1998) popisují vstup do školy pro dítě jako značnou zátěž, kdy se musí odloučit od rodičů, zapojit se do pracovních činností, soustředit se a podřídit nové autoritě.

Dítě s mentálním deficitem či nějakou poruchou v psychomotorickém vývoji v rámci svého onemocnění FAS musí vynakládat větší úsilí než jeho vrstevníci. Znamky nepřizpůsobení zahrnují nepodřízení se kolektivu a nesoustředěnost. Neustálá potřeba s něčím si hrát ovládá dítě natolik, že nevydrží v klidu sedět v lavici. Dítě se nestačí učit, zaostává a snižuje své sebehodnocení. „*Úspěch či neúspěch ve škole ovlivňuje v té době značně postavení dítěte v kolektivu třídy, které je opět pro jeho vztahy k druhým lidem i k sobě samému velmi významné*“ (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 101). Toto zpozorují i citliví rodiče doma. Dítěti se nechce ráno vstávat do školy, bolí jej břicho nebo hlava. Domácí úkoly dělá s nechtí a značně dlouho. Tyto projevy nepřizpůsobivosti v první třídě mohou být chybně vedeny do ordinací dětských lékařů s nálepkou chronického onemocnění. Tyto somatické projevy se však neobjevují ve dnech volna nebo o prázdninách.

Školní prostředí by mělo být pro dítě závislého rodiče bezpečným prostorem. Jelikož dítě zažívá velmi náročnou a stresující situaci doma, alespoň ve škole by se nemělo ničeho bát. Vyučující by měli myslet na to, že se děti závislých rodičů velmi lehce mohou stát terčem šikany (Vágnerová, 2012). Ve třídách mají pedagogové najednou děti šestileté a děti s odloženou povinnou školní docházkou, kterým je sedm a půl let. Rozdíl v tomto věku je celá jedna šestina veškerého dosavadního vývoje od narození. Přitom musí postupovat podle stejných požadavků dle osnov, které jsou dané. Rozdíly výkonu u těchto dětí jsou tak značné, viz tabulka č. 5. „*Učitel, který s tímto rozdílem nepočítá, musí nutně vidět menší způsobilost dítěte šestiletého, třebaže je ve skutečnosti stejně nadané* (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 105).

Věk dítěte při vstupu do školy	Nesamo- statnost	Neukázněnost	Hravost – pracovní nezralost	Nesoustře- děnost při úkolů
5 let 8měs. – 5 let 10měs.	64,0 %	28,6 %	57,1 %	57,1 %
5 let 11měs. – 6 let 2měs.	26,9 %	20,8 %	23,8 %	32,8 %
6 let 3měs. – 6 let 5měs.	21,4 %	11,5 %	18,0 %	22,9 %
6 let 6měs. – 6 let 8měs.	23,8 %	7,9 %	12,7%	14,3 %
6 let 9měs. – 7 let 0měs.	12,0 %	8,5 %	3,4 %	10,2 %

Tabulka č. 5 Rozdíly v ukazatelích výkonu mezi dětmi 6–7letými. Zdroj: Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 105

Specifické poruchy učení – SPU

„Specifické poruchy učení jsou poruchami v jednom nebo více psychických procesech nutných k porozumění nebo k užívání řeči, ať mluvené či psané. Tyto poruchy se projevují nedokonalou schopností naslouchat, mluvit, číst, psát, ovládat pravopis nebo počítat“ (Matějček, Dytrych, 1994, s. 68).

Specifické poruchy učení (SPU) jsou souhrnným označením pro různorodou skupinu poruch, které se projevují zřetelnými obtížemi při nabývání a užívání dovedností jako je řeč, porozumění mluveného slova, psaní, matematické usuzování a počítání (Matějček, 1993). SPU se u dětí s FAS vyskytují často a vznikají na podkladě dysfunkce CNS. Toto je způsobeno odchylnou organizací aktivit mozku a dominancí hemisfér viz kap. 1.4: *„Již ve fázi embryonálního vývoje jsou mozkové buňky velmi citlivé na alkohol a expozice alkoholu může zpomalit nebo zastavit normální vývoj mozku“*. Poruchy učení se projevují u dětí napříč všemi úrovněmi inteligence, tedy u dětí nadprůměrně, průměrně i podprůměrně inteligentních. Tyto poruchy učení mají vliv na formování osobnosti dítěte, které často trpí pocity méněcennosti a neurotickými příznaky jako jsou poruchy spánku a nechutenství. Porucha učení se může vyskytovat souběžně s jinými formami postižení, jako jsou smyslové vady, mentální retardace, sociální a emocionální poruchy. Problematika specifických poruch učení se také stále řadí k

aktuálním problémům současného školství, jedná se až o 10 % žáků se specifickými poruchami učení (Krejčová, Zelinková a kol., 2018).

Je důležité si uvědomit, že SPU se dítě, dospívající nebo dospělý nezbaví a bude ho provázet celým jeho životem. Dítě i rodiče musí pochopit, že „*intenzivní práce ve školním věku a osvojení vhodných studijních dovedností i vhodných mechanismů práce při výkonu profese jsou cestami k výraznému snížení všech obtíží*“ (Krejčová, Zelinková a kol., 2018, s. 7). Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN -10) je systém klasifikace a kódování různých nemocí a zdravotních stavů, který byl vyvinut Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Desátá revize byla provedena v roce 1992 a zařadila specifické vývojové poruchy školních dovedností do skupin poruch psychického vývoje a přiřadila jim kódy v rozmezí F80 až F89. Tato klasifikace pomáhá lékařům, výzkumníkům a zdravotnickým pracovníkům lépe porozumět různým zdravotním stavům a usnadňuje mezinárodní komunikaci v oblasti zdravotnictví (ÚZIS, 2021).

Pedagogickou diagnostikou dětí se specifickou poruchou učení se zabývají v pedagogicko-psychologické poradně (PPP). Velmi důležité je včasné odhalení dysfunkcí, které bývá patrné již v předškolním věku. Toto odhalování provádí učitelé v mateřské škole v souladu s úrovní vědomostí a psychických funkcí dítěte. S počátkem školní docházky se začnou poruchy u dítěte zvyrazňovat a na doporučení učitele je dítě odesláno k psychologickému a speciálně pedagogickému vyšetření (Matějček, 1993). Nejčastější specifickou poruchou učení je dyslexie.

- **Dyslexie** – specifická porucha čtení. Definice terminologie dyslexie v historii bylo mnoho, utvářely se spolu s různými diagnostickými metodami a výzkumy. Prvním autorem, který označil termín „Dyslexia“, byl německý neurolog Berlin (1887) a v překladu znamenala „Zvláštní forma slovní slepoty“. Uvádí se, že spolu s **dysortografií** (specifické obtíže v pravopise) tvoří až 80 % specifických poruch učení.
- **Dysgrafie** – jsou specifické obtíže v psaní jako grafickém aktu. Dysgrafie vzniká nejčastěji na základě obtíží, které jsou spojené s motorikou, lateralizací, zautomatizováním pohybů a koordinací. Většinou jde o poruchy jemné motoriky, ale mohou se vyskytovat i obtíže v motorice hrubé.
- **Dyskalkulie** – jsou specifické poruchy početních schopností, jsou vzácnější než obtíže ve čtení. Porucha se týká ovládnutí základních početních výkonů, jako je sčítání, odčítání, násobení, dělení.

- **Dyspraxie** – je specifická porucha obratnosti, schopnosti vykonávat složité úkony. Tyto děti bývají pomalé, nezručné, neupravené, jejich výrobky jsou nevzhledné. Jejich obtíže se mohou projevit jak při psaní, tak kreslení, tělesné výchově, pracovním vyučováním, ale i při mluvení, kde se projevuje artikulační neobratnost.
- **Dyspinxie** – je specifická porucha kreslení, která je charakteristická nízkou úrovní kresby, neschopností zobrazit určité předměty a jevy adekvátně v závislosti na věku. Dítě zachází s tužkou neobratně, tvrdě, má potíže s pochopením perspektivy.
- **Dysmúzie** – je specifická porucha postihující schopnost vnímání a reprodukce hudby, projevuje se obtížemi v rozlišování tónů, dítě si nepamatuje melodii, nerozlišuje a není schopno reprodukovat rytmus (Krejčová, Zelinková a kol., 2018; Matějček, 2011; Matějček, Dytrych, 1994).

Mladší školní věk je přibližně obdobím od šesti do devíti let a v pedagogicko-psychologickém poradenství v něm převládají školních problémy při výuce a zvládnutí zadaných úkolů. Matějček (2011) problematiku tohoto věku dělí na tři větší okruhy. Prvním jsou obtíže dětí, které nedovedou být klidné a soustředěné. Z toho plyne neschopnost se něčemu naučit, jsou patrné určité slabosti nervového systému v rámci LMD. Neklid a nesoustředěnost, touha se pohybově uvolnit znemožňuje plynulé školní pracovní tempo. Zde je důležité výchovné a pracovní vedení přizpůsobit individualitě dítěte. Druhou problematikou jsou obtíže v souvislosti se školním prospěchem, kdy dítě nesplnilo očekávání rodičů. Zde spadají již výše zmiňované SPU, mentální retardace lehkého intelektového podprůměru. Zde se zjišťuje pomocí inteligenčních testů vyspělost dítěte, které jsou doplněny o schopnosti motoriky, kreslení, psaní a komunikativních dovedností a řeči. Třetí problematická oblast je nadměrná úzkostnost dítěte, které je nápadně zamlklé, zaražené, nezapojuje se do kolektivu a izoluje se. Výsledky těchto dětí se projeví na známkách, kdy rodiče trápí to, že děti neprokážou dostatečně, co v nich je. Mimo těchto třech hlavních okruhů se vychovatelé, rodiče obracejí na školu se žádostí o vyšetření jejich dítěte např. pro nedostatek ctízádnosti, kdy však často jde spíše o velké ambice rodičů a nepřiměřený tlak na dítě.

Dalšími obtížemi, kterými děti s FAS v mladším školním věku trpí, jsou poruchy řeči (koktavost, patlavost, artikulační neobratnost), kdy je nutná logopedická péče. Poruchy spánku, přijímání potravy a noční enurézy se pak vyskytují spíše zřídka. Poruchy chování v mladším školním věku jsou závažné, vyskytují-li se u dítěte smyšlenky, nemotivované lhaní, krádeže, toulky, záškoláctví, či útěky z domova. Toto svědčí o vážných,

psychopatologických příčinách a vyšetření dětským psychiatrem je zde na místě (Matějček, 2011; Vágnerová, 2008).

3 PŘÍSTUPY PRÁCE S RODINOU SE ZÁVISLOSTÍ ČLENA NA ALKOHOLU

Základem léčby onemocnění alkoholismem je trvalá a důsledná abstinence. Abstinující jedinec se musí vyhýbat i té nejmenší dávce alkoholu, jinak by dříve nebo později propadl znova pití. Tohoto člověka označujeme za abstinujícího alkoholika (Skála, 1988). Při léčení závislosti na alkoholu se osvědčily zažité postupy, metody a nejrůznější programy. „*Alkoholici potřebují pevné zázemí po celý život a musí jim být věnována patřičná pozornost, ochrana a láska, ..., alkoholismus není jednoduchou chorobou, ..., proti které stačí použít kouzelný protijed*“ (Sournia, 1999, s.236). Je nutné důsledné a trvalé dodržování bezalkoholní diety a přijmout to jako fakt. Srovnání nabízíme zde s člověkem, který onemocní diabetem (cukrovkou) a po zbytek života svého života dodržuje přísnou dietu a přijde mu to tak normální. Nemocný se musí vzdát konzumace alkoholických nápojů v jakémkoliv malém množství a trvale po celý svůj další život. To, co formuje ženu-manželku v dlouhodobém soužití s alkoholikem, lze shrnout do následujících bodů:

1. „*Je to především nejistota a z toho plynoucí úzkost a strach: zpočátku o bezpečnost partnera, pozdější obavy ze společenské degradace. V neposlední řadě je to obava ze slovního napadání, později i fyzické agrese, obavy o bezpečnost vlastní i dětí. Manželky také prožívají pocit zneuznání a nejistoty v oblasti erotiky a sexu.*
2. *Nepřiměřené zatížení a starost o celkovou prosperitu rodiny.*
3. *Menší či větší izolace rodiny od příbuzných, přátel a okolí, v němž žije“* (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985, s. 39).

Reakce (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985) žen na popsanou opakující se zátěž vykazují následující stádia:

- žena si nemyslí, že se děje něco mimořádného;
- sice si přiznává, že jde možná o závislost na alkoholu, ale pokouší se situaci řešit, vymýšlí si různé zákazy, omezení, taktizuje. Svého partnera stále ještě nutí, aby plnil úkoly, které náleží rodině;
- postupně si uvědomuje, že její snaha o zvrácení poměrů k normálu je marná. Často si uvědomí, že jí vyhovuje bezvládní nebo role trpitelky a setrvává tak po dlouhá léta;
- bere na sebe mužskou roli v rodině a svému manželovi nechává jen podřadné místo;

- nakonec zjišťuje, že ani toto není řešení a rozhoduje se hledat pomoc mimo rodinu.

Léčba alkoholismu musí být komplexně zaměřená. Zahrnuje fyzikální a psychologické vyšetření, léčbu tělesných a duševních potíží, ambulantní nebo ústavní léčbu, psychoterapii ve skupinách, setkávání v léčebných klubech, relaxační techniky, jógu, lék Antabus a jemu podobné, rodinné a manželské terapie, různé terapeutické komunity, sportovní aktivity, turistiku a další. To vše v kombinaci pomáhá zlepšovat náladu, potlačuje craving, díky tělesné aktivitě dochází k regeneraci mozku (Nešpor, 2006). Dochází k relaxaci svalového napětí, prokrví se svaly, uklidní se krevní tlak a tep. Hormony a elektrická aktivita mozku se vyrovnává do normálu. Trávicí systém, hojení ran se urychluje, lépe se dotyčnému usíná. Obnovují se narušené mezilidské vztahy, soudržnost v rodině.

3.1 Přístupy psychoterapie v léčbě alkoholismu

Hlavní metodou léčby alkoholismu je psychoterapie. V pojetí Skály (1982) jde o odborné ovlivnění pacienta, jeho chování a jednání psychologickými prostředky prostřednictvím terapeuta. Jedná se o sociální výchovu a učení, kdy pacienta informujeme o jeho špatném způsobu života, převychováváme ho k novým, lepším společenským pravidlům v rodině, v mezilidských vztazích, zaměstnání a volném čase. Alkoholik je vedený ke změně životního stylu a životosprávy. Psychoterapeutický proces vede k větší odpovědnosti jedince, k samostatnosti při zvládání uložených povinností, ke zvýšenému sebevědomí a sebedůvěře (Skála, 1982).

Možnosti a formy terapie předkládá Řehan (1994), který nepovažuje alkoholismus za problém pouze medicínský, ale tvrdí, že je závislost projevem neuspokojivě fungujícího adjustačně-adaptačního procesu. Terapie musí být založena na odhalení příčiny a nastavena do jednotlivých etap. Koncepce léčebné terapie pomocí hlubinné psychologie *„nevytvořila speciální metodický aparát pro léčbu závislých osob, neboť využívá postupy uplatněné u neuróz“* (Řehan, 1994, s. 54). Ego-psychologie se soustřeďuje na já (Ego) závislého, které nebylo v dětství (Self) adekvátně vytvořeno s pečující osobou (objektem) a nedošlo k sebepotvrzení a sebe reprezentaci. *„Neadekvátní self-objektové vztahy ústící v ranný narcismus jsou zdrojem dospělé závislosti a ambivalence“* (Řehan, 1994, s. 55). Terapie se soustředí na restrukturuaci pacientova Self a na výrazně empatickém a respektujícím postoji terapeuta, který pracuje na navození dříve potlačovaných self-objektových přání a potřeb

klienta. Behaviorální přístup v léčbě závislosti na alkoholu využívá za prvního principu přeučení, kdy se uplatňují averzivní způsoby popíjení alkoholu (vyvolávání zvracení pomocí léků, drobné elektrošoky) a na druhé straně se pozitivně posilují všechny způsoby odolávání pokušení, zvyšování tolerance, oddálení uspokojení pomocí pracovních a sportovních aktivit.

Rodinná terapie je jedním z možných přístupů při práci s rodinou. Od druhé světové války do současnosti prošla prošlo nahlížení rodinné terapie na problematiku alkoholismu v rodině třemi vývojovými obdobími. Nejprve (v období od 50. let minulého století) se mělo za to, že za problémy s pijáctvím může rodinná minulost. Následovalo období, kdy byla za příčinu vzniku považována (ne)funkčnost rodiny a její pravidla. V současnosti se v rodinné terapii rodina jako celek využívá k dlouhodobému uzdravení a přebírá spoluodpovědnost za budoucnost všech členů v rodině (Kalina, 2008).

Za příčinu patologického chování jednoho z členů rodiny byla v medicínském pojetí v minulosti považována rodina. Výzkum Whalenové v roce 1953 popsal typy manželek alkoholiků, které se podílely na partnerově závislosti jako trestající, kontrolující, trpící a váhající typ. Později odborníci popsali tyto ženy jako: „*prosebník Ríša, Bivoj, vědátor a chladný kalkulátor*“ (Kalina, 2008, s. 188). Jiný výzkum poukázal na to, jak schizofrenogenní matky¹ zaujaly postoj k pití manžela ve vztahu ke svým dětem: „*1. matka chrání dítě sérii lží a přetvářek, 2. matka uzavírá s dětmi koalici proti alkoholikovi*“ (Kalina, 2008, s. 188). V rodinách, kde byl alkoholismus, vládla jasná pravidla. O pijáctví se nemluvalo a tvářilo se, že se všichni máme výborně. Pokud se vyskytly potíže, alkohol nebyl označen jako problém, který by za ně mohl. Jacksonová (1957) popsala stadia rodiny, která si přiznala problém s alkoholismem následovně: stadium popírání, stadium izolovanosti, dezorganizace chodu rodiny, fáze úniku, oddělení se od rodiny tělesně nebo duševně a konečně dochází buď k rozvodu nebo uzdravení se (Kalina, 2008).

V 70. letech minulého století se na patologický rodinný závislostní systém nahlíželo v několika směrech. Strukturální rodinná terapie se zaměřovala na ustanovení hierarchie v rodině mezi dětmi a rodiči. Vícegenerační a kontextuální terapie byla zaměřena na vazby rodinných příslušníků a jakési „dědění“ závislostí různého typu. V terapii šlo o oddělení se od

¹ Typ mateřské péče, často velmi laskavý, ale naprosto omezující, který nenechává dítěti žádný prostor pro vlastní rozhodování a vůli, předurčuje dítě ke schizofrenii. Pojem „schizofrenogenní matka“ poprvé použila Frieda Fromm-Reichmannová, ale že v současnosti už její koncept odborníci považují za překonaný.

vlastní rodiny, ale přitom být její součástí. V humanistické a komunikační terapii dle Satirové (1994) která je využívána i v současnosti, se pracovalo s modelem sousoší, kdy sebehodnocení a otevřená komunikace mezi terapeutem vede rodinu k větší autonomii. Strategická rodinná terapie dle Haleyho (1981) vytvářela na rodinu tlak až manipulaci ze strany terapeuta, zvláště u nemotivovaných členů alkoholika, s úspěchem. V Milánské škole systemicko-kybernetická rodinná terapie pokládala city, potřeby a konflikty za přežitek a rodinu chápala jako celek řízený pravidly a u těchto se odehrávala hra, v které je potřeba pokračovat, i přesto, že rodina se trápí.

V současnosti je na rodinnou terapii pohlíženo jako na koncept, který se na ni orientuje, aby získal pijáka k léčbě, informujeme ji o všech aspektech léčby a problémy s ní související, nabízí rodinné sezení a terapie (Kalina, 2008). Rodinná terapie se zaměřuje na rodinu závislého, vytváření otevřeného vztahu k terapeutovi, který nabízí provázení celou léčbou. Terapeut při práci s rodinou vzbuzuje důvěru ve všech zúčastněných, podporuje a nabízí možnosti a pomoc ve změnách chování, nacvičuje nové techniky jednání a způsob života závislého a ostatních členů rodiny. Empatickým přístupem postupně předává poselství o nebezpečnosti alkoholu, pomáhá ujasnit hodnoty a postoje. Heller, Pecinovská a kol. (1996) považují manželskou a rodinnou terapii v léčbě alkoholiků za nezbytnou a účinnou tedy, je-li v terapii zahrnuta péče o manželské páry, děti a širší rodinu, kdy cílem je obnovení narušené komunikace mezi partnery, dětmi a zbytkem rodiny. V léčbě alkoholismu se tedy zaměřujeme na podporu rodin v jejich komunikaci, jejich rodinné rituály nenarušené abúzem alkoholu (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985).

„V rodinném poradenství se dříve tradovalo tvrdé, ale uznávané zjištění: než žádný otec, je lepší špatný otec.; než pijící otec, je lepší žádný otec“ (Profous, 2013, s. 75). Alkohol je jedna z nejčastějších příčin problémů mezi partnery. Kvalita partnerského vztahu se odvíjí od pozitivně laděného chování, spočívající v oceňování druhého, chválení, dárků a např. časem stráveným při společných zálibách. Pro udržení si spokojeného vztahu doporučují odborníci na manželství a partnerství následující:

- *„Všímat si pozitivních vlastností, chování a vzhledu partnera a tyto klady oceňovat.*
- *Zajímat se o zájmy, úspěch, neúspěchy partnera, vcítit se do něj a pochopit ho.*
- *Vyjádřit účast, když partnera něco trápí. Obvykle nepotřebuje rady, co má dělat.*
- *Vhodným způsobem vyjadřovat kladné i záporné emoce v kontextu různých situací.*
- *Umět hovořit o tom, co partnera zajímá.*
- *Přemýšlet nad tím, čím partnerovi udělat radost, a to potom dělat.*

- *Pomáhat partnerovi (např. v domácnosti, s dětmi) a umět pomoc přijmout od něj.*
- *Hledat společné zájmy a společně trávit určitý domluvený čas.*
- *Nechat partnera hovořit, naslouchat mu, neskákat mu do řeči, až potom mluvit.*
- *Moc partnera nekritizovat. Pokud je to nutné, tak volit asertivní formu.*
- *Moc nepřikazovat, spíše využívat asertivní žádost o laskavost, např. „Nemohla bys mi prosím přišít knoflík? Umíš to lépe než já“.*
- *Umět uznat vlastní chybu, protože si tím získáváte u partnera respekt a úctu.*
- *Usmívat se, protože úsměv vyvolává u partnera pozitivní emoční nastavení.*
- *Dbát před partnerem na svůj zevnějšek, oblečení, hygienu“ (Pešek, 2018, s. 87).*

Harmonické manželství nebo partnerský svazek tvoří u většiny lidí nejdůležitější obsah jejich životního naplnění. Uspokojuje se zde potřeba intimního emočního soužití (včetně sexuality), touha mít děti a radost z jejich vývoje. Uspokojivý a naplněný rodinný život je základem pro dobrou výchovu dětí (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Ženy alkoholičky mají svá specifika jak při vzniku závislosti, tak při léčení. Na počátku terapie méně spolupracují než muži. Nutnost abstinence přijímají snáze. V individuálních formách psychoterapie více spolupracují, ale potřebují více času k náhledu na pijáctví. Ženy jsou více schopné a ochotné pokračovat v doléčovacích programech a jejich léčebné výsledky jsou stabilnější. Vedle závislosti na alkoholu mívají deprese a jiné psychické poruchy. U nich platí, že velmi důležitou je rodinná a manželská terapie (Heller, Pecinovská a kol., 2011). Rozdíl mezi rodinami se závislou ženou a mužem se projevuje v pomoci, kterou nabízí širší rodina. Je-li hospitalizována žena alkoholička, je jejímu muži ze strany rodiny nabízena pomoc při chodu domácnosti a péči o děti. „*Sociální kontakty žen jsou jejich závislostí podstatně více narušeny, jejich izolace a sociální odmítnutí jsou zřetelnější a razantnější. Spolu se ženou se de do izolace dostává celá rodina*“ (Heller, Pecinovská a kol., 1996, s. 82). Je-li tomu naopak, žena muže alkoholika zůstává na povinnosti kolem chodu domácnosti sama.

3.2 Ambulantní a ústavní léčení závislosti na alkoholu

Léčba závislosti na alkoholu je komplexní terapeutický proces. Délka léčby je vždy individuální a nelze ji dopředu předpovědět nebo určit. Typ léčby se odvíjí od aktuálního stavu závislosti pacienta na alkoholu. Léčebnému procesu předchází komplexní psychiatrické

vyšetření, stanovení diagnózy a plánu léčby, případně indikace a doporučení k jednotlivým typům odvykací léčby, včetně psychotherapeutických přístupů, farmakoterapie, konzultace s rodinnými příslušníky, poradenství a edukace, ale i průběžné kontroly úspěšnosti terapie, tedy dodržování abstinence atd. Pro odvykací léčbu se musí pacient rozhodnout sám a nastoupit pouze dobrovolně. V tomto rozhodnutí má nezastupitelnou roli partner nebo rodina. Po závislém vyžadujeme naprostou abstinenci. Alkoholik se nikdy nenaučí trvale pít s mírou, ale celý život trvale abstinovat je jeho jediná šance. „*Alkoholismus je nemoc trvalá a provází člověka od prvních příznaků typických pro alkoholismus až do konce života*“ (Skála, 1982, s. 32). Lidé závislí na alkoholu a jejich okolí se za svůj alkoholismus stydí, pomáhá jejich cílený tlak, „že musí se svým pitím něco udělat“.

Snahy o léčbu či předcházení vzniku závislosti na alkoholismu nalezneme již v dávné minulosti. Např. už v roce 459 se pokusil čínský císař o zákaz prodeje a užívání alkoholických nápojů pod hrozbou třetí hlavy. Egyptský vládce Hakim kolem roku 1000 nechal zničit všechny vinice v zemi a zakázal pití omamných a alkoholických poživatin. V období vlády Karla Velikého byli opilci trestáni na pranýři. V 18. až 19. století byl boj proti alkoholismu ovlivněn kulturními a náboženskými představami a tradicemi. Do popředí však již vstupují i názory lékařské pro ochranu zdraví populace. Během první i druhé světové války vznikají ve Francii, Anglii a Švédsku abstinenci spolky a hnutí, protože vojáci nebyli pro alkoholismus schopni plnit své vojenské povinnosti a bojovat. Dalšími profesemi zasaženými alkoholismem byli námořníci, železničáři, havíři a další. Za největší pohromy tehdejší doby byl považován syfilis, alkoholismus a tuberkulóza. Po prohibici (absolutní zákaz produkce a distribuce alkoholu) v roce 1914-1933 sahají po USA severské země Evropy a bývalá SSSR (Sournia, 1999).

Historie ústavní léčby v České republice sahá do první poloviny 20. století. Masarykovo pojednání "O ethice a alkoholismu" z roku 1912 ukazuje na jeho zájem o problematiku alkoholismu a jeho chápání alkoholismu jako chronického a degenerativního procesu duševního života člověka. Masaryk zdůrazňuje, že alkoholismus má negativní dopad nejen na jedince, ale i na společnost jako celek. V té době se ve společnosti prosazovala myšlenka nutnosti existence ústavního léčebného zařízení zaměřeného na léčbu alkoholismu. V roce 1911 vzniklo první specializované institucionalizované léčebné zařízení ve Velkých Kunčicích. Toto zařízení fungovalo až do roku 1915, kdy byla jeho činnost ukončena v důsledku první světové války. Založení léčebného ústavu Československým abstinenci svazem (ČSAS) v roce 1922 představovalo významný krok v boji proti alkoholismu v tehdejší Československu.

Výchovná, osvětová a kulturní činnost zahrnovala pořádání přednášek, vzdělávacích schůzí, populárních i vědeckých kurzů, vydávání materiálů s protialkoholní tematikou a podporu péče o protialkoholní a zdravotnické vzdělávání. ČSAS se zabýval zakládáním a řízením léčebných ústavů a poraden založených na principech abstinence. Dále se podílel na zakládání nealkoholických levných jídelen, restaurací a hotelů. Kromě toho se angažoval ve zřizování prodejen mléka a ovoce a podporoval výrobu a rozšiřování prodeje nealkoholických nápojů. ČSAS se také věnoval širším sociálním aktivitám, které měly za cíl podporovat zdravý a abstinentský životní styl. Další specializovanou léčebnou byla léčebna alkoholově závislých v Tuchlově fungující v letech 1923-1938 a Istebné nad Oravou (1937–1939), ani jedna z léčeben nebyla po svém zániku obnovena. (Šejvl, Miovský, 2018). Z této tradice a zkušeností čerpal psychiatr Jaroslav Skála, který se stal specialistou „alkohologem“ na léčbu alkoholové závislosti. Po zkušenostech ze zahraničí, zejména ze setkání s americkou skupinou Anonymních Alkoholiků, založil Jaroslav Skála v Československu obdobu s názvem KLUS (Klub lidí usilujících o střízlivost). Avšak po politických událostech roku 1948 byly jeho kontakty s AA (Anonymními Alkoholiky) přerušeny. Roku 1948 založil Jaroslav Skála nejdéle fungující ústavní zařízení pro léčbu alkoholových závislostí v Praze u Apolináře, které je součástí psychiatrické kliniky lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Z poválečné konference v Belgii přinesl nové prvky do léčby alkoholové závislosti v Československu. "Apolinářský" systém léčby, který zahrnoval individuální, skupinové a rodinné terapie, systém bodování, přísná pravidla, pravidelná setkání, averzní léčbu a další, se stal inspirací pro mnoho dalších ústavních zařízení. Současně vznikala i ambulantní zařízení po celé republice pod názvem AT (alkohol a toxikomanie), která navazovala na principy ústavní léčby (Skála, 1998; Profous, 2013).

V tehdejší komunistickém Československu byl prodej a konzumace alkoholu zakázán v době voleb a částečně přetrvával tento zvyk do roku 1994. V roce 2012 byl ministerstvem zdravotnictví zakázán prodej, distribuce nápojů s obsahem nad 20 % alkoholu pro otravy způsobené metanolem, které si vyžádaly oběti na lidských životech. Vedle dobrovolné léčby závislosti na alkoholu bylo nařizováno také léčení povinné nebo ochranné. Trestná činnost spojená s abúzem alkoholu nařizovala soudcům uložení v rámci trestu i tyto formy. „*Efektivita léčby u pacientů nedobrovolných je zhruba 2x až 3x menší než u pacientů dobrovolných. Je však důležité, že touto formou léčby je do jisté míry chráněn jak pacient sám (před recidivou pití nebo recidivou kriminality), tak jeho rodina*“ (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985, s. 58). Ambulantní ochranná léčba měla však nevýhodu v tom, že nebylo možné přesné sledování jejího účinku na pacienta. Délka ambulantního léčení by měla být 1-3 roky. Výhodou však byla

plná zaměstnanost jedince a jeho kontakt, soužití s rodinou. Nařízené ústavní ochranné léčení bylo zase pro společnost nákladnější, ale s výraznějším léčebným účinkem (Prošek in Skála, 1982).

První protialkoholní záchytnou stanici otevřeli v roce 1951 v Praze a její účel byl detoxikační. Tento unikátní Skálův koncept byl prvním na světě, kdy plnil úlohu preventivní. Dopravené osobě provedla záchytná stanice detoxifikaci a zabránila jí v tom, aby byla nebezpečná sobě nebo okolí. Pobyť trval 10-12 hodin, někdy déle, dokud hladina alkoholu neklesla na nulu. Po vzoru pražské záchytné stanice začaly po republice vznikat v desítkách další, fungující do současnosti. Byla vzorem i pro zahraniční zdravotníky a odborníky v protialkoholní tématice (Skála, 1998).

Ústavní léčba bývá potřebná i u těžkých zdravotních nebo psychiatrických komplikací. Psychiatrické, interní nebo neurologické oddělení může do jisté míry pomoci s léčbou důsledků pití. Pro překonání samotného problému s alkoholem je ale mnohem vhodnější specializovaná odvykací léčba. K léčbě lze využít i některých látek, které tlumí chuť na alkoholické nápoje. Nejznámější lék Antabus způsobuje zablokování enzymů odbourávajících v lidském těle alkohol. Po požití alkoholu při terapii Antabusem pocítí pacient nevolnost, bušení srdce, zčervenání v obličejí a dochází ke zvracení (Nešpor, 2018).

V Československu před rokem 1989 byla propracována a rozvinutá síť ordinací AT, lůžková oddělení a záchytné stanice. Po tomto roce většina z nich zanikla při privatizaci ambulantních zdravotnických zřízení. Na druhé straně vznikla celá řada nezdravotnických zařízení v podobě různých center, sdružení, nadací, poraden. Častými zřizovateli těchto podpůrných služeb byly církve. Protialkoholní péče přestala být organizovaná, plánovitá a systematická. Zdravotnickou péči o osoby s alkoholismem vykonávají nyní zčásti psychiatrické ambulance, dále ordinace AT pro prevenci a léčbu závislostí a okrajově se na ní podílejí ordinace praktických lékařů a dalších specialistů (ÚZIS, CZ, 2021). Při ústavní léčbě se daří bezpečněji zvládat hrozící zdravotní komplikace. Léčba také bývá intenzivnější, protože se využívá souběžně více postupů (např. skupinová terapie, principy terapeutické komunity, relaxačních techniky, rodinná terapie, socioterapeutický klub). Délka ústavní léčby je ovlivněna celkovým tělesným a duševním stavem závislé osoby. Rozhodující je:

- „stav při přijetí (čím horší, tím delší léčba);
- životní situaci (čím horší, tím delší léčba);
- délku předchozí abstinence a trvání recidivy;

- *duševní i tělesnou kondici;*
- *schopnost využívat možností ambulantního léčení“ (Nešpor, 2006, s. 161).*

Ambulantní forma léčby je vhodná pro jedince, kteří jsou dostatečně motivovaní, sociálně a rodinně podporovaní. Také pro ty, kteří nevyžadují léčbu v léčebném zařízení pro chronické obtíže způsobené alkoholem. A velmi doporučena je ambulantní forma osobám propuštěným z ústavního léčení pro tzv. doléčování se (Skála, 1986). Zde je rozhodující snaha pacienta o vyléčení se. Zde je namísto angažovanost lékaře první linie (rodinný, obvodní či praktický lékař), který může být průvodcem alkoholika v jeho prvním odhodlání se léčit. Typickým pacientem je člověk, kterému pod vlivem alkoholu při řízení auta odebrali řídičské oprávnění, nebo mu dala ultimátum partnerka, nebo jej dostihly zdravotní potíže v souvislosti s nadměrným abúzem. Měl by tedy dobrovolně dodržovat trvalou abstinenci, která by měla trvat minimálně půl roku. Léčba je zahájena pohovorem, dále docházením na krevní testy a pravidelné užívání Antabusu v intervalu pondělí a čtvrtek. *„Lék dostává pacient výhradně z rukou zdravotníka v celkové týdenní dávce dvou až tři gramů rozložené na dvě, ..., a to optimálně po dobu jednoho roku“ (Skála, 1986, s. 40).*

Protialkoholní léčba probíhá dle Kvapilíka, Svobodové a kol. (1985, s. 54) ve 4 fázích:

- fáze kontaktu – trvá v řádech dnů až měsíců;
- fáze detoxikační – probíhá na lůžkovém oddělení 3-4 týdny;
- fáze odvykací (fáze intenzivní péče) – může probíhat intenzivně ambulantně 3-6 měsíců (muži 3 měsíce, ženy 4 měsíce);
- fáze následné péče (doléčování se) - doba řádově v 3-5 letech, kdy spolupracuje závislý, lékař specialista, rodina, a především různé socioterapeutické kluby.

Terapie by měla zajistit podporu a rozvoj pacientových schopností abstinenci vydržet. Je důležitá nejen na počátku léčení, ale i během něj v doprovodu partnera. Velmi důležitý je vztah mezi terapeutem a pacientem. Péče by měla zahrnovat návštěvu terapeuta minimálně 2x týdně, která by měla trvat alespoň 1 hodinu. Léčebný program je tvořen hodně individuálně, ale měl by zahrnovat psychoterapii, farmakoterapii, programy podporující prevenci a jiné (Nešpor, 2018).

ROK	MUŽI	ŽENY	CELKEM
2010	18546	9348	27894
2011	18368	9286	27654
2012	17862	9152	27014
2013	17549	9037	26586
2014	18008	9321	27329
2015	17692	9205	26897
2016	17825	9332	27157
2017	17802	9263	27065
2018	17901	9414	27315
2019	17830	9514	27334
2020	16860	9161	26021

Tabulka č. 6 Počet léčených alkoholiků v ambulantní a lůžkové péči v letech 2010-2020.

Zdroj: Mravčík a kol. (2021)

3.3 Prevence vzniku závislosti na alkoholu a jejího rozvoje u těhotných

Prevence alkoholismu je soubor opatření, která mají předcházet vzniku alkoholismu a dalším rizikům z něj plynoucích. Dělí se na tři základní typy: primární, sekundární a terciální. Primární prevence se zaměřuje na předcházení vzniku problému, sekundární prevence na snížení rizika vzniku problému a terciální prevence na zmírnění následků již existujícího problému (Hartl, Hartlová, 2010).

Zdravý životní styl je důležitý pro těhotnou ženu i její nenarozené dítě. Zásady, které by měla těhotná dodržovat, jsou:

- jíst pestré a vyvážené jídlo, které obsahuje bílkoviny, sacharidy a kvalitní tuky;

- zahrnout do své stravy hodně čerstvé zeleniny, ovoce, celozrnné výrobky, luštěniny, mléčné výrobky a ryby;
- omezit příjem jednoduchých sacharidů jako jsou cukrovinky a sladkosti, které nepřinášejí tělu žádné živiny;
- jíst 5-6 x denně menší porce, abyste zabránili přejídání a udrželi stabilní hladinu cukru v krvi. Předchozí generace podléhala mylné představě, že těhotná musí jíst za dva;
- pít dostatek tekutin, ideálně vodu, bylinkové čaje nebo neslazené ovocné šťávy;
- vyhnout se alkoholu, kofeinu, kouření, slazeným nápojům a energetickým drinkům, které mohou negativně ovlivnit vaše zdraví i zdraví plodu;
- být fyzicky aktivní, pokud to těhotná žena lékař dovolí. Cvičení pomáhá udržovat kondici, posílit svaly, zlepšit náladu, snížit stres a připravit se na porod. Vybírat si taková cvičení jako je chůze, plavání, jóga, pilates nebo taneční aerobik. Cvičit pravidelně, mírně. Gravidní žena by se měla vyhnout cvičení, které zvyšuje riziko pádu, úrazu nebo tlaku na břicho, jako je jízda na kole, lyžování, jízda na koni nebo kontaktní sporty;
- dodržovat dostatečný spánek a přiměřený odpočinek. Spánek je důležitý pro fyzické i psychické zdraví, alespoň 7-8 hodin denně. Pokud se vyskytují problémy se spánkem, doporučuje se udělat si relaxační rituál před spaním, jako je teplá koupel, meditace, četba nebo poslech klidné hudby. Během dne si dopřávat krátké fyzické odpočinky;
- doporučuje se udržovat sociální kontakt, mezilidské vztahy a sexualitu. Úsměv a optimismus ženy jsou nezbytnými předpoklady pro harmonický vývoj plodu. V těhotenství potřebuje žena podporu, lásku a pochopení od svého partnera, rodiny a přátel. Sdílet s nimi své pocity, starosti i radosti. Nebát se požádat o pomoc, když je potřeba. Užívat si také intimní chvíle se svým partnerem, pokud jde o fyziologické těhotenství. Sex v těhotenství je bezpečný, pokud nejsou komplikace, jako je krvácení, nehrozí předčasný porod nebo níže uložená placenta. Sex vám pomůže upevnit vztah, zvýšit sebevědomí a uvolnit napětí;
- dodržovat 100 % abstinenci (Bider a Vavřínková, 2020; Nešpor, 2001; Skála, 1988).

Konzumace alkoholu v těhotenství a jeho prevence zaměřená na těhotenství nebo ženy plánující graviditu byla v odborné literatuře popsána v zahraniční publikaci Surgeon General v roce 1981. Měla poskytovat informace určené zdravotnickým pracovníkům, jak postupovat při identifikaci pacientek, které jsou vystavené zdravotním rizikům spojeným s konzumací alkoholu během těhotenství. V doporučeních mimo vyloučení konzumace alkoholu uvádí, že

se má těhotná vyhýbat potravinám a lékům, které obsahují alkohol. Dále poukazuje na to, aby se lékaři a sestry, kteří pečují o těhotnou, rutinně ptali na konzumaci alkoholu a tuto informaci zahrnuli do anamnézy. „*Každá pacientka má být poučena o riziku konzumace alkoholu během těhotenství a má dostat radu nepít alkoholické nápoje a vyvarovat se potravin a léků s obsahem alkoholu*“ (Nešpor, 1992). Prevencí tedy znamená každou těhotnou informovat o škodlivosti alkoholu na vývoj jejího nenarozeného dítěte.

Účinná prevence musí probíhat na úrovni státní, sociální, zdravotnické, ekonomické, psychologické i pedagogické. V prevenci proti alkoholismu fungovaly protialkoholní sbory, které v minulosti vykonávaly tehdejší městské, okresní a krajské výbory. Zaměřovaly se na koordinaci, metodiku a veškerou iniciativu při boji proti závislosti na alkoholu (Skála, 1987).

Ve státě Washington proběhla pětiletá studie (1998) autorů Astley, Bailey, Talbot, Clarren v oblasti primární prevence fetálního alkoholového syndromu (FAS), která si kladla za cíl posoudit proveditelnost využití diagnostické a preventivní kliniky FAS jako centra pro identifikaci a zacílení intervence primární prevence u vysoce rizikových žen. Dále měla vytvořit komplexní, celoživotní profil těchto žen a identifikovat faktory, které ovlivnily jejich schopnost dosáhnout abstinence. Ve studii byly provedeny podrobné rozhovory s 80 ženami, které porodily dítě s diagnózou FAS. Cílem bylo zdokumentovat jejich sociodemografické údaje, historii reprodukce a plánování rodičovství. Dále se zjišťovaly u těchto žen vzorce využívání sociálních služeb a zdravotní péče, nepříznivé sociální zkušenosti, síť sociální podpory, anamnézu užívání alkoholu a případné léčby, duševní zdraví a inteligenční kvocient (IQ). Z výsledků plyne, že tyto ženy pocházely z různého rasového, vzdělanostního a ekonomického prostředí, často byly obětmi zneužívání a potýkaly se s problémy v oblasti duševního zdraví. Ženy, které abstinovaly, měly výrazně vyšší IQ, vyšší příjmy domácností, větší a uspokojivější sociální podporu a podstupovaly psychiatrické léčení kvůli svým duševním poruchám oproti vzorku žen, které nedosáhly plné abstinence. Míra nechtěných těhotenství a těhotenství vystavených alkoholu u těchto žen byla značná. Klíčovými překážkami pro dosažení účinného plánování rodičovství bylo nadužívání alkoholu a drog, nedostatečný přístup k antikoncepci a nedostatečná podpora ze strany partnera při užívání antikoncepce. Diagnostická a preventivní klinika FAS může být použita k identifikaci žen s vysokým rizikem porodu dětí poškozených prenatální expozicí alkoholu a programy zaměřené na tuto populaci by mohly vést k měřitelnému snížení výskytu FAS (Astley, Bailey, Talbot, Clarren, 2000).

V září roku 2020 u příležitosti Mezinárodního dne fetálního alkoholového syndromu (9.9.) připravili v Praze na Národní třídě medicí informační kampaň „*Stop alkoholu v těhotenství, kde seznamovali veřejnost se zdravotními dopady nadměrného pití alkoholu s důrazem na rizikovost konzumace alkoholu v těhotenství*“ (Mravčík a kol., 2021). V ČR v roce 2021 byl úspěšně zrealizován průlomový projekt (příloha č. 1), který získal finanční podporu Úřadu vlády České republiky v rámci programu Neinvestiční dotace z dotačního titulu "Protidrogová politika". Tuto inovativní kampaň s názvem "Alkohol a těhotné" připravila Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy ve spolupráci s Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze. Cílem projektu je neodsuzující formou upozornit na rizika spojená s konzumací alkoholu během těhotenství a při kojení. Ženy mohou v rámci této kampaně získat základní informace o negativních dopadech a možných důsledcích konzumace alkoholu na vývoj plodu přímo na stránkách adiktologické kliniky (Klinika adiktologie, 2021). Preventivní programy zaměřené na veškerou populaci proti závislosti na alkoholu jsou součástí této práce v příloze č. 2.

Shrnutí problematiky závislosti na alkoholu v ČR

V České republice je dlouhodobě vysoká konzumace alkoholu. Průměrná spotřeba alkoholu na osobu je 10 l čistého alkoholu ročně. Alkohol pije každý den téměř 10 % dospělých a tento podíl se dlouhodobě nemění. 12 % lidí uvádí, že často pijí nadměrné množství alkoholu. Tato skupina je nejpočetnější mezi mladými dospělými a s věkem se zmenšuje. Naopak, denní pití alkoholu se zvyšuje s věkem. Od roku 2011 se mezi dospívajícími výrazně snižuje pití alkoholu, včetně pravidelného a rizikového pití. Tento trend potvrzují i výzkumy provedené v roce 2021. Nicméně, v porovnání s Evropou je stále vysoká míra pití alkoholu mezi dospívajícími. Podle dlouhodobých odhadů patří do kategorie rizikového pití alkoholu 1,5–1,7 milionu dospělých, z toho 800–900 tisíc osob do kategorie škodlivého pití. Podíl osob s rizikovým a škodlivým pitím alkoholu se dlouhodobě nezměnil, ale poslední data z roku 2021 naznačují mírný pokles rizikového pití v dospělé populaci. Každý rok zemře 6–7 tisíc osob v souvislosti s pitím alkoholu, z toho 2 tisíce úmrtí jsou přímo způsobené alkoholem (např. úmrtí na alkoholickou cirhózu jater nebo otravu alkoholem). Dalších 600 úmrtí ročně jsou nepřímé, tedy způsobené nehodami nebo sebevraždami pod vlivem alkoholu. Pití alkoholu také zatěžuje společnost a zdravotnictví kvůli úrazům, dopravním nehodám nebo násilí páchané pod vlivem alkoholu. Alkoholici umírají v průměru o 24 let dříve než obecná populace. Ročně je v kontaktu s lékaři a v léčbě pro závislost na alkoholu asi 30 tisíc osob, z nichž nejvíce, cca 26–27 tisíc

osob je ošetřováno v psychiatrických zařízeních, z toho 20 tisíc v ambulantní péči a téměř 6 tisíc v lůžkové péči (tabulka č. (Chomynová a kol., 2023).

Spotřeba čistého alkoholu na osobu ročně	10 litrů
Denní konzumace alkoholu dospělými	10 %
Časté pití nadměrných dávek alkoholu	12 %
Rizikové pití alkoholu dospělých	1,5 – 1,7 milionů
Škodlivé pití alkoholu	800-900 tisíc osob
Úmrtí v souvislosti s konzumací alkoholu ročně	6-7 tisíc osob
Přímá úmrtí způsobená alkoholem ročně	2 tisíce osob
Nepřímá úmrtí pod vlivem alkoholu ročně	6 tisíc osob
Závislí na alkoholu umírají dříve	Dožívají se o 24 let méně
Osoby v kontaktu se službami pro závislost na alkoholu	30 tisíc ročně
Osoby v kontaktu s psychiatrickými zařízeními	26-27 tisíc osob ročně
Osoby v ambulantní psychiatrické péči	20 tisíc ročně
Osoby v lůžkové psychiatrické péči	6 tisíc osob ročně

Tabulka č. 7 Dopady na zdraví závislosti na alkoholu v ČR. Zdroj: autor práce

4 VÝZKUM VLIVU ALKOHOLISMU RODIČE NA VÝVOJ A VZDĚLÁVÁNÍ DÍTĚTE

Praktická část práce je věnována organizaci a průběhu výzkumného šetření, analýze získaných dat a závěrečnému shrnutí. Výzkumná část byla provedena formou kvalitativní, s respondenty byli vedeny polostrukturované rozhovory, s cílem zjistit nejrůznější psychosociální aspekty jejich maladaptace na prožitou krizi, vliv sociálního života členů rodiny na studium, práci a soužití v rodině.

4.1 Metodologie výzkumného šetření

Pro realizovaný výzkum byl zvolen kvalitativní přístup, který je zaměřen na získání hloubkových dat z výpovědí respondentů. Kvalitativně orientovaný pedagogický výzkum vychází dle Chrásky (2016) z filozofického základu a to fenomenologie, která zkoumá jednání lidí a připouští více realit. Pedagogický kvalitativní výzkum popisují autoři Švaříček, Šedřová a kol. (2007, s. 13), kdy cílem: „*Hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu*“. Kvalitativní výzkum představuje metodolog Creswell (Hendl, 2008) jako proces hledání porozumění, který je založený na zkoumání lidského problému a prováděný v přirozených podmínkách účastníků. Popisuje, analyzuje, informuje, modifikuje kladené otázky, hypotézy i během probíhajícího výzkumu, mluvíme tedy o pružném kvalitativním výzkumu. „*Intrinsitní případová studie se věnuje případu jen kvůli němu samému*“ (Stake in Hendl 2008, s. 105), kdy výzkumník chce do hloubky poznat právě tento případ. V kazuistice jde o podrobný popis nebo rozbor jednoho či několika málo případů. Kazuistický přístup je v současné době zařazen do kategorie neexperimentálních metod „... *jako výzkumná metoda jednotlivých případů nebo života jednotlivce*“ (Musilová, 2003, s. 9). Využívá metod jako je pozorování a rozhovor k hlubšímu poznání a porozumění jednotlivého případu. Takto získaná data a poznatky však nelze generalizovat. „*Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a prezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu*“ (Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 17). V základních i aplikovaných sociálních vědách vycházíme z myšlenky, že jsou

různé perspektivy pro oblasti a podmínky zkoumaných jevů, avšak shodují se v jednom: „*Soustředují se na lidské chování a uznávají, že empirický výzkum hraje důležitou roli v jeho zkoumání*“ (Punch, 2006, s. 15). V souvislosti s plánováním výzkumu hledáme způsob pohledu na zkoumaný jev, který nám udává soubor předpokladů o sociální oblasti nebo světě. Má za úkol napomáhat objasnit, jaké techniky a témata jsou ta správná, chceme-li danou oblast zkoumat. Kvalitativní přístup v psychologických vědách definuje Miovský jako: „*Přístup, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod*“ (Miovský, 2006, s. 17). Jedinečnost, neopakovatelnost, kontextuálnost, historičnost, procesuálnost, dynamika a také reflexivita patří mezi další charakteristiky kvalitativního přístupu.

4.2 Cíl výzkumu

Cílem praktické části bylo podrobnější porozumění rizikovým faktorům psychického, sociálního a fyzického vývoje dětí, jejichž nukleární rodina byla ovlivněna alkoholovou závislostí jednoho z rodičů.

Hlavním cílem výzkumu bylo dosáhnout hlubšího poznání a porozumění desetileté dívky, která se narodila s FAS (kap. 1.4.) matce závislé na alkoholu. Jakým způsobem probíhal její fyzický a psychický vývoj od narození až po současnost. Zachytit osobní život v případové studii (dále jen kazuistika), kdy „*jde o podrobný výzkum určitého aspektu u jedné osoby*“. Záměrem této práce bylo dosažení kvalitnějšího a hlubšího porozumění „*minulosti, kontextovým faktorům a postojům, které předcházely určité události. Zkoumají se možné příčiny, determinanty, faktory, procesy a zkušenosti, jež k ní měly vztah*“ (Hendl, 2008, s. 102). Pro tuto práci byla kazuistika zpracována jako dosavadní životní příběh či životní historie dívenky, jak ji charakterizuje Miovský (2006). Studie (výzkum) byla zaměřena na vývoj jednoho člověka a zasazena do rodinného kontextu.

Dílčím cílem bylo zjistit u dvou osob, jak alkoholismus jednoho z rodičů měl vliv na jejich prožívání dětství a dospívání. Jaký vliv měl na učení a školní výsledky, fungování v rodině a mezi kamarády, na jejich trávení volného času a v neposlední řadě na sebevědomí.

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořily 3 osoby: 1 dítě (dívka) ve věku deseti let, jedna dospívající dívka ve věku 18(19) let a jeden mladý dospělý (muž) ve věku 20 let. U nezletilé dívky jsme rozhovory a studium lékařských, pedagogických a psychologických zpráv prováděli v přítomnosti jejího zákonného zástupce – vychovatele.

Etika výzkumu

Před zahájením vlastního výzkumu bylo potřeba získat poučený, tzn. informovaný souhlas od respondentů a opatrovníků nezletilých osob. Šlo o pasivní souhlas, o němž pojednává Hendl (2008) a nebylo vyžadováno tedy prohlášení podepsat. Všem informantům bylo jasně a podrobně vysvětleno, o jakou práci a výzkum se jedná. Dále byli poučeni o možnosti neodpovídat na doplňující otázky, také o variantě, že mohou z výzkumu kdykoli vystoupit, bez udání důvodu. „*Dalším důležitým obecným etickým pravidlem je tzv. empatická neutralita. Tento termín znamená, že výzkumník by měl vůči účastníkům výzkumu projevovat zájem, účast a porozumění, ale k zjištěným skutečnostem by měl být neutrální*“ (Patton, 1990 in Miovský, 2006, s. 280). K výzkumu bylo přistupováno s maximální trpělivostí při pokládání otázek v probíhajících rozhovorech, zvláště u nezletilé dívky. Byla zde snaha o naprostou minimalizaci možného psychického utrpení. Před samotným zahájením rozhovoru bylo ještě jednou vysvětleno, jak bude nakládáno s pořízenými nahrávkami a přepsaným textem. Vzhledem k osobní citlivosti tématu a věku dívky bylo nutné předejít stresujícím a vypjatým situacím, proto jsme výběr prostředí, kde docházelo k rozhovorům, nechávali na respondentce, resp. na opatrovníkovi dítěte.

Anonymita je nedílnou součástí společenskovedního výzkumu, proto všechna jména, místa nebo informace v této práci byla změněna tak, aby nemohli být respondenti identifikováni. Toto upravuje zákon o zpracování osobních údajů č. 110/2019 Sb. (Sbírka zákonů ČR).

4.3 Výzkumné otázky

S ohledem na stanovený cíl výzkumu, kterým je vliv alkoholismu rodiče na vývoj a vzdělávání dětí, byla formulována hlavní výzkumná otázka (HVO) a tři vedlejší výzkumné otázky (VVO).

HVO Jak alkoholismus matky v těhotenství ovlivnil psychický a fyzický vývoj jejího dítěte?

VVO1 Jaké jsou důsledky alkoholismu rodiče na dítě a jeho školní výkon a jak se dítě projevvalo ve školním prostředí?

VVO2 Jaký vliv měl alkoholismus jednoho z rodičů na prožívání dětství a dospívání respondenta?

VVO3 Plnil rodič alkoholik svou roli dle obecně uznávaného modelu rodičovství z pohledu respondentů?

4.4 Metoda sběru dat

Pro práci byla zvolena metoda rozhovoru, konkrétně tři rozhovory. Nejdříve byl proveden pilotní rozhovor s desetiletou dívkou, která má diagnostikovaný fetální alkoholový syndrom, prostřednictvím polostandardizovaných otázek. Pilotní rozhovor nebyl zahrnut do vlastního výzkumu. Pro výzkumnou práci se nakonec ukázalo jako nejvhodnější metoda narativní interview, při kterém není respondent vystaven standardizovaným otázkám, ale je spíše podporován k úplně volnému vyprávění (Hendl, 2008).

U našich probandů bylo evidentní, že jejich ochota sdílet svůj život, objasňovat a interpretovat vlastní vzpomínky, bude pro studovaný fenomén přínosnější. Podle Chrásky (2007) má nestrukturovaný rozhovor nespornou výhodu v lepším navázání kontaktu mezi výzkumníkem a zkoumanou osobou, což přináší bezprostřednější projev. Samotné rozhovory probíhaly po vzájemné domluvě v domácím prostředí respondentů, kde byla zajištěná klidná atmosféra bez okolních rušivých vlivů. Neverbální komunikace, včetně mimiky, gestikulace a posturiky, byla klíčovým prvkem přispívajícím k atmosféře rozhovoru. Rozhovory začínaly jednoduchou větou, například "Vyprávěj mi o svých kamarádech" a respondentova spontánní reakce byla opatrně rozváděna do dalšího vyprávění výzkumnou osobou. Tento přístup byl aplikován i při následujících rozhovorech. Délky rozhovorů byly různě dlouhé, kdy jsme se opakovaně setkávali. Výzkum byl veden neformálně, přičemž rozhovory nabývaly osobního a důvěrného charakteru. Kromě toho bylo v rámci výzkumu možné nahlížet do zdravotnické, pedagogické a psychologické dokumentace výzkumných osob s jejich informovaným souhlasem.

Zpracování získaných dat

V kontextu pedagogického kvalitativního výzkumu může transkripce zahrnovat přepis rozhovorů nebo diskusí, což umožňuje analytikům snáze studovat obsah a interpretovat informace. Transkripce je proces přepisování ústního nebo audiovizuálního materiálu do písemné formy. Během transkripce jsou reprodukovány slova, pauzy, intonace a další relevantní aspekty mluveného projevu. V závislosti na účelu transkripce může být provedena buď doslovně, zachycující každé slovo a neformální projevy, nebo v podobě redakční transkripce, kde jsou odstraněny některé hovorové prvky a přeformulovány některé výrazy, aby byl text lépe čitelný. Celkově transkripce pomáhá převést mluvené slovo do formy, která může být snáze analyzována, sdílena nebo archivována. Narativní interview vyžaduje, aby bylo zachyceno nahrávacím přístrojem. Pro práci by toto bylo časově nákladné a náročné, proto se užívá technika shrnujícího protokolu. Technika shrnujícího protokolu si klade za cíl redukovat rozsáhlý text do stručné a přehledné formy pomocí systematického schématu. Hendl (2008, s. 210) identifikuje šest účinných způsobů redukce:

- Vypuštění – opakující se výpovědi jsou vynechány z textu.
- Zobecnění – méně obecné výpovědi jsou nahrazeny obecnějšími formulacemi.
- Konstrukce – globální výpověď nahrazuje několik specifických výpovědí.
- Integrace – výpovědi obsažené v konstrukci jsou začleněny do celkového kontextu, přičemž zbytečné duplicity jsou eliminovány.
- Selekcce – vybrané klíčové výpovědi jsou ponechány, pokud vyjadřují podstatná a obecná tvrzení.
- Vázání – související výpovědi jsou prezentovány na jednom místě, aby vytvořily koherentní celek.

Výhodou této techniky je schopnost efektivně zredukovat objem rozsáhlého materiálu. Ovšem stojí proti ní riziko ztráty kontextu, což může vést k zjednodušení a zanedbání nuancí obsažených ve zdrojovém textu.

4.5 Vlastní výzkumná část – kazuistika

Respondent	Věk	Závislý rodič	Socioekonomický status
Markéta	10	matka	dítě
Patrik	20	otec	student VŠ
Klára	19	matka	studentka SOŠ

Tabulka č. 8 Demografické údaje výzkumného souboru. Zdroj: autor práce

Kazuistika č. 1

Markéta (10 let)

Zdravotní anamnéza

Markéta, nyní desetiletá, se narodila v roce 2013 v 38. týdnu těhotenství 34leté ženě závislé na alkoholu. Jednalo se o šestou graviditu. Matka tou dobou měla dvě žijící děti (dcery), za sebou 1x spontánní potrat, 2x umělé přerušování těhotenství. Těhotenství bylo vedeno jako rizikové, ve 25. týdnu byla matka hospitalizována pro snesení kondylomat (genitální bradavice), pro poruchu glukózové tolerance a dvoucévný pupečník. Výskyt kondylomat úzce souvisí s častým střídáním sexuálních partnerů, promiskuitě, kterou zmiňujeme u žen závislých na alkoholu v kap. 1.3 Žena se závislostí na alkoholu, kdy se dle Nešpora (2006) u žen závislých na alkoholu „..., zdůrazňuje rychlý vývoj sociálních poruch, včetně možné kriminality a sexuální promiskuity“. Samotný porod proběhl pomocí císařského řezu pro preeklampsii (zánětlivé multiorgánové onemocnění) doprovázenou vážnou těhotenskou komplikací Hellp syndromem². Jedinou léčbou je okamžité ukončení těhotenství. U matky byla zjištěna vysoká hladina jaterních testů GMT – (gamaglutamyltransferáza), který se mimo jiných onemocnění objevuje u osob nadužívajících alkohol a CDT (karboxydeficitní transferin), což je ukazatel pro chronický abusus alkoholu. Otec Markéty nebyl u porodu přítomen pro jeho urgentní provedení.

Bezprostřední poporodní adaptace novorozence po provedení císařského řezu byla bez potíží. Markéta vážila 2190 gramů a měřila 42 cm, uzavřeno však jako těžká hypotrofie (podvyživenost) novorozence. Po následujícím pediatrickém vyšetření ji byl diagnostikován FAS – viz kap. 1.2 Důsledky alkoholismu na lidský organismus, kdy „V důsledku požívání alkoholu během těhotenství se může u plodu vyvinout tzv. FAS (Fetální Alkoholový Syndrom)“, který byl popsán ve zdravotní dokumentaci dívky: vyhlazené philtrum, malé oční štěrby, epikanty, malá mandibula a plochý kořen nosu. Znaky pomáhající určit tuto diagnózu popisujeme detailně v kap. 1.4 Fetální alkoholový syndrom, kdy: „Stižené děti touto diagnózou jsou si fyzicky velice podobné. Charakteristický vzhled obličeje s širokým nízkým kořenem nosu, povislá oční víčka, kruhy na vnitřní straně očí, ploché tváře, chybějící philtrum (jamka) pod nosem, úzký horní ret a šilhání usnadňují diagnózu rychleji po porodu (Skála, 1986)“. Byla provedena ultrazvuková vyšetření ledvin a CNS bez patologického nálezu. Na ECHO

² Hellp syndrom: vážná komplikace v těhotenství – rozpad membrány červených krvinek, snížené množství krevních destiček a patologie v jaterních testech. Jde o klinický stav spojený s vysokou mateřskou a novorozeneckou morbiditou a mortalitou (Šimetka, Vlček, Procházka, 2013).

(echokardiografické vyšetření srdce) byl zjištěn defekt komorového septa, dilatace aorty a náznak prolapsu mitrální chlopně. V sakrální oblasti páteře píštěl, bez průkazu komunikace s páteřním kanálem dle USG (ultrasonografické vyšetření) i RTG (rentgenové vyšetření). Hrudník dívky je asymetrický, má vpáčený hrudník. Na dolních končetinách má tzv. sandálové rýhy (větší mezera mezi prvním a druhým prstem). Období strávené v porodnici je spojeno s nízkou laktací matky a malým zájmem o prso ze strany Markéty. Adaptace byla komplikována také novorozeneckou žloutenkou dívky, a proto dobře hmotnostně neprosplávala. Propuštěny do domácího prostředí byly po 12 dnech pobytu v nemocnici, kdy Markéta byla částečně kojena a dokrmována umělou kojeneckou výživou. Stav dítěte byl uspokojivý a zdravotní stav matky se jevil také v mezích normy po prodělané operaci císařským řezem.

Markéta pro svá zdravotní onemocnění musí od narození až do současnosti navštěvovat ambulantní ordinace různého typu. Kardiologii pro onemocnění srdce, endokrinologii pro malý vzrůst, logopedii pro poruchy výslovnosti, oční pro strabismus a nošení brýlí, ortopedickou ambulanci pro plochonoží.

V 9 letech byla podrobena vyšetření pro malý vzrůst a onemocnění pojiva, kde byla mimo jiné prokázána stigmatizace ARND viz kap. 1.4 Fetální alkoholový syndrom, „*ARND – s alkoholem spojená porucha nervového vývoje. Tato porucha se projevuje zejména v oblasti psychického vývoje dítěte*“. Genetickým vyšetřením nebyla prokázána patogenní sekvenční varianta, která by mohla být příčinou malého vzrůstu a srdeční vady. Závěrem daného byla diagnóza fetálního alkoholového syndromu.

Rodinná anamnéza – sociální situace matky a otce Markéty

V kapitole 1.3 Žena se závislostí na alkoholu popisujeme ženy, které holdují alkoholu následovně: „*Otěhotní-li žena alkoholička, je spíše starší vícerodičkou z nižších sociálních vrstev, také osamělé či rozvedené ženy*“. Matce Markéty bylo 34 let, když měla doma z prvního manželství dvě dcery ve věku 8 a 12 let. Byla tou dobou rozvedená téměř dva roky. S tehdejšími partnerem, otcem Markéty měla vztah tři roky, ale nežili spolu ve společné domácnosti. V tímto mužem, který byl o jedenáct let starší, byla během jednoho roku dvakrát těhotná, kdy absolvovala dvě interrupce (umělé přerušování těhotenství). Třetí UPT už nemohlo být dle zákona v časovém období provedeno dle tehdejšího platné legislativy. Nechtěné těhotenství zvládala s obtížemi, kdy: „*Úsměv a optimismus ženy jsou nezbytnými předpoklady pro harmonický vývoj plodu. V těhotenství potřebuje žena podporu, lásku a pochopení od svého partnera, rodiny a*

přátel. Sdílet s nimi své pocity, starosti i radosti (kap. 3.3. Prevence vzniku závislosti na alkoholu a jejího rozvoje u těhotných). Oba partneři holdovali ve vysoké míře alkoholu. Matka byla vedena jako psychiatrický pacient pro pokus o suicidium (sebevražda), zdali i pro chronický abúzus alkoholu, nevíme. Byla dvakrát po dobu třech měsíců hospitalizována v psychiatrickém zařízení. Zemřela na multiorgánové selhání ve svých 36 letech, když bylo Markétě 2,5 roku a dalším dcerám 11 a 16 let.

Otec Markéty prodělal ve svých 45 letech zánět slinivky břišní s akutní břišní operací a pobytem na anesteziologickoresuscitačním oddělení asi jednoho týdne, kdy mu selhávaly životní funkce pro metabolický rozvrat organismu. Po přeložení na chirurgické oddělení začal trpět alkoholovou psychózou – deliriem tremens, který je v kap. 1.2 charakterizován především zrakovými halucinacemi. „*Objevují se typické vidiny lidských postav nebo malých zvířat, ..., nemocný odhání hmyz. Sluchové halucinace a iluze jsou méně časté a bývají velmi nepříjemné (pacienti slyší hlasy, které jim vyhrožují)*“. Viděl nad sebou viset na pavučinách pavouky, odháněl je. Slyšel zpívat hlasitě zdravotnický personál písně Karla Gotta, také slyšel motorové pily pod okny, jak kácí les. Byl agresivní vůči ošetrovatelskému personálu. Tyto abstinenční příznaky překonal za pobytu v nemocnici, kdy byl detoxifikován a propuštěn domů. Abstinence mu vydržela asi 3 měsíce. Vzhledem k následnému abúzu alkoholu přišel o zaměstnání, čemuž předcházelo způsobení dopravní nehody pod vlivem alkoholu. Stabilní práci si nesehnal a na Úřadu práce byl evidovaný asi jeden rok. Ve 48 letech mu byla diagnostikována rakovina plic z celoživotního kouření. Absolvoval léčení svého onkologického onemocnění, kterému podlehl ve svých 49 letech. Markéta je tedy sirotek.

Vývoj Markéty od narození po současnost

Markéta od narození vyrůstala se svou matkou a jejími dvěma dcerami z předchozího manželství ve dvoupokojovém bytě v horním patře rodinného domu prarodičů ze strany matky. Její otec s nimi nežil ve společné domácnosti, podílel se však na výchově dítěte a finančně je podporoval. Docházel za nimi, anebo si je bral k sobě do domu, kde žil se svou matkou. Sám měl dvě dcery z předchozího manželství, které již byly dospělé. S jeho novým vztahem nesouhlasily, jedné z dcer vadilo narození dalšího dítěte – jejich sestry. Oba Markétini rodiče holdovali ve vysoké míře alkoholu. Poručnice Markéty k tomu uvádí: „*Tatka mi slíbil, že se mnou a se sestrou pojedou do šopinu a koupí nám nějaké oblečení a tak, ale většinou z toho nic nebylo, protože byl zase napitý*“.

V současnosti je v péči své polorodé sestry (pěstounka, poručník), měly společného otce. Na podzim v roce 2015 po smrti matky si 2,5letou Markétu převzal do své domácnosti a péče otec, který v tu dobu pracoval a s péčí o dítě mu pomáhala (celodenně) jeho 73letá matka. Otec pil alkohol každodenně, i během pracovní doby, kdy ho živilo povolání obchodního zástupce. Řízení automobilu bylo hlavní náplní dne. Babička Markéty tuto novou situaci zvládala s obtížemi, starost o 2,5leté dítě a domácnost se podepsaly na zhoršení jejího zdravotního stavu. Musela podstoupit akutně operaci žlučníku a za pár měsíců operaci břišní kýly. V tuto dobu již byl otec Markéty bez práce a o dceru se staral spolu s její sestrou – nynější poručnicí. Má ji v péči tedy od tří let a vychovává ji. Otec se podílel od té doby jen návštěvně, neměl dostatek finančních prostředků a záhy onemocněl onkologickou chorobou plic.

Markétko, jak oslovuješ svou sestru?

„...Lucko...“. Obě sestry spolu mají dle Lucie úzký a láskyplný vztah. Lucii bylo pouze 20 let, když se o tříletou Markétu začala starat a začaly spolu žít v jedné domácnosti. Nastoupila do zaměstnání a s péčí o dítě ji pomáhal zbytek rodiny. Lucie k tomu dodává, že ji sestra od doby, co se naučila mluvit, oslovuje zdvořile a to „Lucinko“. Je to jako by ji oslovovala maminko. Matějček k tomuto tématu (2005, s. 47) dodává, že dítě dle psychologických studií: *„... za matku přijímá toho, kdo se k němu mateřsky chová – a ne jenom toho, kdo má na to potvrzení z porodnice. Čili to nemusí být jeho vlastní biologická matka“.*

Lucko (poručnice), jak si Markéta zvykla na nový domov a Tebe, co by novou pečující osobu?

„Když jsem viděla tátu v tom strašném stavu po jeho chemoterapii, bylo mi ho líto a babi už se nevládala o malou celý den starat, měla už hodně roků a po těch operacích, tak jsme si po poradě s mamkou řekly, že si ségru vezmu k sobě, myslím, že to přestěhování zvládla celkem dobře, brala jsem ji ven mezi jiná malá děcka, to do té doby neměla, když byla jenom s babičkou a nemocným tatškou. Pak měla malá tři a šla do školky, vzali mi ji hned, vzhledem k rodinné situaci a ve školce byla v pohodě“. Adaptace Markéty na mateřskou školu a nový domov proběhla bez větších obtíží. Během 1 roku, od dvou do tří let, vystřídal malé dítě tři domovy. Po úmrtí maminky šla bydlet k otci a babičce asi na půl roku, po operacích seniorky a nemoci otce ke své sestře.

Jak vzpomínáte na rodiče Markéty?

Markéta ví, že měla matku a otce, kteří byli oba moc nemocní a zemřeli. S Lucií si o nich občas povídají a vzpomínají při fotografiích, chodí na hřbitov při různých příležitostech.

„Markéta si mamku vybavuje jen nepatrně a tatku taky tak, byla moc malá, když o ně přišla, tak je to možná pro ni i lepší, na hřbitov jim nosíme kytky“. Lucie k tomu dodává, že až bude Markéta větší a bude-li se více ptát, řekne jí pravdu. Zatím však dotazy nemá, je na svou sestru tak zvyklá, že nemá potřebu.

Kdy nastoupila Markéta do školy?

„Malá měla odklad do školy o jeden rok, protože byla a je zpomalená a byla hodně drobná. Zápis byl navíc v době první vlny „Covidu“ a tak byl zápis elektronický, což nebylo teda o ničem. Navíc jsme měly papír z poradny, kde nás poslali ze školky, ať řeknou, jak na tom sestra je“. Vzhledem k podezření učitelek z mateřské školy, že Markéta trpí poruchou regulace aktivity a pozornosti (ADHD) a zaostává ve spoustě činností za svými vrstevníky, doporučili její poručníci vyšetření školní zralosti v pedagogicko psychologické poradně (PPP). Na základě výsledků vyšetření poradna navrhla odložení plnění povinné školní docházky o jeden rok. *„Nástup do školy byl náročný, pořád se děcka musela testovat na koronavirus, zvykat si na to že musí už sedět a poslouchat taky nebyl pro malou žádný med“.*

Markétko, máš nějaké kamarády?

„Jo, mám, Elišku, Kájinku a Janičku“. V dalších odpovědích sděluje, že jsou to dívky ze školy a setkávají se i mimo ni. Lucie k tomu dodává, že si děvčata neumějí s hračkami či něčím jiným hrát, jsou převážně na mobilu. Občas si pustí v televizi pohádku. Lucie má pocit, že si kamarádky přestávají s Markétou rozumět a již se nesetkávají tak často.

Navštěvuje Markétka ve volném čase nějaké kroužky?

Ano, navštěvuje kroužek keramiky, a to jedenkrát týdně při školní družině. *„To mne baví“.* V podrobných doporučeních PPP se také objevuje, aby Markéta navštěvovala zájmové kroužky.

Školní anamnéza

Markétka byla odeslána v šesti letech poprvé do PPP pro posouzení školní zralosti, kdy byl realizován odklad povinné školní docházky. V kap. 2.3 Vzdělávání dítěte s FAS mladšího školního věku toto definujeme jako: *„Odklad školní docházky v případě dítěte s hendikepem vrozeného fetálního alkoholového syndromu je tedy opodstatněný, výjimečně o dva roky. Silné emocionální pouto má v tomto věku dítě s rodiči či opatrovníky (pěstouni, prarodiče), sourozenci a rodinné prostředí je pro ně velmi důležité“.*

První třídu absolvovala Markéta s velkými obtížemi, hlavně v matematice pro Hejného metodu. Do druhého ročníku nastoupila do jiné základní školy, kde je klasická matematika, což jí vyhovuje více. Dívka má potíže se zvládnutím učiva obecně. Domácí příprava probíhá pravidelně, pod dohledem sestry, cca půl až 1 hodinu denně. Přípravu Markéta nezvládá sama, potřebuje pomoc, přípravu dělá nerada. Lucie popisuje velice výrazné potíže s nepozorností (chybovost, vyrušitelnost, slabou pracovní výdrž) a to zejména ve spojitosti se školními povinnostmi. U jiných činností se tyto potíže tolik neprojevují. Projevy zvýšené aktivity a impulzivity popisuje jako občasné.

Pedagogické vyšetření – zpráva ze ZŠ (základní škola) 4. ročníku

Důvodem odeslání Markéty k vyšetření do PPP byly potíže v českém a anglickém jazyce. Slabé porozumění čtenému textu a potíže s pozorností. Neschopnost rozlišit délku a měkkost hlásek, vynechávání celých slov při psaní. Pasivita v hodinách, potřeba dopomoci, pomalejší tempo a snadná rozptýlitelnost pozornosti. Snadná unavitelnost a nízká vytrvalost. V PPP Markéta absolvovala jak speciálně pedagogické vyšetření, tak i vyšetření psychologické. S výsledky vyšetření seznamujeme níže.

Psychologické vyšetření Markétky v PPP v 10,5 letech

V kap. 2.3 Vzdělávání dítěte s FAS mladšího školního věku zmiňujeme, jak „*S počátkem školní docházky se začínou poruchy u dítěte zvyrazňovat a na doporučení učitele je dítě odesláno k psychologickému a speciálně pedagogickému vyšetření (Matějček, 1993)*“. Kontakt s psychologem navazuje dle dostupné dokumentace Markéta bez obtíží, ochotně odpovídá na úvodní otázky. Nebyly pozorovány známky zvýšené nervozity. Slovní zásoba je přiměřená věku, nezná-li pojem, dokáže přiblížit popisem. Porozumění delšímu nebo komplexnějšímu zadání je nedostatečné. Opakovaně zadání nezachytí celé nebo zapomene jeho část (připomenutí práce na dalším papíře, připomínání vyžadovaného postupu, dívka nepodrží čísla v zadání slovní úlohy v matematice). Aspirační úroveň Markétky je nízká, snadno se vzdává. Často odpovídá rychle, bez důslednosti a hlubšího zamyšlení. Objevují se častější chyby z nepozornosti. Když je dívka vedena k hlubšímu zamyšlení, je schopna podat lepší odpověď. Zhruba od poloviny vyšetření na ni lze pozorovat známky nastupující únavy a snižující se koncentrace. Výkony jsou pak nevyrovnané. Drobné tendence si hrát s pomůckou nebo zívát se dívka snaží regulovat.

Závěr psychologického vyšetření ukázal, že celkový výkon Markétky v testu rozumových schopností vyšel ve srovnání s vrstevníky v pásmu podprůměru, s lepším výsledkem v neverbální oblasti oproti oblasti verbální. Bylo potvrzeno hluboké oslabení paměti (zejména krátkodobé a pracovní paměti) a oslabení zrakové analýzy a syntézy. V kap. 2.3 Vzdělávání dítěte s FAS mladšího školního věku popisujeme, že: *„Dítě s hendikepem fetálního alkoholového syndromu je v nevýhodě při nastupování do první třídy pro své nedostatky u paměti, která je oslabena, zejména krátkodobá paměť a pracovní paměť.“* Komplexní zhodnocení výsledků vyšetření Markétky a získaných anamnestických údajů nasvědčují pro středně závažné deficity v oblasti regulace pozornosti. VPU (vývojové poruchy učení) nebyly v době vyšetření potvrzeny. Opoždění ve čtenářském vývoji souvisí s netrénovaným čtením Markéty. Dále je zde snížené porozumění čtenému textu, chybovost v písemném projevu (nepozornost) a grafomotorické obtíže.

Z vyšetření PPP se dívka jeví jako obecně zvýšeně úzkostná, nevěří si, má strach z neúspěchu, působí ustrašeně, někdy je plačtivá. V kolektivu je spíše podřídivá a neprůbojná. Hodnotí se subjektivně jako málo oblíbená.

Speciálně-pedagogické vyšetření v PPP Markétky v 10,5 letech

Při tomto vyšetření byla Markéta sice usměvavá, ale méně sdílná a verbálně méně pohodová. Vyšetření probíhalo po přestávce po předešlém psychologickém vyšetření. Zadané úkoly plnila ochotně, se snahou a její pracovní tempo se jevílo bez nápadností. Byla však potřeba instrukce opakovat, dovysvětlovat a prodloužit dobu zácvičku. Dobře reagovala na pochvalu.

Čtený text si neukazovala, četla po slovech, neplynule a těžkopádně, ale se snahou o správnou větnou intonaci. Její výkon ve čtení i chybovost kolísal, domýšlela si slova. Porozumění čtenému textu bylo oslabené, část textu dokázala s dopomocí reprodukovat, druhou část si nevybavila vůbec, ani s dopomocí otázek. Slabiky četla ve volném tempu, spíše pomaleji. Text beze smyslu četla pomaleji s nízkou chybovostí.

Psaní a jeho tempo bylo volnější. Markétin úchop pera byl nesprávný, 4 prsty a blízko špičky a tlak na podložku byl výrazný. Znaménka zapisovala až po napsání celého slova a obtížně zapisovala slova se souhláskovými shluky. Vázané písmo bylo lehce rozkolísané, ale

čitelné. Při diagnostickém diktátu vynechávala diakritiku a zkomolila souhláskové shluky. Celková chybovost byla hraniční.

Specifické zkoušky potvrdily obtíže ve sluchové diferenciaci. Zkoušku zrakové diferenciacie plnila v pomalejším tempu se zvýšenou chybovostí. Artikulačně je Markétka neobratná a jemná motorika taktéž. Výkony v ostatních specifických zkouškách byly v pásmu normy. K logopedovi docházely dívenka s opatrovnici, od svých 4 let až do 10, kdy docházku přerušily, stále přetrvává nesprávná výslovnost písmen r/ř. „*Vývoj řeči probíhá u dětí po celou dobu dětství. Děti procházejí pediatrickým, psychologickým, foniatrickým vyšetřením a následně jsou odesílané k logopedovi k nápravě*“ (kap. 2.3 Vzdělávání dítěte s FAS mladšího školního věku).

Doporučení pro metody výuky pro Markétiny pedagogy

Při vedení žákyně je žádoucí, aby vyučující byli dobře obeznámeni s problematikou poruch regulace aktivity a pozornosti. Některá vybraná doporučení, jak vést dívku s jejími obtížemi:

- počítat s nerovnoměrnými školními výkony, které jsou ve větší míře závislé na aktuálních podmínkách činnosti nebo zkoušení. Obtížnost úlohy, denní doba a případná únava se promítá do aktuálního psychického ladění;
- počítat s nerovnoměrnostmi ve výkonu, které souvisí s neúspěchem nebo znejistěním;
- snažit se při školní práci střídat činnosti náročné na pozornost s činnostmi umožňujícími uvolnění a odpočinek;
- při samostatné práci poskytnout vyšší míru podpory a pedagogického vedení;
- vzhledem k oslabení kapacity pracovní sluchové paměti a oslabení pozornosti může mít dívka potíže se zapamatováním si delších slovně podávaných instrukcí, proto je doporučeno se vyvarovat příliš dlouhému zadání, mluvit pomaleji, případně zopakovat. Je-li možnost, podávat instrukce s možností zrakové opory;
- ve výuce častěji opakovat základy učiva, trpělivost, jednoduchost a srozumitelnost v zadávání úkolů, dát více času a omezit zkoušení na základy učiva;
- respektovat osobní tempo, pochválit a podporovat sebedůvěru dívky, ocenit i drobné úspěchy;
- cíleně dát možnost uspět v oblastech a činnostech nesouvisející se školním výkonem;
- ocenit dívčiny pozitivní stránky povahy, podporovat její zájmy;

- pedagogický individuální a klidný přístup k dívce, při zadání samostatné práci ji více kontrolovat, vést a usměrňovat. I přes podporující a pomáhající přístup nebude vždy schopna dostát požadavkům;
- vyvolávat ke čtení kratších a snazších úseků a jeho rychlost neporovnávat s ostatními spolužáky. Při práci s textem ponechat dostatek času na přečtení textu z tabule, dát dostatek času na přepis daného, ověřit porozumění zadanému textu;
- respektovat obtíže v grafomotorice, tolerovat úhlednost písma, rýsování a úpravu. Zápisy z hodin umožnit vést alternativně, např. ofotit z tabule, nebo z přípravy pedagoga, či od šikovních spolužáků;
- specifickou chybovost (vynechávky diakritiky) zohlednit, odlišovat od chyb gramatických. Při gramatické chybovosti ověřovat znalost pravopisných pravidel ústně a dle toho posuzovat daný výkon;
- v cizím jazyce se objeví pravděpodobně stejné potíže, proto se doporučuje tolerovat fonetické zápisy slov, nepřesnou výslovnost a případně snížené porozumění poslechového materiálu.

Doporučení pro zákonného zástupce Markétky

Lucii byly v PPP detailně vysvětleny Markétiny obtíže se vzděláváním a doporučeny postupy, jak mají domácí přípravu do školy provádět. Lucie uváděla, že se na výuku na následující den připravují 60 až 90 minut, což sama uznala, že je moc dlouho na to, jak je Markéta malá. Bohužel však nic nešlo hladce a dobře, aby se doba přípravy zkrátila. Od 4. ročníku si Lucie na pomoc domluvila doučování od pedagožky na mateřské dovolené a dle jejích slov to výrazně pomohlo Markétě v dosahování lepších školních výsledků. Tato učitelka zná podrobně problematiku dětí s ADHD a dle toho postupuje.

Doporučení pro Lucii z PPP byla následující:

- při domácí přípravě nespoléhat na Markétinu samostatnost, ale doprovázet ji, pomáhat vybírat podstatné učivo, dovysvětlovat, kontrolovat a zkoušet;
- přípravu provádět každodenně ve stejnou dobu, pravidelnost je důležitým úspěchem a předchází tak částečně neochotě k dané činnosti či smlouvání;
- domácí přípravu rozfázovat kvůli snížené koncentraci Markéty a v přestávkách umožnit uvolnění a odpočinek;

- zadávat jasné, krátké, konkrétní zformulované instrukce. Je dobré, aby daný pokyn zopakovala nahlas, lépe si jej zapamatuje;
- vést dívku k pozornému, klidně opakovanému přečtení instrukcí a pečlivému promyšlení. Upevňovat návyk zpětné kontroly vykonaného úkolu;
- při učení se nové látce propojovat informace, které už Markétka má a dávat zkušenosti a příklady ze života a navazovat na dřívější probrané učivo. Znalosti budou lépe vybavitelné, když se propojí s běžným životem. Např. poučka o fotosyntéze. Zadejte otázku typu „Jak se vrací kyslík do vzduchu?“ Dívka si tak lépe uvědomí význam, lesů, rostli a domácích kytek, které má ve svém dosahu;
- dalšími pomůckami pro snadnější zapamatování je vytváření přehledových tabulek, grafické znázornění myšlenkových map anebo zápis pomocí sketchnotingu-vizuální poznámky pomocí jednoduchého grafického znázornění (Vičarová, 2020);
- zkuste projít webové stránky, kde je popsáno, jak se efektivně učit, matematiku procvičovat hrou (příloha č. 3);
- snažit se rozvíjet vyjadřovací schopnosti, chtějte po Markétě, aby Vám převyprávěla, jaký měla den, co dělala a co se událo. Nechejte ji převyprávět pohádku, knížku;
- učit se oblíbeným písničkám, telefonním číslům, zapamatovat si např. nákupní seznam;
- zkoušet postřehové hry, jako např. Cink!, Dobble, Reflex aj. (příloha č. 4);
- posilovat Markétinu sebedůvěru, oceňovat drobné úspěchy, školní i mimo ně;
- rozvíjet sociální dovednosti, dívka je plachá, a tak zkoušet různé scénky, co lze očekávat a jak na ně reagovat;
- zvážit návštěvu zájmového kroužku.

Lucie byla detailně seznámena o povaze Markétiných obtíží. Bylo doporučeno konzultovat závěry z PPP s odborným lékařem – dětským psychiatrem.

Kazuistika č. 2

Patrik (20 let)

Zdravotní anamnéza

Patrik, dvacetiletý mladý muž se narodil v termínu ve 40. týdnu 26leté matce a 29letému otci jako první dítě do úplné rodiny. 4100 gramů, 51 cm. Porod byl spontánní, záhlavím; nekříšený novorozenec. Poporodní adaptace komplikována několika VVV (vrozená vývojová vada). Komplikované bylo již období strávené v porodnici, kdy kojení neprobíhalo dobře ze strany dítěte, špatné přisávání dítěte, nechuť se namáhat sát z prsu, která souvisela s později diagnostikovanou vrozenou vývojovou vadou – pylorostenózou (neprůchodnost místa přechodu žaludku do tenkého střeva). Odcházel z porodnice vyživován umělou kojeneckou stravou. První zjevnou vrozenou vývojovou vadou byla hypospadiie (vyústění močové trubice na spodní straně penisu), pro kterou byl ve třech letech operován na specializovaném pracovišti. Druhou VVV byla neprůchodnost očních kanálků, upravila se pomocí medikace. Třetí se projevovala během prvních týdnů života ublinkáváním až obloukovitým zvracením Patrika, diagnostikována byla pylorostenóza, která byla akutně operačně řešena v jeho 6týdnech života. Po celkové anestezii byl udržován 2 dny v umělém spánku, aby se nepotrhalo vnitřní stehy. Následná rekonvalescence byla komplikována dalším onemocněním, a to jícnovým refluxem (projevuje se ublinkáváním, pálením žáhy, plynatostí a pláčem miminka), kdy musel být krmen speciálním kojeneckým mlékem. Psychomotorické tempo během prvního roku bylo pomalejší, plazil se až od 8měsíců, ze kterého se rovnou postavil v jednom roce a začal chodit. Posadil se sám v 10 měsících. Období mladšího a staršího batolete bylo v mezích normy. Očkování řádné a v požadovaných termínech. Pravidelné kontroly urologické ambulance v jiném krajském městě byly v intervalech 3 měsíců. Operace a plastika močové trubice proběhla ve třech a půl letech, opět v několikahodinové celkové narkóze. Matka byla s Patrikem hospitalizována. Po propuštění z nemocnice domů měl Patrik dočasně zavedenou epicystostomii (zavedení močového katetru přes břišní stěnu sloužící k odvodu moče). Kontroly dětské urologické ambulance probíhaly až do jeho patnáctin, kdy v asi v 11 letech se vyskytla komplikace (přebytek moče v močovém měchýři i po vyprázdnění), která byla řešena krátkodobou anestezií k rozšíření operované močové trubice. Noční enuréza do 6let věku, kdy musel pravidelně užívat léky a noční budící režim. Ostatní dětská nemocnost běžná.

Rodinná anamnéza

Matce Patrika bylo 26let, když se ji narodilo první dítě. Její zdravotní stav byl dobrý, bez vážných onemocnění a jiných zvláštností. V té době byla vdaná za jeho otce 3 roky. Měla vysokoškolské vzdělání, před těhotenstvím pracovala jako učitelka na základní škole. Po porodu zůstala s Patrikem na rodičovské dovolené. Pocházela z neúplné rodiny, její matka byla alkoholička a otec s nimi nežil ve společné domácnosti, měl nové manželství. Vyrůstala střídavě u svých prarodičů (rodiče Patrikovy matky). Matka bývala upravená, čistotná.

Otci Patrika bylo 29let, když se narodil. Bylo to jeho již druhé dítě, z prvního manželství měl 8letou dceru. Pocházel z úplné rodiny, měl 4 sourozence, vyrůstal na vesnici. Byl vyučen klempířem. Vážněji nemocen nebyval, trvale se s ničím neléčil. Příčinou jeho prvního rozpadu manželství byla náladovost, podrážděnost a agresivita. S dcerou udržoval pravidelné návštěvy o víkendech a prázdninách.

Patrikovi rodiče spolu bydleli ve dvoupokojovém bytě v panelákovém sídlišti. Dcera z prvního vztahu otce k nim docházela na víkendy v pravidelném režimu. Babičky a dědečkové z obou stran se s Patrikem vídali sporadicky.

Předškolní anamnéza

Patrik nastoupil do MŠ (mateřská škola) ve 3,5 letech. Adaptace proběhla s menšími obtížemi, jako byl každodenní pláč před odchodem matky z mateřské školy. V kap. 2.1. Rodina se závislostí popisujeme, jaký vliv má alkoholismus rodiče na dítě: „*U těch se to projevuje plachostí, vylekaností, nervozitou a poruchami v chování (Widermannová, 1955)*“. Krátce po nástupu do MŠ musel podstoupit operaci výše zmiňované hypospadie, což si vyžádalo 2měsíční absenci z předškolní docházky. Po celé první 2 roky navíc vyžadoval chodit domů po obědě, kdy jeho matka byla tou dobou doma na rodičovské dovolené s mladším sourozencem. Občas mu bylo vyhověno. Patrik trpěl nočním pomočováním až do šesti let, také přes den při odpoledním spánku ve školce, kdy musel mít plenku. V kap. 2.2 Vývoj dětí rodiče alkoholika uvádíme, že: „*Děti trpěly nočním pomočováním, křečovými záchvaty, poruchami řeči, nočními strachy, úzkostmi, bolestmi hlavy, zvýšenou dráždivostí až agresivitou, nervozitou a mentální zaostalostí (Turček, 1982)*. Vyskytly se problémy s výslovností rř, začal docházet na logopedii. Po čase se výslovnost upravila. Ve MŠ měl kamarády a po delší době si zvykl na celodenní pobyt spojený s režimem dne včetně odpoledního spánku.

Patriku, co s vybavujete z dětství?

„Nic moc, já si skoro nic nepamatuji, když jsem byl malý, sem tam nějaké útržky. Jako když jsme pořád někde jezdili kvůli té mé operaci. Také si vybavuji, že otec často po práci spal. Když zrovna nespal, asi už byl večer, měl otevřené pivo nebo něco ve sklence, asi panák to byl. Taky jednou, to už byl brácha na světě, byl mimino, tak se ozýval jeho pláč, rány a třískání věci...no mamka byla ubrečená, měla červený obličej, brečela a kolem rozbité věci a ten malý furt brečel. Otec úplně zuřil. To jsem věděl, že se něco stalo hrozného a moc jsem se tehdy bál, že se mamce nebo bráškově a mě něco stane“. Kap. 1.1. Alkoholismus označuje tuto etapu alkoholismu jako: *„Fáze III. – rozhodné (kruciólní), ..., typická ztráta kontroly nad pitím. Tento stav již přináší problémy nejen konzumentovi, ale také jeho okolí, Ztráta kontroly, výkyvy nálad, zúžení zájmů, konflikty na pracovišti, společenský sestup. Objevují se tělesné příznaky, kdy často vznikají sexuální potíže, žárlivé scény, nesmyslné hádky s partnerem“.*

Kolik let Vám asi bylo?

„To muselo být asi když jsem byl ve školce, kolem čtyř pěti let, protože byl brácha mimino“. Nástup do první třídy ZŠ proběhl po předchozím úspěšném zvládnutí školního zápisu v šesti a půl letech věku Patrika. Výslovnost se díky logopedii upravila a noční pomočování také. Na brzké dětství nemá moc vzpomínek. Otec se rád napil, nejdříve to byly jen víkendy, později se alkohol stal téměř denní záležitostí. Pil nejčastěji doma. Dříve však chodívali s matkou do společnosti, kdy se dost opíjel a býval k matce agresivní. Slovně a fyzicky. Scény vypadaly podobně, kdy po návratu domů se otci něco znelíbilo a začal matce vyčítat, křičet a házet s věcmi. Občas matku zbil. S bratrem byli zavřeni v dětském pokoji, měli z něj strach a také se báli o matku.

Jak byste popsal vztah mezi Vámi a rodiči?

„Jak kdy, ale většinou dle otce matka dělala vše špatně. Její názory byly dle něho pitomé, kravské a často mlela „pičoviny“, taky ji v hádce dost vulgárně nadával a vyhrožoval třeba zkopáním mě, kdy si uvědomuji, tak začal vulgárně nadávat kolem mých deseti let, kdy jsem byl na vše levý, neschopný, budižkničemu, debil, magor, zkurvysyn, ..., shazoval mě před matkou, bratrem i ostatními členy rodiny. Bylo mi to líto, i jsem brečel, jak mě může můj tatínek, kterého jsem měl tak rád nenávidět. Myslím, že od té doby jsem začal být takový jiný, lhal jsem, když jsem nemusel, škola mi nešla, pořád jsem musel něco dělat a vymýšlet. Cokoliv jsem udělal, ve škole, v kroužku, pomohl doma mamince, bylo zase špatně, na hovno, ne podle jeho představ.“

Bylo mě to moc líto, i mamky, která brečivala. Nechtěl jsem, aby nám ubližoval, bráška byl tehdy malinký a moc nemluvil. Kolikrát jsem si říkal, proč s ním máma je. Do práce chodili oba dva. Tam snad otec problémy nedělal a nechodil opilý. Později, kolem mého 13 roku se konečně od něj mamka odstěhovala, mě a bráchu si vzala se sebou“. V kap. 3.1 Přístupy psychoterapie v léčbě alkoholismu dodáváme: *„V rodinném poradenství se dříve tradovalo tvrdé, ale uznávané zjištění: než žádný otec, je lepší špatný otec.; než pijící otec, je lepší žádný otec“* (Profous, 2013, s. 75).

Školní anamnéza

První tři třídy ZŠ zvládal chlapec bez větších obtíží. Patrik byl v 10 letech odeslán do PPP na doporučení základní školy, kdy bylo realizováno komplexní vyšetření pro grafické obtíže. Měl méně úhledné písmo, sníženou schopnost kreslení a rýsování, byl neobratný v pracovních činnostech a výsledky ve výtvarné výchově neodpovídaly vynaloženému úsilí. Dále byl chlapec dekoncentrovaný, nevnímal pokyny a po intenzivnější zátěži hodně nesoustředěný ve výuce. *„Děti závislých rodičů vyrůstají v podobných prostředích. Může se měnit role, zda je závislý otec nebo matka, ale domácí prostředí bude pravděpodobně podobné. Domácí prostředí je plné nevyřčeného napětí, úzkosti, zvýšeného stresu, nervozity a pláče* (Woititzová, 2021)“, upozorňujeme v kap. 2.2. Vývoj dětí rodiče alkoholika.

Závěr psychologického vyšetření byl, že intelektový výkon se pohyboval ve středním pásmu věkového průměru s lepším postavením verbální složky ve středním pásmu věkového průměru oproti složce názorové, která se pohybovala v dolním pásmu věkového průměru. Dále se projevila rychlá unavitelnost v zátěži. Lehce oslabená byla schopnost sociálního úsudku a míra logického úsudku v spojení s vizuálním analyticko-syntetickým procesem a prostorovou představivostí. Prokázán deficit regulace aktivity a pozornosti – VPCH (vývojové poruchy chování).

Doporučení pro výuku Patrika byla následující:

- poskytnout chlapci vyšší míru citlivé kontroly a vedení ve vyučování, které jsou nutnými podmínkami úspěšného zvládnání školní práce;
- střídat činnosti náročnější na pozornost s činnostmi umožňující uvolnění a odpočinek;
- umožnit chlapci pohybové uvolnění o přestávkách i v průběhu vyučovací hodiny, tolerovat motorický neklid (měnit chlapcovu polohu při sezení, poposedávat, položit hlavu na lavici, hrát si s tužkou...), pokud to neruší ostatní spolužáky;

- je-li to možné, usadit Patrika do první lavice samotného nebo s klidným spolužákem, prostředí by nemělo být přesyceno zrakovými stimuly;
- dbát na to, aby v jeho zorném poli byly pouze potřebné pomůcky k zadané činnosti;
- ověřovat porozumění zadaným úkolům, být co nejkonkrétnější, co udělal správně, ocenit;
- při vyhodnocování úkolů rozlišovat chyby z neznalosti a ze „zbrklosti“;
- zkoušení zařadit na ráno nebo začátek hodiny;
- poskytněte chlapci pravidelnost, řád a hranice a trvejte na jejich respektování;
- pochvala a ocenění nejen výkonu, ale i chování.

Dále bylo rodičům (přítomna byla pouze matka chlapce) Patrika doporučeno, aby si vyžádali vyšetření u dětského neurologa, který by posoudil stav chlapcovy jemné motoriky a případně potvrdil vývojovou poruchu chování.

Závěr speciálně-pedagogického vyšetření u Patrika byl: VPU nediodnostikovány. Grafomotorické obtíže souvisely s možným dysgrafickým vývojem, čtení s nespolehlivým porozuměním. Doporučením pro všechny předměty ZŠ bylo:

- tolerovat jeho osobní tempo psaní, přepisování, opisování. Nechat dostatek času pro veškeré písemné činnosti a zpětnou kontrolu;
- tolerantněji hodnotit zhoršenou grafickou stránku písma a výkony v oblastech, do kterých se promítá oslabená vizuomotorika, grafomotorika, orientace – např. rýsování, geometrie, orientace na mapách, v tabulkách a složitějších schématech;
- při samostatném čtení ověřit, zda zadání porozuměl.

Doporučení pro chlapcovu domácí přípravu:

- průběžně procvičovat jemnou motoriku a grafomotoriku. Plynulé tahy ve větším formátu a nezvedat zápěstí nad podložku;
- Patrik by měl číst s porozuměním, kratší úseky samostatně reprodukovat. Nebude-li se mu dařit, napovídat návodnými otázkami: „Kdo, co, proč, jak, s kým?“;
- Používat při psaní vhodné psací potřeby, které zanechávají lehce stopu, psát diakritická znaménka v souladu s výslovností a cíleně opravovat případné chyby ze školních zápisů.

Shrnující informací z PPP tedy bylo, že se jedná o žáka se speciálními vzdělávacími potřebami – Zdravotní postižení dle zákona č. 561/2004 Sb., §16 odst. 2 – diagnostikována byla VPCH. Doporučení vyplývající dle tehdy platné legislativy dle zákona č. 561/2004 Sb., § 16 odst. 6 a dle vyhlášky č. 73/2005 Sb. § 1, §3 odst. 1. a 3. a § 6 – Individuální přístup dle zákona č. 561/2004 Sb., § 16 odst. 6 (příloha č. 5).

Jaké jste měl výsledky ve škole, jako jsou známky a hodnocení chování?

„Na základce, myslím prvním stupni, asi dobrý, už i nějaká trojka byla, myslím, že z češtiny. Mám hrozný škrabopis, ale gramatika mi celkem šla. Kreslení, vůbec výtvarka, to jsem dělal opravdu nerad. Bavil mě tělocvik. Někaké poznámky, napomenutí třídní učitelky bylo, za nějaké kraviny, asi chování. Po škole jsem chodil do klavíru, na plavání a na fotbal. Na druhém stupni jsem chodil do atletiky asi rok, pak jsem začal hrát volejbal. Známky byly kolem trojek, dvojek. Mamka se se mnou učila do školy, ale byly to nervy, neměl jsem to rád. Bráchovi to šlo všechno nějak samo a líp. To byl můj pocit. Měl jsem problémy ale s jednou asistentkou pedagoga, která do nás o přestávkách furt ryla, otravovala, něco říkala, poučovala, nedala nám prostě pokoj, já ji měl plné zuby, až těch problémů bylo opakovaně, byl jsem na ni hnusný, dali mě naši do jiné školy. I bráchu. V kap. 2.2. Vývoj dětí rodiče alkoholika, kdy dochází: „Narušení k postoji k otci alkoholikovi vede k nerespektování vůči autoritám, problémy s chováním ve škole a jiných volnočasových aktivitách, z kterých jsou proto později vylučováni (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985).“

„V sedmé třídě na té nové škole jsem byl asi 3 měsíce, kdy jsem měl ale mega průšvih, skončil trojkou z chování. Stalo se to krátce na to, co mamka konečně opustila tátu a bydleli jsme v jiném bytě. Vzal jsem alkohol, že ho po škole prodám deváťákům, ale dva kluci tehdy ze třídy hrozně chtěli zkusit, co to je, no a dopadlo to fakt blbě. Jeden poblil učitele na chodbě, druhý se motal, já nenadýchal nic. Já to nepil. Ale dostal jsem zaracha na mobil, počítač, to docela dlouho, asi půl roku a tu trojku z chování. Chudák mamka, musela pak chodit na sociálku, do školy.... Konečně byl doma klid a já to úplně posral. Mamka byla ze mě úplně vyřízená. Táta v té době s námi nebydlel, takže si to u něj nijak nevybavuji. Celkově ale jsem pak nějak spravil a začal se i více učit, dostal se na gympl“.

Z dalšího Patrikova vyprávění a dotazování vyplynulo, že se jeho rodiče dali zpět dohromady, což nenesl psychicky dobře. Měli další dítě. To bylo Patrikovi 14let a navštěvoval devátou třídu. Po úspěšném absolvování přijímacích zkoušek na střední školu se přestěhovali z bytu do rodinného domu, který museli rekonstruovat. Otec jako zdatný řemeslník však

zátěžové situace dost dobře nezvládal, byl sprostý až agresivní a nadával ženě, dětem. Napětí řešil jako obvykle alkoholem.

Jaké bylo období na střeni škole?

„V prváku jsem se rozkoukával, úplně nový svět, ale nadšený z učení jsem moc nebyl, bylo toho nějak moc. Navíc mi to moc nešlo, soustředit se. Ve druháku přišel Covid a do školy jsme se vrátili pořádně až ve čtvrtáku, takže rok a půl doma a maturita před námi. Otec pil více. Hádali jsme se, pořád bylo podle něho špatně udělané, máma, ta taky chudák to pořád trpěla. Furt musel někoho buzerovat, jak nebylo po jeho, což nebylo snad nikdy, všechno jsme dělali špatně a na chuja, jak rád opakoval. Napětí a úzkost, které se ve mně hromadily jsem jezdíval rozchodit na mejdany s klukama, kde jsme bývali až do rána. Nesnášel jsem ho. Pořád to tak mám. Nadávky a urážky ke mně párkrát přerostly v to, že se mě snažil zbít, bylo mi už tak osmnáct, ale nedal jsem se. Vzepřel jsem se mu, sílu už jsem na to měl. Co mi karanténa dala pozitivního, tak to, že jsem cvičil a posiloval, ve sklepě jsme si bráchou udělali posilovnu“. Taky jsem asi třičtvrtě roku chodil s holkou, ale rozešel jsem se s ní, přestalo mě to bavit, neměli jsme si co říct“.

Maturitní zkoušku zvládl Patrik až na podruhé, kdy podcenil přípravu. Dostal se však na vysokou školu, lékařskou fakultu. Do prvního ročníku nastoupil na obor všeobecné lékařství, kdy se ubytoval na koleji, dostatečně vzdálený svému domovu. Měl i psychické problémy, jako jsou úzkosti, nesoustředěnost při učení, náladovost. V kap. 2.2 Vývoj dětí rodiče alkoholika upozorňujeme na: *„Zvýšené skóre neuroticismu – neuroticismus se týká míry emocionální nestability a úzkostí. Výzkum ukázal, že děti z rodin alkoholiků měly zvýšené riziko pro rozvoj duševních problémů (Skála, 1988)“*. Školu chlapec po roce opustil, že ho studium nenaplnuje, je příliš dlouhé a svazující. Chce vydělávat peníze, být samostatný a nezávislý na rodičích. Od rodičů se odstěhoval. V současné době pracuje jako obchodní zástupce a je spokojený.

Kazuistika č. 3

Klára (19 let)

Zdravotní anamnéza

Téměř dvacetiletá Klára se narodila v roce 2005 v termínu ve 40. týdnu, donošená a bez VVV 25leté matce a 30letému otci do manželství, jako druhé dítě v pořadí. Starším sourozencem byla 4letá sestra. Vážila 3250 gramů a měřila 49 cm. Plně kojená byla 6 měsíců. V kojeneckém a batolecím věku trpěla běžnými dětskými nemocemi, neutrpěla vážné úrazy a nepodstoupila žádnou operaci. Nenavštěvovala žádné specializované ordinace. Pravidelné očkování probíhalo v termínech. Psychomotorický vývoj probíhal dobře, seděla v půl roce, lezla po čtyřech v 8 měsících a samostatně chodila v jednom roce. První slova vyslovila v 11 měsících, krátké věty ve dvou letech. Ve stravování byla bez omezení.

Rodinná anamnéza

Matce Kláry bylo 25 let, když se jí narodila jako druhá dcera v pořadí. Byla poprvé vdaná. Léčila se s onemocněním štítné žlázy, pravidelně užívala medikaci. Pocházela z neúplné rodiny, vyrůstala s matkou a se starším mentálně postiženým bratrem v rodinném domě. Svého otce neznala. Byla vyučena prodavačkou, v oboru pracovala až do začátku prvního těhotenství, prvorozené dceři již bylo 4 roky. Od té doby byla celou dobu doma s dětmi na rodičovské dovolené.

Otci Kláry bylo 30 let, když se jim narodila. Pocházel z úplné rodiny, neměl žádného sourozence. Vyrůstal ve městě. Vyučil se automechanikem a v tomto oboru celou dobu pracoval. Tehdejší základní vojenskou službu vykonával po dobu 1 roku. Toto manželství bylo první.

Manželé spolu žili v rodinném domě matky Kláry. Ta spolu se zdravotně postiženým bratrem obývala dolní patro. Mladí manželé měli k dispozici patro v prvním poschodí, jednalo se o samostatnou bytovou jednotku se sociálním zařízením včetně kuchyně.

Předškolní anamnéza

Nástup do MŠ proběhl ve 3,5 letech a adaptace na ni byla klidná. Projevily se potíže s výslovností některých sykavek, kdy logopedická péče byla potřeba asi 1 rok a následně došlo k úpravě řeči. Celkově byla dívka ve školce klidná, pracovitá při činnostech, hravá a zapojovala se do kolektivu. V kap. 2.3 Vzdělávání dítěte s FAS mladšího školního věku dodáváme, že:

„Posouzení dítěte je také v rukou učitelek mateřinky, kdy pozorování dítěte ve standartních situacích je důležité pro kompletní anamnézu (Matějček, 2011).“ Školní zralost byla u dívky potvrzena v šesti letech při zápisu do první třídy.

Kláro, co si vybavujete z dětství? Jací byli Vaši rodiče?

„Myslím, že všechno bylo fajn, než se od nás odstěhovat tatka. Tak nějak to bylo, asi když jsem začala chodit do první třídy, nebo tak nějak. Do té doby jsme se ségrou všichni byli myslím šťastní. Vůbec si nevybavuji mezi rodiči nějaké hádky, pokud byly. K tatkově jsme pak chodily se sestrou na víkendy nebo na prázdniny. Mamka ta začala dost pít alkohol, po jeho odchodu. Také si našla nového přítele, se kterým se teda opíjeli hodně oba“.

Z dalšího dotazování uvedla respondentka, že s pitím měla matka problémy již před odchodem otce z domova. Sám otec to vysvětlil Kláře v jejich pozdějších letech, kdy mohla porozumět jeho důvodům k rozvodu. V kap. 2.1 Rodina se závislostí uvádíme, že: *„Alkoholismus je jedna z častých příčin rozpadu manželství v České republice. V roce 2005 byl téměř jako hlavní příčinou rozvodu a to v 5 %, v roce 2019 klesl na 1,5 %, avšak toto snížené číslo může být dáno tím, že se již rutinně neuvádí příčina rozpadu manželství ČR (Mravčík a kol., 2021)“.* S matkou Kláry se snažil po dobrém řešit její problémy s pitím, ale všechny pokusy o léčbu a abstinenci byly marné. Obě dcery byly zvyklé na domov, kde se narodily, proto po rozvodu rodičů zůstaly bydlet v domě u své matky. Ta doposud nezanedbávala své povinnosti kolem výchovy dcer a domácích povinností. Nelze opomenout, že otec Kláry se odstěhoval k jiné ženě.

„Tatková přítelkyně byla milá, aspoň co si vzpomínám, když jsme tam jezdily. Tam se nepilo tak jako u nás doma. Pak i mamka dost někde jezdila s tím přítelem a bývaly jsme samotné doma, což nám vyhovovalo, protože tam nebyla zase opilá máma“.

Školní anamnéza

Klára uvádí k dotazům na známky a chování ve škole: *„V první třídě, a i potom na základní škole jsem měla samé jedničky, škola mě bavila. Ve třetí třídě se mamce narodila mladší sestřička, byla hodně malinká a nechtěla moc jíst. Měla ji s tím přítelem opilcem. Ten s námi nebydlel doma, žil se svojí matkou v jiném městě. Za mamkou a malou se jezdil dívat, ale vždycky mamku při tom opil, to jsem pak musela se starší sestrou hlídat, krmit, přebalovat a tak...“.*

Školní výsledky prospěchu se ve čtvrtém ročníku ZŠ zhoršily. Na vysvědčení se objevily trojky. Klára se musela zapojit do domácích povinností a péče o malou sestru (kojenecký a batolecí věk). Starší sestra v té době byla přes týden na internátě při učilišti, na víkendy jezdila domů a pomáhala mladší sestře s chodem domácnosti. Kláře v té době bylo 10 let. Ve škole byla nevyspaná od nočního vstávání, postupně neměla žádné kamarádky. Byla unavená, nesoustředěná, podrážděná a nezapojovala se do školních aktivit. Třídní učitelka si všimla změn v dívčiných projevech chování a dala podnět k sociálnímu šetření v rodině. *„Školní prostředí by mělo být pro dítě závislého rodiče bezpečným prostorem. Jelikož dítě zažívá velmi náročnou a stresující situaci doma, alespoň ve škole by se nemělo ničeho bát. Vyučující měli myslet na to, že se děti závislých rodičů velmi lehce mohou stát terčem šikany (Vágnerová, 2012)“*, viz kap. 2.3 Vzdělávání dítěte s FAS mladšího školního věku.

Jak na tom byla Vaše maminka, když jste se zhoršila ve škole s prospěchem?

„To bylo období, které zpětně mám v mlze, v noci jsem občas musela uklidnit malou plačící sestru, pak ji ráno přebalit, obléct, nakrmit, někdy byla matka úplně namol zřízená, a tak jsem nešla do školy“. Klára se kompletně postarala ve dne i v noci o dítě v kojeneckém a pozdějším věku. Děti alkoholiků: *„Jsou úzkostné a často přebírají rodičovskou roli v odpovědnosti za domácnost, mladší členy rodiny, nezřídka ekonomickou funkci. Přestávají si hrát, mají starosti dospělých, nasmějí se (Kraus, 2008, s. 82)“*, uvádíme v kap. 2.2 Vývoj dětí rodiče alkoholika.

Dívka neměla čas si připravovat pomůcky, dělat domácí přípravu do školy. Chodit ven za kamarády nebo navštěvovat nějaký kroužek. V té době se matka Kláry pokusila o sebevraždu. Neúspěšně. Byla pak umístěna na dobu tří měsíců v ústavním léčení pro alkoholismus a deprese. Klára i se starší sestrou byla svěřena do péče otce. Mladší sestru svěřil soud do péče otci. Období páté třídy Klára prožívala u svého otce, kdy si zvykala na novou školu a spolužáky. Nenašla si mezi nimi žádné kamarády. Prospěch ve škole se trochu zlepšil. Dívka začala trpět neurózou (nevysvětlitelnými bolestmi břicha a hlavy) a úzkostmi po prožitém období z původního domova. Heller a Pecinovská a kol. v kap. 2.2. děti z rodina alkoholika (1996, s. 81) shrnují sociální a vývojovou prosperitu dětí rodiče alkoholika následovně: *„U dětí z rodin závislých rodičů se již v dětství vyskytují různé formy duševních poruch a odchylek v psychickém vývoji, které negativně ovlivňují jejich schopnost adaptovat se mezi dětmi, ve školních kolektivech ... mívají horší prospěch ve škole, jsou častěji nemocné, mají méně koníčků a volného času, hůře se uplatňují v pracovním i společenském životě ... je dále narušeno pozitivní přijetí*

rodičovských vzorů, čímž je ohrožen psychosexuální vývoj dětí a jejich zdravé formování rodičovských postojů“. Klára začala navštěvovat postupně několik zájmových kroužků, ale u žádného nevydržela déle než pár měsíců. Po ukončení povinné školní docházky nastoupila do učení, obor kuchařka, kterému se vyučila. Pracuje v oboru, ale moc ji to nebaví. Přítel měl jednoho, ale rozešli se po pár měsících. Pil alkohol. S polorodou sestrou se dívka stýká nepravidelně, po domluvě s její pěstounkou. Chybí jí. Sama sebe Klára popisuje jako ne sebevědomou, plachou, ne moc pěknou a chytrou dívku, s kterou by někdo chtěl být. Pozn. autora práce – Klára působí jako velmi milá, krásná, avšak křehká dívka. Matka dívky zemřela v Klářínych 12 letech. Důvodem bylo kompletní selhání orgánů pro nemoc zvanou alkoholismus, bylo jí teprve 36 let.

4.6 Shrnutí výsledků a závěr výzkumu

V této kapitole budou shrnuta témata, která byla určena výzkumnými otázkami. Z hloubkových polostrukturovaných rozhovorů, dostupné zdravotní, pedagogicko-psychologické a jiné dokumentace (např. školní vysvědčení) byla vyhodnocena a zpracována data v souvislosti s vývojem a vzděláváním dítěte s FAS a osobami vyrůstajícími s rodičem alkoholikem.

Hlavní výzkumná otázka č. 1

Zjistit, jak alkoholismus matky v těhotenství ovlivnil psychický a fyzický vývoj jejího dítěte?

Matka naší respondentky č. 1 Markéty byla závislá na alkoholu. Etanol požívala v neznámém množství během gravidity. Dívka se narodila s fyzickým i psychickým poškozením své osoby. Diagnostikován po pediatrickém vyšetření následně po porodu byl FAS. Fyzikální známky poškození dítěte byly podrobně popsány v kazuistice č. 1 ve zdravotní anamnéze. Další fakt, který svědčil pro alkoholismus matky pro zvýšené jaterní testy matky při porodu a komplikace s ním spojené. V neposlední řadě další vývoj dívky poznamenaný zpomaleným psychomotorickým vývojem v oblasti růstu, řeči a poškozené krátkodobé paměti, který byl patrný při vývoji po narození, v batolecím, předškolním a školním období, kdy potíže spojené s vadou řeči byly upravovány docházkou k logopedovi.

Specifické zkoušky potvrdily obtíže ve sluchové diferenciaci a artikulačně je Markéta neobratná a jemná motorika taktéž.

Z psychologického vyšetření vyplynula zvýšená úzkostnost, nedůvěra sama v sebe, strach z neúspěchu, ustrašenost, sklony ke zvýšené plačtivosti. V kolektivu dětí byla podřídívá a neprůbojná. Je zvýšeně citlivá a plachá. Fyzické nedostatky lze do určité míry ovlivnit a upravit, např. řeč. Prognóza budoucího začlenění do běžného života dítěte není optimistická, patrně zde bude částečná celoživotní závislost na pečující osobě.

Vedlejší výzkumná otázka č. 1

Jaké jsou důsledky alkoholismu rodiče na dítě a jeho školní výkon a jak se projevvalo ve školním prostředí?

U respondentky č. 1 Markéty byl nejzávažnějším důsledkem alkoholismu rodiče v graviditě právě diagnostikovaný FAS. Z toho vyplynuly obtíže s podávaným školním výkonem, který je slabší v porovnání s dětmi nezatíženými touto diagnózou. Proběhl odklad povinné školní docházky o jeden rok pro nezralost. Potíže v českém a anglickém jazyce, slabé porozumění čtenému textu, potíže s pozorností (ADHD), kdy nerozlišuje délku a měkkost hlásek, při psaní vynechává celá slova. Bylo potvrzeno hluboké oslabení paměti, zejména krátkodobé a pracovní paměti, oslabení zrakové analýzy a syntézy a obtíže ve sluchové diferenciaci. Středně závažné deficity v oblasti regulace pozornosti, snížené porozumění čtenému textu, chybovost v písemném projevu a grafomotorické obtíže. Je snadno unavitelná a její vytrvalost je nízká. V hodinách je pasivní a potřebuje dopomoc. Závažným důsledkem alkoholismu v případě obou Markétiných rodičů, je ten, že matka zemřela v důsledku nadměrného pití a otec krátce po ní, tedy že je sirotkem. V kolektivu má několik kamarádek, je spíše plachá, ostatní ji tolerují. Další potíže spojené s plněním školních úkolů a výkonů byly došetřeny v PPP. Dívce byl diagnostikován na základě speciálně-pedagogického vyšetření špatný úchop pera, písmo lehce rozkolísané, ale čitelné. Při diagnostickém diktátu vynechávala diakritiku a zkomolila souhláskové shluky. Celková chybovost byla hraniční.

Respondent č. 2 Patrik trpěl nočním pomočováním až do šesti let, adaptace na MŠ nebyla dobrá, byl zvýšeně plačtivý a závislý na matce. Ve škole na prvním stupni se objevily grafomotorické obtíže, dysgrafický vývoj, čtení s nespolehlivým porozuměním a po vyšetření v PPP byl prokázán deficit regulace aktivity a pozornosti a diagnostikována VPCH. Ve výuce byl chlapec dekoncentrovaný, nevnímal pokyny a po intenzivnější zátěži hodně nesoustředěný.

Na druhém stupni ZŠ pro hrubé porušení kázně a školního řádu následovala trojka z chování na vysvědčení a tresty v dané souvislosti. Zanedbávání střední školy ze strany Patrika a vyhýbání se školní výuce online při koronavirové pandemii vyústilo v neúspěch při skládání první maturitní zkoušky. Studium medicíny vzdal předčasně.

Respondentka č. 3 Klára měla v prvních třech třídách na základní škole samé jedničky, škola ji celkově bavila. Pro alkoholismus matky měla horší školní výsledky prospěchu ve čtvrté třídě, v období, kdy Klára převzala domácí povinnosti a péči o malou sestru. Ve škole byla nevyspaná od nočního vstávání, unavená, nesoustředěná, podrážděná a nezapojovala se školních aktivit. Přišla o kamarádky a byla osamělá. Trpěla neurózami. Sestra bydlela přes týden na internátě a otec žil s jinou ženou. Matka intenzívně pila, anebo byla u přítele alkoholika. Po úmrtí matky v jejích 11 letech se po přestěhování k otci známky ve škole zlepšily. Vyučila se kuchařkou.

Vedlejší výzkumná otázka č. 2

Jaký vliv měl alkoholismus jednoho z rodičů na prožívání dětství a dospívání respondenta?

Respondentka č. 1 Markéta o rodiče díky alkoholismu přišla v útlém dětství. O matku ve svých dvou letech, následně o otce (alkoholismus, onkologická nemoc plic) ve čtyřech letech. Vzpomínky na ně jsou matné. Období dětství strávila ve třech různých domovech. S maminkou dva roky, téměř 1 rok s otcem a babičkou. Od 3 let se svou polorodou sestrou, která je nyní její poručnící a vychovatelem. Období dospívání je teprve před dívkou.

Respondent č. 2 Patrik si z dětství vybavuje vzpomínky útržkovitě, je zde evidentní snaha o vytěsnění období, kdy se jeho otec napil a doma vznikalo napětí, hádky, křik a fyzické násilí páchané na matce, na něm a jeho zvýšená úzkostnost. Období dospívání je charakterizováno stěhováním se od otce, změnou základní školy pro nevhodné chování vůči autoritám, zhoršeným prospěchem ve škole včetně známky z chování. Volný čas trávil raději mimo domov bez dohledu stále kárajícího, nespokojeného a opilého otce. Věnoval se cvičení ve fitcentru, později v karanténě pro Covid-19 v domácí posilovně. Rád chodil na večírky s kamarády. Vysoké školy předčasně zanechal a osamostatnil se, aby nebyl závislý na rodičích a v dosahu svého otce.

Respondentka č. 3 Klára v dětství převzala rodičovskou roli za svou matku, která byla závislá na alkoholu. Měla na starosti téměř celou domácnost včetně péče o miminko, svou

sestru. O normální období dětství, které prožívají její vrstevníci byla ochuzena. Nejdříve kvůli výše zmíněnému a později, když jí matka zemřela. Matějček (2005, s. 362) v kap. 2 Děti z rodin alkoholiků hovoří o rodinném soužití: „... *tam, kde dítě uspokojuje psychické potřeby rodičů a rodiče uspokojují potřeby dítěte. Jde o vzájemnost potřeb a jejich uspokojování, což současně znamená vzájemnost pocitu uvolnění, vzájemnost spokojenosti, radosti a ostatních pozitivních prožitků, které takové uspokojování potřeb nutně provázejí*“. Trvalostí a hloubkou citových vztahů se uspokojuje základní psychická potřeba životní jistoty, kterou Klára nemohla v dětství prožít. Období jejího dospívání probíhalo v jiném domově u jejího otce, kde měla vytvořeno nové zázemí a mohla se tak zlepšit ve škole, mít čas pro sebe a na kamarády. Sestru, o kterou se dlouho starala, od té doby vídala jen občas, bylo jí po ní smutno. Vyučila se kuchařkou a dnes pracuje.

V kap. 2.2 Vývoj dětí rodiče alkoholika dodáváme: „*Výzkumy dalších autorů (Mečír, Drvota, Študent, Vojtík, Molčan, Škoricová, Mellan, Nedoma, Pondělíčková) jednoznačně potvrzují, že alkohol v nukleární rodině poškozuje tělesný a duševní vývoj, charakter, výchovu a další vzdělávání dítěte (Turček, 1982)*“.

Vedlejší výzkumná otázka č. 3

Plnil rodič alkoholik svou roli dle obecně uznávaného modelu rodičovství z pohledu respondentů?

Respondentka č. 1 Markéta – zatím nemůže posoudit, je jí deset let.

Respondent č. 2 Patrik – plnil částečně. Otec chlapce převážně mentoroval, fyzicky napadal, nadával mu, snižoval jeho sebevědomí. Funci ekonomickou synovi zajišťoval.

Respondentka č. 3 Klára – matka alkoholička neplnila, postupně přestala zastávat roli matky a funkce z této role vyplývající – vychovatelky, ochranitelky, kuchařky, uklízečky a pečující osoby.

Návrhy dalších výzkumů

Z vyplývajícího výzkumu je jasné, že alkoholismus rodiče je pro dítě devastující, pokud probíhá již v graviditě. Dále, je-li závislý rodič pečující osobou a vychovatelem dítěte, nese to s sebou problémy ve všech etapách a vrstvách života dítěte. Počínaje zdravím, stravovacími návyky, školním prospěchem, sebevědomím, problémy v navazování kontaktů s jinými lidmi, v milostných vztazích, odpovědnosti k vlastní osobě, která je ovlivněna negativním

sebehodnocením. Návrhem pro další výzkum by bylo posunutí se v čase a provést rozhovory s těmito o deset let staršími respondenty. V období, kdy již budou všichni v dospělém věku, budou zaměstnáni, možná budou v partnerských vztazích a mít vlastní děti. Dalším návrhem by mohlo být, zda se sami respondenti nestanou závislími na alkoholu, jak je zmiňováno v kap. 2.2. Děti z rodin alkoholiků, kdy: „*Heller a Pecinovská (1996) uvádí, že děti, které vyrůstají s rodiči závislími na alkoholu se v pozdějším životě sami stávají alkoholiky*“.

Validita výzkumu

Ve výzkumu je zdůrazněna důležitost interpretativní validity, což znamená, že výzkumník nejen popisuje jev, ale také se snaží porozumět různým aspektům, jako jsou události, pohnutky, emoce a kognitivní procesy. Její pozornost není zaměřena pouze na vědomé koncepty, ale také zahrnuje nevědomé koncepty, intence a hodnoty. Získaná data byla hodnocena jako silná a bohatá. Výzkumná práce však neklade důraz na externí validitu, tj. schopnost zobecnit výsledky na širší populaci, zaměřuje se na hloubkové porozumění zkoumanému jevu. Výsledky kvalitativního výzkumu nelze generalizovat.

Limity studií

Možným omezením výzkumu byl výběr respondentů, se kterými se výzkumná osoba znala z minulosti. Předchozí znalost může ovlivnit interpretaci odpovědí. I přes snahu o zachování neutrality, aktivního naslouchání a profesionální přístup, mohlo dojít ke zkreslení zkoumaných dat. Limitem při průběhu prováděných rozhovorů by se dal označit moment, kdy byl vznesena výzkumnou osobou otázka, zda by otec respondenta č. 2 souhlasil také s pořízením nahrávky, s jeho pohledem na dané téma. Toto se však setkalo s jeho nesouhlasem, proto bylo nutné tento fakt respektovat. To může ovlivnit kvalitu získaných dat a může být považováno za omezení výzkumu. V tomto ohledu bylo velkým přínosem studium odborné literatury. Kvalitativně orientovaný výzkum provedený metodou rozhovoru je jakýmsi druhem trpělivosti, uměním vyčkávat na respondentovu odpověď a zůstat při ní kultivovaným nezaujatým posluchačem.

ZÁVĚR

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaký vliv má alkoholismus rodiče na vývoj a vzdělávání dítěte. Z dosavadní odborné literatury vyplývá, že alkoholik je člověk, jehož závislost na alkoholu dosáhla takového stupně, že mu působí zřetelné poruchy; újmy ve společenských a rodinných vztazích, v pracovní činnosti a na tělesném i duševním zdraví. Alkoholová závislost je chronické onemocnění charakterizované nekontrolovanou touhou po alkoholu a neschopností přestat pít.

V této rigorózní práci těhotná žena alkoholička potvrzuje starší výzkumy, kdy byla starší vícerodičkou z nižší sociální vrstvy, byla osamělá a rozvedená. Alkohol v graviditě procházel volně placentou a měl toxické účinky na plod. Její dítě se narodilo s vážnou diagnózou fetálního alkoholového syndromu (FAS). Naše respondentka č. 1 má několik zdravotních omezení, poškozený intelekt a narušené rodinné vazby, je sirotkem. Matka zemřela v důsledku nemoci alkoholismu, otec alkoholik zemřel na onkologickou chorobu.

Díličím cílem bylo zjistit, jaký vliv má rodič závislý na alkoholu na vývoj a vzdělávání svého dítěte. Rodič alkoholik je neschopen zastávat svou roli a plnit rodičovské funkce z ní vyplývající. Obranná funkce je narušena. Dítě obtížně snáší nejasnost rodičovských rolí a vzniklé trvalé napětí v rodině. Stává se úzkostným, přestává si hrát, přebírá péči o domácnost, sourozence, ztrácí možnost prožívat radost. Respondentka č.1 má zpomalený psychomotorický vývoj v oblasti růstu, řeči, má poškozenou krátkodobou paměť. Vady řeči byly upravovány na logopedii, somatická poškození si vyžadují pravidelné návštěvy odborných zdravotnických ambulancí. Školní výsledky jsou podprůměrné. Respondent č. 2, který vyrůstal s otcem alkoholikem, měl v předškolním období problémy s výslovností, nočním pomočováním, v pubertě s výchovnými problémy a v adolescenci trpěl úzkostmi a sníženým sebevědomím. Školní výsledky na základní škole byly průměrné, absolvoval gymnázium, nastoupil na studium vysoké školy, které předčasně ze své vůle opustil, aby se stal nezávislým na rodině. Respondentka č. 3 měla matku alkoholičku. Školní výsledky byly nadprůměrné do období, kdy převzala domácí povinnosti a péči o malou sestru. Nevyspání od nočního vstávání, únava, nesoustředěnost, podrážděnost vedly ke zhoršení prospěchu. Kamarádky neměla. Po úmrtí maminky v jejích 11 letech se po přestěhování k otci školní výsledky zlepšily, dnes je vyučená kuchařkou. V navazování partnerských vztahů si nevěří.

Rodina je považována za nejdůležitější sociální skupinu, ve které dochází k uspokojování potřeb člověka, je zdrojem zkušeností a vzorců chování, zahrnuje systém hodnot, kterými jedince utváří a formuje jeho vývoj. Nedílnou částí je vytvářet pro její členy zázemí. V rodinách, kde se nežije se závislostí na alkoholu, je dítě na prvním místě. Česká republika se řadí mezi země s nejvyšší mírou spotřeby alkoholu a alkoholismus je častou příčinou rozpadu rodiny. Alkoholik se nikdy nenaučí pít s mírou, proto jedinou prevencí proti alkoholismu je alkohol nepít vůbec.

Výzkumná část byla podložena teoretickými poznatky získanými na základě studia odborné literatury, zejména z oblasti pedagogiky, psychologie a medicíny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

1. BIDER, Tomáš; VAVŘINKOVÁ, Blanka. *Těhotná v ordinaci negynekologa*. Praha: Maxdorf, 2020. ISBN 978-80-7345-658-0.
2. COLLINS, R. Douglas. *Diferenciální diagnostika prvního kontaktu*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-85623-30-7.
3. DUNOVSKÝ, Jiří; DYTRYCH, Zdeněk; MATĚJČEK, Zdeněk. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
4. EHRMANN, Jiří; SCHNEIDERKA, Petr; EHRMANN, Jiří. *Alkohol a játra*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1048-X.
5. HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-807367-686-5.
6. HELLER, Jiří; PECINOVSKÁ, Olga; HELLEROVÁ, Pavla; KONEČNÝ, Jaroslav; POPOV, Petr; PROFOUS, Jiří. *Pavučina závislosti. Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Tiskárna protisk, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0.
7. HELLER, Jiří; PECINOVSKÁ, Olga; PROFOUS, Jiří; POPOV, Petr; HELLEROVÁ, Pavla; NERAD, Jindřich; NERADOVÁ, Ludmila; MANN, R. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-277-8.
8. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2. akt. vyd., 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
9. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. 2. akt. vyd., 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
10. JANIŠ, Kamil; KRAUS, Blahoslav; VACEK, Pavel. *Kapitoly ze základů pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. ISBN 978-80-7041-371-5.
11. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra; ŽÁČKOVÁ, Hana. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro rodiče a vychovatele*. Praha, D&H, 7. vyd., 2007. ISBN 978-80-903869-0-7.
12. KALHOUS, Zdeněk; OBST, Otto; VYSKOČILOVÁ, Eva; DVOŘÁK, Dominik; VEVERKOVÁ, Helena; DVOŘÁKOVÁ, Miloslava; CHRÁSKA, Miloslav; PROKEŠOVÁ, Ludmila; KURELOVÁ, Milena; VÁCLAVÍK, Vladimír. *Školní didaktika*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-571-4.

13. KALINA, Kamil; ADAMEČEK, David; BROŽA, Jiří; DVOŘÁČEK, Jiří; DOBIÁŠOVÁ, Jana; a další. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
14. KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.
15. KUNDA, Stanislav; KRŠIAK Miloš; FRANK Viliam; VOJTKOVÁ Eva; BÚTORA Martin. *Klinika alkoholizmu*. Martin: Osveta, 1988. ISBN 70-020-88.
16. KVAPILÍK, Josef; SVOBODOVÁ, Alena; VOJTĚCHOVSKÝ, Miloš; SKÁLA, Jaroslav; RUBÍN, Antonín. *Člověk a alkohol*. Havlíčkův Brod: Východočeské tiskárny, 1985. ISBN 08-091-85.
17. LANGMEIER, Josef. KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
18. MATĚJČEK, Zdeněk. *Dyslexie – specifické poruchy čtení*. Jinočany: H&H, 2. vyd., 1993. ISBN 80-85467-56-9.
19. MATĚJČEK, Zdeněk. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál. 2. vyd., 2011. ISBN 978-80-262-0000-0.
20. MATĚJČEK, Zdeněk. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0870-1.
21. MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Praha: H&H. 2. vyd., 1992. ISBN 80-854-67-42-9.
22. MATĚJČEK, Zdeněk. *Rodiče a děti*. Praha: Vyšehrad. 3. upravené. vyd., 2017. ISBN 978-80-7429-797-7.
23. MATĚJČEK, Zdeněk. *Výbor z díla*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-10.
24. MATĚJČEK, Zdeněk; DYTRYCH, Zdeněk. *Děti, rodina a stres*. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-06-X.
25. MATOUŠEK, Oldřich; KOLÁČKOVÁ, Jana; KODYMOVÁ, Pavla; a další. *Sociální praxe v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
26. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Havlíčkův Brod: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
27. MRAVČÍK, Viktor; CHOMYNOVÁ, Pavla; GROHMANNOVÁ, Kateřina; JANÍKOVÁ, Barbara; ČERNÍKOVÁ, Tereza; ROUS, Zdeněk; CIBULKA, Jan; FRANKOVÁ, Eva; NECHANSKÁ, Blanka; FIDESOVÁ, Hana. *Zpráva o alkoholu v*

- České republiky 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2021. ISBN 978-80-7440-280-7.
28. MUSILOVÁ, Marcela. *Případová studie jako součást pedagogické praxe*. Olomouc: Vydavatelství UP, 2003. ISBN 80-244-0749-3.
29. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociopatologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80- Missing Element. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2021. ISBN 978-80-210-4550-7.
30. NEŠPOR, Karel. *Zůstat střízlivý. Praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9.
31. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4.
32. NEŠPOR, Karel. *Předcházení účinkům alkoholu na plod. Praktická příručka pro por./gyn. lékaře a sestry*. Praha: Sportpropag, 1992.
33. NEUMANN, K, Stanislav. *Dějiny ženy. Populárně, etnologické a kulturně historické kapitoly*. Autorka doplňku Dr. Evženie Kloučková. Praha: Otakar II. – Michal Zítko, 1999. ISBN 80-86355-03-9.
34. PEŠEK, Roman. *Jak se zbavit závislosti na alkoholu. Příručka pro ty, kdo mají problém s alkoholem. Pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2018. ISBN 978-80-88290-02-5.
35. PETERKA, Jaroslav; NOVOTNÁ, Božena. *Úvod do teratologie – příčiny a mechanismy vzniku vrozených vad*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1780-0.
36. PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2003. ISBN 978-80-200-1499-3.
37. PROFOUS, Jiří. *Průvodce alkoholovou závislostí – především pro ženy pijících partnerů*. Praha: Galén, 2. vyd., 2013. ISBN 978-80-7492-087-5.
38. PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 6. akt. a doplň. vyd., 2017. ISBN 978-80-262-1228-7.
39. PUNCH, Keith, F. *Úspěšný návrh výzkumu*. 1 vyd. Z angl. přeložil Jan Hendl. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-468-7.

40. ŘEHAN, Vladimír. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. Olomouc: Vydavatelství UP v Olomouci, 1994. ISBN 80-7067-359-1.
41. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti. Obor v pohybu*. Praha: Grada, 5. vyd., 2007. ISBN 978-80-247-1174-4.
42. SKÁLA, Jaroslav. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abúzus a závislost*. Praha: Avicenum, 1986. ISBN 08-090-86.
43. SKÁLA, Jaroslav. *... až na dno!? Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách. (Zneužívání a závislost)*. Praha: Avicenum, 4. přeprac. a dopl. vyd., 1988. ISBN 08-045-88.
44. SKÁLA, Jaroslav. *Lékařův maraton. Český spisovatel*, Argo: Finidr, 1998. ISBN 80-202-0663-9.
45. SKÁLA, Jaroslav; ČERNÝ, Luděk; HAMPL, Karel; HELLER, Jiří; HRODKOVÁ, Irena; a kol. *Ochrana společnosti před alkoholismem a jinými toxikomániemi*. Praha: zdravotnické nakladatelství, n. p., 1982. Účelová publikace ministerstva zdravotnictví. 735 21-08/29.
46. SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2. vyd., 2007. ISBN 978-80-7367-250-8.
47. SOURNIA, Jean-Charles. *Dějiny pijáctví*. České Budějovice: Garamond, 1999. ISBN 80-86379-01-9.
48. SOVINOVÁ, Hana; CSÉMY, Ladislav; KERNOVÁ, Věra; KEBZA, Vladimír; HAMPL, Karel; a další. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-230-9.
49. SOVINOVÁ, Hana; CSÉMY, Ladislav; HAMPL, Karel; PACOVSKÝ, Vladimír. *Alkohol a úrazy*. Praha: Geoprint, 2002. ISBN 80-7071-206-6.
50. ŠIMETKA, Oldřich; VLK, Radovan; PROCHÁZKA, Martin. *Hellp syndrom*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-361-9.
51. TICHÁ, Růžena. *Alkoholismus matky jako příčina defektnosti dítěte*. Protialkoholický Obzor. Bratislava: Obzor. 14(3), 1979, s. 129-132. ISSN 0862-0350.
52. TURČEK, Michal; TURČEK, Karol. *Alkohol a děti*. Martin: Osveta, 2. dopl. a přepr. vyd., 1982. ISBN 70-069-82.
53. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, rozšířené a přeprac. 4. vyd., 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

54. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2. dopl. a přeprac. vyd., 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
55. VAVŘINKOVÁ, Blanka; BINDER, Tomáš. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8.
56. WIDERMANNOVÁ, Libuše. *Účtujeme s alkoholem*. Praha: Středočeské tiskárny, 1955. ISBN 301-08-31.
57. WOITITZOVÁ, Janet, Geringer. *Dospělé děti alkoholiků. Překročte bludný kruh minulosti*. Praha: Portál, 2021. ISBN 978-80-262-1713-8.

Internetové zdroje

1. ASTLEY, S. J., D. BAILEY, C. TALBOT; S. K. CLARREN. Primární prevence fetálního alkoholového syndromu (FAS) prostřednictvím diagnostiky FAS: II. Komplexní profil 80 biologických matek dětí s FAS. Fetal Alcohol Syndrome (FAS) Primary Prevention Through FAS Diagnosis. A Comprehensive Profile of 80 Birth Others of Children with FAS. *Alcohol Alcohol*. 2000, Sep-Oct, vol. 35, no. 5, s. 509–519. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/alcalc/35.5.509>. [citováno 2023-12-12].
2. CHOMYNOVÁ, Pavla; GROHMANNOVÁ, Kateřina; DVOŘÁKOVÁ, Zuzana; ORLÍKOVÁ, Barbora; ROUS, Zdeněk; ČERNÍKOVÁ, Tereza. 2023. Online. *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2022 [Summary Report on Addictions in the Czech Republic in 2022]* CHOMYNOVÁ, P. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-311-8 (online, PDF). Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33854/1198/Souhrnna_zprava_o_zavislostech_v_CR_2022_fin.pdf. [citováno 2023-12-16].
3. Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN. *Alkohol a těhotenství*. 2021. Online. Dostupné z: <https://alkoholpodkontrolou.cz/alkohol-a-tehotenstvi/>. [citováno 2023-12-12].
4. KREJČOVÁ, Lenka; ZELINKOVÁ, Olga; BALHAROVÁ, Kamila; ŠEMBEROVÁ, Kamila; BODNÁROVÁ, Zuzana. *Specifické poruchy učení. Dyslexie, dysgrafie, dysortografie*. 2018. Online. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=0SS2DwAAQBAJ&printsec=copyright&hl=cs&source=gbs_pub_info_r#v=onepage&q&f=false. [citováno 2023-11-17].
5. LANGE, Shanon; PROBST, Charlotte; GMEL, Gerrit; REHM, Jürgen; BURD, Larry; POPOVA, Svetlana. *Global Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorder Among*

- Children and Youth: A Systematic Review and Meta-analysis*. Online. JAMA Pediatr. 2017 Oct 1, vol. 171, no. 10, s. 948-956. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1919>. [citováno 2023-09-28].
6. MALINOVSKÁ, Jana; KRŠKOVÁ, Lucie; ŠVARCOVÁ, Barbora; VEJTASOVÁ, Veronika; URBANOVÁ, Jana; BROŽ, Jan. *Screening rizikového užívání alkoholu v ordinaci lékaře*. Online. Vnitřní lékařství 2021, s. 38-43. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2021-e-2/screening-rizikoveho-uzivani-alkoholu-v-ordinaci-lekare-127059>. [citováno 2023-09-30].
7. MLČOCH, Zbyněk. *Pití alkoholu v těhotenství a fetální alkoholický syndrom FAS*. Alkoholik.cz. 2023. Dostupné z: https://www.alkoholik.cz/zavislost/tehotenstvi_a_alkohol/piti_alkoholu_v_tehotenstvi_a_fetalni_alkoholicky_syndrom_fas.html. [citováno 2023-10-14].
8. SEEMANOVÁ, Eva. *Fetální alkoholový syndrom*. Online. Revue České lékařské akademie 2013, č. 9, s. 23-24. Dostupné z https://www.medical-academy.cz/cla/revue_9_2013.pdf. [citováno 2023-10-04].
10. ŠEJVL, Jaroslav; MIOVSKÝ, Michal. *První zařízení pro ústavní léčbu závislosti na alkoholu v Československé republice: případová studie léčebny v Tuchlově (1923–1938)*. Online. Adiktologie v preventivní a léčebné praxi, 2018, roč. 1, č. 2, s. 68-78. Dostupné z: <https://www.aplp.cz/prvni-zarizeni-pro-ustavni-lecbu-zavislosti-na-alkoholu-v-ceskoslovenske-republice-pripadova-studie-lecebny-v-tuchlove-1923-1938/>. [citováno 2023-11-28].
11. VIČAROVÁ, Barbora. *Sketchnoting: Zapamatujte si více díky vizuálním poznámkám*. 2020. Online. Dostupné z: <https://www.welcometothejungle.com/cs/articles/sketchnoting> [citováno 2024-01-17].
12. VODIČKOVÁ, Barbora; MITAŠÍKOVÁ, Petra. *Kraniofaciální a typické deficit u dětí s fetálním a alkoholovým syndrómom – FAS v kontexteporúchfetálneho alkoholového spektra – FASD*. Online. Listy klinické logopedie 2023, č. 1, s. 31-38. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://doi.org/10.36833/lkl.2023.012>. [citováno 2023-09-28].
13. STRATTON, Kathleen; HOWE, Cynthia; BATTAGLIA, Frederick. *National academies. Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment (1996)*. 1996. Online. Dostupné z: <https://nap.nationalacademies.org/download/4991>. [citováno 2023-09-29].

14. ŠVAŘÍČEK, Roman; ŠEĐOVÁ, Klára; JANÍK, Tomáš; KAŠČÁK, Ondrej; MIKOVÁ, Marcela; NEDBÁLKOVÁ, Kateřina; NOVOTNÝ, Petr; SEDLÁČEK, Martin; ZOUNEK, Jiří. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: portál, 2007. Online. ISBN 978-80-7367-313-0. Dostupné z https://www.google.cz/books/edition/Kvalitativn%C3%AD_v%C3%BDzkum_v_pedagogick%C3%BDch_v/mWvPDwAAQBAJ?hl=cs&gbpv=1&printsec=frontcover. [citováno 2023-12-16].
15. ÚZIS.CZ (2021). *Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek*. Online. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>. [citováno 2023-06-24].
16. ÚZIS.CZ (2021). *MKN-10. 2023. F80-F89. poruchy psychického vývoje*. Online. Dostupné z <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F80>. [citováno 2023-11-17].
17. Vrozené vady. *Vrozené vývojové vady. Fetální alkoholový syndrom*. Online. Dostupné z: https://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady/index.php?co=fetalni_alkoholovy_syndrom. [citováno 2023-09-29].
18. ZÁKON č. 110/2019 Sb., *zákon o zpracování osobních údajů*. Online. Dostupné z <https://www.mvcr.cz/clanek/sbirka-zakonu.aspx>. [citováno 2024-01-03].

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Objemové a hmotnostní koncentrace alkoholu v alkoholických nápojích

Tabulka č. 2 Zdravotní dopady užívání alkoholu v roce 2020

Tabulka č. 3 Počet psychiatricky léčených žen versus mužů závislých na alkoholu v ČR

2010-2020

Tabulka č. 4 Prevalence počtu dětí a osob s FASD ve světě 2017, 2021

Tabulka č. 5 Rozdíly v ukazatelích výkonu mezi dětmi 6–7letými

Tabulka č. 6 Počet léčených alkoholiků v ambulantní a lůžkové péči v letech 2010-2020

Tabulka č. 7 Dopady na zdraví závislosti na alkoholu v ČR

Tabulka č. 8 Demografické údaje výzkumného souboru

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 Dítě se znaky FAS (alkoholik.cz, 2023)

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AA	anonymní alkoholici
ADD	porucha pozornosti bez hyperaktivity
ADHD	porucha pozornosti s hyperaktivitou
apod.	a podobně
ARBD	Alcohol-related Birth Defects – s alkoholem spojené novorozenecké funkční poruchy
ARND	Alcohol-related Neurodevelopmental Disorders – s alkoholem spojené poruchy nervového vývoje
AT	alkohol a toxikomanie
CDT	karboxydeficitní transferin
CI	Konfidenční intervaly, intervaly spolehlivosti
cit.	citováno
CNS	centrální nervová soustava
Covid-19	onemocnění vyvolané virem, který se nazývá koronavirus 2 způsobující těžký akutní respirační syndrom (SARS-CoV-2)
ČR	Česká republika
g.	gram
GMT	gamaglutamyltransferáza
ECHO	echokardiografické vyšetření
FAE	Fetal Alcohol Effect – fetální alkoholový efekt
FAS	fetální alkoholový syndrom
FASD	spektrum vrozených alkoholových poruch

ISBN	identifikační číslo typu knihy
kg.	kilogram
kol.	kolektiv
KLUS	klub usilující o střízlivost
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MŠ	mateřská škola
např.	například
PFAS	Parcial Fetal Alcohol Syndrome – částečný fetální alkoholový syndrom
PPP	pedagogicko-psychologická poradna
RTG	rentgenové vyšetření
s.	strana
tj.	to je
USG	ultrasonografické vyšetření
UPT	umělé přerušování těhotenství
ÚP	Úřad práce
VPCH	vývojové poruchy chování
VPU	vývojové poruchy učení
VVV	vrozená vývojová vada
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZŠ	Základní škola

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 **Propagační materiál v rámci kampaně Alkohol a těhotné: Ochráním tě!**

Příloha č. 2 **Preventivní programy v ČR v oblasti alkoholu**

Příloha č. 3 **Matematika hrou**

Příloha č. 4 **Postřehové hry**

Příloha č. 5 **Zákony pro lidi**

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Propagační materiál v rámci kampaně **Alkohol a těhotné: Ochráním tě!**

NEPÍT JE NORMÁLNÍ. TÍM SPÍŠE V TĚHOTENSTVÍ NEBO BĚHEM KOJENÍ. NENECHTE SI OD OKOLÍ VNUTIT OPAK. PITÍ ALKOHOLU V TĚHOTENSTVÍ A BĚHEM KOJENÍ UBLIŽUJE VÁM A HLAVNĚ VAŠEMU DÍTĚTI.



 MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

 VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ
NEMOCNICE V PRAZE

 I. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova

 **ad**
Klinika adiktologie

 SZU

Vznik této kampaně byl umožněn díky podpoře Ministerstva zdravotnictví

Obrázek č. 1. Zdroj: alkoholpodkontrolou.cz/kampane-2/alkohol-a-tehotne/

Příloha č. 2 Preventivní programy v oblasti alkoholu.

V Třinci Nám to není jedno!

Věděli jste, že podle statistik u nás děti zkonsumují první sklenici alkoholu průměrně ve věku 11 let? A že každý druhý školák ve věku 13–15 let u nás zkouší kouřit? Nám to není jedno. Proto se odbor sociálních věcí Magistrátu města Třince ve spolupráci s Bunkrem o.p.s. pustil do stejnojmenné osvětové kampaně proti prodeji a podávání alkoholu a tabákových výrobků mladým lidem ve věku do 18 let.



Obrázek č. 2. Zdroj: <https://www.trinecko.cz/v-trinci-nam-to-neni-jedno/d-44924>

Alkohol pod kontrolou.

TRÁPÍ VÁS NEBO VAŠE BLÍZKÉ PROBLÉM S ALKOHOLEM?

Přinášíme vám ověřené informace o alkoholu z Kliniky adiktologie.



Obrázek č. 3. Zdroj: <https://alkoholpodkontrolou.cz/>

Národní stránky pro podporu omezení konzumace alkoholu.

>alkohol-škodí

NÁRODNÍ STRÁNKY PRO PODPORU
OMEZENÍ KONZUMACE ALKOHOLU



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti



Obrázek č. 4. Zdroj: <https://www.alkohol-skodi.cz/>

Národní linka pro odvykání.

Ať už se závislost týká vás, nebo vašich blízkých.

800 350 000

VOLEJTE BEZPLATNĚ | PO – PÁ | 10 – 18



Obrázek č. 5. Zdroj: <https://chciodvykat.cz/>

On-line kampaň „NEVYNDAMSE“.

Společnost Renadi poskytuje informace a služby o souvislostech užívání alkoholu třem cílovým skupinám: mladým uživatelům alkoholu, rodinným příslušníkům a veřejnosti.

#NEVYNDAMSE



Obrázek č. 6. Zdroj: <https://www.nevyndamse.cz/>

Suchej únor. Umění je nepít. Umíš měsíc bez alkoholu?

Je to důležitý. Bez výmluv, dokonce i těch liturgických. Zkuste to taky.



Obrázek č. 7. Martina V. Kopecká

Zvládnout vychytat nulu s alkoholem může být pro někoho těžký boj.



Obrázek č. 8. Petr Čech

Držím palce všem, ktorí sa rozhodli vyskúšať si suchý február. Nech nám toto odhodlanie vydrží!



Obrázek č. 9. Kveta Horváthová

Chceš svatozář? Po Sucháči zvolní s pitím 52 % účastníků. Drž s náma basu!



Obrázek č. 10. Roman Vojtek

Fandím vám! A jsem ráda, že se o tomhle problému díky Sucháči mluví.



Obrázek č. 11. Terezie Kovalová

Nebudem piť, lebo: mi to nechýba, lepšie spím, nemám radostné ups a opicové downs, v strese mi nenapadne "juj, ulejte mi!"



Obrázek č. 12. Kristína Tormová

Sušit je nejdůležitější!



Obrázek č. 13. Emil Suhej

Jako minulý rok, jsem i letos účastníkem @suchejunor. Přidej se taky!



Obrázek č. 14. Lukáš Vácha

Když je to s láskou pro vás a k vašemu tělu, tak to má přece smysl.



Obrázek č. 15. Petra Vojtková

Myslím, že hodně lidí pije víc, než je zdravo. Je normální žít a bavit se bez alkoholu.



Obrázek č. 16. Přemek Forejt

Zdroj: <https://suchejunor.cz/>

Příloha č. 3 **Matematika hrou**

Zdroj: <http://matematika.hrou.cz/>

1. Procvičování násobilky 9
 2. Malá násobilka
 3. Procvičování násobilky 2
 4. Procvičování násobilky 3
 5. Sčítání s přechodem přes 10
 6. Pexeso na sčítání do 10
 7. Doplně do příkladu sčítanec do 20
 8. Sčítání do 9
 9. Pexeso na násobení do 25
 10. Procvičování násobilky 4
-
- Pexeso sčítání odčítání s přechodem přes desítky
 - Seřad' časy - dny, týdny, měsíce a roky
 - Seřad' časy - hodiny, dny a týdny
 - Seřad' časy - sekundy, minuty a hodiny
 - Doplně číselnou řadu násobků 90
 - Doplně číselnou řadu násobků 80
 - Doplně číselnou řadu násobků 70
 - Doplně číselnou řadu násobků 60
 - Doplně číselnou řadu násobků 50
 - Doplně číselnou řadu násobků 40

Příloha č. 4 Postřehové hry

Zdroj: <https://www.yogi.cz/hledej/?q=post%C5%99ehov%C3%A9>



Obrázek č. 17. Duchové v koupelně



Obrázek č. 18. Honba za pokladem

Příloha č. 5 **Zákony pro lidi**

561/2004 Sb. Školský zákon (zakonyprolidi.cz)

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů nadaných

§ 16

Podpora vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami

(1) Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením.

(2) Podpůrná opatření spočívají v

- a) poradenské pomoci školy a školského poradenského zařízení,
- b) úpravě organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání a školských služeb, včetně zabezpečení výuky předmětů speciálně pedagogické péče a včetně prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání až o dva roky,
- c) úpravě podmínek přijímání ke vzdělávání a ukončování vzdělávání,
- d) použití kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a speciálních učebních pomůcek, využívání komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob^{11a)}, Braillova písma a podpůrných nebo náhradních komunikačních systémů,
- e) úpravě očekávaných výstupů vzdělávání v mezích stanovených rámcovými vzdělávacími programy a akreditovanými vzdělávacími programy,
- f) vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu,
- g) využití asistenta pedagoga,
- h) využití dalšího pedagogického pracovníka, tlumočnicka českého znakového jazyka, přepisovatele pro neslyšící nebo možnosti působení osob poskytujících dítěti, žákovi nebo

studentovi po dobu jeho pobytu ve škole nebo školském zařízení podporu podle zvláštních právních předpisů, nebo

i) poskytování vzdělávání nebo školských služeb v prostorách stavebně nebo technicky upravených.

(3) Podpůrná opatření podle odstavce 2 se člení do pěti stupňů podle organizační, pedagogické a finanční náročnosti. Podpůrná opatření různých druhů nebo stupňů lze kombinovat. Podpůrná opatření vyššího stupně lze použít, shledá-li školské poradenské zařízení, že vzhledem k povaze speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, žáka nebo studenta nebo k průběhu a výsledkům poskytování dosavadních podpůrných opatření by podpůrná opatření nižšího stupně nepostačovala k naplňování vzdělávacích možností dítěte, žáka nebo studenta a k uplatnění jeho práva na vzdělávání. Začlenění podpůrných opatření do jednotlivých stupňů stanoví prováděcí právní předpis.

(4) Podpůrná opatření prvního stupně uplatňuje škola nebo školské zařízení i bez doporučení školského poradenského zařízení. Podpůrná opatření druhého až pátého stupně lze uplatnit pouze s doporučením školského poradenského zařízení. Škola nebo školské zařízení může místo doporučeného podpůrného opatření přijmout po projednání s příslušným školským poradenským zařízením a s předchozím písemným informovaným souhlasem zletilého žáka, studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka jiné podpůrné opatření stejného stupně, pokud to neodporuje zájmu dítěte, žáka nebo studenta.

(5) Podmínkou poskytování podpůrného opatření druhého až pátého stupně školou nebo školským zařízením je vždy předchozí písemný informovaný souhlas zletilého žáka, studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka.

(6) Podpůrné opatření druhého až pátého stupně přestane škola nebo školské zařízení po projednání se zletilým žákem, studentem nebo zákonným zástupcem dítěte nebo žáka poskytovat, pokud z doporučení školského poradenského zařízení vyplývá, že podpůrné opatření již není nezbytné.

(7) Podpůrná opatření při vzdělávání dítěte, žáka a studenta, který nemůže vnímat řeč sluchem, se volí tak, aby bylo zajištěno vzdělávání v komunikačním systému neslyšících a hluchoslepých osob, který odpovídá potřebám dítěte, žáka nebo studenta. Žákům a studentům vzdělávaným v českém znakovém jazyce se souběžně poskytuje vzdělávání také v psaném českém jazyce, přičemž znalost českého jazyka si tito žáci a studenti osvojují metodami používanými při výuce

českého jazyka jako cizího jazyka. Využívá-li škola nebo školské zařízení tlumočnicka českého znakového jazyka, zajistí, aby jeho činnost vykonávala osoba, která prokáže vzdělání, nebo praxi a vzdělání, jimiž získala znalost českého znakového jazyka na úrovni rodilého mluvčího a tlumočnické dovednosti na úrovni umožňující plnohodnotné vzdělávání dítěte, žáka nebo studenta.

(8) Podpůrná opatření při vzdělávání dítěte, žáka a studenta, který při komunikaci využívá prostředků alternativní nebo augmentativní komunikace, se volí tak, aby bylo zajištěno vzdělávání v komunikačním systému, který odpovídá potřebám dítěte, žáka nebo studenta.

(9) Pro děti, žáky a studenty s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem lze zřizovat školy nebo ve školách třídy, oddělení a studijní skupiny. Zařadit do takové třídy, studijní skupiny nebo oddělení nebo přijmout do takové školy lze pouze dítě, žáka nebo studenta uvedené ve větě první, shledá-li školské poradenské zařízení, že vzhledem k povaze speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, žáka nebo studenta nebo k průběhu a výsledkům dosavadního poskytování podpůrných opatření by samotná podpůrná opatření podle odstavce 2 nepostačovala k naplňování jeho vzdělávacích možností a k uplatnění jeho práva na vzdělávání. Podmínkou pro zařazení je písemná žádost zletilého žáka nebo studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka, doporučení školského poradenského zařízení a soulad tohoto postupu se zájmem dítěte, žáka nebo studenta.

(10) Ke zřízení třídy, oddělení nebo studijní skupiny podle odstavce 9 je v případě škol zřizovaných ministerstvem nebo registrovanými církvemi nebo náboženskými společnostmi, kterým bylo přiznáno oprávnění k výkonu zvláštního práva zřizovat církevní školy, nezbytný souhlas ministerstva, v případě ostatních škol souhlas krajského úřadu.

§ 16a

Poradenská pomoc školského poradenského zařízení

(1) Školské poradenské zařízení poskytne poradenskou pomoc dítěti, žákovi, studentovi nebo zákonnému zástupci dítěte nebo žáka na základě jeho žádosti nebo na základě rozhodnutí orgánu veřejné moci podle jiného právního předpisu.

(2) Vyžaduje-li to zájem dítěte nebo nezletilého žáka, doporučí škola nebo školské zařízení jeho zákonnému zástupci, aby vyhledal pomoc školského poradenského zařízení. Škola nebo

školské zařízení spolupracuje před přiznáním podpůrného opatření dítěti, žákovi nebo studentovi zejména se školským poradenským zařízením, se zřizovatelem, lékařem a orgánem sociálně-právní ochrany dětí.

(3) Výsledkem poradenské pomoci školského poradenského zařízení jsou zejména zpráva a doporučení. Ve zprávě školské poradenské zařízení uvede skutečnosti podstatné pro doporučení podpůrných opatření. V doporučení uvede závěry vyšetření a podpůrná opatření prvního až pátého stupně, která odpovídají zjištěným speciálním vzdělávacím potřebám a možnostem dítěte, žáka nebo studenta, a to včetně možných kombinací a variant podpůrných opatření a způsobu a pravidel jejich použití při vzdělávání.

(4) Školské poradenské zařízení poskytuje zprávu a doporučení tomu, komu je poskytována poradenská pomoc; škole nebo školskému zařízení, v němž se dítě, žák nebo student vzdělává, poskytuje pouze doporučení. Školské poradenské zařízení poskytne vydané doporučení také orgánu veřejné moci, který svým rozhodnutím uložil zákonnému zástupci dítěte nebo žáka, dítěti, žákovi nebo studentovi povinnost využít odbornou poradenskou pomoc ve školském poradenském zařízení. Nejedná-li se o případ podle věty druhé, školské poradenské zařízení poskytne vydané doporučení také orgánu sociálně-právní ochrany dětí, pokud je o to orgán sociálně-právní ochrany dětí písemně požádá.

(5) Pokud má zletilý žák, student nebo zákonný zástupce dítěte nebo žáka pochybnosti o tom, že škola nebo školské zařízení postupuje v souladu s doporučením školského poradenského zařízení, může řediteli školy nebo školského zařízení navrhnout, aby s ním případ projednal za účasti pověřeného zaměstnance příslušného školského poradenského zařízení, a ředitel je povinen jednání bez zbytečného odkladu svolat.

(6) Projednáním podle odstavce 5 není dotčeno právo zletilého žáka, studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka podat podnět České školní inspekci podle § 174 odst. 6.

§ 16b

Revize

(1) Dítě, žák, student nebo zákonný zástupce může do 30 dnů ode dne, kdy obdržel zprávu nebo doporučení školského poradenského zařízení, požádat právnickou osobu zřízenou a pověřenou ministerstvem prováděním revizí o jejich revizi. O revizi doporučení může požádat také škola, školské zařízení nebo orgán veřejné moci, který svým rozhodnutím uložil zákonnému zástupci dítěte nebo žáka, dítěti, žákovi nebo studentovi povinnost využít odbornou poradenskou pomoc

ve školském poradenském zařízení, do 30 dnů ode dne, kdy doporučení obdržely, a Česká školní inspekce.

(2) Právnícká osoba podle odstavce 1 posoudí žádost o revizi a zprávu nebo doporučení, a je-li to nezbytné k naplnění účelu revize, prověří se souhlasem zletilého žáka nebo studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka vzdělávací potřeby a možnosti dítěte, žáka nebo studenta. Právnícká osoba podle odstavce 1 zajistí, aby prověřování bylo prováděno v místě sídla školského poradenského zařízení, které vydalo zprávu nebo doporučení. Toto školské poradenské zařízení je povinno poskytnout součinnost při prověřování vzdělávacích potřeb a možností podle věty první.

(3) O výsledku posouzení vydá právnícká osoba podle odstavce 1 do 60 dnů od obdržení žádosti revizní zprávu, která může obsahovat i novou zprávu nebo doporučení podpůrných opatření a v takovém případě nahrazuje revidovanou zprávu nebo doporučení. Revizní zpráva se zasílá dítěti, žákovi, studentovi nebo zákonnému zástupci, příslušnému školskému poradenskému zařízení, a s vyloučením údajů, které jsou pouze obsahem zprávy podle § 16a odst. 3, také škole nebo školskému zařízení. V případě, že orgán sociálně-právní ochrany dětí žádal školské poradenské zařízení podle § 16a odst. 4 o poskytnutí doporučení, zašle školské poradenské zařízení tomuto orgánu také revizní zprávu v rozsahu týkajícím se poskytnutého doporučení.

(4) Do vydání revizní zprávy, která nahrazuje revidovanou zprávu nebo doporučení, se postupuje podle původního doporučení a zprávy vydaných školským poradenským zařízením.